

ASOCIACION UNITER – Presidente D. Alejandro Magro Mas

Organizador: D. Paulino García-Toraño

Conferencia del día 8 de febrero 2021 a las 18,30h.

**“Los cuidados paliativos en el contexto de la ley sobre la eutanasia que se pretende instaurar”**

Quiero comenzar estas reflexiones partiendo de unas de las frases que enmarcan lo que a continuación expondré:

**“No daré a nadie, aunque me lo pida ningún fármaco letal ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer algún pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi muerte” (Del juramento Hipocrático)**

Los Cuidados Paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida mitigando el dolor, el sufrimiento y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual, psicológico y social desde el comienzo de la gravedad hasta el final de la vida y durante el duelo.

Por lo tanto, en los pacientes en los que la expectativa de vida es corta, los tratamientos específicos para combatir la enfermedad ya no hacen efecto, y la situación clínica es grave, tienen las siguientes características que benefician al enfermo y a la familia, porque en paliativos es proverbial que el paciente y la familia forman un todo único para tratarlos conjuntamente:

Estas características que benefician tanto al enfermo, como a sus familiares más allegados, bajo los Cuidados Paliativos son:

- 1) Alivian el dolor, el sufrimiento y otros síntomas angustiantes. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal,
- 2) No intentan acelerar ni retrasar la muerte,
- 3) Integran aspectos psicológicos, sociales y espirituales en el cuidado del paciente,
- 4) Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte,
- 5) Proporcionan un apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente, e incluso en su propio duelo,
- 6) Ofrecen un enfoque de equipo para responder a necesidades de los pacientes y su familia incluido el apoyo emocional en el duelo cuando éste esté indicado,

7) Mejora la calidad de vida y pueden también influir de forma positiva en el curso de la enfermedad,

8) Años más tarde a esta definición, se introdujo que pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que puedan prolongar la vida. Es decir, que los CUIDADOS PALIATIVOS pueden incluso realizarse desde el comienzo de la enfermedad, unido al tratamiento específico (en el caso de la Oncología hablamos de tratamientos antineoplásicos) y a los tratamientos de soporte (tratamientos que van orientados a mitigar los efectos producidos por los tratamientos específicos).

De ahí que en Oncología actualmente hablamos de “**Cuidados Continuos**” indicando que la paliación, los tratamientos de soporte, y los tratamientos específicos antineoplásicos, deben estar presentes desde el comienzo. Desde una visión global de la evolución, está claro que en la medida que éste progresa, con empeoramiento del pronóstico, poco a poco van tomando cada vez más protagonismo los tratamientos paliativos, y disminuyendo hasta desistir totalmente de los tratamientos específicos.

La Sociedad española de Cuidados Paliativos (SECPAL) establece los siguientes criterios que definen al paciente terminal:

- 1) Enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- 2) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3) Presencia de numerosos problemas, síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4) Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionados con la presencia explícita o no de la muerte
- 5) Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Y que decir de la eutanasia. Como consideración previa hay que decir que fue Francis Bacon en el siglo XVI el que acuñó el término eutanasia: EU bien y THANATOS muerte; indicando “*que la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y los dolores no solo en cuanto esta mitigación puede conducir a la curación sino también si puede servir para procurar una muerte tranquila y fácil*” En el siglo XVIII se sigue considerando la eutanasia como “*muerte dulce y fácil*”. Y es a mediados en el siglo XIX cuando se introduce un cambio semántico para decir que se trata de una muerte por motivo de piedad. (y aquí aparece la intencionalidad de producir la muerte).

La OMS en 1987 definió la eutanasia como “*acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente*”. Más explícita y completa me parece la definición que dio la SECPAL, en el 2002: “*Conducta (acción u omisión) intencionadamente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico*”.

En la eutanasia, es el médico u otro sanitario dirigido por él, quien administra la inyección letal que provoca la muerte del enfermo. En cambio, en el suicidio asistido, el

paciente se causa asimismo la muerte con la ayuda de alguien que le proporcionan los medios.

Interesa aclarar que **no son conductas eutanásicas las siguientes:**

1) Lo que llamamos rechazo al “ensañamiento terapéutico”, es decir el respeto por parte del médico al posible rechazo del paciente a unos tratamientos que éste considera ya desproporcionados para su situación.

