

## VALORACION DESDE SEOM DE LA “LEY ORGÁNICA DE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA”

Documento creado por la Sección de Bioética y revisado por la Sección de Cuidados Continuos

Abril 2021

En torno a la reciente **Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia**, aprobada y publicada en el BOE el 24 de marzo de 2021, la Sección de Bioética de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) desea ofrecer una reflexión acerca del **impacto que esta Ley puede tener en la asistencia del paciente oncológico, la carga de trabajo y responsabilidad del oncólogo, y en la relación de éste con el paciente y su familia.**

Según las definiciones de la Proposición de Ley, muchos de los pacientes oncológicos se engloban en el contexto al que esta Ley se refiere: una situación de enfermedad grave, incurable, *“que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”*.

La Proposición de Ley introduce una serie de conceptos nuevos como **“prestación de ayuda para morir”** y **“contexto eutanásico”**, sobre los que conviene reflexionar. Y redefine, de forma imprecisa y a veces, equívoca, otros ya conocidos y utilizados, como **“consentimiento informado”**, **“eutanasia pasiva”**, **“eutanasia activa indirecta”**, **“dignidad”**, **“muerte natural”**, **“enfermedad grave”**, **“médico responsable”**, **“médico consultor”**, **“objeción de conciencia sanitaria”** ... A modo de ejemplo, la **“eutanasia activa indirecta”** se introduce como concepto impreciso y equívoco que sugiere una equivalencia con actitudes de limitación del esfuerzo terapéutico, o con acciones habitualmente integradas por los cuidados paliativos en la fase final de la enfermedad, como la sedación terminal. La ambigüedad en estos conceptos no solo dificulta la valoración ética y su aplicación práctica, sino que da lugar a que, bajo el paraguas de la misma nomenclatura, se incluyan actuaciones ética y clínicamente opuestas.

En este contexto la SEOM considera necesario dejar claros una serie de conceptos y situaciones que se pueden plantear en la aplicación de esta Ley a la asistencia a los pacientes oncológicos, y que pueden afectar a la práctica del oncólogo médico.

### CONCEPTOS TEORICOS

Desde hace décadas los progresos de la Oncología consiguen, cada vez más, modificar la **historia natural del cáncer** prolongando la supervivencia de los pacientes y aumentando las tasas de curación, a la vez que se preserva la calidad de vida.

Los datos actuales confirman que, para todos los tipos de cáncer y estadios, alrededor del 50% de casos consiguen la curación. Del 50% de pacientes incurables, un porcentaje de pacientes fallece en un lapso breve o relativamente breve, mientras que otro grupo de pacientes consigue una supervivencia de varios años, tras una evolución relativamente crónica. En cualquier caso, después de un periodo largo o corto de tiempo, el paciente llega a una etapa terminal, es decir el periodo final de su vida.

**El tratamiento específico del cáncer** (cirugía, radioterapia y fármacos antineoplásicos) siempre debe acompañarse de los cuidados necesarios para el tratamiento de los síntomas de la propia enfermedad, los efectos secundarios asociados a la terapia y las comorbilidades del paciente

En la práctica oncológica **la toma de decisiones compartidas** es un proceso de decisión conjunta entre el paciente y el equipo asistencial que lo atiende, que tiene como principal objetivo que, estando los pacientes informados, adopten un papel activo en las decisiones sobre su salud y el manejo terapéutico. En este proceso interactivo, el médico aporta sus conocimientos técnicos sobre la enfermedad y el balance riesgo-beneficio de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas disponibles y su experiencia clínica y

humana en la atención a pacientes con cáncer; el paciente, por su parte, aporta sus valores, preferencias y preocupaciones respecto a su condición de salud, así como las cuestiones que más le importan (beneficios, riesgos y demás implicaciones) de las intervenciones. Podemos entender la toma de decisiones compartida como el «quid» de **la atención centrada en el paciente**<sup>1</sup> y del respeto a su dignidad y autonomía. Cabe añadir, que este es un proceso dinámico que se actualiza con cada cambio evolutivo en la historia de la enfermedad.

**La Planificación Adelantada de los Cuidados** es una toma de decisiones compartida sobre los cuidados que el paciente desearía tener en las distintas etapas evolutivas de la enfermedad. Supone una atención integral de calidad de los pacientes con enfermedad avanzada, sin esperar a la etapa terminal<sup>2</sup>. Dado que los pacientes oncológicos pueden sufrir situaciones clínicas complejas, incluyendo una posible pérdida de la capacidad para participar en la gestión de sus cuidados, es precisa una deliberación pausada y continua a lo largo del curso clínico, que permita planificar acciones futuras acordes con los valores, objetivos y preferencias del paciente. El tratamiento adecuado de los síntomas asociados a la neoplasia o a otras comorbilidades forma parte de los cuidados desde el principio, pero cuando las opciones de tratamiento específico de la enfermedad estén agotadas, se debe realizar una transición a programas de tratamiento sintomático exclusivo y de cuidados paliativos, con el objetivo de aliviar el sufrimiento físico y emocional y de que el paciente con cáncer avanzado afronte el tramo final de su vida en un contexto de confort físico y emocional.

