

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia.

Artículo de reflexión

Medical care at the end of life. Proportionality of therapeutic effort, palliative care and euthanasia.

DOI: [10.69105/BYCS.2025.13.1.1.2](https://doi.org/10.69105/BYCS.2025.13.1.1.2)

Gumersindo González Díaz.

Presidente de la Comisión de Deontología médica del Colegio Oficial de Médicos de Murcia.

Académico de número de la Real Academia de Medicina de Murcia.

Recibido: 1 de diciembre de 2024

Aceptado: 23 de diciembre de 2024

Publicado: 25 de enero de 2025

Resumen

La atención médica al final de la vida debe alcanzar a todos los pacientes con adecuados y proporcionales cuidados que permitan condiciones dignas, respetuosas

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo con las preferencias de los pacientes. En las últimas décadas han irrumpido prácticas terapéuticas, cuidados paliativos y eutanasia, desde la ética normativa, que consideramos en el artículo, así como sus consecuencias sociales.

Palabras clave: Cuidados paliativos, sedación consciente, eutanasia,

Abstract

Medical care at the end of life should reach all patients with adequate and proportional care that allow decent conditions, respectful of patient preferences. In recent decades, practices have broken into normative ethics, which we consider in the article, as well as its social consequences.

Key words: Palliative care, Conscious Sedation, euthanasia.

1 Introducción.

Explorando el nuevo código de deontología médica (1) podemos comprobar cómo la ética y también la deontología se adaptan a las modificaciones legislativas que van implantándose en los distintos países, en lo que podríamos denominar ética normativa.

En el código de deontología vigente hasta el año 2022 (2) en el capítulo VII, artículo 36-3 dice «*el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa de este*». En el nuevo código aprobado en el año 2022 cambia «*no provocará*» por «*no deberá provocar*» y omite «*ni siquiera en caso de petición expresa de este*» adaptándose así a la nueva ley de Eutanasia española. No pretendo al objetivar este hecho hacer ningún juicio de valor, el lector puede hacer su propia valoración.

– Atención al final de la vida.

Ante situaciones de manejo de las etapas finales de la vida, se han producido enormes cambios relacionados en unos casos con los avances tecnológicos que permiten prolongar la vida de forma artificial, pudiendo sustituirse las funciones orgánicas de forma indefinida lo que nos obliga a los médicos a preguntarnos hasta dónde llegar, lo que denominamos limitación del esfuerzo terapéutico o, mejor expresado, proporcionalidad del esfuerzo, y también con la concienciación de que el paciente debe ser pieza clave en las decisiones, lo

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia.
que se denomina autonomía del paciente.

En las unidades de cuidados intensivos (UCIs) es práctica frecuente, buscar certezas que nos permitan aplicar esta proporcionalidad en el manejo de los enfermos en situación crítica para lo cual es necesario encontrar estándares, fundamentados en factores técnicos y éticos que permitan realizar esa proporcionalidad o limitación con la mayor seguridad posible. Las decisiones pueden ser de dos tipos, WithHolding (WH) -no iniciar-, por sus siglas en inglés o WithDrawing -retirar medidas-. El retirar medidas resulta más conflictiva -desconexión del respirador por ejemplo- que no iniciar. Sin embargo, las dos opciones son similares desde el punto de vista ético. En cualquier caso, iniciar medidas y reevaluar es mejor que rechazar un tratamiento por miedo a tener que retirarlas por futilidad -no maleficencia-.

Una consideración diferente es la situación de un enfermo en las etapas finales de su vida, y que, respetando su autonomía, siempre que esta sea incontestable, lo que en muchas ocasiones es muy difícil de asegurar, en la aplicación de dos medidas, en mi opinión, claramente diferenciadas como son la sedación paliativa o la eutanasia.

En la sedación paliativa el objetivo es aliviar el sufrimiento y el procedimiento es aplicar un fármaco sedante. En la eutanasia el objetivo es provocar la muerte y el procedimiento es aplicar un fármaco letal.