2) La llamada “limitación del esfuerzo terapéutico” que consiste en la conducta del médico que evita que tratamientos o pruebas diagnósticas que no considera indicados en un paciente y que le ocasionaría más molestias que beneficios (lo contrario sería caer en la obstinación terapéutica o diagnóstica)

3) El principio de doble efecto: la administración cuando sea necesaria para el control del dolor o de otros síntomas importantes de dosis elevadas de fármacos que pudieran acortar secundariamente la vida del paciente. Una variante de esta actuación es la llamada sedación paliativa.

Un documento de la SECPAL define la **sedación paliativa** como la administración deliberada de fármacos en la dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, es decir, síntomas que no son posible aliviar por mucho que realicemos aumento de dosis y que la única manera de hacerlo desaparecer es bajando el nivel de conciencia, con el consentimiento explícito, implícito o delegado.

Hay que tener en cuenta que rebajar el grado de conciencia de una persona no es en principio un acto éticamente indiferente. Se necesita un motivo lo suficientemente serio, ya que si no atentamos contra la dignidad del paciente al tratar de interferir en la intimidad más sacra de la persona. Evidentemente no hay que confundir la sedación éticamente aplicada con la eutanasia.

Por lo tanto, eutanasia y **sedación paliativa**, difieren en el objetivo, la indicación, el procedimiento y el resultado.

En la sedación, la intención es aliviar el sufrimiento del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco sedante a ser posible de vida media corta en sangre y del que dispongamos de un antídoto, puesto que la sedación a cualquier individuo, incluyendo un moribundo debe, éticamente, quedar abierta siempre a la reversibilidad y debe de realizarse monitorizando el proceso partiendo del principio de dosis mínima eficaz. **Hay que subrayar que científicamente no está demostrado que una sedación correctamente realizada acelere la muerte.**

El resultado de la sedación es el alivio del síntoma refractario, en cambio, en la eutanasia la intención es provocar la muerte del paciente y el procedimiento es la administración de un fármaco letal y como resultado la muerte. Una cosa es suprimir el sufrimiento y otra muy distinta es suprimir al que sufre.

No existe un derecho a la muerte. Lo que existe es un derecho a la vida de la que deriva todo derecho.

Con todo lo anteriormente expuesto, la verdadera dignidad al morir incluye:

- 1- Morir sin dolor refractario y sin sufrimiento u otros síntomas mal controlados, sin un correcto tratamiento (hoy en día existe una amplísima gama de modernos analgésicos y una sedación bien y éticamente aplicada).
- 2- Morir a su tiempo natural, sin acortar ni prolongar el proceso de morir.
- 3- Morir rodeado del cariño de la familia y de los amigos
- 4- Morir con la posibilidad de haber sido informado adecuadamente. Eligiendo el lugar si se puede (domicilio u hospital) y participando en todas las decisiones importantes que le afecten.

La medicina paliativa, una medicina tan antigua como Hipócrates, es medicina complementaria y sincrónica con la medicina con intención curativa. Es decir con la que estudia los procesos nosológicos, su etiología, su etiopatogenia, su sintomatología, la clínica, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico pero las perspectivas defensa y respecto del enfermo supone que no solo en la hora de la agonía, en la proximidad de la muerte, sino en todos los momentos evolutivos la enfermedad de esa persona vulnerable y débil goza del derecho de estar rodeada de las condiciones de dignidad.

Y una vez aclarado estos conceptos ¿qué supondría la posible legalización de la eutanasia?:

En mi opinión, dicha medida sería una solución innecesaria y peligrosa para un problema que todavía está pendiente de resolver en muchos lugares: el de las personas que mueren en malas condiciones sin atención médica adecuada y un ambiente deshumanizado.

Me parece un dramático error plantear la posibilidad de despenalización de la eutanasia cuando todavía hay muchos enfermos en nuestro país que no tienen un acceso real a los Cuidados Paliativos de Calidad.