En el momento actual se plantea el cambio del concepto de enfermo terminal a “persona con enfermedad crónica evolutiva con pronóstico de vida limitado”, y de paciente crónico a “portador de enfermedad crónica evolutiva”, entendida como enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con pronóstico de vida limitado, síntomas multifactoriales, cambiantes, intensos y variables, e impacto emocional importante en pacientes, familias y equipos<sup>3</sup>.

**Los criterios propuestos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada / terminal son los siguientes**<sup>4</sup>:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante con frecuentes crisis de mayor necesidad de cuidados.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y elevado uso de recursos sanitarios y a veces socioeconómicos

En este sentido, es esencial subrayar que los **cuidados paliativos no implican de por sí una situación terminal**, ya que la paliación y control de síntomas se debe realizar en cualquier etapa de la enfermedad. Un paciente con cáncer avanzado incurable puede tener una supervivencia más o menos prolongada y opciones de mejora con terapias antineoplásicas, mientras que un enfermo terminal tiene una supervivencia corta y normalmente no recibe tratamientos antineoplásicos. Por tanto, la definición de un paciente como terminal debe ser tomada por profesionales cualificados, con experiencia asistencial, **y está sujeta a revisión permanente por los cambios que se producen con la evolución de la enfermedad y los diferentes tratamientos aplicados**. Los enfermos así valorados tendrán en su historial o documentación clínica constancia de esta situación.

<sup>1</sup> Amor Pan, JR; Barón Duarte, FJ; Regueiro García, A. y Vázquez Rivera. F. *Bioética y oncología. Una puerta abierta a la oportunidad*. Sociedad Oncológica de Galicia, 2017;174

<sup>2</sup> Jamie H. Von Roenn Advance Care Planning: Ensuring That the Patient's Voice Is Heard.. *Journal of Clinical Oncology* 2013 31:6, 663-664

<sup>3</sup> Amor Pan, JR; Barón Duarte, FJ; Regueiro García, A. y Vázquez Rivera. F. *Bioética y oncología. Una puerta abierta a la oportunidad*. Sociedad Oncológica de Galicia, 2017;229

<sup>4</sup> Amor Pan, JR; Barón Duarte, FJ; Regueiro García, A. y Vázquez Rivera. F. *Bioética y oncología. Una puerta abierta a la oportunidad*. Sociedad Oncológica de Galicia, 2017;230

## Otras definiciones

A continuación, se recogen otras definiciones de conceptos incluidos explícita o implícitamente en la Proposición de Ley de Eutanasia. Salvo los nuevos conceptos introducidos por esta Ley, la explicación que recogemos está basada en parte en el documento “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones” elaborado conjuntamente por la OMC/CGCM y la SECPAL<sup>5</sup>.

**Abandono:** falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Entre sus motivos destacan la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer” y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso profesional.

**Acto médico:** toda actividad lícita desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos (Código deontológico 2011. Artículo 7).

**Adecuación del esfuerzo terapéutico:** retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje adaptando los tratamientos a la situación clínica del paciente. El término “limitación del esfuerzo terapéutico” debe evitarse ya que no se trata de ninguna limitación de tratamientos sino de una adecuación de estos. En definitiva, el enfermo oncológico a veces pasa por procesos críticos agudos que precisan tratamiento adecuado a su contexto, pero con independencia del diagnóstico previo de cáncer.

**Contexto eutanásico:** nuevo concepto mencionado “*ad hoc*” en la Ley de Eutanasia para contextualizar una situación de precariedad vital que justificaría jurídicamente la eutanasia. La Ley la define en su introducción o exposición de motivos (“*situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables*”), abarcando tanto situaciones de padecimiento físico como de grave sufrimiento psíquico. Al tratarse de un término jurídico se escapa a la nomenclatura de nuestra actividad como oncólogos clínicos, pero tal y como está definido aplica a un gran número de los pacientes que se atienden en el ámbito de la Oncología.

**Cuidados paliativos:** aquellos que proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el hospital. Los cuidados paliativos ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.

**Dignidad:** cualidad inherente a todo ser humano, independiente de cualquier característica, condición o situación, que todos poseemos en igualdad en cuanto seres humanos, que no puede perderse ni admite gradación (reconocida en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 y en el Artículo 10.1 de la Constitución) como el fundamento de todo derecho humano y que nos hace a todos merecedores de respeto.

**Eutanasia activa:** provocar la muerte mediante una acción dirigida específicamente a ello. La Ley la define como la administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente, como una de las modalidades de la «Prestación de ayuda para morir», o acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir.

---

<sup>5</sup> Gómez Sancho M (coordinador), Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, Gándara A, Herranz JA, Rocafort J, Rodríguez Sendín JJ. Atención al final de la vida. Conceptos y definiciones. [https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos\\_definiciones\\_al\\_final\\_de\\_la\\_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf)

**Eutanasia pasiva:** provocar voluntariamente la muerte mediante omisión de cualquier acción que mantenga la vida del paciente.

