



La Asociación Médica Mundial ([AMM](#)), que representa a las organizaciones médicas colegiales de todo el mundo, afirmaba en su resolución adoptada en octubre de 2019 en su 70ª asamblea general: *«La AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica. Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de este. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar sustancias médicas cuya finalidad es causar la muerte. Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo».*

Es abundante el Magisterio de la Iglesia en este sentido: Pío XII, Discurso sobre las implicaciones morales y religiosas de la analgesia, 1957; san Juan Pablo II, Carta Apostólica Salvifici doloris sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano, 1984; Encíclica *Veritatis splendor*, 1993; Encíclica *Evangelium vitae*, 1995; Benedicto XVI, Encíclica *Spe salvi*, 2007; Francisco, Discurso a los participantes en la Asamblea plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe, 2018; Audiencia a la Federación italiana de los colegios de médicos cirujanos y odontólogos, 2019; Congregación para la Doctrina de la fe, Declaración sobre la eutanasia, *Iura et bona*, 1980; Respuesta a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense sobre la alimentación y la hidratación artificiales, 2007; Consejo Pontificio para los agentes sanitarios: Cuidados paliativos, situación actual, diversos planteamientos aportados por la fe y la religión ¿qué hacer?, 2004; Nueva Carta a los Agentes Sanitarios, 2017; Catecismo de la Iglesia católica, nn. 2276-2283.

El Papa Francisco, en su [audiencia](#) a la Federación italiana de los colegios de médicos cirujanos y odontólogos el pasado septiembre de 2019, afirmaba que *«es importante que el médico no pierda de vista la singularidad de cada paciente, con su dignidad y su fragilidad. Un hombre o una mujer que debe acompañarse con conciencia, inteligencia y corazón, especialmente en las situaciones más graves. Con esta actitud se puede y se debe rechazar la tentación —inducida también por*

*cambios legislativos— de utilizar la medicina para apoyar una posible voluntad de morir del paciente, proporcionando ayuda al suicidio o causando directamente su muerte por eutanasia. Son formas apresuradas de tratar opciones que no son, como podría parecer, una expresión de la libertad de la persona, cuando incluyen el descarte del enfermo como una posibilidad, o la falsa compasión frente a la petición de que se le ayude a anticipar la muerte. “No existe el derecho de disponer arbitrariamente de la propia vida, por lo que ningún médico puede convertirse en tutor ejecutivo de un derecho inexistente”».*



Está de plena actualidad este tema en todo el mundo. En España, mientras que hay ya en marcha un [proyecto de ley orgánica](#) que pretende regular la eutanasia, la Conferencia Episcopal Española (concretamente la Subcomisión episcopal para la Familia y defensa de la Vida) se adelantaba con la presentación del documento "[Sembradores de esperanza. Acoger, proteger y acompañar en la etapa final de esta vida](#)" y la nota de los obispos "[Sembradores de esperanza](#)".

El [Dr. D. Manuel Martínez-Sellés](#) es catedrático de Medicina por la Universidad Europea de Madrid, jefe de Cardiología del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid), profesor asociado de la Universidad Complutense de Madrid, acreditado como Catedrático de Universidad por la ANECA y presidente electo de la Sociedad Española de Infecciones Cardiovasculares. Ha sido presidente de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología, y ha recibido 18 premios nacionales e internacionales de bioética y cardiología.

La editorial Rialp ha publicado un libro de este autor, que lleva por título "[Eutanasia. Un análisis a la luz de la ciencia y la antropología](#)".

**D. Manuel, eutanasia activa y pasiva, suicidio asistido, limitación del esfuerzo técnico y sedación, ley de muerte digna, testamento vital... antes que nada sería bueno definir brevemente algunos conceptos que considere usted claves o más importantes en su libro. ¿Se trata de un trabajo divulgativo, que puede entender cualquiera?**

*Sí, desde luego. Un texto divulgativo, breve y sencillo, destinado a cualquier tipo de público. Eso sí con argumentos sólidos y tras 25 años de profesión en los que he constatado la confusión y el desconocimiento que existe en lo que respecta a la bioética del final de la vida. Lamentablemente eso es así, no solo entre el público en general, sino también entre los profesionales. Creo que es necesario reflexionar sobre los temas que menciona, pero también sobre otros, situaciones tan variadas como la reanimación cardiopulmonar, los trasplantes de órganos, el estado vegetativo, los sentimientos del enfermo terminal y de su familia, los deseos del paciente y el ensañamiento terapéutico.*

