



EDITORIAL

Experiencia de la eutanasia en los equipos de atención primaria



Experience of euthanasia in primary care teams

En junio de 2025 se cumplen 4 años de la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) en España¹. Los datos son claros: es la atención primaria quien mayoritariamente está realizando la prestación de la ayuda a morir (PRAM)²⁻⁴. La ley dio un marco normativo, la realidad de cada caso comporta un reto para el médico responsable y el equipo de atención primaria⁵; aunque la ley solo nombra al primero, es necesaria la implicación de enfermería, trabajo social, personal administrativo sanitario, y la participación de familiares y allegados de la persona solicitante.

En la deliberación ética con cada paciente que solicita la PRAM, escuchamos su voluntad, sus preferencias y sus valores^{6,7}. El respeto a la autonomía y a la dignidad (según la concibe cada persona) son la brújula que debe guiar. Acompañar a los pacientes a lo largo de su vida incluido el tramo final, es un deber de los profesionales sanitarios de atención primaria, y también un privilegio. Especialmente en esta etapa, mostramos los conocimientos, habilidades y actitudes para los que nos formamos^{8,9}.

En los casos menos complejos encontramos pacientes que llevan tiempo decididos, saben lo que quieren, cómo y dónde. Su familia, aunque les cueste, les apoya. Se despiden rodeados de cariño y a veces con humor. Nos enseñan que la muerte no es lo peor, que vivir vale la pena, y hasta cierto punto. Son pacientes agradecidos que entienden también el difícil papel para los profesionales. Los profesionales, comprometidos con su paciente, asumen la petición y se implican⁵. Con frecuencia, con dudas y temores, piden ayuda a sus compañeros y entorno, y después sienten paz al haber podido cumplir la voluntad del paciente. Los equipos, multidisciplinares, flexibles y comprometidos comparten experiencias. Sus directivos, atentos a los profesionales, los cuidan y reconocen. Toda la organización se pone a disposición cuando se precisa. En las comunidades autónomas se crean redes de referentes que acompañan, asesoran, y ayudan a los profesionales cuyos sus pacientes han solicitado

la PRAM. Se contribuye así a una cultura que, atendiendo personalizada y discrecionalmente, esquiva arbitrariedades e improvisación.

Detengámonos ahora en los casos más complejos:

- Un 25% de quienes solicitaron la PRAM murieron antes: aparte de agilizar procesos y facilitar la información sobre la solicitud, se debe garantizar la mejor atención paliativa posible para que esas personas, aunque no mueran por eutanasia, mueran bien. También debemos reflexionar ante el sobretratamiento al final de la vida, en especial en procesos oncológicos¹⁰.
- La solicitud de la prestación por personas jóvenes añade una mayor vulnerabilidad por motivos de edad: es razonable que familia y profesionales piensen en «ganar tiempo», en probar nuevas terapias, en el progreso de la medicina e incluso en un cambio en la vivencia de la enfermedad por parte del paciente. No obstante, el no respetar esa autonomía de hoy infringe un daño claramente evitable.
- El rechazo a tratamientos eficaces: a profesionales (y a familias) a veces se les hace difícil aceptar que el paciente rechace tratamientos que podrían mejorar su calidad de vida. Sin embargo, aseguradas la información y comprensión por parte de la persona que lo rechaza, está en su derecho.
- Personas con enfermedades mentales: la enfermedad mental no siempre compromete la competencia, solo en algunos casos o periodos, y es posible constatarla en el tiempo en que el paciente está estable¹¹. La dificultad aumenta si no hay vínculo terapéutico; o cuando son pacientes jóvenes; o cuando los profesionales prefieren insistir en nuevos fármacos o terapias¹². Precisamente porque la estabilización requiere vínculo, los profesionales han de poder aceptar, si el paciente propone la PRAM, la posibilidad de explorar la competencia y que pudiera concluirse en la solicitud de eutanasia.

– Personas con documento de voluntades anticipadas (DVA) incompetentes y sin sufrimiento constatable: Estas situaciones tensionan a profesionales y familias. Es importante que los pacientes, al elaborar el DVA, expliciten cómo proceder en casos de demencia aun cuando puedan dar la impresión de ausencia de sufrimiento. Tampoco hay que menospreciar que la identidad personal y la autonomía no siempre son tan claras y fijas, por eso es crucial acompañar en la elaboración del DVA.

