



Medicina Paliativa

Publicación Oficial Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

La Ley de la Eutanasia: una oportunidad para el desarrollo de los cuidados paliativos en España / The Euthanasia Law: an opportunity for the development of palliative care in Spain

Autores / Authors:

Miguel Angel Cuervo Pinna¹

¹Equipo de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Badajoz

DOI: [10.20986/medpal.2021.1310/2021](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1310/2021)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Cuervo Pinna Miguel Angel. La Ley de la Eutanasia: una oportunidad para el desarrollo de los cuidados paliativos en España / The Euthanasia Law: an opportunity for the development of palliative care in Spain. *j.medipa* 2021. doi: 10.20986/medpal.2021.1310/2021.



Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en *Medicina Paliativa*. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de prepublicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores, lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a *Medicina Paliativa*.

LA LEY DE LA EUTANASIA: UNA OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA

THE EUTHANASIA LAW: AN OPPORTUNITY FOR THE DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE IN SPAIN

Miguel Ángel Cuervo Pinna

Médico Internista. Equipo de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Badajoz, España

CORRESPONDENCIA:

Miguel Ángel Cuervo Pinna

Equipo de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Badajoz. Avda. de Elvas, s/n. 06080. Badajoz, España

Correo electrónico: miguelangel.cuervop@gmail.com

La mayoría de los profesionales que nos dedicamos a acompañar a pacientes y sus familias al final de la vida sabemos que el deseo de adelantar la muerte (DAM) es una expresión de sufrimiento máximo y que no es sinónimo de la solicitud explícita de una prestación para ayudar a morir. Uno de cada cuatro pacientes que atendemos diariamente en nuestros equipos verbalizaría inicialmente que para vivir así no les merece la pena vivir¹.

Somos muchos los paliativistas que hemos entendido que la puesta en marcha de una despenalización de eutanasia o suicidio médicamente asistido podría derivar en la tan polémica pendiente resbaladiza². Es un hecho incontestable que en nuestra sociedad española, el 50 % de la población con enfermedad avanzada en el momento actual no tiene acceso a equipos específicos de cuidados paliativos de alta complejidad.

Es llamativo que en España se haya podido despenalizar una Ley de Eutanasia cuando llevamos muchos años demandando una ley nacional de cuidados paliativos, y por cuestiones políticas, presupuestarias, o porque no hemos sabido transmitir su necesidad, hemos empezado la casa por el tejado (en mi opinión). Me preocupa mucho el papel del médico ante el nuevo escenario que se nos avecina, aunque esté

claramente recogida la posibilidad de objeción de conciencia. Resulta que la Asociación Mundial de Médicos manifiesta recientemente su oposición a todo tipo de leyes de “ayuda a morir” sin previo acceso universal a cuidados paliativos de calidad. Hasta lo que yo sé, ni la Organización Médica Colegial ni la SECPAL ha sido consultada para consensuar esta flamante ley.

No obstante, también es sabido que, pese a poder ofrecer unos exquisitos cuidados paliativos, hasta en el 1 % de los casos el paciente, por razones fundamentalmente psicosociales, persiste verbalizando su deseo a no seguir viviendo.

La realidad es que en nuestra cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud ya está el derecho del paciente a solicitar la prestación de ayuda para morir [PAPM] en unas condiciones específicas. Y es en este contexto, que se esgrime en la ley, cuando hemos de ser si cabe más rigurosos y velar por que sea lo más garantista posible. La puesta en marcha de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, lleva implícita la oportunidad de una mejor atención paliativa. Y esta oportunidad y fortaleza la debemos encontrar en el mismo proceso:

- **Artículo 4:** *“La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.”*
 - Así pues, hemos de instar a las autoridades a que no cabe que personas con las facultades mentales alteradas, a que niños, a que pacientes no informados puedan ser objeto de esta ley. No podemos permitir que pacientes con demencia o menores inmaduros inicien un proceso no indicado (como lamentablemente estamos asistiendo en Bélgica u Holanda, a día de hoy).

