



EDITORIAL

Reflexionando sobre la Demanda de Ayuda para Morir

Reflecting on the demand for aid in dying



La reciente aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE)¹ ha provocado en los colectivos profesionales una serie de reacciones que por una parte reflejan el sentir de la sociedad de la que formamos parte, y que van desde el rechazo en un extremo hasta la celebración en el otro del reconocimiento de un nuevo derecho que la ley otorga a los individuos, para que, en el caso de cumplir las condiciones que marca la ley, puedan escoger el momento de acabar con su vida, contado con el apoyo y el acompañamiento sanitario. Además, la ley incorpora la ayuda a morir como una nueva prestación del Sistema Nacional de Salud. Gran parte de las reacciones a la LORE tienen que ver con las incertidumbres que genera la propia ley y el proceso de su aplicación.

Los problemas en la aplicación de la ley se van a poner de manifiesto según se vayan presentando los casos y el camino lo irán marcando las decisiones de los profesionales y de las Comisiones de Evaluación y Control de la Eutanasia que se han constituido en cada una de las Comunidades Autónomas, según indica la LORE.

Seguramente la percepción que tenemos de la eutanasia es de una solución extrema. Pero el hecho de que la LORE establezca unas condiciones para su aplicación, un sistema de garantías, y el hecho de contar con protocolos claros y un manual de buenas prácticas para el Sistema Nacional de Salud, expresa una clara intención de que la eutanasia sea una opción más entre las que contamos para poner fin a los sufrimientos del paciente.

El dolor y el sufrimiento, por definición, son subjetivos, lo que es tolerable para una persona no tiene que serlo para otra. Y los sanitarios debemos evitar la tentación de imponer nuestros criterios y nuestros estándares de calidad de vida a los pacientes. Por ello siempre es posible que haya personas que no encontrando ningún alivio, a pesar del esfuerzo de los sanitarios, soliciten la eutanasia.

Otro aspecto relativo al sufrimiento que no hay que olvidar es que éste no siempre obedece a motivos médicos o psicológicos. La soledad, la pobreza, la falta de cuidados o la sensación de ser una carga no tienen que ver con una

sociedad diversa. Tienen que ver con una sociedad cada día más desigual, en la que la superposición de crisis aumenta la brecha entre los que más y los que menos tienen.

Una de las críticas que se escucha con más frecuencia es la que enfrenta eutanasia y cuidados paliativos. A mi juicio se trata de un falso dilema. Los cuidados paliativos aplicados con rigor y humanidad son la mejor herramienta con la que contamos los sanitarios para aliviar los sufrimientos de un paciente con enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades de curación, sufrimiento que va más allá de la situación fisiológica del paciente, como nos enseñó Cicely Saunders cuando definió el concepto de dolor total². Pero aún con los mejores cuidados paliativos (a los que no todos los pacientes pueden acceder, en parte porque no siempre los profesionales de cualquier nivel asistencial contemplan y se comprometen con los cuidados paliativos como un aspecto de su práctica clínica) no es posible dar respuesta médicas a todos los tipos de sufrimiento ni debemos ignorar las demandas que desde su autonomía nos hacen los pacientes.

La LORE tiene pocos meses de vigencia y no podemos sacar conclusiones sobre su aplicación. Pero probablemente con el tiempo veamos algunos efectos secundarios, no necesariamente indeseables, como el que contribuya al desarrollo de los cuidados paliativos. Las situaciones que define la LORE, el papel que atribuye a los profesionales en la información al paciente, la valoración del mismo y las garantías que se contemplan en el caso de una solicitud de ayuda médica para morir, deberían estar integradas en nuestro quehacer diario como médicos, y especialmente para los médicos de familia en cualquier situación, y no sólo en casos extremos. Pondré algunos ejemplos:

Artículo 4 apartado 2: 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.

Artículo 5 apartado 1 b: Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir. 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.

Artículo 8 apartado 1: Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir. 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, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), 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. Transcurrido el plazo previsto en el artículo 5.1.c), y una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud...

Artículo 8 apartado 3: El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales...

Artículo 11 apartado 1. Realización de la prestación de ayuda para morir. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes...

A todos nos gustaría contar en la consulta con el tiempo necesario para informar y deliberar con el paciente sin necesidad de que realice una solicitud de ayuda para morir, y que cuando pedimos a los compañeros una interconsulta, ésta pueda hacerse en un tiempo razonable.