En ambos casos se pretende que el individuo tenga una muerte digna, lo que significa morir con los síntomas controlados, respetando su autonomía y libre decisión, adecuadamente informado y en un ambiente familiar o en su defecto en un ambiente amigable. El grave problema de la eutanasia es que en muchos casos no se le ofrece otra alternativa sabiendo que en el 90% de los casos lo que quiere el paciente es no sufrir, física, psíquica o emocionalmente y darle un motivo para seguir viviendo dignamente hasta el momento final.

Muerte digna no es fomentar ni aplicar la eutanasia, sino acompañar, cuidar y tratar con la dignidad que toda persona merece, a aquellos que se enfrentan con la enfermedad o la vejez al final de su vida.

En España el Boletín oficial del Estado publicó la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de Marzo, de regulación de la Eutanasia (3). Se convirtió así en el séptimo país del mundo en aprobar la eutanasia y el cuarto de Europa después de Holanda, Luxemburgo y Bélgica. Esta ley establece que quienes solicitan ayuda para morir se considerará que fallecen paradójicamente, de muerte natural. Son susceptibles de que les sea aplicada la eutanasia

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia. aquellos que padecen una enfermedad grave e incurable, discapacidad grave y crónica, sufrimiento insoportable; es lo que se denomina contexto eutanásico.

2. Reflexiones sobre la eutanasia.

En este ambiente vamos a considerar como se está desarrollando la eutanasia en algunos de los países en las que ha sido aprobada y la reacción suscitada en Francia ante el hecho de que esta legislación pueda ser aprobada en ese país.

a) El caso francés.

Ante la presión de los partidarios de la eutanasia y la lentitud con que el Estado afronta la mejora y universalización de los cuidados paliativos, más de 175 asociaciones especializadas en atención paliativa firmaron un manifiesto en el que muestran su postura a favor del cuidado de las personas en la etapa final de la vida frente a la experiencia de otros países que demuestra que la legalización va llevando las limitaciones jurídicas iniciales hacia prácticas cada vez más extremas. En este manifiesto se esgrimen 12 razones para decir no a la eutanasia. No es mi intención en este artículo enumerarlas, pero sí destacar dos de sus conclusiones:

1. En los países que legalizan la eutanasia se llega a la eutanasia de los menores, o de personas que padecen trastornos mentales, y no se cumplen las condiciones establecidas por la ley, ni siquiera el consentimiento del paciente. Los abusos crecen en estos países
2. Los cuidados paliativos son incompatibles con la eutanasia y el suicidio asistido. Se trata de enfoques basados en filosofías radicalmente opuestas. La legalización de la eutanasia y del suicidio asistido deriva de la exigencia de autonomía. Los cuidados paliativos combinan la ética de la autonomía con la ética de la vulnerabilidad y de la solidaridad colectiva. Los cuidados paliativos son tratamientos, la eutanasia es un acto mortal.

b) Canadá.

Está convirtiéndose en un caso paradigmático sobre la gran sospechosa en la legalización de la eutanasia, -la **pendiente resbaladiza** (4). Con una población de 40 millones de habitantes similar a la de California el número de eutanasias en el año 2021 fue de 10.064 muy por encima de las de California. En el 2022 se incrementaron un 31%. Quebec ostenta el record mundial de eutanasias con el 6,8% de las muertes registradas. La extensión de la

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo asistencia médica para la muerte -MAID- a otros colectivos adicionales al acceso a la terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia. personas con discapacidades, tras una reforma gubernamental. El Canadian Medical Association Journal denuncia que la eutanasia es la salida menos laboriosa para médicos y hospitales y la más barata para el sistema sanitario suponiendo un ahorro estimado de 124 millones de dólares anuales (5). Jeremy Appel periodista en la Revista Jacobin, liberal y partidario de la eutanasia escribía: *«la frívola manera en que la MAID se ha implementado en Canadá equivale a una forma de eugenesia»* (6) Su punto de vista cambió desde considerar inicialmente inviolable la decisión autónoma de cada uno, hasta constatar que esas decisiones están influenciadas por condiciones sociales, entre la cuales la disposición de recursos no es banal, afectando sobre todo a las personas con discapacidades. Como le ha ocurrido a la exmilitar y exatleta paraolímpica Christine Gauthier, que al solicitar una ayuda para una rampa que le permitiera movilidad en su domicilio, ayuda a la que tiene derecho en el Departamento de Veteranos, recibió una oferta de MAID por parte de este, como alternativa a sus problemas para vivir dignamente.