**Muerte natural** (concepto de antropología forense): “aquella que es el resultado final de un proceso morboso en el que no hay participación de fuerzas extrañas al organismo. La etiología de la **muerte** es endógena o cuando es exógena, como ocurre en las infecciones, debe ser espontánea”<sup>6</sup>. En contraste, y curiosamente, la Ley contempla la muerte por eutanasia o por suicidio asistido como **muerte natural** (artículo 19, disposición adicional primera): “La muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos”, incorporando un cambio a la definición globalmente aceptada por la medicina.

**Muerte digna:** en algunos ámbitos esta expresión equivale a la muerte derivada de la prestación de ayuda para morir, como expresión de autonomía del paciente, que algunas corrientes ideológicas y éticas consideran la máxima expresión de dignidad. **La dignidad en la muerte (“morir con dignidad”)** también puede entenderse como la identidad personal y vivir “dignamente” hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano incluido el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. En esta segunda acepción, se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento, y a otros factores humanos, como la presencia de los seres queridos y la creación de un entorno amable y compasivo.

**Obstinación terapéutica:** instauración de medidas no indicadas o desproporcionadas, con la intención de evitar la muerte, en un paciente cuya situación hace indicado, exclusivamente, un tratamiento paliativo. Constituye una práctica médica inadecuada. Abandono y obstinación son los dos extremos de la mala praxis médica en la atención al paciente oncológico y especialmente final de vida. La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida.

**Sedación paliativa:** disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, hablamos de sedación en la agonía.

**Síntoma refractario:** aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere plantear la sedación paliativa.

**Suicidio Asistido:** La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte. En la Ley de Eutanasia, es la otra modalidad de la «Prestación de ayuda para morir»

**Diferencias entre sedación, suicidio asistido y eutanasia**<sup>7</sup>: Aunque ya se ha especificado que la sedación paliativa no puede ser considerada una “prestación de ayuda para morir” sino la forma de tratar síntomas cuya refractariedad no deja otra opción, nos parece importante aclarar las diferencias entre las tres actitudes, dada la ambigüedad con que a veces se definen.

---

<sup>6</sup> Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Medicina Legal. <https://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento29637.pdf> (última consulta 9/2/2021).

<sup>7</sup> Amor Pan, JR; Barón Duarte, FJ; Regueiro García, A. y Vázquez Rivera. F. *Bioética y oncología. Una puerta abierta a la oportunidad*. Sociedad Oncológica de Galicia, 2017; 256

	Sedación	Eutanasia	Suicidio asistido
Intencionalidad	Aliviar síntomas refractarios	Provocar la muerte para liberar del sufrimiento	Provocar la muerte para liberar del sufrimiento
Proceso	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente	Administración de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida	Administración de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
Agentes implicados	Equipo asistencial de acuerdo con paciente-familia	El sanitario administra el fármaco de modo directo a petición del paciente	El propio paciente se administra el fármaco. El sanitario facilita los medios
Resultado	Alivio del sufrimiento	Muerte	Muerte

El concepto de **eutanasia activa indirecta** que incluye la Ley en su introducción, como equivalente a la sedación paliativa, no se ajusta a la realidad, pues como bien expone la tabla anterior, la intención es aliviar síntomas refractarios y no provocar la muerte para liberar el sufrimiento, y no se considera aceptable desde el punto de vista de los cuidados paliativos. De hecho, ha quedado suficientemente establecido que la sedación paliativa no se asocia a un acortamiento significativo de la supervivencia del paciente<sup>8</sup>.

Consideramos importante remarcar que, puesto que la sedación paliativa tiene un **objetivo de paliación de síntomas**, diferente al concepto de eutanasia o ayuda a morir de la Ley, y que en sí misma no es causante de la muerte, **no debería incluirse en el “contexto eutanásico”**.

Estas definiciones muestran la **diferencia sustancial** entre eutanasia y adecuación del esfuerzo terapéutico, retirada de tratamientos fútiles, y sedación. Desde el punto de vista ético, aliviar el sufrimiento es esencialmente distinto a provocar o acelerar la muerte para evitar dicho sufrimiento.

Como oncólogos, debemos **promover una atención integral, continuada y completa**, que incluye tanto la cobertura oncológica adecuada en cada fase de la enfermedad como el soporte psicológico, socioeconómico y funcional necesarios al paciente, familia y cuidadores. La “atención adecuada y necesaria” es la que permite asegurar, como recoge la ley, que ningún paciente solicite eutanasia por falta de dicha atención. La carencia de medios, la sensación de ser una carga y la frustración que esto genera no deberían nunca ser el motivo para buscar una “salida” precipitada, algo que la propia Ley trata de evitar explícitamente.