Ahora se pretende legalizarla en España pasando por encima de un dictamen del Consejo de Estado; no haciendo caso a la Comisión Nacional de Bioética en la que todos sus miembros por unanimidad han votado contra dicha ley. Va contra el actual Código Deontológico de los médicos; contra la opinión de la Asociación Médica Mundial y en franca oposición a la Carta “*Samaritanus Bonus*” de la Congregación para la doctrina de la Fe del Vaticano (sin que esta cita suponga nada más y nada menos que una opinión muy cualificada desde el punto de vista ético y sin que esto suponga por mi parte una intromisión de confesionalismo religioso porque son numerosas las instituciones nacionales e internacionales que también se oponen a dicha ley). Esta congregación explica que, *“el dolor y la muerte de hecho no pueden ser los criterios últimos que miden la dignidad humana propia de cada persona por el solo hecho de ser”* y añade *“suprimir un enfermo que pide la eutanasia no es reconocer su autonomía sino desconocer el valor de su libertad condicionada por el dolor y el valor de su vida. Es un crimen incluso en las situaciones límites, también cuando la petición nace de una angustia y de una desesperación.”*

Yo añadiría que en ocasiones la dignidad de la persona necesita ser defendida de su propia autonomía (por ejemplo la prohibición de la venta libre de órganos, movida por el atentado a la dignidad de la persona que vende sus propios órganos).

Esta ley se enfrenta a la propia Constitución como señala entre otros La Plataforma Cuidados, formada por un conjunto de profesionales juristas y de varias áreas de izquierda.

Es una proposición indigna. Ocurre que el Estado es el que hurta una opción puesto que hay cada año más de 80.000 personas que mueren sin que hayan oído que existan profesionales dedicados a los Cuidados Paliativos médicos y enfermeras o centro dedicado a ello.

La casi la mitad de los pacientes en estas situaciones nunca han oído hablar de los Cuidados Paliativos. De las 2 unidades por cada 100.000 habitantes recomendados por la OMS, en España casi no se llega al 0,6 por 100.000.

El gran déficit de la formación paliativa: roban esta posibilidad porque de las 42 Facultades de Medicina que hay en España, solo en 22 se enseña algo de cuidados paliativos, solo en 6 hay una asignatura de cuidados productivos y de estas, solo en 4 existe una cátedra de esta materia. Además, de las 112 Escuelas Universitarias de Enfermería, solo en 69 se imparten clases de Cuidados Paliativos.

En el conjunto de la Unión Europea, España ocupa el puesto 31 en Cuidados Paliativos.

No existen leyes específicas sobre Cuidados Paliativos, ni en el Plan Nacional contra el Cáncer, ni en ninguna sección sobre estos aspectos en el Plan Nacional de Enfermedades Transmisibles. Tampoco existe una especialidad de Medicina Paliativa con formación Mir.

Un indicador significativo del grado de desarrollo de una sociedad es la manera como cuida a sus miembros más débiles y más necesitados. Y el Dr. Martin Luther King dijo *“de todas las formas de discriminación, la injusticia en materia de salud es la más repudiable e injusta”*.

Es lo que ocurrirá. Porque los más desfavorecidos socioeconómicamente serán los que menos podrán acceder a los pocos, cada vez menos, paliativistas que queden.

### **Los casos extremos y la pendiente deslizante:**

Cuando se plantea legalizar la eutanasia se insiste en que **será solo para casos extremos** tomando medidas para evitar posibles abusos. La experiencia, sin embargo, demuestra que si se admite la eutanasia para casos excepcionales poco a poco se va aplicando en casos no tan extremos. Así, en Holanda la justicia se ha ido haciendo cada vez más permisiva con casos que no cumplen los requisitos legales.

En los estudios oficiales que se han publicado sobre la práctica de la eutanasia, cada año se cuenta por centenares los casos de eutanasia efectuada por los médicos sin que hubieran sido solicitadas por los enfermos, y esto en los casos referidos puesto que se calcula que en realidad es una minoría, no llega probablemente al 20 % de los casos que se declaran a las comisiones de seguimiento.

Éstas comisiones analizan siempre a posteriori los casos referidos, los médicos los justifican con razones como “baja calidad de vida” o “facilitar la situación de la familia” o “acortar los sufrimientos del paciente” o “poner fin a un espectáculo insoportable para médicos y enfermeras”.

