



Persona y Bioética
ISSN: 0123-3122
ISSN: 2027-5382
Universidad de la Sabana

Zurriarán, Roberto Germán
Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida
Persona y Bioética, vol. 23, núm. 2, 2019, Julio-Diciembre, pp. 180-193
Universidad de la Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/PEBI.2019.23.2.2>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83263857002>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CUIDADOS PALIATIVOS: SOLUCIÓN ÉTICA ACORDE CON LA DIGNIDAD HUMANA AL FINAL DE LA VIDA

PALLIATIVE CARE: AN ETHICAL SOLUTION COMPATIBLE WITH HUMAN DIGNITY AT THE END OF LIFE
CUIDADOS PALIATIVOS: SOLUÇÃO ÉTICA DE ACORDO COM A DIGNIDADE HUMANA NO FINAL DA VIDA

Roberto Germán Zurriarán¹

RESUMEN

Se dice que es de extrema necesidad promulgar leyes para legalizar la eutanasia. Pero, en mi opinión, es más urgente promulgar una ley para que el enfermo, al final de su vida, pueda acceder a un servicio universal de cuidados paliativos, que una ley sobre la eutanasia. En este sentido, este artículo trata la diferencia entre eutanasia y cuidados paliativos. Se afirma que estar a favor de estos últimos no es querer que el paciente tenga dolor y sufra. Y tampoco significa alargar irracionalmente la vida, sino que la opción por los cuidados paliativos es, por un lado, lo que éticamente el médico puede hacer como profesional, y, por otro, representan la única alternativa moralmente aceptable ante el final natural de los seres humanos acorde con su dignidad. Por eso, los cuidados paliativos nos sumergen en la reflexión antropológica de nuestra propia limitación y fragilidad, ya que el respeto a la vida humana y la asistencia paliativa dignifican el proceso del morir.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DeCS): cuidados paliativos; eutanasia; sedación; progreso; investigación biomédica; ciencia.

DOI: 10.5294/PEBI.2019.23.2.2

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Zurriarán RG. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Pers Bioet.* 2019; 23(2): 180-193. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>

1 <https://orcid.org/0000-0002-1888-3513>. Universidad de La Rioja, España.
roberto.german@unirioja.es

RECEPCIÓN: 08/04/2019
ENVÍO A PARES: 29/04/2019
APROBACIÓN POR PARES: 15/07/2019
ACEPTACIÓN: 24/07/2019

Abstract

It is said that passing laws to legalize euthanasia is absolutely necessary but, in my opinion, it is more pressing to enact a law for the patient to access a universal palliative care service at the end of their life than a law on euthanasia. This article discusses the difference between euthanasia and palliative care. It is affirmed that being in favor of the latter does not mean wanting the patient to be in pain and to suffer, nor extending their life unreasonably. However, opting for palliative care is, on the one hand, what the physician can ethically do as a health worker and, on the other, the only morally acceptable alternative to the natural end of human beings that is appropriate to their dignity. Therefore, palliative care immerses us in an anthropological reflection about our own limitation and fragility, since respect for human life and palliative care dignify the process of dying.

KEY WORDS (SOURCE: DECS): Palliative care; euthanasia; sedation; progress; biomedical research; science.

Resumo

Diz-se que é de extrema necessidade promulgar leis para legalizar a eutanásia. Contudo, em minha opinião, é mais urgente promulgar uma lei para que o doente, no final de sua vida, possa ter acesso a um serviço universal de cuidados paliativos do que uma lei sobre a eutanásia. Nesse sentido, este artigo trata a diferença entre eutanásia e cuidados paliativos. Afirma-se que estar a favor destes últimos não é querer que o paciente sinta dor e sofra, nem significa prolongar irracionalmente a vida, mas sim optar pelos cuidados paliativos é, por um lado, o que eticamente o médico pode fazer como profissional e, por outro, representa a única alternativa moralmente aceitável ante o final natural dos seres humanos de acordo com sua dignidade. Por isso, os cuidados paliativos nos submergem na reflexão antropológica de nossa própria limitação e fragilidade, já que o respeito à vida humana e à assistência paliativa dignificam o processo do morrer.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS): cuidados paliativos; eutanásia; sedação; sedação; progresso; pesquisa biomédica; ciência.

INTRODUCCIÓN

Algunos países hablan de la necesidad de aprobar una ley sobre la eutanasia. En concreto, en España se quiere aprobar una ley para regular y despenalizar la eutanasia y convertirla en una prestación en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

En cambio, muchos médicos españoles hablan de la urgencia de aprobar una ley sobre cuidados paliativos de calidad y no sobre la eutanasia, por dos motivos: 1) consideran que la eutanasia no es una cuestión médica; en concreto, el presidente de la Asociación Médica Colegial española afirma que la eutanasia es una práctica contraria a la profesión médica²; 2) el presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal) insiste en la urgencia social, no tanto en la aprobación de una ley sobre la eutanasia, sino en la aprobación de una ley nacional sobre cuidados paliativos.

