

*(Diario Médico, 17 de septiembre de 2010)*. Podemos estar en desacuerdo acerca de si una persona enferma o incapacitada debería ser ayudada para poner fin a su vida si así lo desea, pero al menos el tema ya no es tabú. Sin embargo, la mayor parte del medio millón de personas que morirán este año en Gran Bretaña no se apagarán sin dolor como si estuvieran durmiendo en su cama.

El 55 por ciento de nosotros moriremos en el hospital, el 17 por ciento en una residencia y sólo una quinta parte en nuestros propios hogares. Ese primer porcentaje, como señaló hace unas semanas un comunicado del Programa de Atención del Fin de la Vida, del Departamento de Salud, está cayendo muy lentamente. Y debería caer aún más si a la gente se le da la oportunidad de decidir sobre la forma y el lugar en el que mueren.

El debate sobre la disponibilidad de fármacos que extienden la vida entre los pacientes con cáncer terminal plantea lo que el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) llama QALY (siglas inglesas de años de vida ajustados por calidad) en el alivio de la angustia vital.

Para las personas que quieren vivir un poco más, tal vez para conocer a un nuevo nieto o simplemente por miedo a la muerte, el más abrumador de los terrores, estos análisis coste-beneficio tienen una importancia colosal. De hecho, el NICE elaboró unas nuevas directrices para esta reciente ola de fármacos el año pasado y desde entonces ha aprobado la mitad de ellos. Sin embargo, como sugería hace poco una investigación publicada en *The New England Journal of Medicine*, proporcionar a los enfermos terminales lo que los médicos describen como "cuidados paliativos tempranos", animándoles a considerar el tratamiento que quieren en sus últimos meses, puede reducir la depresión y el dolor físico que experimentan. Sin embargo, los médicos y enfermeras están dispuestos a establecer una distinción entre la medicina paliativa -que a veces se toma en el sentido de altas dosis de morfina al final de la vida- y los cuidados paliativos, con el apoyo psicológico que ofrece a los moribundos y sus familiares, así como el alivio del dolor.

De hecho, los que eligieron la última opción vivieron más tiempo que la cohorte que optó por la nueva hornada de medicamentos que prolongan la vida. En un artículo del *New Yorker* sobre una madre de 34 que años de edad con cáncer de pulmón, el cirujano estadounidense Atul Gawande cuestionaba la insistencia de la profesión médica en la prolongación de la vida en lugar de tratar de mejorarla. Su lectura era desgarradora.

Es mucho más fácil decir simplemente que uno no puede poner un valor a una vida humana, incluso aunque lo necesitemos y lo hagamos: lo demuestra el hecho de que algunos consorcios sanitarios de atención primaria no han hecho ninguna nueva inversión en la atención terminal de la vida durante el último ejercicio, mientras que el más generoso gastó 5,4 millones de libras. Se da la circunstancia de que las muertes en el hospital y los nuevos medicamentos para el cáncer por lo general cuestan más que los cuidados paliativos en el hogar. Pero eso no debería hacernos olvidar la posibilidad, en medio de los cambios profundos que experimenta el sistema británico de salud, de que posponer al máximo la muerte no siempre es la mejor manera de hacerle frente. Cómo mueren las personas, como remarcó la fundadora del movimiento de los Hospices Cicely Saunders, se queda grabado en la memoria de aquéllos que viven. (*The Guardian*, 13-VIII- 2010. Traducido y publicado por DM).