Esto es lo que se ha venido en llamar << **la pendiente deslizante** >>. Primero unos pocos casos muy impactantes y llamativos, y poco a poco van aumentando los casos hasta intentar generalizar el exterminio.

Hay numerosos ejemplos que podrían ilustrar los desmanes que se pueden producir al abrigo de esta ley:

*En una carta de un grupo de minusválidos holandeses se decía sentimos que nuestras vidas están amenazadas... Nos damos cuenta que suponemos un gasto muy grande para la comunidad... Mucha gente piensa que somos inútiles... Nos damos cuenta a menudo de que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte.*

En el año el 2001 en el parlamento alemán, el entonces presidente federal Johannes Rau (1994-2004) decía “*Cuando el seguir viviendo es una de las dos opciones legales, todo aquel que imponga la carga de su supervivencia, estará obligado a rendir cuentas*” es decir a justificarse.

También nos puede hacer reflexionar lo que escribía hace unos años un enfermo de esclerosis múltiple en el National Post de Toronto “*Si una persona sana presenta tendencias suicidas, recibe ayuda e incluso se la somete a un tratamiento psiquiátrico hasta que pase la crisis... Pero si es un enfermo incurable, o un discapacitado, la discusión girar automáticamente en torno a expresiones como muerte digna, libertad de elegir la propia muerte o acto de autonomía y autodeterminación*”

¿Por qué estas diferencias? Aunque parezca lo contrario, en la eutanasia la decisión definitiva no la toma el paciente sino el médico, que es quien juzga sobre la calidad de vida del enfermo, y por tanto sobre si su petición es razonable o no. En otras ocasiones, la propia familia es la que habla por el enfermo, pero no podemos olvidar que “la autonomía del paciente no es la autonomía del pariente”, como dice un antiguo discípulo mío.

En un artículo reciente recordaba un estudio que hicimos en el servicio de Oncología de la Paz, sobre el sufrimiento de los pacientes con cáncer. En total estudiamos 340 pacientes bien balanceados en cuanto pronóstico, tipos de cáncer, sexo y edad. Realizamos un instrumento para valorar el grado de sufrimiento y cuáles eran las causas que más producían este sufrimiento, así como cuáles eran los recursos que podríamos aflorar en el paciente para afrontar dicho sufrimiento. Observamos como **el dolor físico no era el principal causante del sufrimiento**, vimos además, que lo que más producía sufrimiento era la desesperanza, la falta de información, la soledad, la ansiedad y la depresión. Al mismo tiempo comprobamos que lo que más ayuda a tener recursos para afrontar el sufrimiento, fuera la causa que fuera, era la familia y amigos que iban a visitarles, los sanitarios en general, médicos y enfermeras cuando les hacían caso, les escuchaban detenidamente y mostraban afecto, y por último las creencias religiosas o las ideas trascendentes. Estos tres elementos se podrían agrupar en unos solo: **El Amor**. Por eso yo en mis clases con frecuencia terminaba con el slogan “*Contra el dolor opioides contra el sufrimiento Amor*”.

Aquí quisiera hacer un paréntesis producto de mi experiencia: se ama poco. Muchas personas no saben amar. Yo he tenido que, en numerosas ocasiones, después de preguntar a jóvenes cuántas veces le habían dicho a su padre o madre enfermos que le quería, enseñarles a cogerle la mano con ternura, mirarles a los ojos y decirles palabras de cariño. Y recordarles que todas las veces que vinieran a visitarle, al llegar y al despedirle deberían darle un beso. Tenemos que enseñar estas cosas. Hay que enseñar a amar. Amar también es hablar con el enfermo de temas profundos: hablar del perdón, enseñarles a saber perdonarse, a perdonar y desear ser perdonado.

Decía don Gregorio Marañón en un discurso pronunciado en la Academia de Medicina de Portugal en Lisboa en el año 1954 que *“tenemos que volver a la amistad y el amor con los pacientes cosa que no está reñida con el verdadero carácter científico de la medicina”*.