Quizá, algún día, algún paciente que se sienta abandonado porque no podemos verle con la asiduidad que su problema de salud merece, o que no consigue que en el centro de salud le cojan el teléfono y le faciliten una cita, o al que no visita el equipo de soporte de cuidados paliativos porque no existe cobertura para todo el área sanitaria, lo piense y haga una solicitud de ayuda a morir para que podamos sentarnos con él, compartir la información, valorar sus problemas desde todos los puntos de vista, y ofrecerle los mejores cuidados y la mejor atención posible.

Con independencia de la opinión de cada uno de nosotros pueda tener sobre la necesidad y la oportunidad de la LORE hay que reconocer que la atención al final de la vida se acompaña siempre de conflictos, y que estos conflictos llevan un alto nivel de complejidad. La complejidad está relacionada con la naturaleza de estos conflictos. Sánchez López y cols. publican es este número de Semergen Medicina

de Familia una interesante reflexión sobre estos conflictos y el modo de abordarlos³.

El final de la vida se acompaña de síntomas múltiples, complejos y cambiantes y un declive funcional continuo, más o menos rápido. Hay un amplio abanico de posibles respuestas a los problemas clínicos. En uno de los extremos de este abanico estaría el abandono, expresado en la frase “no podemos hacer nada”. Y en el otro extremo estaría la actitud de aplicar los protocolos de forma inflexible, ignorando otras consideraciones en el enfermo terminal, lo que conduce inevitablemente al encarnizamiento terapéutico. Entre estos dos extremos se encuentran las opciones más convenientes y deseables como son la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, y, por supuesto los Cuidados Paliativos.

Pero además de existir conflictos en el ámbito clínico van a aparecer conflictos en el ámbito de los valores (deseos, creencias y preferencias). Los autores del trabajo citado señalan que “los valores son implícitos al propio paciente y complementan aquellos aspectos estrictamente científicos, como son el proceso de diagnóstico y tratamiento”. Y es que en una sociedad plural no todas las personas tienen la misma idea sobre lo que significa una vida digna, y por lo tanto qué supone dignidad en el proceso del final de la vida. Y es posible que los sanitarios no compartan los valores del paciente, lo que es importante para él. Una vez más podemos identificar respuestas extremas, y otros posibles cursos de acción más convenientes, que habrá que explorar, y que tiene la ventaja frente a los extremos de que no son excluyentes.

Por ello la propuesta del trabajo de Sánchez López y Cols. es que ante la incapacidad que la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) tiene para abordar los hechos que nos son puramente clínicos, como los conflictos de valores, ésta debe ser complementada con la “Medicina Basada en los Valores”, fundamentada en la autonomía y en el reconocimiento de la pluralidad de valores. En este paradigma los conflictos se resuelven mediante la deliberación y el disenso. Como señalan los autores lo importante no es lo qué se hace, sino el cómo se hace.

Por lo tanto, los médicos de familia debemos seguir formándonos y reflexionando, y continuar incorporando a nuestra práctica clínica herramientas como la Medicina Basada en la Evidencia para tomar las mejores decisiones técnicas, y también otras herramientas que nos acerquen a las mejores decisiones en humanidad, como las habilidades de escucha y comunicación, la medicina Basada en la Prudencia y la Medicina Basada en los Valores que nos permite integrar los principios de la bioética en nuestro proceso de tomas de decisiones.

Conflictos de Intereses

El autor ha tenido en cuenta las instrucciones y las responsabilidades éticas. Este trabajo no ha contado con ningún tipo de financiación y no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de Mar, de regulación de la eutanasia. «BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021: 34037-34049.

2. Max Watson, Rachel Campbell, Nandini Vallath, Stephen Ward, Jo Wells. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Third Edition. Oxford University Press; 2019.
3. Sánchez López JD, Luque Martínez F, Gómez García E. La problemática de la eutanasia Propuestas para un nuevo abordaje bioético en cuidados primarios. Semergen. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2021.07.006>.

Enrique Arrieta Antón
Médico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural-Miembro de los Grupos de Trabajo de Cuidados Paliativos, Comunicación y Neurología de Semergen
Correo electrónico: earrietaa@gmail.com