En efecto, desde muchos sectores médicos se afirma que España necesita una mejora clara, sobre todo en recursos específicos, de los cuidados paliativos, porque

2 “España no necesita eutanasia, que es una práctica antimédica (va en contra de la profesión médica) que repugna al 79 % de los médicos y consiste, básicamente, en matar al enfermo. Lo que España necesita es una mejora clara de los cuidados paliativos en recursos y en normativas” (2). El artículo 36 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial Española, reformado en 2011, sostiene que: “1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida [...]. 3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este”.

miles de personas mueren con dolor por no tener acceso a recibirlos.³

En este sentido, la Asociación Médica Mundial, en unas declaraciones realizadas el 27 de octubre de 2018 (1), se opone al suicidio asistido y a la eutanasia, y reitera su posición al considerar que esta, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética.

ACLARACIONES TERMINOLÓGICAS

Antes de hablar de lo inevitable de la muerte humana, es necesario precisar qué se entiende por eutanasia y suicidio médicamente asistido. Se entiende por eutanasia la “conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas (esto es, con el fin de minimizar el sufrimiento) y en un contexto médico” (4).

Eutanasia significa, pues, causar la muerte a otra persona, con o sin su consentimiento, para evitarle dolores o padecimientos físicos o morales, que se estiman insoportables. Y como se puede matar por acción o por omisión (inyectando una sustancia letal al enfermo en coma o absteniéndose de alimentarlo), se habla de eutanasia activa y de eutanasia pasiva.

3 J. Rocafort sostiene que “hay sobre 60.000 personas que cada año están sufriendo innecesariamente porque necesitan cuidados paliativos avanzados y no los tienen. Cada día hay unas 150 personas que sufren innecesariamente [...] Cada diez minutos, una persona fallece en España con sufrimiento” (3).

LA MUERTE NOS SITUÁ EN LA REALIDAD DE LO QUE CONSTITUTIVAMENTE SOMOS: SERES LIMITADOS, FINITOS, DÉBILES Y FRÁGILES. LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE SON SIGNOS EVIDENTES DE ESTA VULNERABILIDAD. EN ESTE SENTIDO, SE ADVIERTE QUE PARA TODO SER VIVO ES TAN NATURAL NACER COMO MORIR.

El suicidio médicamente asistido, por su parte, es la acción que lleva a cabo una persona para acabar con su propia vida sirviéndose de los medios que le ha proporcionado un médico (fundamentalmente sustancias letales) para lograrlo sin graves padecimientos. Se distingue del suicidio en que el suicida lo lleva a cabo sin contar con el auxilio de nadie, y del suicidio asistido en general porque quien proporciona los medios para que una persona se quite la vida no es un profesional de la medicina.

Ambos conceptos –eutanasia y suicidio médicamente asistido–, aunque se parecen mucho, no son exactamente iguales (5). Difieren en que en el segundo es el propio paciente quien activa el mecanismo que termina con su vida, aunque necesite de otro o de otros para llevar a cabo su propósito. La diferencia, entonces, estriba en que en este el paciente es el sujeto activo, aconsejado por un médico; en cambio, en la eutanasia, uno es un sujeto pasivo, es decir, otra persona (la mayoría de las veces es un médico) es el agente activo. Luego, se puede admitir que el suicidio médicamente asistido es la ayuda que brinda un médico para la realización de un suicidio ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre.

LA MUERTE Y LA VIDA HUMANA

Realizada esta distinción terminológica, hay que advertir que morir y la enfermedad son parte de la vida huma-

na y, por ello, la muerte tiene que acontecer de forma natural. En concreto, aceptar esta última supone que deberíamos prepararnos para la de otras personas, pero también, para la nuestra. Además, hablando con exactitud, la muerte no existe, existe el proceso de morir. Y este proceso puede ser acompañado y atendido, no intentar acortar o alargar la vida como si la muerte no ocurriese. Es más, si se quisiera “evitar” la muerte como un hecho natural, se dejaría de ser persona; y en la eutanasia, lamentablemente, subyace esta concepción. Esta opción es una comprensión errónea de la naturaleza y la dignidad humanas al final de la vida.

La muerte nos sitúa en la realidad de lo que constitutivamente somos: seres limitados, finitos, débiles y frágiles. La enfermedad y la muerte son signos evidentes de esta vulnerabilidad. En este sentido, se advierte que para todo ser vivo es tan natural nacer como morir.

