



Lo único que se nos garantiza es la eutanasia

Bermatzen zaigun gauza bakarra eutanasia da

The only thing guaranteed is euthanasia

En este editorial pretendo responder a tres preguntas para justificar la afirmación que transmito en el título. Después de más de 25 años de ejercer como médico paliativista me sigo preguntando: ¿se garantiza la atención paliativa?, ¿por qué desea el enfermo adelantar su muerte? y ¿qué es lo único que podemos elegir?

¿Se garantiza la atención paliativa?

Los cuidados paliativos representan una sólida respuesta sanitaria al sufrimiento relacionado con el final de la vida de las personas. Demostrada su eficacia y su eficiencia, creo que se han convertido en un derecho de todos los ciudadanos españoles y en una prestación sanitaria básica.

En el reciente *Atlas de Cuidados Paliativos Europa 2019*⁴, coordinado por la Universidad de Navarra, se muestran unos datos referentes a la situación de los Cuidados Paliativos en España con los que nos dan un toque para que nos pongamos las pilas: nos hemos estancado en los servicios de cuidados paliativos. A diferencia de otros países en Europa, en España nos hemos estancado porque en los últimos ocho años no se han abierto nuevos servicios e, incluso, en algunas comunidades autónomas hay menos. El estudio coloca a España en el puesto 31 de los 51 países europeos analizados en cuanto a servicios por habitante, al mismo nivel que Georgia, Rumanía, Letonia o República Checa. Tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, al menos de eso presumimos, pero estamos en el puesto 31 de Europa en la atención médica al final de la vida. Esto nos tiene que hacer reflexionar.

Durante más de 50 años de historia de esta disciplina sanitaria, los cuidados paliativos han demostrado que son la alternativa más eficaz en el tratamiento de los pa-

cientes en fase terminal y de sus familiares. Pero esto exige que este desarrollo sea homogéneo y universal para que no sea el privilegio de unos pocos, sino el derecho de todos aquellos que los necesiten.

Los cuidados paliativos están demostrando eficiencia ya que de manera muy positiva impactan sobre la calidad de vida del enfermo (alivian sus síntomas, favorecen la buena comunicación y la relación médico-paciente, así como el respeto de sus valores, etc.), apoyan a las familias, complementan al resto de medidas empleadas, influyen sobre los sistemas sanitarios y, además, ahorran costes.

Los cuidados paliativos cuidan la vida de las personas; éstos no tienen como objetivo su 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.

Desear morir bien es una legítima aspiración de los seres humanos y este deseo nos obliga a los profesionales de la salud a ayudar a nuestros enfermos a que mueran bien, sin sufrimiento alguno, con un control adecuado y enérgico de los síntomas aunque con los tratamientos para dicho control se pudiera adelantar la muerte; con una adecuación de aquellos tratamientos que ya son inútiles y que les harían sufrir más que la propia enfermedad; y, si fuera necesario, porque aún no

hemos conseguido aliviar su sufrimiento, recurriendo 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.

¿Por qué desea el enfermo adelantar su muerte?

Pero ¿verdaderamente desea la muerte? ¿cuál es la demanda auténtica de un agonizante que pide la eutanasia? Cuando un enfermo dice: “¡Acabemos con esto!”, ¿cómo debemos comprenderlo?; ¿que acabemos con su vida?, ¿que acabemos con ese dolor insoportable que padece?, ¿tal vez con su angustia?, ¿o con su soledad?

Hay enfermos que nos manifiestan en ocasiones: “Doctor, me siento una carga para mi familia, ¡ayúdeme! ¡no quiero seguir viviendo así!”. La petición individual o social de la eutanasia debe ser considerada generalmente como una demanda de mayor atención y suele desaparecer cuando le ayudamos a solucionar el “así”. Si su miedo lo transformamos en seguridad, el paternalismo en autonomía, el abandono en compañía, el silencio en escucha, el dolor en su alivio y la mentira en esperanza tal vez desee seguir viviendo el tiempo que le quede. El enfermo necesita sentirse querido por los suyos, necesita sentir que sigue siendo querido por lo que es y que no necesita cambiar. Todo esto va a ser para él un motivo para querer seguir viviendo. Fue Nietzsche quien dijo: “El que tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo”.

A los médicos nos debe preocupar lo que le ocurre al enfermo para que desee el adelanto de su muerte. Este deseo puede ser una llamada de atención para que se le alivien todos los síntomas molestos o quizá sea una queja encubierta para que se le trate de una manera más humana, o se le haga compañía. Sencillamente, para que se le explique lo que le está ocurriendo.

La tentación de la eutanasia como solución precipitada, se da cuando un enfermo solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene más que ofrecerle. Los médicos nos sentimos fracasados cuando no podemos curar, pero debiéramos ser conscientes de que el verdadero fracaso es tener que admitir la eutanasia como solución alternativa al alivio de síntomas y a la comunicación. El fracaso se produce cuando nos planteamos quitar la vida a un enfermo porque no sabemos cómo mejorar sus síntomas ni cómo modificar las circunstancias personales en las que está viviendo.

