



La situación actual de los cuidados paliativos y la eutanasia

Fecha 24/10/2008 15:59:42 | Categoría: Vejez y Final de la vida

AUTOR: Armando Azulay Tapiero

En el año 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos” (1) con el objetivo de proporcionar una atención integral y de calidad a los enfermos que están en situación de enfermedad terminal; siete años después se puede asegurar que no se ha conseguido prácticamente nada, que su desarrollo ha fracasado; así lo demuestra el hecho de que los programas específicos de Cuidados Paliativos, distribuidos de una manera bastante heterogénea dentro del territorio nacional y dirigidos fundamentalmente a tratar enfermos diagnosticados de cáncer (2), que de una manera injusta tienen mayores posibilidades para acceder a ellos, siguen cubriendo a una pequeña proporción de la población subsidiaria, lo que supone un atentado contra el principio de equidad que debe garantizar un sistema sanitario público. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en la actualidad sólo un tercio de los enfermos subsidiarios de cuidados paliativos tiene acceso a ellos (3).

Tras lo expuesto, a día de hoy, se puede afirmar que una amplia mayoría, aproximadamente dos tercios, de los enfermos que se encuentran en situación de enfermedad terminal no son tratados por un equipo de trabajo multidisciplinar especializado en atender todas sus necesidades; esto significa que probablemente no reciben durante los últimos días o meses de su vida un tratamiento correcto para controlar el dolor y otros síntomas, que es posible que no tengan acceso a una información y una comunicación adecuadas y que ni ellos ni sus familiares y cuidadores cuentan con un apoyo psicoemocional apropiado para afrontar los últimos días o meses previos a la muerte. Si esto no fuese así, si no se diesen estas deficiencias, las Unidades de Cuidados Paliativos serían innecesarias. Además, una parte importante de estos enfermos se ven abocados, sin ninguna información previa, sin pedir su opinión al respecto e ignorando su pronóstico fatal a corto o medio plazo, a veces incluso sin conocer su condición de moribundos, a una Medicina que niega la muerte inevitable y cuyo objetivo principal consiste en la curación de enfermedades y en alargar la supervivencia, lo que genera intervenciones diagnósticas y terapéuticas no adecuadas o desproporcionadas que originan, además de un gasto económico innecesario y un uso incorrecto de los siempre limitados recursos sanitarios, un sufrimiento inútil en los últimos momentos de la vida. Otras anomalías no corregidas todavía tras la publicación del “Plan Nacional de Cuidados Paliativos” (1) hacen referencia, en primer lugar, a los requerimientos mínimos, fundamentalmente humanos pero también materiales, que deben disponer estas unidades para proporcionar una asistencia integral de calidad y, en segundo lugar, a la formación específica que se debería exigir a las personas que trabajan en esta disciplina, que continúa sin estar regulada, a veces es inexistente y otras veces inadecuada, especialmente la formación ética, por estar sustentada habitualmente en unos valores concretos muy respetables pero no compartidos por todos; este deterioro en la formación tiende a expandirse y a mantenerse, constituyendo un círculo vicioso, dado que el personal asistencial difícilmente podrá recibir e impartir una docencia correcta si los encargados de su formación han sido mal enseñados. Estas deficiencias, docentes y de recursos, tanto personales como materiales y también en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, permiten dudar sobre la calidad y la efectividad de los cuidados que prestan. Todo ello hace suponer que no todos los enfermos que están atendidos en unidades de cuidados paliativos reciben un tratamiento adecuado y tienen sus necesidades cubiertas.

Ante este panorama, si el enfermo diagnosticado de una enfermedad incurable y que progresa irremediamente hacia la muerte próxima no tiene la “suerte” de ser atendido por un equipo multidisciplinar especializado, bien formado y capacitado, eventualidad que en nuestro ámbito dependerá fundamentalmente de la patología que le ha llevado a esta situación (si es una enfermedad oncológica, aumenta la probabilidad) y del área geográfica donde resida, ante la posibilidad de ser objeto de una obstinación terapéutica o vivir sus últimos días o meses de vida con un sufrimiento intenso físico y/o emocional sin posibilidades de ser resuelto o al menos de conseguir una adaptación a él, podría preferir, asumiendo que está correctamente informado de todo lo que le ocurre y que su competencia es absoluta desde el punto de vista cognitivo, que se le practicara una eutanasia activa si se le diese esta opción.