Así también, el dolor (expresión fisiológica de un mal que tiene una repercusión psico-somática, vital, relacional-social y espiritual) y el sufrimiento (sufrimiento moral, no solo psicológico, sino también espiritual; al físico lo llamamos dolor) forman parte de la vida humana. Al ser humano le gustaría vivir sin sufrimiento y dolor. Pero, el sufrimiento es un elemento consustancial a la vida humana. Existe una trampa peligrosa: pensar que somos capaces de erradicarlo: eso es imposible, porque tampoco podemos erradicar o desprendernos de nues-

tra limitación. Como otro error sería dar únicamente una solución técnica a aquella realidad que tiene otros muchos factores. El ser humano es mucho más que el aspecto puramente físico.

Se dice que legalizar la eutanasia tiene como objetivo impedir alargar el dolor y el sufrimiento; pero la eutanasia ¿es el único medio para evitarlos? Ciertamente, con la eutanasia desaparece el sufrimiento, pero al precio de eliminar también al que sufre. Debemos eliminar el dolor y el sufrimiento, pero no a la persona que los padece, y este es uno de los objetivos de los cuidados paliativos.

El dolor, en abstracto, no existe. Existen los dolientes. Y estos piden no tener dolor, ser valorados, consolados, escuchados, estar acompañados, tener seguridad ante la incertidumbre de la muerte, ser tratados y cuidados profesionalmente.

Un buen acompañamiento del enfermo, que evita que se sienta abandonado, como un estorbo o como un ser molesto, y un correcto discernimiento de las diferentes situaciones son elementos indispensables para evitar el riesgo del ensañamiento “terapéutico” y de la eutanasia.

Por esta razón, vale la pena pensar sobre la conveniencia de una educación para que el proceso de morir tenga en cuenta los factores culturales, espirituales y emocionales con los que muchas personas afrontan la vida y la muerte; para que la muerte deje de ser un tabú social, y para

que los enfermos terminales dejen de ser los grandes olvidados de la medicina.

En este sentido, las preguntas que nos hacemos son: ¿cómo nos enfrentamos a la etapa final de la vida? ¿Puede actualmente la medicina garantizar una muerte sin dolor? Las respuestas a estas preguntas, como veremos, solo pueden ir de la mano del servicio médico de los cuidados paliativos que atiende de forma integral todas las necesidades del enfermo terminal.

EUTANASIA Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE

En este apartado no se va a tratar en profundidad la relación entre eutanasia y autonomía del paciente, solo se subrayarán algunos aspectos.

Los defensores de la legalización de la eutanasia afirman que esta es un derecho subjetivo a morir que brota de la autonomía del sujeto. Pero dicha afirmación conlleva algunas falsedades, entre otras:

a) ¿Dónde queda la autonomía de los discapacitados psíquicos o

físicos? Creo que se estará de acuerdo en no hacer distinción entre vidas humanas que merecen vivirse y otras que no merecen ser vividas. En caso contrario, se estaría justificando la eliminación de personas que viven determinadas circunstancias de dolor, postración o inhabilidad.

La legalización de la eutanasia haría esta distinción entre seres humanos; destruiría las barreras legales

EL DOLOR, EN ABSTRACTO, NO
EXISTE. EXISTEN LOS DOLIENTES.
Y ESTOS PIDEN NO TENER
DOLOR, SER VALORADOS,
CONSOLADOS, ESCUCHADOS,
ESTAR ACOMPAÑADOS,
TENER SEGURIDAD ANTE LA
INCERTIDUMBRE DE LA MUERTE,
SER TRATADOS Y CUIDADOS
PROFESIONALMENTE.

que defiendan la vida humana siempre y en cualquier circunstancia y disminuiría la consideración de la vida ajena como algo inviolable (6).

b) Se dice que los documentos (con los que se pretende que el enfermo transmita cómo desea que lo cuiden cuando él no esté en condiciones de poderlo expresar personalmente) son expresión de la autonomía del sujeto y se dice bien. Pero estos documentos, desde el punto de vista jurídico, son irrelevantes por falta o ausencia de objeto cierto y determinado.

El consentimiento para solicitar una eutanasia suele hacerse cuando se goza de salud, pero cuando esta falta o se avanza en edad ¿se sostiene lo mismo? En este sentido, se habla de falta de objeto determinado, porque una persona sana ignora qué cosa sea la agonía, qué sean las circunstancias de postración o anhelo, la desesperación o esperanza concurrentes en el estado del moribundo (7), es decir, ¿cómo saber en el presente lo que una persona decidirá en el futuro y cuál será su reacción acerca de un problema serio de salud que la afectará directamente?

c) ¿Dónde queda el derecho de autonomía a no matar? La eutanasia se afirma en el libre derecho para ayudar a matar a otro, entonces, habría que admitirse del mismo modo el derecho a la autonomía a querer no matar, y concretamente, respecto a la profesión médica ¿dónde quedaría su *lex artis* de ayudar a no matar?

EUTANASIA Y OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Muchas veces, los defensores de la eutanasia dicen que los que están en contra de esta se encuentran a favor de la alargar la vida todo lo que sea posible o retardar

la muerte, es decir, están a favor de lo que se denomina “obstinación terapéutica”, “ensañamiento clínico” u “obstinación clínica”. Y esto no cierto.

Actualmente, la medicina dispone de medios con capacidad de retardar artificialmente la muerte, sin que el paciente reciba un real beneficio. Pero esto solo significa mantenerlo con vida o prorrogarle, por algún tiempo, la vida. Esta acción, supuestamente médica, es contraria al quehacer de la profesión, a la dignidad de la persona que se está muriendo, y al deber moral de aceptar la muerte y de dejar que ella siga su curso.

Cuando un enfermo ha llegado al final de su vida –y así se entiende por los médicos que lo atienden– carece de sentido someterlo a una serie de tratamientos desproporcionados y gravosos para él o su familia, que solo prolongarán precaria y penosamente la existencia, pero de ninguna manera le devolverán la salud. La renuncia a la obstinación terapéutica es la aceptación del carácter finito de la vida humana. En tales casos, es la medicina paliativa la que debe aplicarse al enfermo para suprimirle o reducirle el dolor.

Por tanto, la obstinación terapéutica consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica.⁴

4 El artículo 36 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial Española, reformado en 2011, sostiene que: “2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas”.

EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

La medicina paliativa considera que morir con dignidad supone vivir dignamente hasta el último momento. Afirma también que ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte y el respeto de sus creencias y valores.

Los cuidados paliativos no tienen como objetivo la muerte del enfermo, sino que cuidan de su vida mientras este llega a su fin, alivian su sufrimiento y proporcionan los medios para una muerte tolerable. Paliar es mitigar el sufrimiento, reafirmando la importancia de la vida, pero aceptando que la muerte es una realidad humana.

La eutanasia, por su parte, se olvida del paciente. Lo omite eliminándolo, no lo acompaña en el proceso de morir.

Un pronóstico de vida limitado permite remitir al paciente a un área sanitaria específica, como los cuidados paliativos (no solo para enfermos de cáncer), en la que, por medio de una evaluación multidimensional, se tengan en cuenta los aspectos, no solo físicos, sino también psicológicos, relacionales, emocionales, sociales, espirituales, entre otros. Los cuidados paliativos son la respuesta profesional y humanizada para cubrir estas necesidades de los enfermos en el proceso de morir.

Un cuidado integral requiere la estrecha cooperación de equipos multidisciplinares, que pueden englobar a profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, psicólogos, entre otros), a expertos en ética, a asesores espirituales, a abogados y a voluntarios.

Además, el cuidado, como hábito social y personal, se halla en la base de la existencia humana y es una actitud

LOS CUIDADOS PALIATIVOS NO TIENEN COMO OBJETIVO LA MUERTE DEL ENFERMO, SINO QUE CUIDAN DE SU VIDA MIENTRAS ESTE LLEGA A SU FIN, ALIVIAN SU SUFRIMIENTO Y PROPORCIONAN LOS MEDIOS PARA UNA MUERTE TOLERABLE.

moral que promueve el compromiso y la solidaridad. Es un buen indicador de nuestra “salud” humana, de tal manera que se convierte en una “oportunidad” para humanizarse o deshumanizarse, para mostrar el rostro más humano tanto de uno mismo como de los demás.

El cuidado se traduce en solidaridad con el ser humano débil y frágil. Este cuidado, consecuencia de la dignidad del ser humano, tiene que ser proporcionado, sobre todo, por los más cercanos, por la familia del enfermo.

Cuidar y acompañar es parte de la atención integral del enfermo, incluso cuando no se puede curar.

En pocas palabras, los cuidados paliativos son la mejor manera de ayudar a morir al enfermo, no “ayudándolo” a terminar con él. Por eso podemos afirmar claramente que el derecho a la asistencia sanitaria debe incluir el cuidado de la vida del paciente que llega a su fin, en un contexto humanizado. De ahí que la medicina paliativa sea la verdadera solución ética ante la situación terminal de un paciente.

EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA

La mayoría de las veces se piensa que la sedación paliativa al final de la vida humana es una forma encubierta de eutanasia.

Habitualmente, no siempre, suele suceder que cuando se inicia una sedación paliativa, prescrita por el médico, lo más frecuente es que a las pocas horas se produzca la muerte del enfermo. Entonces se piensa que, como se le ha sedado, se le ha practicado una eutanasia.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define la sedación paliativa como: “La disminución del nivel de conciencia del paciente de manera deliberada, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por un síntoma o síntomas refractarios” (8).