Por último, no siempre “legalidad” es sinónimo de eticidad o de justicia, como la historia desafortunadamente ha demostrado. Acerca de lo correcto, sigue siendo imprescindible la valoración ética personal en cada acto que se realiza, pues la responsabilidad ética no desaparece por el hecho de que desaparezca la responsabilidad legal. *Una ley es justa sólo si se basa en el respeto y la defensa de los derechos fundamentales de todos los seres humanos que conforman la sociedad siendo el respeto a la vida aquel sobre el que se construyen todos los demás, incluido el derecho a una muerte en condiciones dignas.*

## ASPECTOS PRACTICOS DE LA LEY

### CAPITULOS II y III

Una adecuada atención oncológica está sujeta a la propia dinámica asistencial, y a los cambios psicológicos, emocionales y físicos del paciente en su interrelación con el equipo asistencial y las medidas terapéuticas

<sup>8</sup> [Maltoni M](#), [Scarpi E](#), [Rosati M](#), [Derni S](#), [Fabbri L](#), [Martini F](#), [Amadori D](#), [Nani O](#). Palliative sedation in end-of-life care and survival. A systematic review. *J Clin Oncol* 2012 Apr 20;30(12):1378-83. doi: 10.1200/JCO.2011.37.3795.



que recibe. Promover una actitud positiva y proactiva, con un adecuado control de síntomas –cuidados continuos/paliativos- y de apoyo sociosanitario, hace que los pacientes cambien sus planteamientos, voluntades y deseos a lo largo de la evolución de la enfermedad. Además, en nuestra especialidad existen constantes innovaciones terapéuticas que hacen que pacientes que no eran subsidiarios de un tratamiento activo lo puedan ser. Así mismo, nuestra actividad asistencial como oncólogos se realiza con frecuencia en situaciones o procesos de final de la vida en los que la dignidad del paciente resulta prioritaria.

Desde nuestra **práctica como oncólogos** consideramos:

- Que el **perfil asistencial de nuestros pacientes se inicia a partir de los 14 años** quedando un vacío ético-asistencial en el grupo de edad entre los 14 y 18 años dado que la ley recoge la necesidad de mayoría de edad para su aplicación.
- Que los **plazos establecidos podrían ser inadecuados**, teniendo en cuenta la dinámica asistencial y los cambios que el paciente sufre a nivel físico, psicológico o emocional.
- La ley contempla un **plazo máximo de 2 días desde que el médico recibe la solicitud de ayuda a morir hasta que cita al paciente** para un proceso deliberativo en el que además se debe facilitar por escrito la información relativa al diagnóstico, posibilidades terapéuticas, resultados y cuidados paliativos. Este tiempo es insuficiente para revisar a fondo el caso y recabar información completa, fidedigna y actualizada de la evolución clínica, y por tanto puede comprometer la capacidad del médico para llevar a cabo el proceso deliberativo y la exposición de toda la información disponible. En el contexto de saturación asistencial ocasional o habitual de muchos servicios de Oncología Médica, este plazo podría comprometer la actividad asistencial planificada.
- Por otra parte, la Ley exige haber formulado por parte del paciente **dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito**, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. Este plazo de 15 días también podría ser cuestionable por su brevedad, ya que en determinadas situaciones de procesos agudos potencialmente reversibles el paciente puede desear no vivir, y, sin embargo, pasados unos días, semanas o meses la perspectiva de desesperanza se transforma en un deseo de supervivencia muchas veces de gran intensidad.

La ley recoge que *“han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso decisiones apresuradas”* y que los profesionales implicados deben estar seguros de que el sufrimiento que motiva la solicitud de eutanasia no puede ser mitigado por otros medios.

Consideramos que para ofrecer estas garantías es necesaria la participación de un **equipo multidisciplinar**, formado por psicólogo, oncólogo (en el caso de otras enfermedades, especialista en la patología terminal del paciente), trabajador social, y especialista en cuidados paliativos, para la evaluación y gestión de cada caso. Sin embargo, esto parece difícil de cumplir dado que en España en la mayoría de CCAA existe un número insuficiente de unidades de cuidados paliativos y de recursos complementarios (psicólogos, económico, sociales,...) de atención al paciente, lo que en muchas ocasiones impide disponer de los medios necesarios para solucionar los problemas de salud, socio-económicos y familiares desfavorables del paciente, optimizar su cuidado y proporcionar la atención cualificada necesaria tanto en personal como en tiempo adecuado. Por tanto, no puede ser exigida al profesional responsable, al oncólogo en nuestro caso, esa seguridad que la ley requiere para que el paciente actúe con “absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole”. Una vez aprobada la ley, **se deben aumentar los recursos e implementar estos equipos multidisciplinarios para garantizar la equidad y garantizar que la solicitud de eutanasia por parte del paciente no responde a un sentimiento de carga para la familia.**

Por último, la **definición del paciente que puede solicitarlo es muy amplia**: da cabida a enfermedades invalidantes crónicas no necesariamente mortales a corto plazo, incluso dentro de las oncológicas. Por

ejemplo, pacientes libres de enfermedad con secuelas limitantes y crónicas de los tratamientos. La Ley no exige que la enfermedad por la que el paciente solicita ayuda para morir sea terminal, solo establece que debe conllevar un deterioro progresivo sin expectativas de curación con los conocimientos médicos en ese momento, deterioro que el paciente considera, según afirma la Ley, “incompatible con su dignidad”, y rechaza hasta el punto de preferir no vivir. En este punto queda manifiesto **hasta qué punto la Ley subroga la vida humana en favor de la autonomía personal**.