En estas circunstancias, se podría definir a la eutanasia como la intervención activa y directa para provocar en un enfermo mentalmente competente, diagnosticado de una enfermedad incurable, progresiva y generadora de un sufrimiento intenso, la muerte que solicita de una manera reiterada, de forma voluntaria y en completa libertad, sin ningún tipo de coacción. Si es que existe alguna situación en la que podría justificarse la eutanasia activa voluntaria, para muchos no debería hacerse en ningún caso, es precisamente en la que nos encontramos: ante un enfermo diagnosticado de una enfermedad que irremediamente le va a conducir a la muerte en un periodo de tiempo corto y que además presenta un sufrimiento persistente e intenso que no responde a los cuidados y a las medidas terapéuticas disponibles.

En este contexto, la eutanasia, acto siempre doloroso y lamentable ya que supone la pérdida de una vida humana, es una manifestación de la libertad del individuo para planificar el periodo final de su existencia y elegir el momento y las circunstancias que él considere adecuados para su propia muerte, ya cercana independientemente de la actitud que se adopte. Carece de sentido incluir aquí situaciones que considero totalmente delictivas pero que se utilizan como argumento en contra de su despenalización, como pudiera ser el hecho de que se pudiese aplicar en enfermos incapaces o inconscientes, o directamente sin su consentimiento; al respecto, conviene especificar aquí que actuaciones contrarias a la ley, que pueden pasar fácilmente desapercibidas, también pueden realizarse sin estar permitida la eutanasia, como por ejemplo, realizarla de una forma encubierta bajo la apariencia de una sedación profunda e irreversible, sin asociar medidas de soporte vital, con el pretexto de aliviar un sufrimiento refractario (4). Este argumento, conocido como de la “pendiente resbaladiza”, independientemente de su validez o no para justificar la prohibición de la eutanasia, sale a la luz o se manifiesta con más evidencia en las sociedades donde está permitida la eutanasia activa voluntaria o el suicidio asistido, precisamente porque existe un control sobre las muertes inducidas; no se saca a colación este argumento en relación a la sedación con las características antes descritas, medida terapéutica muy utilizada en cuidados paliativos y que en ocasiones se aplica con la certeza de que va a acortar de manera significativa la vida del enfermo (5), que también podría ser empleada en personas no capacitadas, que no la solicitan o que no dan su consentimiento. Sería poco realista e ingenuo no reconocer que el argumento de la “pendiente resbaladiza” también puede considerarse cuando se decide retirar o no llegar a utilizar medidas de soporte vital, enmascarando una discriminación en la utilización de recursos sanitarios, y cuando se aplica una sedación irreversible, y no por ello son prácticas prohibidas, y no sólo eso, sino que además ni siquiera se someten a un control riguroso ni se requiere el cumplimiento de una serie de requisitos cuando se emplean, condiciones que sí se exigen cuando se aplica la eutanasia activa en los países donde está permitida.

Tampoco debe generalizarse el argumento, también utilizado en contra de la despenalización de la eutanasia, de que la propia vida es un don recibido y del que no se puede disponer, simplemente porque no se puede demostrar ni se puede imponer la obligación de creer en la existencia de alguien o de algo que tenga poder o trascendencia sobre nuestra autonomía para planificar nuestra vida y nuestra muerte. Dado que prácticamente todo el mundo acepta que el debate sobre la despenalización de la eutanasia se plantea siempre con el requisito asumido de que el paciente mentalmente competente la solicita sin ninguna coacción, de manera reiterada y de acuerdo a sus principios morales y que, por tanto, jamás debe ser impuesta, de no ser así estaríamos hablando de algo distinto a la eutanasia, cualquier argumento que se utilice para prohibir o permitir su práctica debe basarse en la razón y no en dogmas de fe imposibles de demostrar, que nunca pueden ser válidos para todos ni deben imponerse en una sociedad democrática, plural y aconfesional.