Parte de las dificultades de estas situaciones radica en la inevitable tensión entre la ética de la justicia y la ética del cuidado. Tras el predominio del *principialismo* en bioética, la ética de cuidado vino a complementarlo en aspectos cruciales. Aquí subrayamos 2: 1) la crítica a un concepto de autonomía en exceso racional, capacitista, individual y desconsiderado con la vulnerabilidad humana por la que somos emocionales e interdependientes; 2) un concepto de identidad personal muy vinculado a una voluntad clara y estable. Nos hacemos a nosotros mismos a lo largo del tiempo y relacionándonos. En palabras de P. Ricoeur, somos «sí mismo como otro»¹³, somos al mismo tiempo *idem* e *ipse*, permanecemos idénticos en unos aspectos, en otros, cambiamos.

La vida es indisponible en muchas de sus dimensiones¹⁴, somos capaces de adaptarnos a situaciones que nos parecieron impensables, explorando a tientas otras maneras de vivir. En esa línea, si el argumento principal para pedir la prestación es que no se quiere ser una carga para los otros, estos tienen también algo que decir al respecto.

La complejidad del vivir, por qué hacerlo y cuándo ya no, exige justicia y cuidado, matices y deliberación, pues las dificultades que comporta son existenciales. Es bueno que tengamos una ley que en su proceder contemple esos espacios deliberativos que exigen ternura y tiempo.

Muchos son los retos para mejorar la atención de la PRAM: superar la inequidad territorial; la inequidad entre primaria, hospitalaria y la asistencia privada; y pedagogía para no simplificar en exceso decisiones que, en absoluto, lo son.

Nuestra sociedad ya no vive de espaldas a la muerte, la piensa individual y colectivamente. Ahí estamos los equipos de atención primaria, acompañando a nuestros pacientes al final de su vida de una manera apropiada¹⁵, orgullosos de nuestra profesión y de trabajar en equipo.

Bibliografía

1. Gobierno de España. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la Eutanasia. BOE-A-2021-4628.2021. p. 34037-34049.
2. Informe de evaluación anual 2023 sobre la prestación de ayuda para morir. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad [consultado 2 May 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2023.pdf
3. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Informe anual sobre l'aplicació de la Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia (LORE) durant l'any 2024 a Catalunya. 2024 [consultado 2 May 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/12844>
4. Eutanasia. Informe anual 2024. Comisión de Garantía y Evaluación de Euskadi. Osakidetza [consultado 2 May 2025]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/eutanasia/es_def/adjuntos/Informe-CGyEE-2024.pdf
5. Verdaguer M, Beroiz-Groh P, Busquet-Duran X, Moreno-Gabriel E, Arreciado Marañón A, Feijoo-Cid M, et al. La ley de eutanasia y experiencias profesionales: tensiones en la práctica clínica. Gac Sanit. 2024;38 [consultado 2 May 2025]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911124000207>
6. Amorós Parramon N, Duro Robles R, Limón Ramírez E, Mateu Gelabert T, Peguero Rodríguez E, Torrell Vallespín G. En la senda de la eutanasia, tres años después. FMC. 2024;28 Supl 3:1–47.
7. Duro Robles R, Muñoz Seco E, Peguero Rodríguez E. Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación. AMF. 2021;17:505–51.
8. Eutanàsia. Aspectes ètics de l'ajuda per morir. Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) [consultado 2 May 2025]. Disponible en: <https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM.19879.pdf>
9. Eutanàsia i ètica a l'atenció primària i comunitària. Reflexió des del punt de vista ètica sobre l'aplicació del nou decret d'eutanàsia als centres d'atenció primària i comunitària. Comitè d'ètica assistencial en Atenció primària, Novembre 2021 [consultado 2 May 2025]. Disponible en: <https://ceaapics.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/03/document.pdf>
10. Coscollar Santaliestra C. Sobretratamiento al final de la vida: razones, alternativas. AMF. 2025;21:236–8.
11. Ramos S, Terribas N, Falcó A, Román B. Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: An overview. Int J Law Psychiatry. 2023;87, 101871.
12. Pifarré J, Esquerda M, Torralba F, Bátis J, Bofarull M. Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: In response to Ramos et al. Int J Law Psychiatry. 2024;94, 101980.
13. Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Siglo XXI; 1996.
14. Rosa H. Lo indisponible. Barcelona: Herder; 2021.
15. Broggi MA. Por una muerte apropiada. Barcelona: Editorial Anagrama; 2013.

Eva Peguero-Rodríguez^{a,b,*}, Begoña Roman Maestre^c
y Carmen M. Prieto Villanueva^d

^a EAP El Castell, Castelldefels, ICS, Castelldefels, Barcelona, España

^b Facultad de Medicina, UB, Barcelona, España

^c Facultad de Filosofía, UB, Barcelona, España

^d CAP El Plà, ICS, Sant Feliu de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evapeguero@ub.edu
(E. Peguero-Rodríguez).