#### CAPÍTULO IV y V

Los aspectos que se recogen en estos artículos deben:

- Garantizar la **obligada inclusión de oncólogos médicos** en la elaboración del “manual de buenas prácticas” reflejado en la ley, así como de los protocolos especificados en el artículo 5.2. Es imprescindible la participación de profesionales expertos, incluyendo aquellos en asistencia oncológica, en la elaboración de la metodología que asegure la protección de **intimidad y confidencialidad** de los pacientes.
- Es imprescindible asegurar el **ejercicio del derecho a la objeción de conciencia** del profesional y el centro sanitario si procede. Dado que no puede obligarse a nadie a declarar públicamente su posicionamiento ideológico o de conciencia, y que la objeción de conciencia no abarca en un solo acto todas las posibilidades, sino que puede diferir según los casos, no debe establecerse ningún “registro de objetores”. **Por el contrario**, cada centro y CCAA, extremando la protección de la intimidad y confidencialidad, debería establecer mediante registro u otra forma, la disposición de los profesionales a llevar a la práctica las actuaciones recogidas en la Ley.
- En cuanto a la **comisión de evaluación y control** en lo que respecta a su composición debería asegurar su independencia manteniendo un carácter plural bajo un punto de vista ideológico. Deben concretarse sus miembros, incluyendo siempre un médico especialista en la patología limitante o invalidante del enfermo, en este caso un oncólogo médico, reglamento y régimen jurídico, así como una metodología común en todas las comunidades.
- El **plazo mínimo de 37 días** desde el momento de la primera solicitud, que la ley establece antes de llevar a cabo la “prestación”, es bastante largo si se aplica a pacientes con enfermedad oncológica en fase avanzada en los que la evolución y el deterioro del estado general pueden ser rápidos y continuos al final de la vida. Hay que tener en cuenta que esta ley regula la intervención médica para procesos con esperanza de vida de medio y largo plazo, no parece pensada para los pacientes con cáncer que presenten una evolución y deterioro rápidos, para los cuales la medicina paliativa ofrece recursos necesarios para ayudarlos en su tramo final. La ley de eutanasia intenta ser garantista y permitir el replanteamiento de la decisión para los pacientes que la solicitan.
- El uso del “**silencio administrativo**” en los casos de denegación de la prestación con un plazo de 20 días naturales, en la situación de espera de una resolución como la de permitir adelantar la muerte, podría facilitar la denegación. Lo interpretamos también como garantista, pero nos parece que en casos como este SIEMPRE debería haber una comunicación de la respuesta, positiva o negativa. Al igual que existe una resolución exprés para llevarlo a cabo se debería valorar una alternativa al silencio administrativo cuando se deniega la presentación.
- La **auditoría “a posteriori” de los casos** por parte de la Comisión de control y evaluación supone que si se observan situaciones que no han seguido correctamente los procedimientos y requisitos, no hay vuelta atrás para ese paciente en concreto. Por ello, el papel de esta comisión debería incluirse “a priori”, para evitar errores irresolubles. En cualquier caso, la comisión de evaluación debería realizar

una valoración periódica, global y con capacidad de establecer puntos de mejora a partir de los hallazgos.

- Asimismo, las propias **comisiones** deberían estar sujetas a **auditorias** periódicas de evaluación de funcionamiento

## IMPACTO DE LA LEY EN EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO, CARGA DE TRABAJO Y EQUIDAD EN LA ATENCIÓN PALIATIVA. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE PROFESIONALES Y CENTROS ONCOLÓGICOS

### Impacto de la ley en el trabajo multidisciplinario, carga de trabajo y equidad en la atención paliativa.

El proceso de Eutanasia según se recoge en la Ley, aplicado al campo de la oncología, exige las siguientes responsabilidades al oncólogo que actúe como médico responsable, relativas a documentos, procedimientos y plazos:

1. **Documentar en la historia** clínica que la **patología** padecida por la persona solicitante es una enfermedad grave e incurable o una enfermedad grave, crónica e invalidante.
2. **Reflejar en la historia** que el **sufrimiento** que padece el paciente es continuo e insoportable y no tiene perspectivas de mejoría.
3. **Recoger en la historia información** sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa. Como ya se ha dicho, determinar si existe presión externa es difícil en un entorno de paciente frágil y habitualmente dependiente.
4. **Cotejar que ha habido 2 solicitudes** por escrito y voluntarias del paciente separadas por al menos 15 días. Si se acepta un periodo menor en función de las circunstancias clínicas concurrentes, debe dejar constancia en la historia clínica del paciente.
5. **Examinar la existencia de un documento de instrucciones previas** o documento equivalente y en caso afirmativo, obtener una copia de este que se debe incluir en listado de documentación a aportar después de llevar a cabo la eutanasia.
6. Llevar a cabo un **proceso deliberativo con el paciente**.
7. **Entregar por escrito** al paciente la **información que exista sobre el proceso médico** del paciente, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos. Este informe tendrá que ser elaborado en un plazo máximo de 2 días y entregado en el momento del proceso deliberativo. Nos parece importante, con respecto a esto, remarcar que el plazo es demasiado breve para recabar la información necesaria, y que hay pacientes con los que, sin dejar de ser imprescindible dar la información por escrito, el canal de comunicación es casi exclusivamente oral (por la enfermedad, nivel cultural, edad o situación funcional) y en ocasiones requerirán de un testigo.
8. Recabar del paciente solicitante su **decisión de continuar o decaer de la solicitud** de prestación de ayuda para morir. Esto debe realizarse transcurridas 24 horas desde la finalización del proceso deliberativo.
9. Contactar con un **“médico consultor”** con formación en el ámbito de la patología que padece el paciente que no pertenezca al mismo equipo del médico responsable. Este médico consultor debe estudiar la historia clínica, examinar al paciente, corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1 y redactar un informe dentro de la historia clínica del paciente. Para la actuación del médico consultor se dispone de un plazo máximo de diez días naturales.