Por otro lado, también habría que intentar debatir, aunque sea muy brevemente, sobre el concepto de “dignidad” aplicado a la vida humana. En una sociedad en la que conviven culturas y creencias diferentes, que deben respetarse siempre que cumplan con la legislación vigente y no atenten contra los derechos humanos fundamentales, este concepto adquiere significados distintos dependiendo de la educación recibida o de los valores, creencias, proyectos o concepción de la vida y de la muerte de la persona que lo analice; así, expresiones como “muerte digna” pueden tener concepciones diametralmente opuestas, de modo que hay quien opina que la muerte con dolor y sufrimiento dignifica y otros relacionan la dignidad en la muerte con la eutanasia o el suicidio asistido. Hay personas que consideran que su vida, y también la de los demás, es digna por sí misma, independientemente de su calidad y condiciones concretas, y otras que entienden la dignidad en referencia a la calidad de vida subjetiva. En el primer caso la dignidad no procede del ser humano sino de algo superior, por lo que disponer de la vida humana es siempre contrario a la moral y en el segundo caso procede del criterio del ser humano autónomo, que es libre para decidir si su vida, no la de otros, es digna o no lo es o, a través de unas directrices anticipadas, determinar en qué condiciones debe dejar de serlo y, en consecuencia, disponer si ésta debe continuar o no. Dado que en cuestiones éticas, lo que para unos puede ser lo correcto, para otros puede no serlo, cualquiera podrá opinar y defender sus principios, pero nadie debe atribuirse la facultad de estar en posesión de la verdad absoluta ni determinar lo que está bien y lo que está mal, con la única condición de que lo que se juzgue no atente contra la libertad de otros. Al ser ambos conceptos divergentes e incompatibles, nadie debería intentar imponer su propio criterio a los que piensan de manera distinta, meta a la que se pretende llegar en el primer supuesto (“mi vida y la de todos los demás es siempre digna”), pero no en el segundo (“yo decido cuando mi vida, no la de los demás, ya deja de ser digna”).

La SECPAL, en su “Declaración sobre la Eutanasia” (6), sostiene, por un lado, que su solicitud por parte de los enfermos disminuiría drásticamente si dispusiesen de una Medicina Paliativa de calidad. De manera similar se manifiesta Sanz Ortiz (7), al afirmar que “con cobertura del 100% en cuidados paliativos no será necesario introducir nuevas figuras legales (suicidio asistido y/o eutanasia activa voluntaria)”. Por otro lado, esta misma Declaración de la SECPAL especifica que “promover la legalización de la eutanasia en una sociedad en la que todavía están insuficientemente implantados los cuidados paliativos parece una solución equivocada” (6).

Según lo expuesto, debería ser prioritario implantar una Medicina Paliativa de calidad que alcance a toda la población subsidiaria. Pero mientras tanto, esto no ocurre, siguen pasando los años y el avance es ridículo, lo que demuestra que los que gestionan la sanidad pública se han mostrado incompetentes para dar una solución a este problema. La única realidad evidente es que la mayoría de los enfermos que están en situación de enfermedad terminal, a día de hoy, siguen viviendo su última etapa de la vida en condiciones inadecuadas, no reciben los cuidados que precisan y, ni ellos ni sus familiares, ven atendidas correctamente todas sus necesidades. A estos enfermos no les importa si en un futuro se dispondrá de una Medicina Paliativa de calidad que cubra a toda la población subsidiaria y tampoco les conciernen los “planes” a desarrollar en un plazo de meses o años ya que simplemente no estarán cuando vayan a ser aplicados, si es que esto llega a suceder. En este mismo instante hay miles de enfermos que necesitan una solución inmediata para aliviar el sufrimiento que están padeciendo ahora mismo. Promover la legalización de la eutanasia en una sociedad en la que todavía están insuficientemente implantados los cuidados paliativos podrá ser una solución equivocada para las personas que ahora están sanas, para los que no asumen su propia muerte, para los que ven su muerte y la de sus seres queridos como algo muy lejano o irreal, para los que piensan que su muerte será un acto puntual que ocurrirá de una manera súbita o para los que tienen la certeza de que pertenecerán al reducido grupo de enfermos “afortunados” que van a ser atendidos correctamente durante los últimos momentos de su vida por un equipo multidisciplinar bien formado y capacitado para ello, pero promover la legalización de la eutanasia no sería una solución equivocada para los que ahora están sufriendo y no tienen la posibilidad de acceder a una medicina paliativa de calidad.