Desde el punto de vista médico, es verdad que la sedación paliativa deteriora el nivel de conciencia; pero esto no quiere decir que provoque intencionadamente la muerte, sino que esta es consecuencia del curso natural de la enfermedad grave. No es la sedación paliativa la causa del fallecimiento, sino que gracias a este tratamiento se impide una muerte con sufrimiento o dolor. El paciente muere fruto del transcurso de su enfermedad grave. La sedación paliativa puede tener, como efecto accidental, y no querido, la posible aceleración de la muerte del enfermo. Este es un ejemplo claro del principio moral de doble efecto.⁵

⁵ El principio de doble efecto sirve para determinar la licitud o ilicitud de una acción que produce o puede producir dos

En cambio, se aplica la eutanasia cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir la muerte del enfermo. En la eutanasia, la muerte del paciente es el objetivo buscado. Esta puede producirse por acción (administración de sustancias, etc.) o por omisión (no asistir médicamente). Sin embargo, la sedación

efectos, de los cuales uno es bueno y el otro es malo. La idea principal que subyace al principio del doble efecto es que una persona no es igualmente responsable por todos los efectos malos que se siguen de su acción, sino que existe una diferencia fundamental entre aquellos que intenta y aquellos que solo prevé o debe prever. Si se quiere actuar, cuando de la acción se siguen dos efectos, uno bueno y otro malo, se requieren que se den estas cuatro condiciones:

1. Que la acción en sí misma, prescindiendo de sus efectos, sea buena o al menos indiferente.
2. Que el fin del agente sea obtener el efecto bueno y se limite a permitir el malo.
3. Que el efecto primero e inmediato que se sigue sea el bueno.
4. Que exista una causa proporcionalmente grave para actuar.

En el caso de que estas cuatro condiciones concurren simultáneamente, se puede actuar y al sujeto no se le imputa el segundo efecto, o sea el mal que se sigue, pues el efecto bueno justifica por sí mismo el que se ejecute una acción que lleva consigo un efecto malo, ciertamente previsto, pero que no es deseado (9, 10, 11, 12). En la aplicación del doble efecto, en la sedación paliativa se dan las cuatro condiciones, porque la acción en sí misma que se persigue es evitar el sufrimiento y este es el fin del agente. Evitar el sufrimiento es el efecto primero e inmediato que se sigue y existe una causa proporcionalmente grave para actuar. De esta manera, el paciente no se muere por la sedación, se muere por su enfermedad. Evidentemente, al aplicar una sedación terminal lo que se hace es producir una serie de efectos secundarios que en el contexto de un paciente muy deteriorado son severos y pueden acortar la vida. Pero el objetivo de la sedación terminal no es acortar la vida, no se busca matar a los pacientes, ni quitar de en medio a pacientes terminales. La sedación terminal, lo que busca fundamentalmente es evitar el sufrimiento del paciente y darle dignidad en el momento de la muerte.

paliativa no tiene como intención la muerte del paciente, sino el alivio de un síntoma intolerable. Ajusta su dosis a las necesidades sintomáticas (13, 14, 15).

Por consiguiente, ante una situación clínica objetivamente conflictiva, no es lo mismo acelerar y provocar de manera directa la muerte del enfermo con la finalidad de terminar con sus sufrimientos y posibles dolores físicos, que llevar a cabo un tratamiento cuyo objetivo sea el alivio de estos, sin intención de provocar su fallecimiento (sedación paliativa), aunque es posible que se acelere la muerte natural, debido a los fármacos suministrados. Esta última acción no es una eutanasia directa, pero tampoco indirecta, pues no hay intención de provocar desenlace final, sino que la muerte buscada del paciente acontece en el curso de un correcto tratamiento. La muerte del paciente es consecuencia del curso natural de su enfermedad grave. No es la sedación paliativa la causa del fallecimiento, sino que gracias a este tratamiento se impide una muerte con sufrimiento. Hay que eliminar el sufrimiento humano, no al ser humano que sufre.

Así también, para el trato debido a la dignidad de todo ser humano y para distinguir la sedación paliativa de la eutanasia, y no caer en ella, tiene suma importancia distinguir la acción de “dejar morir” (no en el sentido de dejación de los deberes de asistencia hacia el enfermo, sino cuando no hay terapia y la enfermedad es irreversible) de la acción de “matar” (16). El médico no pretende la muerte del paciente, sino que deja de intervenir en un proceso abocado a la muerte. El médico que “deja morir” al paciente, no persigue su fin directo, sino que lo deja en situación de que muera de muerte natural.

Por tanto, la sedación paliativa se aplica una vez obtenido el oportuno consentimiento⁶ (17, 18), mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis prescritas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios (aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles), aplicados por los médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable; el efecto indeseado es la disminución de la conciencia, pero la muerte no puede considerarse como el efecto indeseado, ya que el paciente fallecerá a consecuencia de su enfermedad.

Cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla. Se debe afirmar con claridad que cuando existe una adecuada indicación para la sedación, la objeción de conciencia no tiene cabida, como tampoco sería posible objetar ante cualquier otro tratamiento correctamente indicado.