En una comparecencia ante la comisión parlamentaria sobre la MAID, la doctora Leonie Herx, ex presidenta de la Sociedad Canadiense de Médicos de Cuidados Paliativos, recordaba que solo 25-30% de las personas que los necesitan tienen acceso a los cuidados paliativos y advirtió *«cuando no se satisfacen las necesidades de cuidados paliativos, el consiguiente sufrimiento físico, emocional y espiritual de los pacientes, puede llevarlos a sentirse deprimidos y desesperados, considerándose una carga para los demás. Es decir, varios de los motivos más frecuentes en las peticiones de MAID»*. La revista The New York Times se hizo eco de las repercusiones que tuvo la inclusión de personas con discapacidades en MAID en su artículo *«Is Choosing Death Too Easy in Canada?»* Jeweles Smith, del Consejo de Canadienses con Discapacidad afirmaba: *«Nos preocupa enormemente que personas con discapacidad que estén experimentando una crisis temporal se acojan a la ley y mueran innecesariamente»*.

c) Países Bajos.

Bert Keizer, que realiza eutanasias en una clínica especializada –el Expertisecentrum Euthanasie– en La Haya, ha admitido (7) que la aprobación de la eutanasia en 2002, ha conducido a una **pendiente resbaladiza** que permite traspasar más y más líneas rojas. *«Comenzamos con los enfermos terminales, pero también resultó que los enfermos crónicos experimentaban un sufrimiento insoportable y desesperado. Posteriormente, seguimos con*

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo
las personas con demencia incipiente, pacientes psiquiátricos, portadores con demencia masiva, marcada, ancianos de edades avanzadas que padecían multitud de achaques, y finalmente ancianos muy mayores que, aunque no padecen una enfermedad incapacitante o limitante, entienden que su vida ya no tiene sentido».

Theo Boer, profesor de Ética Médica en la Universidad Teológica Protestante, de Groningen, negó en 2007 que fuera a originarse una **pendiente resbaladiza** en este tema, bajo su experiencia entre 2005 y 2014 en uno de los cinco comités regionales de supervisión de la eutanasia. «*Estábamos equivocados, terriblemente equivocados*», fue su alerta en 2014 (8), al constatar, entonces sí, los efectos expansivos de la legalización.

El Tribunal Supremo dictaminó que se puede utilizar una directiva de voluntad anticipada para eutanasiar a un paciente con demencia, a petición previa, sin que este sea consciente de que se está llevando a cabo el procedimiento. Fué en el caso de una mujer de 74 años, en 2016, aquejada de alzhéimer, que había solicitado la eutanasia antes de que su estado mental se agravara. Al momento de llevarla a cabo, la paciente se resistió, por lo que el médico pidió ayuda a sus familiares para sujetarla y poder terminar el procedimiento.

La dúo-eutanasia o eutanasia conjunta, cada vez se practica más en territorio holandés, de hecho, se está volviendo algo «habitual» en este país del noroeste de Europa. Según las estadísticas, en 2020 fallecieron 26 parejas, cifra que aumentó el año siguiente -32- y que batió récord en 2022, con 58 eutanasias de matrimonios. En total, las muertes por eutanasia en Países Bajos alcanzaron en 2022 los 8.720 casos. La dúo-eutanasia es una reciente y creciente tendencia en ese país europeo.

El Dr. Boer muestra que teniendo Holanda un sistema de paliativos excelente, el problema es que, para la mayoría de la gente, el motivo para pedir la eutanasia, no es el dolor, sino la desesperación y la dependencia.

d) Suiza.