Cuando la muerte es inevitable y existe un sufrimiento intenso y sin posibilidades de ser resuelto, bien por su naturaleza, por falta de recursos o por la incompetencia del sistema sanitario, se debería procurar que la persona muera de acuerdo a lo que ella siempre ha considerado que es digno, aceptar su decisión y procurar su cumplimiento; para ello, no es suficiente una ley que regule las voluntades anticipadas, sino que además habrá que atreverse a legislar sobre la eutanasia. En nuestro ámbito, tal y como lo exige las legislaciones que las regula, para que las voluntades anticipadas sean tenidas en cuenta, deberán reunir dos requisitos que pueden restringir la libertad y la autonomía del individuo que las redactó en su día: en primer lugar, deben ceñirse a la legislación vigente, que en nuestro ámbito no permite la práctica de la eutanasia activa directa y voluntaria en ningún supuesto, y, en segundo lugar, deben adaptarse al criterio y a los valores del personal sanitario encargado de que sean aplicadas, que debe decidir si éstas son conformes a “su” ética (no a la del enfermo) y a lo que considera que es una buena praxis médica, con toda la subjetividad que ello conlleva; por ello, el criterio de la persona que las ha redactado a veces no es tenido en cuenta, lo que puede impedir su cumplimiento (8).

En una sociedad plural y democrática en la que conviven distintas corrientes ideológicas y donde no es posible ni se debe intentar definir y mucho menos imponer una ética válida para todos (de ser así, estaríamos abocados a una forma de totalitarismo), es evidente que hay personas que consideran la eutanasia activa una opción válida y éticamente correcta en determinadas situaciones (5); por tanto, en el ámbito sanitario y político, donde obviamente también existe esta pluralidad ideológica, el esfuerzo no debe dirigirse a intentar llegar a un consenso global que resuelva el dilema sobre la permisividad o no de la eutanasia, nunca se llegaría a él dado que se trata de una cuestión en la que se suele adoptar una postura extrema, antagónica y enfrentada que poco aporta al debate ético, sino que debe dirigirse a buscar la manera de, si no evitar, que sería lo ideal pero objetivo actualmente inalcanzable, al menos reducir su demanda en el mayor número de casos posible; hoy en día, la única opción válida para intentar llegar a este objetivo consiste en la aplicación sistemática de algunos principios en los que se basa la Medicina Paliativa (un buen control de síntomas evitando la utilización de medidas terapéuticas y diagnósticas agresivas o desproporcionadas, un correcto apoyo psicológico, emocional, social y espiritual y una adecuada información y comunicación respetando la autonomía del paciente) para de esta manera controlar o atenuar en la medida de lo posible el sufrimiento que padece el enfermo que está en situación de enfermedad terminal, aunque sería una utopía pensar que así se resolverían todos los casos de petición de eutanasia debido a que los Cuidados Paliativos no garantizan un alivio del sufrimiento en todas las situaciones, muchas veces fracasan, de ahí que no sea nada excepcional hacer uso de una sedación irreversible, medida terapéutica que, hay que reconocerlo, cuando se aplica con la certeza de que va a precipitar la muerte del enfermo, resulta bastante difícil de distinguir de una eutanasia activa (5).

