

(*OMC, Abril de 2005*). El debate sobre la eutanasia y el problema en el Hospital Severo Ochoa, entre otros, han puesto en primera línea informativa los cuidados paliativos. Uno de los mayores expertos en esta materia es Marcos Gómez Sancho, que actualmente trabaja en el Hospital Doctor Negrín de Gran Canaria.

**Pregunta:** ¿Cómo está configurado, actualmente, el mapa de España en cuanto a cuidados paliativos?

R. Según las cifras del directorio oficial de la SECPAL, Cataluña y Canarias son de las primeras comunidades donde se desarrollaron antes los cuidados paliativos y donde tienen una mayor implantación y cobertura. Se ha incorporado Extremadura, que desde hace 3 ó 4 años tiene en marcha un programa regional. En el otro extremo tenemos a Castilla La Mancha y Comunidad Valenciana, que son las autonomías que tienen menos recursos de cuidados paliativos.

P: En 2001 se aprobó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Tras casi 4 años, ¿cuál es su valoración sobre la evolución del mismo?

R. Estamos haciendo un llamamiento porque desde la aprobación de este Plan, realizado en el seno del consejo interterritorial, prácticamente no se han hecho grandes cosas.

P: ¿Cree que estos "ranking" son beneficiosos para impulsar los planes regionales?

R: Esto es un derecho de los ciudadanos y por lo tanto una obligación de los políticos. Hace 20 años, el consejero de una comunidad autónoma que tenía un programa de cuidados paliativos se ponía medallas y presumía de tener cuidados paliativos. Hoy, se ha pasado de ese punto, a que los consejeros que no tienen cuidados paliativos les señalen con un dedo y se sonrojen cuando sale la conversación.

P: ¿No se está dando mayor importancia a otros temas, como las lista de espera, y se está

dejando como prioridad los cuidados paliativos?

R. Algunas veces los políticos se mueven por impulsos del voto o los electores. Entonces, las listas de espera, que estamos todos de acuerdo que es una vergüenza y debemos hacer todo lo posible por disminuirlas, tienen mucho impacto social y repercusiones electorales. Sin embargo, la atención a enfermos que no votan con unas expectativas de vida muy limitadas y con unas familias con una angustia tan grande, pues a lo mejor no reciben la misma consideración por parte de los organismos públicos.

P: Sorprende el silencio que existe en las unidades de cuidados paliativos con el ruido que ha provocado el tema del Hospital Severo Ochoa de Leganés. ¿Cree que está habiendo un ruido excesivo?

R Yo creo que sí, aunque no sé lo que habrá sucedido, porque lo único que conozco es lo que se ha publicado en los periódicos. Lo que sí sé es que se ha hecho un ruido excesivo, ha trascendido excesivamente a los medios de comunicación, lo han utilizado los partidos políticos como arma arrojadiza contra sus adversarios y eso creo que no hay derecho. Está perjudicando mucho a los enfermos, a la profesión médica, a ese hospital y al sistema sanitario. Yo pido que la gente sea más prudente, que se investigue todo lo que se tenga que investigar, pero con las debidas cautelas, con la debida presunción de inocencia hasta que se termine la investigación, y cuando ésta concluya si hay alguna responsabilidad, que se ejecute.

P. ¿Qué función juega y cual debe jugar la sedación en los cuidados paliativos?

R La sedación es un acto médico que algunas veces tenemos que llevar a cabo en enfermos avanzados o terminales. En 1993, realizamos un estudio que afirmaba que en aquel año teníamos que sedar al 19,1% de nuestros enfermos. Esta cifra coincide con la mayoría de los estudios realizados, lo que significa que cuando algún síntoma, específicamente disnea o delirio, se transforma en refractario e intratable, lo único que podemos hacer por estos enfermos es sedarles, disminuirles la consciencia. En nuestro estudio, vimos que después de sedar a los enfermos, los pacientes tenían un promedio de supervivencia de 38 horas. Esta cifra significa dos cosas: primero, que no tiene que ver nada con la eutanasia, ya que el hecho de que vivan 38 horas de promedio demuestra que mi intención no era acabar con su vida; el segundo significado de esta cifra es el muy pobre pronóstico que tiene un enfermo cuando hay que tomar esta decisión. El trato diario con el enfermo hace que tomar esta decisión sea menos traumático que cuando hay que tomarlo de repente en un enfermo desconocido y en un

entorno que no es el más indicado, como es un servicio de urgencias. Por lo tanto, que un enfermo terminal vaya a urgencias tiene que ser la excepción y no la norma.

P: Ha afirmado que no se puede debatir el tema de la eutanasia sin haber arreglado el tema de los cuidados paliativos. ¿Por qué?

R: Quedó claro en la comparecencia que algunos profesionales realizamos en el Senado que era una frivolidad, como mínimo, que un país que no presta la adecuada atención a los enfermos candidatos a solicitar la eutanasia, legitime, despenalice alguna forma de acabar con estos enfermos. No digo que no haya que legalizar o no la eutanasia, lo que digo es que no es prioritario. Lo que sí es prioritario es atender adecuadamente a los enfermos que habitualmente lo solicitan para que dejen de hacerlo; porque la experiencia diaria donde hay buenos programas de cuidados paliativos es que la demanda de eutanasia cae hasta ser una absoluta anécdota. Cuando yo ahora oigo que quieren volver a crear una comisión para el estudio de la eutanasia cuando la comisión anterior dio unas instrucciones que no se han cumplido, me parece sorprendente.

P: ¿Cuál es su opinión sobre la función que cumple la Organización Médica Colegial?

R. Creo que la OMC es un garante de la adecuada atención que se presta a los enfermos en España, y por tanto considero un tremendo error y un peligro muy grande las tentativas que está habiendo de la colegiación voluntaria. Concretamente además, ha sido un foro en el que se ha hecho un trabajo muy importante para el desarrollo de los cuidados paliativos.

### **Un número insuficiente**

En España, en el directorio de la SECPAL, constan 270 programas de diferente envergadura, con un desarrollo muy desigual en las distintas CCAA y que atienden entre 27.000-28.000 enfermos, la mayor parte de ellos, enfermos de cáncer. ¿Estamos hablando de una cobertura del 26-28% de los enfermos de cáncer?, afirma Gómez Sancho. ¿Desde la SECPAL creemos que. Como estándar adecuado, igual que en otros países europeos, serían necesarias en torno a 80-100 camas de cuidados paliativos por cada millón de habitantes, y un equipo de soporte formado, por lo menos, por un médico y una enfermera por cada 10.000 habitantes?.