Esto no es óbice para la existencia de aplicaciones médicas imprudentes de la sedación paliativa, por debajo de los estándares recomendados; abusos en su aplicación, o un uso inadecuado o inapropiado de la misma. Por eso es importante que los equipos que atienden a enfermos en fase terminal tengan una probada competencia en los aspectos clínicos y éticos de la sedación paliativa, a fin de que esta sea indicada y aplicada adecuadamente y evitar así indicaciones no correctas (19, 20).

6 Para que una sedación terminal no sea un homicidio (homicidio por compasión) tiene que haber un consentimiento por parte del paciente o de la familia, ya sea expreso o implícito. No tiene por qué ser un documento escrito, pero sí debe quedar reflejado en la historia clínica y realizarse ante un testigo de la familia y siempre con el acuerdo del equipo médico, no de un solo médico.

Hay que señalar de que las únicas “alternativas” a la sedación paliativa no son “matar” al paciente, esto es, abogar por la eutanasia, o mantenerlo con suero sin sedarlo, lo que conduce a prolongar la agonía. Estas dos “alternativas” son actividades contrarias a la *lex artis* del médico y a cualquier ser humano.

Esta ley (la *lex artis*) remite al derecho que tienen los médicos a establecer los criterios para decir lo que es indicado para cada paciente en cada circunstancia. En este punto lo que está en juego no solo es la dignidad de la vida del paciente, sino también la de la vocación médica.

No se puede acabar con el sufrimiento y el dolor del enfermo matándolo, y esto es lo que se hace cuando se aplica una eutanasia. Hay que eliminar el sufrimiento humano, no al ser humano que sufre. La eutanasia se propone, entre otros motivos, como “solución” para suprimir el sufrimiento y el dolor del paciente, a costa de su eliminación. Pero, sobre todo, la eutanasia se propone como dominio absoluto de cada uno sobre su vida, sin ninguna referencia a esta también como bien común.

De la misma manera, los médicos y su equipo tienen la “oportunidad” de presentar su rostro más humano frente al paciente que vive una dramática situación próxima a la muerte. De ahí que la responsabilidad del equipo médico sea mayor, sin olvidar que están atendiendo a un ser humano y no una cosa.

Así las cosas, la sedación paliativa es una práctica médica que, realizada correctamente, no solo es lícita, sino acorde con la dignidad humana (21).⁷ Está destinada al alivio de

síntomas y no es, por tanto, una eutanasia encubierta o “razonable”. La sedación paliativa, en sí misma, es un recurso terapéutico, lo que la hace aceptable o reprobable es el fin o la intención que con ella se desea conseguir y las circunstancias en las que se aplica.

La sedación paliativa, desde un punto de vista ético, no supone ningún problema; es un deber del médico proceder a la misma, con el consentimiento previo del enfermo, cuando se llega a la conclusión de que es el único recurso para controlar algún síntoma físico o psíquico que no responda a otros tratamientos (22).

El recurso a la sedación al final de la vida será aceptable éticamente cuando sirva a los mejores intereses del paciente que está en etapa de muerte inminente; cuando exista una indicación médica correcta, tras deliberación y reflexión compartida por el equipo sanitario, autorizada por el enfermo (en su defecto por la familia), y cuando otros recursos terapéuticos que no reducen el nivel de conciencia para el control de los síntomas hayan demostrado su ineficacia.

Se trata de que la sedación paliativa no se convierta en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo del equipo médico que le atiende, el propio sufrimiento de la familia, o se aplique en atención a criterios meramente economicistas. En este sentido, como sostiene la Declaración del Grupo de Trabajo “La atención médica al final de la vida”, de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

7 Por su parte, el artículo 36 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial Española, refor-

mado en 2011, sostiene que: “5. La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta solo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles”.

LA ALIMENTACIÓN Y LA HIDRATACIÓN (AUNQUE SEAN ARTIFICIALES) SON, EN PRINCIPIO, MEDIOS ORDINARIOS Y PROPORCIONADOS QUE EVITAN EL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE DERIVADOS DEL HAMBRE Y DE LA DESHIDRATACIÓN; ES DECIR, SON UN SOPORTE VITAL BÁSICO.

(Secpal): “La sedación es un derecho del enfermo que, sin embargo, no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden”.

La sedación paliativa del paciente no descarga al equipo médico de la dignidad intrínseca del paciente, de la ética de la propia profesión y de los cuidados básicos que todo enfermo precisa. Esta se ubica dentro de los cuidados al enfermo al final de su vida. Luego, la sedación no es un instrumento aislado, sino que es una herramienta terapéutica dentro de un contexto, el de los cuidados paliativos (8).

Una vez señalado que una buena práctica de la sedación paliativa hace que esta nunca pueda ser considerada una eutanasia encubierta, la solución correcta y más acorde con la dignidad del ser humano al final de su vida, entonces, se encuentra en los cuidados paliativos (21, 23).

EUTANASIA Y CUIDADOS BÁSICOS

Otro elemento por tener en cuenta para que la sedación paliativa sea ética es el tema de los cuidados básicos en enfermos en fase terminal: la nutrición, la hidratación, la higiene, la analgesia.