Dado que queda asumido que uno de los pilares fundamentales sobre los que se basa la filosofía de los Cuidados Paliativos consiste en el respeto a la voluntad de los pacientes en el momento de tomar las decisiones, habría que tener en cuenta que no todos los enfermos que están en situación de enfermedad terminal desean vivir la muerte como un proceso más o menos largo en el tiempo, y más si durante todo este proceso se objetiva un deterioro orgánico y/o cognitivo progresivo e irreversible, por más buena voluntad y buenas intenciones que tenga un equipo asistencial dispuesto a ayudarles; esta circunstancia no es tenida en cuenta en la declaración sobre la eutanasia antes mencionada que propone la SECPAL (6), que da por supuesto el hecho de que la Medicina Paliativa es el único remedio capaz de solucionar todos los problemas que padecen todos los enfermos que están en situación terminal. Hay pacientes que, aunque tengan los problemas físicos más o menos resueltos y un apoyo psicoemocional adecuado, no quieren vivir el proceso de la muerte, les ocasiona un sufrimiento emocional intenso y prefieren, y a veces solicitan, que ésta sea un hecho puntual antes que llegar a ella en condiciones de gran deterioro físico y/o cognitivo y dependencia absoluta; en estas circunstancias pueden rehusar a ser atendidos por un equipo de cuidados paliativos que promulga, y podría intentar imponer, unos valores distintos a los suyos basados en defender la santidad de la vida, en no pretender adelantar ni retrasar la muerte y en oponerse rotundamente a la eutanasia activa voluntaria. Paradójicamente, si el equipo asistencial es consciente de este sufrimiento, carece de recursos para controlarlo, determina que es refractario y concluye que su intención es evitarlo, estos pacientes, de una manera indirecta, pueden ver cumplidos sus deseos mediante la aplicación de una sedación irreversible suministrada con el pretexto de que existe un sufrimiento emocional refractario, con la certeza de que va a precipitar o incluso provocar la muerte y con la convicción de que no se va a evitar, aún disponiendo de medios para hacerlo; de esta forma el enfermo consigue su objetivo, abreviar sustancialmente y no vivir de una manera consciente el proceso de su muerte, y el equipo asistencial queda con la conciencia tranquila convencido de que ha actuado correctamente porque su intención no era provocar la muerte, no era practicar una eutanasia activa, aunque el resultado haya sido exactamente el mismo. En este punto conviene señalar dos reflexiones: en primer lugar, desde la visión del enfermo, y también en el momento de buscar responsabilidades en el ámbito judicial, es indiferente qué intención es la que declara el personal sanitario cuando aplica un tratamiento, lo que verdaderamente interesa y preocupa al enfermo son las consecuencias del mismo, qué efectos va a producir en su organismo; en segundo lugar, resulta imposible sostener que no se desea la consecuencia de una acción (en el caso que nos ocupa, precipitar la muerte) cuando se sabe que va a ocurrir con toda seguridad y no se evita disponiendo de medios para poderlo hacer.

Conclusión:

Mientras no se garantice a todos los ciudadanos subsidiarios unos cuidados paliativos de calidad y elegidos libremente, habría que aplicar una legislación que permitiese la práctica de la eutanasia activa directa, sin imponerla absolutamente a nadie, actuando con la máxima prudencia y exigiendo garantías de plena libertad en quien la pide y también en quien la lleva a cabo, siendo muy rigurosos con el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario, que debe salvaguardarse siempre.

Cuando la cobertura de los Cuidados Paliativos se aproxime al 100%, no hay que perder nunca la esperanza, si lo que suscribe la SECPAL es cierto, esta ley debería quedar en el olvido o como una simple anécdota de la que se haría uso sólo excepcionalmente.

No se debería permitir que el enfermo que sufre tenga como única opción la de continuar sufriendo hasta que llegue su muerte.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- (2) Navarro Sanz R, López Almazán C. Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *An Med Interna (Madrid)* 2008; 25: 187-191
- (3) Periódico "El País", 2-2-2008: "El caso 'Lamela' pone en evidencia el retraso de España en paliativos"
- (4) Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos éticos. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 645-649
- (5) Azulay Tapiero A. El proceso de decisión médica aplicado a la sedación terminal. *Análisis ético. Med Clin (Barc)* 2004; 122(9): 345-8
- (6) Comité de Ética de la SECPAL: "Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos". *Med Pal (Madrid)* 2002; Vol. 9: Nº 1; 37-40
- (7) Sanz Ortiz J. Final de la vida: ¿puede ser confortable? *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 186-190
- (8) Azulay Tapiero A. Voluntades anticipadas y práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2004; 123 (15): 594-595

Este artículo proviene de bioética & debat

<http://www.bioetica-debat.org>

La URL para este Artículo es:

<http://www.bioetica-debat.org/article.php?storyid=253>