**Aunque dicen que la eutanasia es una práctica común en todo el mundo, solo Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Colombia y Canadá cuentan con leyes que la regulan a nivel estatal. ¿Cuáles cree que son las razones principales de su extensión?**

*Lo primero que hay que decir es que, como bien indica, su extensión es muy limitada. En Europa la eutanasia solo está legalizada/despenalizada en el Benelux y en el resto del mundo solo en dos países más. Incluso añadiendo el suicidio médicamente asistido la lista es muy corta, en Europa solo Alemania y Suiza y en otros continentes Japón, seis estados de EEUU y uno de Australia. Es decir, menos del 3% de la población mundial vive en países en los que se permiten estas prácticas. Respecto a las posibilidades de extensión, ahora mismo solo está en trámites en nuestro parlamento y en el de Portugal. En nuestro país vecino ya se rechazó en el 2018, por cierto, gracias a los votos del partido comunista, y no está claro que se legalice ya que depende del presidente de la república y de un posible referendo. En España lo tenemos más negro...*

**¿Es cierto que para el gobierno español la eutanasia es una política de recortes y quieren ahorrar costes? ¿por qué no se invierte más en cuidados paliativos? ¿habría alguna forma de abaratar o incentivar estos últimos? ¿es comparable este supuesto ahorro con la defensa y subvenciones del aborto, frente a la falta de apoyo y acogida a la mujer con problemas para llevar a término su embarazo? ¿qué está impidiendo o retrasando realmente una Ley de cuidados paliativos?**

*Yo lo veo más como una postura ideológica pero es indudable que hay unas repercusiones económicas. Según la prestigiosa revista Lancet, España será dentro*

*de 20 años el país más envejecido del mundo. Tenemos cada vez más ancianos que viven más y que necesitan cuidados. Nuestras bajísimas tasas de natalidad nos llevan a un verdadero suicidio demográfico. De punto de vista economicista una de las soluciones sería promover la natalidad. Yo, que tengo ocho hijos, puedo asegurar que no se está apostando por esta vía, también lo atestiguan la falta de medidas oficiales de apoyo y acogida a mujeres con problemas para llevar a término su embarazo. Otra opción es eliminar a ancianos enfermos que cobran pensiones y conllevan gasto sanitario. La falta de inversión en cuidados paliativos clama al cielo. Según el atlas europeo de cuidados paliativos, publicado el año pasado, se recomiendan 2 servicios de cuidados paliativos por cada 100 mil habitantes. La media en Europa es 0,8. Nosotros tenemos 0,6. Son cifras muy preocupantes. Además, los cuidados paliativos son muy coste-efectivos y permiten ahorro al sistema sanitario, salvo que se comparen con eutanasia, claro.*

**En el caso de ser aprobada una ley de eutanasia, ¿hasta que punto el personal sanitario, que trabaje en la sanidad pública, puede ejercer su derecho de objetar la eutanasia sin ver peligrar su puesto?**

*Objetar va a ser estar en una lista negra. Eso está claro. Yo tengo un contrato fijo, pero a muchos compañeros les renuevan el contrato cada seis meses. Es lamentable que los que se tengan que apuntar en una lista sean los que quieren seguir ejerciendo de forma adecuada la medicina. La lista debería ser para médicos que, pese al juramento hipocrático, están dispuestos a matar a sus pacientes. Y ojalá se quedase vacía...*

**En torno a la práctica de la eutanasia, ¿lo más difícil en la práctica médica es tener que enfrentarse al dilema de conectar, desconectar o no a una persona de un soporte vital? ¿cómo es la decisión más habitual, se plantea en un comité ético interno del propio centro de salud, lo dictamina la familia si estuviera presente o localizable...?**

*Retirar soporte vital no suele ser eutanasia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella "acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente". Se entiende que es un paciente con importante sufrimiento. Estaríamos por lo tanto ante un homicidio por compasión. Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro. La intención es la clave, si la intención es producir la muerte el acto será siempre eutanasia, tanto si es por una acción directa, proporcionando una inyección letal al enfermo, como si es por acción indirecta u omisión - no proporcionando el soporte básico (nutrición, hidratación) para la supervivencia del mismo. En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma.*

*La retirada del soporte vital, conocida como limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico es algo distinto. Se refiere a la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios*