La malnutrición, por ejemplo, en estos casos, no es la causa, sino una consecuencia de la enfermedad que se sufre y, aunque son necesarios tratamientos de soporte nutricional, el objetivo prioritario es la mejoría sintomática

del enfermo y no revertir la situación de malnutrición, es decir, que el paciente no se está muriendo por no comer, sino que no come porque se está muriendo.

En efecto, lo que no se puede hacer es provocar la muerte de un ser humano por hambre y sed. La alimentación y la hidratación (aunque sean artificiales) son, en principio, medios ordinarios y proporcionados que evitan el sufrimiento y la muerte derivados del hambre y de la deshidratación; es decir, son un soporte vital básico. La “causa” de la muerte no debe ser nunca la falta de alimentación y de hidratación, sino en todo caso, el propio curso de la enfermedad. El enfermo que está muy grave “tiene que morir” de muerte natural. “Tiene que morir” por el propio curso de su enfermedad degenerativa, incurable, no de hambre, de sed o por falta de higiene.

Es moralmente aceptable, e incluso obligatoria desde la ética de las profesiones sanitarias, la cesación de unos cuidados con la intención de prestarle la mejor atención a fin de permitir la llegada de la muerte. Es cierto que algunos casos serán relativamente sencillos de calificar, otros, en cambio, pueden plantear más dudas. Por esta razón, una información actualizada y los criterios éticos anteriormente expuestos pueden darnos una orientación clara para el justo equilibrio de permitir la muerte aliviando al enfermo.⁸

⁸ A este respecto, el Grupo de Trabajo sobre “La atención médica al final de la vida”, de la Organización Médica Colegial

CONCLUSIONES

1. Pretender que la muerte del paciente acontezca de forma natural es apostar por el Servicio Médico de Cuidados Paliativos, que rescata lo humano en el paciente en fase terminal. Los cuidados paliativos –dentro de los cuales la sedación paliativa adquiere su sentido pleno– responden, de forma íntegra, a la situación humana inevitable de morir, y manifiestan, a la vez, nuestra humanidad.
2. No hay que confundir la eutanasia con la sedación paliativa, esto es un grave error. Son conceptos muy distintos. Ambas prácticas tienen como objetivo común evitar que el enfermo sufra y padezca dolor, pero difieren –y mucho– en los medios empleados. Efectivamente, para este objetivo tanto la eutanasia como la sedación paliativa suministran “fármacos” al enfermo. Pero con la diferencia nada desdeñable que la aplicación de “fármacos” en la eutanasia implica acabar con su vida, en cambio, la administración de los mismos en la sedación paliativa pretende que la muerte del paciente acontezca, también sin sufrimiento, pero de forma natural.

Cuando se aplica una sedación paliativa no se busca, ni como fin ni como medio, la muerte del enfermo, sino la administración de un fármaco sedante, no letal, que tiene por finalidad paliar el dolor o el sufrimiento del enfermo. Provocar la muerte no es lo mismo que permitirla.

(OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal) elaboraron en 2016 dos declaraciones que abordan el derecho a la sedación paliativa y la ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida.

3. En los temas que tienen relación con el final de la vida del ser humano no hay que poner el acento en los que están inconscientes –sea porque se les haya aplicado una sedación paliativa profunda, “hayan perdido” la cabeza, sean dependientes, se encuentren en estado vegetativo, estén en coma, sufran de falta de memoria, padezcan un deterioro cognitivo leve o severo, o vivan en una etapa humana en la que carecen de capacidad cognitiva–, sino en los que están alrededor, en los que los acompañan, en los que los cuidan y están con ellos. El meollo de esta cuestión radica, entonces, en responder a la siguiente pregunta: ¿cómo me comporto con estos enfermos?, ¿qué hago por ellos? Por eso, en este tema no solo se debería hablar de derechos, decisiones... sino, sobre todo, de cuidado.

Nos empobrecemos, nos deshumaniza si cada uno vive encerrado en sí mismo. Nuestra estructura antropológica se va desarrollando en relación con los demás. El ser humano es constitutivamente un ser social. Es tal, solo si entra en relación con los demás. Por eso, un ser humano enfermo nos interpela e interroga, pero también a la sociedad. Siempre supone un reto y desafío para nosotros y para la sociedad. Luego, la pregunta central es cómo me comporto yo con el enfermo.

Hay que preguntarnos, por tanto, si mis acciones y las de los demás están a la altura de la dignidad que reclama mi propia existencia y la del otro o, por el contrario, se actúa por debajo de ella. Las acciones humanas no son neutras, como si careciesen de contenido. Estas, antes de su efecto en el otro, repercuten en primer lugar en uno mismo, en el que actúa. Luego, no da lo mismo cómo actúe, cómo me comporte con el otro que también es un ser humano (enfermo,

dependiente...) que me está interpelando, un ser humano vulnerable que se encuentra en una situación de debilidad e indefensión. De ahí que el cuidado sea imprescindible y la conducta propiamente humana.