10. **Comunicar** al paciente las conclusiones del **informe del médico consultor**.
11. **Comunicar** el deseo de eutanasia a un **equipo asistencial**, si lo hubiere, especialmente a los profesionales de enfermería.
12. **Comunicarlo**, si el paciente lo solicitara, a los **familiares** o allegados que señale. La no lo recoge, pero por la importancia de este hecho, en caso de que el paciente no desee informar a sus familiares, debería establecerlo por escrito o ante un testigo.
13. Recabar del paciente la **firma del consentimiento informado**.
14. Poner en conocimiento del presidente de la **Comisión de Evaluación y Control** competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10. Esta comisión tendrá 2 días para designar 2 miembros que revisen si concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir y tendrá 7 días para obtener un informe de los 2 miembros. No se recoge en la ley cuanto tiempo, aunque sí que debe ser un plazo lo más breve posible, el que tarde la Comisión en emitir una resolución definitiva y en ponerla en conocimiento del médico responsable.
15. **Recabar** del paciente si se encuentra consciente, **información sobre la modalidad** en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.
16. Tras prescribir la sustancia, el médico responsable y el resto de los profesionales sanitarios mantendrá la debida tarea de **observación y apoyo hasta el momento del fallecimiento**.
17. Remitir a la **Comisión de Control y Evaluación** de su CCAA o ciudad **2 documentos con información relativa a los puntos previos** en el plazo máximo de cinco días hábiles después del fallecimiento.

Desde la perspectiva de la oncología médica observamos las siguientes **dificultades o ausencias**:

- Todos los procedimientos enunciados, la documentación asociada y el contacto y colaboración con otros profesionales exigen una **inversión ingente en tiempo y recursos** que puede comprometer el cuidado en otra dirección del paciente y de otros pacientes e incurrir en inequidad. Esto es especialmente cierto en algunos casos como la cita para el proceso deliberativo o el envío de los 2 documentos posteriores al fallecimiento en los que se ofrecen plazos de 2 y 5 días, respectivamente.
- Los **tiempos establecidos**, que están relacionados con las garantías del proceso, no son realmente aplicables para la mayoría de pacientes en situación terminal, o final de la vida, con una expectativa de vida de semanas, en los que la evolución clínica es impredecible y a veces muy rápida, y donde lo prioritario es el control de síntomas por el equipo de cuidados paliativos.
- La necesidad de un **equipo multidisciplinar** como se ha indicado previamente.
- El **lugar** donde se producirá la eutanasia, domicilio u hospital y dentro de este el entorno no está definido en la ley.

Por último, hay que destacar que la **sedación paliativa es el modo más natural** y la herramienta disponible para aliviar el sufrimiento del paciente en el final de la vida y los contextos recogidos en los puntos 1 y 2. Dicha sedación va precedida siempre de un proceso deliberativo con el paciente y la familia. Este tipo de proceso es habitual en oncología, y especialmente dinámico ya que cambia con la evolución del paciente.

## **Impacto de la equidad en la atención paliativa y la ley de dependencia en la situación real en que se hallan**

La ley recoge que el médico responsable debe informar al paciente, durante el **proceso deliberativo**, que existe la alternativa de los cuidados paliativos, y que debe asegurarse de que el paciente ha podido recibir toda la atención necesaria para mitigar el sufrimiento y de que no toma la decisión presionado.

Sin embargo, la ley no recoge explícitamente cómo adecuar la atención paliativa ni los recursos sociosanitarios para mejorar la situación de dependencia del paciente o las cargas familiares durante el periodo de tramitación de la eutanasia.

La ley debería determinar que la segunda valoración recogida en la ley se hiciera una vez aliviado el sufrimiento del paciente y atendidas todas sus necesidades tratando de eliminar cualquier tipo de presión que pudiera influir en su decisión. Para esto debería haber acceso universal y equitativo a dicho soporte. Sin embargo, en el momento actual la atención paliativa no está adecuadamente cubierta en la mayoría de CCAA y áreas sanitarias. Además, la aplicación concreta de los supuestos de la **ley de dependencia** debería llevarse en un plazo razonable. Sin embargo, tras más de una década de su aprobación por ley, actualmente el reconocimiento de dependencia se está otorgando tras una media de 4 años desde la solicitud, siendo muy frecuente en el contexto oncológico (y en muchos otros) que el paciente dependiente haya fallecido antes de la resolución de su caso.

### **Objeción de conciencia de los profesionales y centros oncológicos (cap. IV, art. 16.)**

La «Objeción de conciencia sanitaria» está definida por la Ley en el Cap. I, art 3 (definiciones) como el *“derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones”*.