El ayudar a una muerte en paz es uno de los fines de la medicina, tan importante como el prevenir la muerte prematura y diagnosticar y tratar enfermedades. La discusión profesional será si estamos dispuestos a que, dentro de ese ayudar a morir en paz, se incluya como derecho del paciente y deber nuestro como médicos la opción de que acabemos con su vida.

Para aliviar el sufrimiento de las personas que padecen una enfermedad incurable, avanzada o en fase ter-

minal, la solución no debería ser su muerte intencionada; es verdad que tal vez sería lo más fácil. Pero para conseguir ese alivio es preciso garantizar una atención de calidad, centrada en el acompañamiento de la persona sufre para restaurar la calidad de vida que la evolución de su enfermedad le está mermando.

Ha de ser un acompañamiento activo, para controlar todos aquellos síntomas que le provocan sufrimiento. Aunque la intensidad que empleemos para dicho control pudiera adelantar la muerte, esto no sería una práctica eutanásica. Un acompañamiento activo para no provocarle más sufrimiento con maniobras diagnósticas y terapéuticas innecesarias e ineficaces, esto tampoco sería una práctica eutanásica.

Un acompañamiento activo para disminuir la consciencia mediante la sedación paliativa para evitar su sufrimiento mientras llega su muerte, cuando no hayamos podido aliviar su dolor con las medidas empleadas hasta ese momento; si está sedación está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo será una buena práctica médica.

Si todo lo anterior se hace adecuadamente, se estará ayudando a que los enfermos no sufran. Pero si no somos capaces de poderles ofrecer esta atención, bien por falta de recursos socio-sanitarios, o bien por falta de formación de los profesionales, tal vez se vean abocados a solicitar el adelantamiento de su muerte. ¿Sería esto una verdadera demanda de la eutanasia?

¿Qué es lo único que podemos elegir?

Es muy importante potenciar la ayuda a las personas dependientes que, actualmente, llega tarde en demasiadas ocasiones a los enfermos en fase avanzada y terminal. En España, por término medio, mueren más de 100 enfermos cada día con la ayuda a la dependencia ya concedida, pero aún no otorgada, y eso sin considerar a los que están en el periodo de espera —de 426 días de media en España⁹— desde que la solicitan hasta que se les concede. Además, es fundamental la atención a las necesidades psicológicas y espirituales de los pacientes y sus familias, especialmente en las situaciones de mayor complejidad, situaciones en las que no son suficientes los recursos generales de atención primaria y las especialidades hospitalarias que los atienden (medicina interna, geriatría, oncología, etc.) y está indicada la intervención de los recursos avanzados en cuidados paliativos. Esos recursos actualmente no llegan ni a la mitad de los pacientes que los necesitan.

En este contexto socio-sanitario, la eutanasia no sería una elección libre para muchas personas que simplemente quieren que se les libre de su sufrimiento, no de su vida. Para que fuera libre, sería necesario que existieran esas opciones a las que hoy no pueden acceder estos pacientes. Al legalizarla podríamos crear un escenario en el que, para el alivio del sufrimiento de las personas con enfermedad avanzada o terminal, éstas no puedan recibir la ayuda a la dependencia que alivie la carga familiar en el momento en el que la necesitan, y tampoco puedan elegir el ser atendidos por recursos de cuidados paliativos avanzados en las situaciones de complejidad,

pero sí pueden “elegir libremente” que los médicos acabemos con sus vidas. Por lógica muchos acabarán eligiendo lo único que les garantizamos, pero esa no es una elección totalmente libre sino condicionada en buena parte por las circunstancias.

Bibliografía

- 1 Bátiz J (2020). Tribuna de opinión Libre elección y eutanasia. Publicado en El Correo el 17 febrero 2020.
- 2 Bátiz J. (2018). Artículo de opinión “¿Eutanasia o cuidados paliativos? Publicado en medicospacientes.com el 29 octubre 2018.
- 3 Bátiz J. (2019). Artículo de opinión “Tirón de orejas a España por su nivel en cuidados paliativos”. Publicado en medicospacientes.com el 23 mayo 2019.
- 4 Centeno C. et al. (2019). EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. EAPC Press.
- 5 Heath I (2008) Ayudar a morir. Katz Editores. Buenos Aires.
- 6 Hendin H (2009). Seducidos por la muerte. Editorial Planeta. Barcelona.
- 7 Montero E (2013). Cita con la muerte. Ediciones Rialp, S.A. Madrid.
- 8 Organización Médica Colegial de España. Grupo de Trabajo “Atención Médica al final de la vida”. Consideraciones de la Organización Médica Colegial para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en España. Medicina Paliativa. Madrid. Vol. 16: Nº 5; 305-307, 2009.
- 9 VV. AA. El tiempo medio de tramitación de un expediente de dependencia es de 426 días. Geriatric Area. 2020. Consultado el 8 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2020/01/13/el-tiempo-medio-de-tramitacion-de-un-expediente-de-dependencia-es-de-426-dias/>.

Jacinto Bátiz

*Presidente de la Sección de Cuidados Paliativos de la
Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
Director del Instituto para Cuidar Mejor del
Hospital San Juan de Dios de Santurtzi*