4. Los cuidados paliativos deben ser un derecho efectivo de todos los pacientes (universal) dentro del sistema público de salud, a fin de aliviar el sufrimiento y evitar el dolor. En consecuencia, la prioridad es que alcancen a todos y que estos sean uniformes y de calidad. Ofrecer la eutanasia cuando no está resuelto el acceso universal a los cuidados paliativos es una irresponsabilidad, una negligencia y algo contrario a la justicia social. ¿Por qué los gobernantes, en casi todo el mundo, se empeñan en ofrecer la eutanasia antes que los cuidados paliativos? Es necesario, por tanto, aprobar una ley que garantice una atención integral a las necesidades de los enfermos al final de la vida y que elimine su sufrimiento, no una ley para acabar con ellos.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Asociación Médica Mundial. Asociación Médica Mundial reitera firme oposición a suicidio con ayuda médica y a proyecto de ley australiano [visitado: 2018 nov 5]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/news-post/asociacion-medica-mundial-reitera-firme-oposicion-a-suicidio-con-ayuda-medica-y-a-proyecto-de-ley-australiano/>
2. Religión en libertad. La eutanasia “va contra la profesión médica, mejoremos los paliativos”, dicen los médicos españoles; 2018. Disponible en: <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/202168439/La-eutanasia-Ava-contra-la-profesion-medica-mejoremos-los-paliativosA-dicen-los-medicos-espanoles-.html>
3. Diario Médico. Entrevista a Javier Rocafort; 2019. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/normativa/la-ley-de-paliativos-debe-salir-si-no-otras-60000-personas-sufriran-sin-necesidad.html>
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal). Declaración sobre la eutanasia. Madrid: Secpal; 2002.
5. Júdez J. Suicidio médicamente asistido en el final de la vida. *Med Clin*. 2005;125:498-503. DOI: <https://doi.org/10.1157/13080212>
6. Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI). Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. Morir con dignidad. Madrid: AEBI; 2018. Disponible en: http://aebioetica.org/archivos/Conclusiones_y_comunicado_final.pdf
7. CíViCa. Declaración de Cívica sobre la Eutanasia. Madrid: Cívica; 2018. Disponible en: <http://civica.com.es/bioetica/declaracion-civica-la-eutanasia-junio-2018-3/>
8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal). Guía de cuidados paliativos, 2005; 2015 [visitado: 2018 nov 29]. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
9. Miranda Montecinos A. El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico. *Revista Chilena de Derecho*. 2008;35(3):485-519. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372008000300005>
10. Orrego Sánchez C. Principio de proporcionalidad y principio de Doble Efecto. Una propuesta desde la Filosofía del Derecho. *Díkaion*. 2015;24(1):117-43. DOI: <https://doi.org/10.5294/dika.2015.24.1.1>
11. Casas-Martínez ML, Mora-Magaña I. ¿La sedación paliativa acorta la vida de los pacientes? *Pers Bioét*. 2017;21(2):204-18. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.2>
12. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *Medisan*. 2012;16(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015
13. Bátiz J. ¿Derecho a la sedación? *Médicos y Pacientes*; 2015 [visitado: 2018 nov 29]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-jacinto-batiz-derecho-la-sedacion>

14. Porta Sales J. Sedación en cuidados paliativos. Reflexiones éticas. *Acta Bioeth.* 2000;6(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100006>
15. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care.* 1994;10(2):31-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8089815>
16. Spaemann R. ¿Matar o dejar morir? Cuadernos de Bioética. 2007;62:107-16. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2007/18/1/62/107.pdf>
17. Nabal M, Palomar C, Juvero MT, et al. Sedación paliativa: situación actual y áreas de mejora. *Revista de Calidad Asistencial.* 2014;29(2):104-11. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cali.2013.08.002>
18. García Palomo A. El paciente no muere por los sedantes, sino por su enfermedad terminal [visitado: 2019 jul 16]. Disponible en: https://www.diariodeleon.es/noticias/afondo/gracia-palomo-el-paciente-no-muere-sedantes-enfermedad_196017.html.06/05/2005
19. Sangalli L. La sedación paliativa: los temas candentes. *Medicina y ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica.* 2014;25(1):61-104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803009>
20. Manual MIBE. Sedación en cuidados paliativos; 2019 [visitado: 2019 jul 16]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.22.3>
21. Taboada P. El Derecho a morir con dignidad. *Acta Bioeth.* 2000;6:91-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100007>
22. Cáceres Lavermia HH, Morales Morgado D. Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. *Rev Hum Med.* 2016;16:175-92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100012
23. García Sánchez E. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. *Cuad Bioet.* 2012;77:135-149. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87524465010>