- **Artículo 5:** *“Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa*

de atención a la dependencia.”

- Sabemos que una de las causas más frecuente es “ser una carga para los cuidadores”, no tendría sentido poder acceder a esta ley sin que se haya dotado la ley de la dependencia. Es nuestra obligación exigir que los tiempos en conceder las ayudas necesarias sean acorde al marco temporal y a las necesidades que presentan nuestros enfermos y sus familias al final de la vida.
 - Seguir insistiendo en la puesta en marcha de la Ley Nacional de Cuidados Paliativos. Lo que otorga el derecho del paciente a recibir cuidados paliativos de calidad tanto en domicilio como hospitales o centros sociosanitarios. La exigencia de programas específicos para Atención Primaria y hospitalaria. La puesta en marcha de unidades de cuidados paliativos hospitalarias en todo el territorio nacional, currículo obligatorio de cuidados paliativos en todas las universidades, especialidad de cuidados paliativos...
 - Uno de los talones de Aquiles de máximo sufrimiento y complejidad lo observamos en pacientes con enfermedad neurodegenerativa, donde la enfermedad de la motoneurona es el paradigma, habida cuenta de la capacidad de preservar la capacidad hasta el final, en la mayoría de los casos. La proporción de enfermos con ELA que solicitan muerte asistida es mayor que los enfermos con cáncer avanzado, tanto en Oregón como en los Países Bajos, donde uno de cada cinco enfermos fallece por muerte asistida³. Sabemos que la existencia de unidades multidisciplinarias de ELA minimiza ese sufrimiento y, por ende, la tasa de solicitud de la PAPM. Es el momento para que experiencias en este sentido, como las de algunos hospitales de Madrid, se puedan extrapolar al resto del país.
- *“Art 5: Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitarte en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable”.*
- No podemos permitirnos el lujo de incluir como criterios para la PAPM situaciones como “cansado de vivir...”, y que estamos observando cada vez

en mayor número en otros países.

- *“Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, (...), realizará con el paciente solicitante un **proceso deliberativo** sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita.*
 - Desconozco si en la mayoría de las especialidades médicas se incluye el proceso deliberativo en su formación. Los profesionales que pertenecemos a los recursos específicos de cuidados paliativos hemos dedicado muchos años para podernos formar en estos aspectos, clave en el abordaje de las decisiones trascendentales, como las que nos ocupa. Así pues, entiendo que es una oportunidad para demandar la implementación de programas para dotar a los médicos de capacidad deliberativa, imprescindible en la práctica de la PAPM.

Como comentaba inicialmente, en nuestro país, los cuidados paliativos son claramente deficitarios, y ocupamos el puesto 31 en el ranking de 51 países del Atlas de Cuidados Paliativos en Europa⁴. Este escenario justifica que, desde hace 20 años, en España se esté demandando una ley de cuidados paliativos que garantice los aspectos esenciales expuestos.

Parecía haber consenso en los diferentes gobiernos sobre la necesidad de un desarrollo adecuado y completo de los cuidados paliativos, previos a una Ley de Eutanasia, tal como ha sucedido en los 2 últimos países en promulgar este tipo de leyes (Colombia y Canadá). Aunque se haya empezado la casa por el tejado, creo que puede ser una oportunidad para que la ley universal de cuidados paliativos sea un hecho próximamente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Guerrero-Torrelles M, Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J. Responder al deseo de adelantar la muerte en pacientes al final de la vida:

síntesis de recomendaciones y guías clínicas. Med Paliat. 2017;25(3):121-9. DOI: 10.1016/j.medipa.2016.09.002.

2. Cuervo Pinna MA. Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia y el suicidio. Médicamente Asistido[Tesis Doctoral]. Universidad de Zaragoza; 2012.
3. Trejo-Gabriel-Galán JM. Eutanasia y suicidio asistido en enfermedades neurológicas: una revisión sistemática. Neurología. 2021. DOI: 10.1016/j.nrl.2021.04.016. En prensa.
4. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L de, Pons JJ, Clark D, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10171/56787>

Prepublicación