*del tratamiento, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica. Se trataría de evitar la futilidad, actuaciones médicas que carecen de utilidad para un particular paciente y que por tanto puede y debe ser omitida por el médico. Habitualmente estas sesiones se toman en sesiones clínicas en unidades de cuidados intensivos. En casos complejos se puede consultar el comité de ética asistencial de cada centro. En los años que estuve de vice-presidente del comité de ética asistencial de mi hospital siempre vi actuaciones impecables por parte de los profesionales.*

**Por una mayor ganancia económica, el personal sanitario es capaz de cambiar el lema hipocrático de "no hacer daño" por el de librarse de las "cargas" de las vidas no queridas, tanto por nacer como en su vejez o en grave riesgo de morir? ¿Hay alguna razón que pudiera dar usted para convencer a sus colegas de la defensa de la vida, tengan las convicciones o creencias que fuesen?**

*En mi opinión hay cuatro principales argumentos por los que la eutanasia y el suicidio asistido son siempre inaceptables: I) la pendiente resbaladiza. La historia muestra lo rápido que se llega a la eutanasia en enfermos psiquiátricos, dementes, ancianos vulnerables y recién nacidos discapacitados. En Holanda la eutanasia se aplica ya no sólo a enfermos, sino simplemente a gente que no quiere vivir, sin que exista razón médica. Además, la eutanasia tiende a hacerse especialmente accesible y es dirigida de forma prioritaria a las clases económicamente más débiles, los grupos étnicos desfavorecidos y a las personas más vulnerables; II) la falta de autodeterminación real. Frecuentemente los enfermos, y más aquellos en situación terminal, pueden atravesar estados de depresión. Si en este tiempo solicitan que acaben con su vida lo habrán hecho en unas condiciones en las que no están mentalmente sanos, por lo que su autonomía es cuestionable. Expresiones como 'me quiero morir' o 'no quiero seguir luchando' dependen mucho del estado de ánimo del paciente y de sus sentimientos cambiantes. Además, la causa fundamental que impele a solicitar la eutanasia no es la enfermedad en sí, sino la falta de reconocimiento humano, comprensión y, tantas veces, la soledad. Muchos pacientes sienten que sobran, que son una carga o una molestia para su familia, que son ignorados, o que están solos. Este es un caldo de cultivo para solicitar la eutanasia. Nuestra tarea como médicos y como sociedad debe ser reconducir esa situación con cariño y acompañamiento; III) la reducción de los cuidados paliativos. Estos cuidados son la respuesta médica adecuada al dolor y al sufrimiento. Los cuidados paliativos buscan controlar los síntomas del paciente y, en la enorme mayoría de ocasiones, lo consiguen. La aceptación de la eutanasia conlleva una disminución de los medios destinados a estos cuidados. También, con una eutanasia legalizada, los incentivos para investigar nuevos tratamientos de cuidados paliativos son menores, por lo que, a efectos prácticos, la eutanasia limita el desarrollo de este tipo de cuidados. La OMS los define como todo cuidado activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, incluyendo el control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales. Es importante que estos cuidados no deben*

*limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias; IV) deformación del sentido médico. El deber de todo médico de intentar curar y/o mejorar a sus pacientes desaparece con la eutanasia que, además, deteriora la confianza médico-paciente. La aprobación de la eutanasia también se traduce en menos investigación y recursos para algunas enfermedades como el Alzheimer.*

*Voy a dar también cuatro contra el aborto: I) La vida humana empieza desde el momento de la concepción. Este hecho biológicamente incontrovertible, lo es también legalmente desde que lo dictaminó en octubre de 2011 el Tribunal de Justicia de la Unión Europea. El cigoto humano, dotado de la autonomía biológica que le confiere su material genético, evoluciona y se desarrolla en distintos estadios embrionarios, en feto y ya fuera del vientre materno. Sin embargo, no hay ninguna solución de continuidad, son cambios progresivos. II) El hijo por nacer no es parte del cuerpo de la madre. El embrión es un ser humano singular, distinto e independiente de la madre, que, habitualmente, necesita del útero materno para su desarrollo. Hay casos excepcionales de embarazo ectópicos de personas que han nacido tras implantación en asas intestinales, sin haber estado nunca en el útero de su madre. III) El embrión no es un puñado de células. Es una persona humana con su sexo y toda su información genética, que, además, evoluciona muy rápido. Hay mucho desconocimiento sobre la realidad biológica de la vida intrauterina. A mí, como cardiólogo, me llama la atención el dato recientemente descrito por investigadores de la Universidad de Oxford, que el corazón humano empieza a latir a los 16 días. Muchas veces antes de que a la madre le falte la regla y empiece a sospechar que está embarazada. IV) No es aceptable matar a embriones o fetos con malformaciones o discapacitados. La lista de anomalías detectables por distintas técnicas de diagnóstico prenatal va en aumento. Por desgracia, esto frecuentemente conlleva el aborto como opción. Acabar con la vida del feto enfermo o discapacitado, diagnosticado antes de nacer, es de una extremada crueldad y una práctica eugenésica injustificable que puede conducir a prácticas tan aberrantes como abortar a fetos del sexo masculino cuando los padres desean una niña o viceversa. Esto, como denunció el Daily Telegraph, es ya una práctica habitual en el Reino Unido.*