La Proposición de Ley solo recoge la objeción de conciencia individual, no menciona la posibilidad de rechazar esta práctica como institución pero sí establece que el acceso a la eutanasia no puede verse menoscabado en ningún caso.

Consideramos que para aquellos centros sanitarios (Residencias, Hospitales, etc.) concertados cuyo ideario no sea compatible con la práctica de la eutanasia debería asegurarse la posibilidad de acogerse a objeción de conciencia institucional. En España, actualmente, no hay ni de lejos los suficientes centros públicos para la atención de todos los pacientes, oncológicos o no, que lo precisan, y un elevado porcentaje de ancianos, discapacitados, y enfermos terminales son atendidos en centros concertados o privados de inspiración humanista o confesional y contraria a la eutanasia.

Con respecto a la objeción de conciencia individual, la ley establece que los profesionales **sanitarios directamente implicados en la “prestación” tienen derecho a ejercer la objeción de conciencia, de forma individual, y manifestada anticipadamente y por escrito**, declaración que se inscribirá en Registro creado por las Administraciones con el objeto, según la proposición de Ley de *“facilitar la necesaria información para garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir”*.

En relación a este apartado, debería aclararse **quién se considera “profesional directamente implicado”** (médico responsable, médico consultor, personal de enfermería, farmacéuticos, ...) y **hasta qué punto ese Registro es obligatorio**, al vulnerar la libertad ideológica personal asegurada por el artículo 16.2 de la Constitución española (“Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”). Para “garantizar la adecuada gestión”, a la administración sanitaria le basta conocer que hay profesionales dispuestos a realizarla, y no lo contrario.

Puesto que el código deontológico médico establece la obligación del médico de intentar curar y de aliviar el sufrimiento, pero no eliminar al paciente que sufre, y que por tanto la eutanasia ahora mismo podría considerarse legal pero contraria al fundamento de la ética médica, es esperable una proporción significativa de médicos objetores de conciencia. No aclara la Ley cómo se actuaría en caso de que ningún

oncólogo de un departamento estuviese dispuesto a realizar la prestación de ayuda para morir, si prevalecería el nuevo derecho que esta Ley otorga o el del respeto a la conciencia del profesional.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La prestación de ayuda para morir mediante **eutanasia o ayuda al suicidio** tienen unas connotaciones éticas muy relevantes, socialmente y en la práctica médica, y no hay un consenso social ni profesional para su puesta en práctica. En el seno de los Comités Éticos Nacionales, como el Comité de Bioética de España, los colegios profesionales y las Asociaciones Médicas internacionales y españolas, la mayoría de las declaraciones se han posicionado en contra de la ley. Las encuestas realizadas para pulsar la opinión de la sociedad, encuestas en las que se apoya la actual Ley para considerar que hay “una amplia demanda social” de legalización de la eutanasia, son ambiguas y equívocas.

Cuando la vida humana se acerca al final en una situación de enfermedad irreversible y limitante, es imprescindible **adecuar los esfuerzos terapéuticos a unos objetivos sensatos, consensuados con el paciente**, evitando el sufrimiento que podría provocar la obstinación terapéutica. Pero **hasta ahora nunca se había considerado parte del acto médico el provocar la muerte del paciente. Con esta Ley, se acepta que a criterio del paciente, hay vidas que no son dignas de ser vividas, por lo cual es obligación del médico, si el paciente lo desea, poner fin a la misma.**

Entre la profesión médica, hay un profundo debate no resuelto: por una parte, un porcentaje significativo de profesionales sanitarios considera que la vida humana se debe proteger siempre y que **provocar deliberadamente la muerte no es un acto médico** ni se puede incluir éticamente entre las medidas de alivio del sufrimiento. Otros, sin embargo, consideran que **la autonomía personal debe ser respetada hasta el extremo de poder disponer hasta de la propia vida**, si se desea libremente, y por tanto son partidarios de la regulación legal de la eutanasia como prestación, para que esté disponible para los pacientes que la deseen.

La discusión bioética profunda acerca de la eutanasia y de la ayuda médica al suicidio requiere un amplio espacio y no es el objetivo de este Documento, pero desde la Sección de Bioética de SEOM no pueden faltar unas consideraciones básicas. La eutanasia y la ayuda al suicidio obligan a revisar varios aspectos clave:

