

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 Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ofrece una valoración 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 eutanásico” 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”*.

CONSIDERACIONES INICIALES Y DEFINICIÓN DE ACTUACIONES

Desde SEOM consideramos necesario dejar claros una serie de conceptos y situaciones que se pueden plantear en la aplicación de esta ley a los pacientes oncológicos, y que pueden afectar a la práctica del oncólogo médico.

- La misión de la Oncología Médica es **impactar en 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 de estos.
- La atención en Oncología Médica es una **atención centrada en el paciente** que se concreta en la **toma de decisiones compartidas**, esto es, un proceso dinámico de decisión conjunta entre el paciente y el equipo asistencial que lo atiende, que tiene como principal objetivo que, estando el paciente informado, adopte un papel activo en las decisiones sobre su salud y su manejo terapéutico. En este contexto, 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, 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.
- En el contexto del paciente oncológico, 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. 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.**
- La **sedación paliativa** es un procedimiento empleado en el contexto de los cuidados paliativos, una vez obtenido el oportuno consentimiento del paciente, que consiste en la administración de fármacos indicados y a 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.
- El **Contexto eutanásico**, es un 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 como *“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.

- 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 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. 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”**.
- **Diferencias entre sedación, suicidio asistido y eutanasia (Tabla)**: 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.

	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

ASPECTOS PRACTICOS DE LA LEY EN LA PRÁCTICA ONCOLÓGICA

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 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 esta perspectiva realizamos las siguientes consideraciones:

- Los **plazos establecidos en la ley podrían ser inadecuados**, teniendo en cuenta la dinámica asistencial y los cambios que el paciente sufre a nivel físico, psicológico o emocional.
- Consideramos que para ofrecer la garantía que solicita la ley de 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”* es necesaria la participación de un **equipo multidisciplinar**, formado por psicólogo, oncólogo, 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. 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 multidisciplinares 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.**

- 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. En este punto queda manifiesto **hasta qué punto la ley subroga la vida humana en favor de la autonomía personal.**
- Se debe 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 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 (artículo 16.2 de la Constitución española: “Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”), 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 asegurarse 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.
- 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. Las propias **comisiones** deberían estar sujetas a **auditorías** periódicas de evaluación de funcionamiento

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

El proceso de eutanasia según se recoge en la Ley, aplicado al campo de la oncología, exige un número muy significativo de actuaciones y responsabilidades al oncólogo que actúe como médico responsable, relativas a documentos, procedimientos y plazos. Una vez analizados desde la perspectiva de la oncología médica ponemos de manifiesto 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.
- 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. Hay que destacar una vez más que la **sedación paliativa** es la herramienta disponible para aliviar el sufrimiento del paciente en el final de la vida y los contextos recogidos en la ley. 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.

- La necesidad de un **equipo multidisciplinar**, como se ha expuesto previamente, que desafortunadamente no se puede garantizar en todos los casos..
- El **lugar** donde se producirá la eutanasia, domicilio u hospital y dentro de este el entorno no está definido en la ley.

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.

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.

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 se considera que 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 globalmente se considera que la protección de los débiles es un bien que debe ser salvaguardado.
- 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**: 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 auténtica dignidad**, por lo que es imprescindible asegurar el soporte necesario para unas condiciones de vida dignas.
- 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 que 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**.
- 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 tenga lugar en un contexto de alivio físico y psíquico, 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.