*Tanto la eutanasia como el aborto provocado son contrarios al juramento hipocrático e implica una ruptura deontológica con grandes consecuencias sobre la profesión médica. Además, estos supuestos derechos, que no son tales, obligan a que un médico tenga que acabar con una vida humana.*

**¿Por qué los defensores de la eutanasia y derecho a morir dignamente hacen más ruido mediático que los defensores de la vida y ésta digna? ¿reciben más apoyo económico y político los primeros? ¿estamos en una sociedad cada vez más envejecida que parece haber optado ya por el suicidio asistido? ¿cuáles son a su juicio las razones de una esperanza en contra?**

*Es una buena pregunta, creo que tiene más que ver con quién domina los medios. Pero también es una llamada de atención a movilizarse mediáticamente. En lo que se refiere al suicidio médicamente asistido es muy similar a la eutanasia, la única diferencia radica que el médico receta la sustancia letal pero no la administra directamente y es el enfermo el que se la toma. Tanto del punto de vista práctico, ético y moral existen pocas diferencias entre ambas prácticas. Sin embargo, en algunos países o estados se ha despenalizado o legalizado únicamente el suicidio médicamente asistido y no la eutanasia. Es importante señalar que la Asociación Médica Mundial ha condenado clara y reiteradamente tanto el suicidio médicamente asistido como la eutanasia, la última vez en octubre de 2019.*

**¿Se recibe formación bioética suficiente en los planes de estudios de Medicina y Ciencias de la Salud de las universidades españolas? ¿O a los ministerios de Educación y el de Sanidad no les interesa suficientemente?**

*Tengo a dos hijos estudiando medicina en dos universidades y ciudades distintas y creo que la formación en bioética que están recibiendo es, en general, adecuada. Es una formación bastante parecida a la que yo recibí, aunque ya se perciben algunos cambios negativos como suavizaciones del juramento hipocrático. A mí me preocupa más el futuro. Esos dos ministerios tienen mucho poder. También el de universidades (no sé si hay más implicados dada la multiplicación reciente de ministerios). Si se cambian directrices y planes de estudios puede que dentro de unos años algunos estudiantes que terminen medicina vean la eutanasia como algo aceptable y normal.*

**Muchas gracias, D. Manuel por esta entrevista. Por último, quiero preguntarle: ¿cómo ha de ser el testimonio creyente del personal sanitario en este sentido?**

*Creo que cada vez más activo. Vienen tiempos difíciles, más aún en Madrid, con un presidente del colegio de médicos pro-eutanasia y anticlerical. Hemos visto como se ha promovido una encuesta chapucera y sesgada para intentar mostrar un apoyo del colectivo médico a la sinrazón de la eutanasia. Creo que debe ser un testimonio valiente y cargado de argumentos científicos y antropológicos, que valen siempre, independientemente de las creencias. Tenemos a la razón y al sentido común de nuestro lado. La eutanasia busca la muerte, los cuidados paliativos mejorar la vida de los pacientes con enfermedades avanzadas. Parece bastante claro cuál es la mejor opción. Ojalá nuestros gobernantes actuales o futuros vean la diferencia y opten por promover los cuidados paliativos y no permitan ni la eutanasia ni el suicidio asistido. En el caso de que lo hagan a los profesionales íntegros solo nos quedará la objeción de conciencia (con las implicaciones que tenga) y a los pacientes y familiares una vigilancia estrecha para evitar esta mala praxis.*