- En primer lugar, la **disponibilidad de la vida humana**. Hasta ahora, en la sociedad occidental y en las sociedades civilizadas, la protección de la vida humana ha sido la base y fundamento de la ética, de las normas jurídicas, de la deontología médica y de muchas otras profesiones, y del hecho de que algunas personas en la sociedad (fuerza del orden, sanitarios, cuerpos de seguridad, etc) pongan la vida de otros por delante de la suya propia, y de que se considere que la protección de los débiles es un bien que debe ser protegido.
- En segundo lugar, **la dignidad intrínseca de toda persona**. De acuerdo con la declaración del Comité de Bioética de España y del Consejo general de Colegios de Médicos de España, consideramos que la **dignidad intrínseca de la persona no depende de las circunstancias ni de ninguna característica personal**, por lo que no puede verse “vulnerada” por enfermedad ni por dependencia ni por deterioro físico: la persona nunca pierde su dignidad por razones de enfermedad, ni por ninguna otra razón. Sin embargo, **las condiciones de vida sí pueden ser más dignas o indignas y pueden influir en la percepción de la persona sobre su dignidad pero no sobre su dignidad**, por lo que es imprescindible asegurar el soporte necesario para unas condiciones de vida dignas.
- En tercer lugar, las **consecuencias sociales** de esta Ley. La Ley de eutanasia y ayuda al suicidio intenta establecer una opción libre y nunca obligada; su objetivo es permitir que quien la desee libremente pueda obtenerla. Y por eso parte de los profesionales sanitarios considera que se debe ofrecer esta opción a los pacientes que lo deseen. Pero esta Ley, al considerar que “la dignidad es la libertad”, sin

más, y que la muerte provocada voluntariamente es algo correcto y merecedor de ser considerado un derecho, **rompe una línea hasta ahora se había protegido con todas las fuerzas de la Ley y con todas las razones de la ética, de la moral y de la Deontología médica**: la protección de la vida humana. Esta ruptura ha llevado, en los pocos países en que es legal solicitar ayuda para morir, por una parte a considerar la muerte a petición como **un tratamiento más para situaciones de sufrimiento**, de modo que se ha ido ampliando el abanico de circunstancias en que se considera un derecho (y por tanto una obligación médica y social); por otra parte, la banalización de la eutanasia que tiene lugar una vez que empieza a practicarse, puede resultar en **coacción social** para los pacientes que se consideran una carga y ven esa salida más accesible y rápida que otras.

Por último, dentro de las consideraciones éticas, es importante resaltar que la **adecuación del esfuerzo terapéutico con criterios de proporcionalidad o el tratamiento de un síntoma refractario mediante sedación paliativa**, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y no de acelerar la muerte **no son formas de eutanasia**, ni pasiva ni indirecta ni de ningún tipo, según el **concepto de eutanasia** que se ha ido aceptado legal, social y médicamente. El alivio del sufrimiento y el acompañamiento hasta el final constituyen algunos de los fines de la Medicina, tanto en el caso de patologías curables como incurables, y así lo han demostrado durante años y siguen haciéndolo, con entrega y humanidad, los profesionales de la Oncología Médica, intentando que el final de la vida sea confortable, y evitando prolongar artificialmente situaciones de sufrimiento irreversible, sin recurrir a medidas para acelerar o provocar voluntariamente la muerte de la persona que sufre.

## CONCLUSIONES

El debate ético y clínico acerca de la prestación de ayuda para morir mediante **eutanasia o ayuda al suicidio** no está resuelto ni consensuado a nivel social, ni médico ni legal.

- Los valores de nuestra sociedad actual están establecidos sobre la protección de la vida humana en cualquier condición.
- La dignidad intrínseca de la persona, en la que se basa el respeto a su vida, es mucho más que la autonomía o la ausencia de limitaciones. Es permanente, por encima de cualquier tipo de características o condiciones, presentes o ausentes, y en ningún caso se pierde por una enfermedad limitante o por falta de capacidad para el autocuidado
- El código deontológico médico no reconoce la eutanasia como un acto médico.

Consecuentemente, la regulación legal de algo tan controvertido, si se considera imprescindible, debería comenzar por despenalizar supuestos, más que establecerlo como un derecho con la consiguiente obligación para profesionales que se ven profundamente interpelados en su conciencia por estos actos.

Actualmente, no es posible asegurar la decisión libre de presiones de una persona gravemente limitada o con sufrimiento intolerable en un sistema que no asegura la cobertura adecuada de cuidados paliativos ni el soporte socio-económico. Desde SEOM reclamamos el acceso universal al soporte clínico, económico y humano suficiente, para que ninguna solicitud de prestación de ayuda para morir pueda ser tomada por presión externa de la situación adversa o de un sufrimiento inadecuadamente tratado.

No pueden considerarse formas de eutanasia la adecuación proporcionada del esfuerzo terapéutico o el tratamiento de un síntoma refractario mediante sedación paliativa, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y no de acelerar la muerte. Son actos médicos imprescindibles en el cuidado de los pacientes con enfermedades irreversibles o sufrimiento refractario.

Cualquier **petición de eutanasia** a causa de una enfermedad neoplásica debe ser **valorada de forma multidisciplinar** por los especialistas en Oncología Médica, Radioterápica, Cirugía, Unidad del Dolor, Cuidados Paliativos, Psicología y resto de especialistas relacionados, para asegurar la irreversibilidad y ausencia de posibilidades de mejoría.

La **valoración de una petición de eutanasia** requiere una atención y dedicación de tiempo por parte del Oncólogo Médico que actualmente, con los recursos humanos disponibles en la mayoría de los centros públicos, es imposible prestar sin menoscabar la atención a otros pacientes.

Con respecto a la **objeción de conciencia** por parte de los profesionales sanitarios o instituciones, debe asegurarse preservando la libertad ideológica de cada uno, la posibilidad de diferenciar casos individuales, y la objeción de conciencia institucional.