Ante esta situación vergonzosa e indignante, cabe hacerse las siguientes preguntas:

¿Cómo es que con estos datos que he expuesto anteriormente se pretenda hacer esta ley?  
¿De verdad existe un motivo economicista, que podría calcularse en más de 100 millones de euros al año, si se implantara la eutanasia?. Este es un argumento pero no solo el único ni el más importante. ¿A qué vienen las prisas?. Hay que decirlo claro, no existe ni clamor social ni tampoco es un acto médico (el acto médico es una actuación ética, no jurídica) como ya denuncié en un artículo reciente que publiqué, tras oír a la diputada ponente de la ley. Lo que existe es un pretexto para pretender dar un paso más en una idea de hace bastante tiempo atrás para sustituir del orden social por otro, en la destrucción obsesiva del conjunto de valores a través de una burda ingeniería social que intenta borrar las raíces que conformaron la civilización occidental.

Esta ley viene a destruir una doctrina que desde hace más de 25 siglos, desde Hipócrates de Cos, ha venido iluminando a la profesión médica. Lo parlamentarios que han aprobado la proposición de ley se han burlado de los aplaudidos y considerados hasta ayer mismos como héroes y heroínas de estos últimos tiempos. Todo esto supone una prostitución de la Medicina, una de las profesiones más vocacionales y bellas que existen.

Muy recientemente en Portugal se ha aprobado esta ley pero en anteriores ocasiones el propio partido comunista de Portugal se opuso a la legalización de la eutanasia y las palabras del portavoz diputado del partido comunista portugués Antonio Filipe fueron: *“la eutanasia no es un signo de progreso sino un retraso de la civilización”*.

Es uno de tantos ejemplos de que el asunto no es propio de una de izquierda como lo demuestra también la opinión de un grupo de juristas autodefinidos de izquierda, encabezados por su presidente el ex Fiscal General del Estado D. Eligió Hernández. Se trata del grupo de estudios de Cuidados Paliativos que mencioné anteriormente. El asunto es más relevante, es como ya apunte anteriormente, un interés desde hace años de ir eliminando progresivamente los cimientos de valores y virtudes que configuraron el mundo occidental y sustituirlo por una sociedad relativista, hedonista y utilitarista.

Están tan borrachos de poder que incluso en el texto de la ley se atreven a inducir a un posible fraude en documento público, al obligar al médico que firme ese certificado de defunción, que la muerte que se produce es de muerte natural. La eutanasia no es una muerte natural, es inducida y a conciencia.

La experiencia de más de 45 años que tengo de atender a pacientes graves o terminales es que cuando un enfermo tiene ideas eutanásicas, estas desaparecen en cuanto experimentan en sí mismo el ejercicio de una buena Medicina Paliativa con todo el despliegue de tratamientos correctos analgésicos, psicológicos, vómitos incoercibles, dificultad respiratoria etc., .

Para eso hemos dedicado muchas horas de estudios como ya he comentado. Hoy sabemos muchísimo más del manejo de estos pacientes que cuando empezamos, y disponemos de muchos más instrumentos y medios farmacológicos y de todo tipo, fruto del esfuerzo, el estudio y el entusiasmo. Pero me temo que nada de esto hubiéramos logrado si desde el comienzo hubiéramos respirado una atmósfera eutanásica. Y ahora con la ley en curso quedaremos estancados y los desarrollos y progresos que están por venir se perderán.

Quisiera hacer una referencia final a un fenómeno observado en los países donde está implantada la eutanasia como ley. Se trata del **miedo y desconfianza** hacia los médicos, enfermeros y hospitales que se va generando en el ánimo de tantas personas mayores, enfermos graves, disminuidos psíquicos o discapacitados cuando oyen decir que por tal o cual circunstancia tiene que ingresar en una institución hospitalaria.

El Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de España, (en su capítulo VII, nº3) dice “*El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este*”.

Termino con unas palabras de la fundadora de la moderna Medicina Paliativa, la Dra. Cycely Saunders, a la que conocí, traté y dediqué una conferencia sobre el sentido del dolor y el sufrimiento en su fundación St Christopher Hospice en la que decía:

***“Tu importas porque eres tú; tu importas hasta el último momento de tu vida. Nosotros haremos todo lo que podamos no solo para ayudarte a morir apaciblemente sino también para ayudarte a vivir hasta que mueras”.***

***Manuel González Barón***