

# CARTA AL DIRECTOR



Gac Med Bilbao. 2018;115(4):205-207

## ¿Qué atención necesitan las personas en el proceso de morir?

**What attention do people need in the process of dying?**

**Zer arretarik behar dute pertsonak hiltzeko prozesuan?**

Los cuidados paliativos cuidan la vida de las personas. Estas atenciones no tienen como objetivo la muerte, sino que cuidan la vida mientras ésta llega a su tiempo, evitando el sufrimiento. La eutanasia es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal a petición expresa de ésta y en un contexto médico. Se habla de suicidio médicamente asistido cuando la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte. Estas características definen cada una de las actuaciones encaminadas supuestamente a facilitar una muerte digna.

El día 25 de octubre de 2018, por mayoría parlamentaria, se optó por la eutanasia en el Congreso de los Diputados de España, dejando, una vez más, aparcados los cuidados paliativos. Sin embargo, yo creo que los ciudadanos esperamos de quienes nos representan, independientemente de sus siglas políticas, que lleguen a ponerse de acuerdo en establecer un marco legislativo para ayudarnos a aliviar nuestro sufrimiento. Como profesional paliativista, con más de 25 años de experiencia en esta disciplina de la Medicina, estoy convencido de que este alivio se puede conseguir con unos cuidados de calidad porque cuando los pacientes los reciben, raramente solicitan la eutanasia.

El deseo de morir bien es una legítima aspiración de los seres humanos. Este deseo nos obliga a los profesionales de la salud a ayudar a nuestros enfermos a que mueran bien, sin sufrimiento alguno. Para ello, pro-

curamos un control adecuado y enérgico de los síntomas aunque con los tratamientos para dicho control se pueda adelantar la muerte. También adecuamos aquellos tratamientos que ya son inútiles y que les hacen sufrir más que la propia enfermedad. Y si es necesario porque aún no hemos conseguido aliviar su sufrimiento, recurrimos a la sedación para garantizar una muerte serena. Aunque de todo ello se pudiera derivar un adelantamiento no buscado de la muerte, ninguna de estas actuaciones serían prácticas eutanásicas si lo que buscan es eliminar el sufrimiento de la persona sin tener que eliminar a quien sufre.

Podemos considerar lo anterior una buena práctica médica si la orientamos a conseguir unos objetivos adecuados, basados en la promoción de la dignidad y la calidad de vida de la persona enferma, de acuerdo con sus valores y preferencias. Los medios para ello comprenden la atención integral al paciente y a sus familiares, el control adecuado de sus síntomas molestos, el soporte emocional, social y espiritual, según sus creencias, y una información adecuada para que pueda ejercer su autonomía en la toma de decisiones en el tramo final de su vida. Todos estos principios constituyen la esencia de los cuidados paliativos.

¿Nos hemos preguntado alguna vez cuáles son las necesidades del enfermo cuando está llegando el final de su vida? Si transformamos cada una de estas necesidades en un derecho le estaremos ayudando a vivir dignamente mientras llega su muerte. Tiene necesidad de que se le alivie el dolor y cualquier otro síntoma mo-

lesto, por lo que se merece ese derecho de que se le mitigue el dolor. Tiene necesidad de que se le apoye emocionalmente, por lo que se merece el derecho al apoyo psicológico. Tiene necesidad de ser acompañado durante su etapa final, por lo que se merece el derecho a no morir en una soledad no deseada. Tiene necesidad de satisfacer sus necesidades espirituales, por lo que se merece el derecho a recibir el apoyo espiritual que él desee, teniendo en cuenta sus creencias y sus valores.

No creo que sea la eutanasia la solución para resolver las necesidades de estos enfermos. Sí creo que lo son los cuidados paliativos. Cuando se plantea la eutanasia como solución para un enfermo que sufre mientras se muere, reflexiono sobre las dos partes implicadas en la misma, el enfermo que la solicita y el médico que la llevará a cabo. En los párrafos anteriores he pretendido compartir mi reflexión sobre el enfermo que nos pide ayuda para aliviar su sufrimiento físico, emocional, social y espiritual. A partir de las siguientes líneas deseo compartir mi reflexión sobre el médico ante la eutanasia y sus repercusiones para la profesión médica si se aprueba la Ley Orgánica de regularización de la eutanasia que propone el Grupo Socialista y que la registró en la Mesa del Congreso de Diputados el 3 de mayo de 2018.