En Suiza la eutanasia no está permitida pero si el suicidio asistido siempre que la persona se quite la vida sin ayuda externa. Allí se ha desarrollado recientemente un nuevo instrumento para que pueda ser utilizado: la Cápsula Sarco: "*mátese usted mismo, rápido y sin sufrir*" que ya ha sido utilizado, aunque parece que la justicia en dicho país, pretende poner límites al horror declarando este sistema ilegal. El propio paciente una vez cerrada la cápsula aprieta un botón que inyecta nitrógeno dentro de la misma provocando la muerte.

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia.

3. Motivos por los que la eutanasia resulta inaceptable.

Pendiente resbaladiza.

La historia nos demuestra lo rápido que se llega a la eutanasia en enfermos psiquiátricos, dementes, ancianos vulnerables y recién nacidos discapacitados.

Falta de autodeterminación real.

Muchos pacientes sienten que sobran, que son una carga o una molestia para su familia, que son ignorados, o que están solos.

Reducción de los Cuidados Paliativos.

La aceptación de la eutanasia conlleva una disminución de los medios destinados a estos cuidados real y evidenciable.

Deformación del sentido médico.

La eutanasia es contraria al juramento hipocrático e implica una ruptura deontológica con graves consecuencias sobre la profesión médica.

En junio de 2024, el Tribunal europeo de derechos humanos sentenció que el derecho a la vida no es absoluto como ningún otro. Pero no existe un derecho a la muerte para enfermos graves. Trataba el tribunal sobre el caso de un ciudadano con enfermedad neurodegenerativa contra Hungría (9) cuya legislación prohíbe el suicidio asistido. A los enfermos graves se les debe reconocer el derecho a rechazar tratamientos en consonancia con el Convenio de Oviedo, mediante un consentimiento informado. Pero no aplicársele la ayuda a morir no es discriminatorio según el Tribunal.

4. Conclusión.

Al escuchar a enfermos, médicos y enfermeras, familias, se percibe que el deseo esencial de la inmensa mayoría de los pacientes es ser considerados, respetados, ayudados, acompañados, no abandonados. Quieren que se alivie el sufrimiento, pero manifiestan a la vez un deseo de relación y proximidad. Esta solo se construye desde una exigencia de humanidad en la que cada vida humana es respetada, acompañada, honrada. Los cuidados paliativos son la exigencia y la respuesta de esa relación.

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia.

Referencias bibliográficas

- 1 Código de Deontología Médica. Organización médica colegial de España. Madrid. 2022.
- 2 Código de Deontología médica. Organización médica colegial de España. Madrid. 1999.
- 3 Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021, páginas 34037 a 34049
- 4 AA.VV. Eutanasia. Lo que el decorado esconde. Ed. Sígueme. Salamanca. 2020.
- 5 Trachtenberg AJ, Manns B. Cost analysis of medical assistance in dying in Canada. CMAJ. 2017 Jan 23;189(3):E101-E105. doi: 10.1503/cmaj.160650.
- 6 Appel J. The Problems With Canada's Medical Assistance in Dying Policy. Jacobin. 2023.
- 7 Keizer B. Euthanasie in Nederland: hellend vlak? [Euthanasia in The Netherlands: slippery slope?]. Ned Tijdschr Geneesk. 2020 Jun 19;164:D 4933. Dutch. PMID: 32749795.
- 8 Boer T. "We were wrong, says former regulator of Dutch Euthanasia."
<https://www.dailymail.co.uk/news/article-2686711/Dont-make-mistake-As-assisted-suicide-bill-goes-Lords-Dutch-regulator-backed-euthanasia-warns-Britain-leads-mass-killing.html>
- 9 European courts of human rights. Daniel Karsai v. Hungary Judgment 13.6.2024 <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=002-14340>

Cómo citar:

González-Díaz, G. Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia. [internet] Bioética y ciencias de la salud. 2025 enero-junio; Vol 13 (1). DOI: [10.69105/BYCS.2025.13.1.1.2](https://doi.org/10.69105/BYCS.2025.13.1.1.2)

Atención médica al final de la vida. Proporcionalidad del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia.