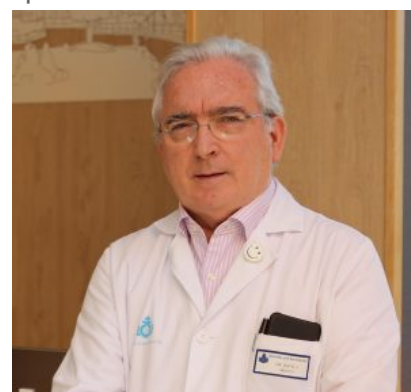


Jacinto Bátiz Cantera, doctor en cuidados paliativos.

DOI: [10.69105/BYCS.2024.12.2.4](https://doi.org/10.69105/BYCS.2024.12.2.4)

Jacinto Bátiz Cantera es licenciado y doctor en Medicina y Cirugía, especialista universitario en Cuidados Paliativos y experto en Ética médica. Desarrolló principalmente su labor asistencial en la unidad de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya) y en la actualidad dirige el Instituto «Para cuidar mejor» del mismo hospital. Miembro de la comisión de deontología del Colegio de Médicos de Vizcaya y del Observatorio Atención médica al final de la vida de la Organización médica colegial de España. Docente universitario y en numerosas actividades docentes relacionadas con los cuidados al final de la vida. Autor de múltiples artículos y libros sobre el proceso de morir en entornos compasivos, respetuosos con la dignidad personal.



Estimado doctor Bátiz:

1) Las ciencias de la salud, representan la esencia de la actitud ética de ayudar al que lo precisa para mejorar su salud. ¿Podría señalar campos asistenciales actuales donde se refleje con más potencia esa alma mater?

No siempre se puede mejorar la salud de las personas, no siempre se puede curar las enfermedades que padecen las personas, pero por eso no debemos abandonarlas, diciendo «ya no hay nada que hacer». Este abandono es una falta ética para el profesional de la medicina; siempre se puede hacer algo para ayudar a no sufrir a quienes la ciencia médica no ha podido prevenir ni curar su enfermedad.

Sin duda hay campos asistenciales donde es necesario hacer algo más que mejorar su salud. Por ejemplo:

Aquellas personas que se encuentran padeciendo enfermedades incurables en fases avanzadas o ya en fases terminales.

Jacinto Bátiz Cantera, doctor en cuidados paliativos.

Las personas mayores que tiene dificultades de visión, de audición, de comprensión, deterioro cognitivo, y dificultades de movilidad.

Personas con dificultades socio comunicativas, personas con TEA, que necesitan que les anticipemos lo que les van a hacer, necesitan un lugar para estar en calma y libre de estímulos, necesitan gran dosis de empatía de quienes les atiendan. Estas personas tienen dificultades sensoriales (auditivas, olfativas, táctiles, etc.); es preciso permitir el acompañamiento de sus personas de apego o referencia. A ellos les resulta muy difícil manejar largos periodos de espera. Hay que procurar que estos no sean prolongados.

2) Su dedicación profesional está ligada a los cuidados paliativos. Ha publicado el libro «Cuidadme así» ¿Cuál le parece una barrera mayor al pleno acceso a la atención paliativa: el tabú social de la muerte o el déficit formativo en los profesionales?

Las dos que cita son barreras para el desarrollo de los cuidados paliativos.

Respecto al **tabú social de la muerte** hay que tener en cuenta que **si no asumimos que la muerte es una etapa natural de la vida no podremos ayudar a quienes se están muriendo.**

Es necesario que incorporemos la muerte a la vida y dejar de considerar la medicina como algo que consiste solo en evitar que la gente muera. La sociedad trata de ignorar la muerte, la juzga como un fracaso y procura protegerla cada vez más, asumiendo como un triunfo la cultura de los trasplantes y la sustitución de tejidos y órganos por nuevos tejidos o prótesis artificiales.

Esta sociedad llega a creer que la tecnología puede solucionar todos sus problemas de salud y, cuando se habla de demorar o evitar la muerte, ya no le parece una utopía más o menos absurda e inalcanzable. Todos los avances de la medicina han generado en la sociedad una especie de delirio de inmortalidad, otorgando al médico una sabiduría, omnipotencia y omnisciencia que, lógicamente, no posee.

El médico asume el papel omnipotente que le solicita la sociedad al dejar en sus manos la vida de los enfermos. La sociedad desea la inmortalidad, aunque no sea posible, pero la desea, no quiere asumir la muerte como una etapa natural de la vida; la niega, la quiere olvidar.

El déficit formativo de los profesionales es una gran barrera para una atención adecuada a las personas que se encuentra sufriendo en el proceso de morir. Con bastante frecuencia

Jacinto Bátiz Cantera, doctor en cuidados paliativos. estas personas se sienten abandonadas por los profesionales por carecer de formación en cuidados paliativos. Tradicionalmente la formación académica en Medicina se ha centrado en la curación como objetivo, lo que ha provocado en muchos casos que los profesionales carezcan de herramientas clínicas y personales para enfrentarse a situaciones en la que no es posible curar al enfermo. Esta falta de formación en Medicina paliativa suele derivar en tres tipos de actitudes que favorecen la falta de asistencia paliativa de estos enfermos:

Quienes consideran que se encuentra ante una situación compleja y deciden evitarla y dejan a la persona enferma y a su familia a la libre evolución de su proceso, entendiendo además que los cuidados paliativos sólo deben ser aplicados en las fases agónicas.

Quienes consideran una situación nimia y de escasa complejidad que puede ser fácilmente manejada con sus conocimientos técnicos para el control de los síntomas físicos.

Quienes, ante el miedo y las reticencias a aceptar la situación, emprenden actitudes más intervencionistas y evitan la comunicación y los encuentros incómodos con el enfermo y su familia.

Estas tres actitudes, de abandono, autosuficiencia y miedo, pueden provocar y provocan, de hecho, que la persona al final de la vida y su familia sufran la falta de atención integral en el proceso de morir, la falta de apoyo domiciliario y la escasez de la continuidad en los cuidados.

Con la aprobación de la Ley de la Eutanasia, la falta de formación en cuidados paliativos de nuestros profesionales puede llevar a la tentación de la eutanasia

como solución cuando un enfermo solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con su sufrimiento porque lo considera intolerable y cree que no tiene más que ofrecerle para aliviarlo porque no tiene formación en cuidados paliativos.

3) Usted es un gran divulgador y docente en ética médica. ¿Puede señalar, cuáles son, a su juicio, las fortalezas y las debilidades de la formación ética en las nuevas generaciones de médicos?

Empezaré por las debilidades: las nuevas generaciones de médicos poseen una gran formación técnica de la ciencia que tiene administrar, pero cree que con toda su ciencia es suficiente para ayudar al enfermo; no es consciente de que en sus actuaciones médicas ha de tomar decisiones difíciles entre las que habría que elegir la mejor decisión para el enfermo. En general, no han sido dotados de los conocimientos, habilidades y actitudes

Jacinto Bátiz Cantera, doctor en cuidados paliativos. necesarios para resolver otro tipo de problemas que siempre van unidos a los problemas clínicos, son los conflictos éticos. El conflicto ético es un síntoma que muestra a los clínicos la necesidad de trabajar con valores con la misma capacidad y habilidad profesional con las que se desenvuelven en el trabajo clínico. Por ello, la carencia de formación en Bioética es una de las grandes debilidades de las nuevas generaciones. Los clínicos necesitan poseer habilidades en toma de decisiones y en comunicación para completar sus grandes conocimientos clínicos.

Pero, hay que tener en cuenta que estas nuevas generaciones trabajan por dar soluciones a todas las necesidades clínicas de los enfermos con su investigación y su alta tecnología innovadora. Sus fortalezas son sus grandes conocimientos clínicos, la investigación y la innovación.

4) Hay una serie de campos asistenciales en medicina con fines satisfactivos y otros con fines curativos o paliativos. ¿Comparten estándares éticos?

Lo que pudiera estar permitido e indicado en medicina curativa estaría contraindicado en medicina paliativa.

Ante una enfermedad terminal hay que evitar las pruebas diagnósticas y los tratamientos que en esa situación resultarían inútiles. Por ejemplo, ante una enfermedad terminal hay que evitar las pruebas diagnósticas y los tratamientos que en esa situación resultarían inútiles. Una resonancia magnética para conocer la evolución de las metástasis cerebrales del enfermo en fase agónica sería una obstinación diagnóstica. Una reanimación cardiorrespiratoria en enfermos en fase terminal no estaría indicada, como tampoco estaría indicada una transfusión sanguínea en un enfermo en fase agónica.

El actual Código de Deontología Médica (OMC, 2022) dedica un capítulo (Capítulo IX) a la atención médica al final de la vida porque ante enfermos en fase terminal hay que tener en cuenta otros estándares distintos a la medicina curativa. Por ejemplo, en el tratamiento del dolor en fase terminal es preciso hacerlo con las dosis suficientes para aliviar dicho dolor y si por aumentar la dosis se adelantara la muerte del paciente no se está realizando ningún tipo de eutanasia (art.38.1: «El médico tiene el deber de intentar la curación o la mejoría del paciente siempre que sea posible. Llegado el momento en que no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para procurar su mayor bienestar posible y

Jacinto Bátiz Cantera, doctor en cuidados paliativos. *dignidad, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida». Nos indica cómo tenemos que adecuar el esfuerzo terapéutico (Art.38.2: «El médico no debe emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza ni beneficios, o inútiles para el enfermo. Debe retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando su pronóstico así lo aconseje. [...]».*

Este Código, en el citado capítulo, aborda también la sedación paliativa como buena práctica médica cuando está bien indicada, autorizada por el enfermo y bien realizada, la actitud ante la eutanasia y el respeto a las voluntades anticipadas de los enfermos.

5) Actualmente, se constata que en muchas organizaciones sanitarias hay factores estructurales que causan daño moral a los profesionales hasta grados con la gravedad del burnout. ¿Cómo mantener la independencia y la ilusión profesional con una alta sensibilidad ética?

Esto va a depender de cada persona cómo poder sobrellevarlo. A mí siempre me ayudó formularme la siguiente pregunta si el enfermo no me lo podía expresar: ¿cómo me gustaría que me trataran o me cuidaran si me encontrara en la misma situación que se encuentra el enfermo al que tengo que atender? De esta manera no me equivocaría y sería consecuente con mi filosofía cuidar.

Siempre recuerdo las palabras del famoso clínico inglés del siglo XVII, Thomas Sydenham que reflejan muy bien la coherencia de un médico en la atención a las personas y que me ayudan a mantener mi independencia y mi ilusión vocacional de médico para cuidar desde la Bioética: «*Nadie ha sido tratado por mí de manera distinta a lo que yo quisiera ser tratado si me enfermara del mismo mal*».

6) Desea comentar algo más?

Para una atención médica adecuada a las personas enfermas los profesionales debemos disponer de herramientas como la competencia profesional, la compasión y la ética.

La técnica sola no es suficiente para atender a las personas (curarlas o cuidarlas). Los profesionales debemos ofrecer nuestros conocimientos técnicos, pero también aportar la esperanza, el apoyo y el consuelo que necesita el enfermo, aunque a veces le cueste pedirlo.

Jacinto Bátiz Cantera, doctor en cuidados paliativos.
La ciencia debe estar acompañada del acercamiento humano para ser más eficaz.