Aunque en muchas ocasiones, a través de artículos publicados y entrevistas en distintos medios de comunicación, he manifestado mi opinión en contra de la legalización de la eutanasia porque entiendo que los enfermos desean ser cuidados y no eliminados, en este artículo deseo analizar las consecuencias de esta ley para la profesión médica. Después de varias lecturas del citado proyecto de ley me planteo varias preguntas que nos debieran hacer reflexionar para poder reaccionar en consecuencia.

¿Nos hemos preguntado las siguientes cuestiones?: ¿quiénes van a poner en práctica esta Ley?, es decir, ¿quién va a realizar la eutanasia? No serán los que la realicen quienes la aprueban en el Congreso de Diputados, sino los médicos que estamos a pie de cama del enfermo junto a sus familias. Esta ley propone que seamos los médicos los encargados. Les transcribo algunos párrafos en la que no cabe la menor duda de que seremos los médicos.

*Art 10. Prestación de la ayuda a morir.*

*“La realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidados y profesionalidad.*

*a) En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.6.a (la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte) el médico o médica asistirá al solicitante hasta el momento de su muerte.*

*b) En el supuesto contemplado en el artículo 3.6.b de esta ley (la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que ésta se la pueda auto administrar para*

*causar su propia muerte) el médico o médica, tras prescribir la sustancia que el propio solicitante se auto administrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento.*

Seremos los médicos y las médicas quienes tendremos que administrar la sustancia que le provoque la muerte (eutanasia) o quienes se la prescribamos o administremos para el propio paciente se administre (suicidio médicamente asistido) y, además, tendremos que estar presentes durante el proceso de morir hasta que fallezca.

Por si todavía fuera poco, tendremos que realizar la prestación de la ayuda a morir en cualquiera de sus dos formas (eutanasia y suicidio asistido) en los domicilios de los enfermos, si así nos lo solicitan. Así lo indica esta Proposición de Ley:

*Art 2. Ámbito de aplicación.*

*“... se aplicará también en domicilios particulares cuando así se solicite”*

¿Quiénes tendrán que realizar estas prestaciones en el domicilio del enfermo? Los médicos y médicas de atención primaria, porque son los que atienden a los enfermos en sus domicilios. Si la sobrecarga de trabajo habitual de este nivel asistencial ya tiene dificultades para hacerlo como se merecen los enfermos y los propios profesionales, si los cuidados paliativos también se pretende que sean realizados en sus cuidados básicos por atención primaria, ¿podrían asumir este nuevo encargo de esta ley?

Cuando los médicos administramos un tratamiento como es la sedación paliativa en la agonía, somos conscientes de que la sedación para el enfermo implica una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar de manera consciente la propia muerte. Esto tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Todo esto nos requiere dedicar el tiempo necesario junto al enfermo; no se puede realizar en la coloquialmente llamada “visita de médico”, necesitamos tiempo.

Si este tratamiento, que es una buena práctica médica cuando ayuda a no sufrir mientras llega la muerte sin provocarla, nos puede suponer a los profesionales que la practicamos una sobrecarga emocional, ¿qué supondría para el médico o la médica que ha de ayudar a morir por medio de la eutanasia o del suicidio asistido? ¿Se han previsto las consecuencias para los profesionales médicos que puede tener esta ley?

La objeción de conciencia es una posibilidad que contempla esta Proposición de Ley, pero que también tendrá sus consecuencias.

*Artículo 12. Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de la ayuda para morir.*

*1. “Los y las profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir*

*tendrán el derecho a ejercer la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la prestación por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en su realización, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito”.*

¿Se ha calculado la proporción de médicos que en las encuestas manifiestan estar a favor de legalizar la eutanasia? ¿Y cuántos de lo que contestaran afirmativamente se acogerían a la objeción de conciencia? Estar a favor y ser objetor, se llama en nuestra tierra “tirar la piedra y esconder la mano”. Los médicos dispuestos a

realizarla ¿no llegarían a estar sobrecargados con una actividad que, a largo plazo, minaría su motivación profesional? ¿Puede ser el médico el cuidador de la salud de las personas y ser capaz de poder producir, al mismo tiempo, su muerte intencionada?

Los médicos debemos procurar eliminar el sufrimiento del enfermo sin tener que provocar la muerte de quien lo padece.

Jacinto Bátiz-Cantera  
*Presidente de la Sección de Cuidados Paliativos  
Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.*