

Algunos aspectos económicos en torno al final de la vida humana

José María Larrú Ramos

Universidad CEU San Pablo (Madrid)

E-mail: larram@ceu.es

Recibido: 15 de junio de 2018

Aceptado: 19 de julio de 2018

RESUMEN: El trabajo aborda la cuestión del final de la vida bajo un enfoque económico. En concreto cuestiona la “sabiduría popular” que expresa que la salud no tiene precio, haciendo un análisis comparativo entre los costes de las drogas para eutanasia o suicidio asistido (entre los 35-40 dólares) y los costes medios de cuidados paliativos integrales (entre los 35-40.000 dólares). Esto hace que algunos pacientes terminales opten por la eutanasia bajo la carga económica que asumen o dejan en herencia a sus familiares si lo hicieran mediante cuidados paliativos. Se muestra cómo los cuidados paliativos (hospitalarios o domiciliarios) son coste-eficientes no sólo en recursos médicos sino también en satisfacción de trato tanto de pacientes como de sus familiares.

PALABRAS CLAVE: coste-eficiencia; cuidados paliativos, eutanasia.

1. Introducción

Suele decirse entre la gente que “la salud no tiene precio” como una forma convencional de dar a la salud un valor excepcional, tan valiosa que su precio tendería a ser infinito, ya que es resultado de valorar la vida humana. Sin entrar en el tecnicismo que supone confundir valor subjetivo con precio o valor de cambio, es cierto que valorar la propia vida debería conducir a una asíntota que tiende a infinito pues sin salud, y en

su extremo la muerte, no tiene ya ningún sentido valorar nada adicional. Tras la muerte la utilidad marginal es siempre cero pues el sujeto cesa de vivir y por tanto de valorar e intercambiar.

Lo cierto es que entre los recursos para curar y cuidar las enfermedades de los ciudadanos de cada país son muy diferentes. Según Naciones Unidas, mientras que el país que más gasta de su PIB en sanidad es Estados Unidos con el 17%, el que menos es Timor con el 1,3%. El promedio de los países

ricos es el 12,2%, el de los países en desarrollo el 5,6%, la región que menos gasto relativo es la región árabe (4,1%), África Subsahariana destina el 5,6% y el promedio mundial es de 9,9%. España se situó en 2013 en el puesto 65 de 188 países con un gasto del 8,9% PIB en el promedio de la OCDE, mientras que en Grecia en 2014 todavía había un 25% menos de gasto sanitario respecto al de 2009, debido a la crisis¹.

La disponibilidad de médicos por cada 10.000 habitantes es también muy diferente, con un rango entre los 77,4 de Qatar y 67,2 de Cuba a los 0,1 de Tanzania o Liberia. El promedio mundial es de 13,8 pero en África Subsahariana es de 1,9 y del 1,8 entre los Países Menos Adelantados². España destinó 2.898 dólares por habitante a salud, por debajo del promedio de la OCDE (3.453 dólares) y lejos de los 8.713 dólares de los estadounidenses³.

También es frecuente consolarse entre los jugadores de lotería (especialmente tras el sorteo de Navidad) que si no te ha tocado “al

menos tienes salud”, en esa comparación un tanto obscena entre salud, dinero y amor, las tres en el mismo nivel. En cualquier caso, es otra expresión popular que indica que la vida humana es valiosa, es deseada y deseable, es valorada como un bien.

El hombre es quizá el animal vulnerable que no sólo sabe que morirá, si no que ese dato le puede influir decisivamente en cómo vive, cómo hiper-programa (en el sentido zurbiriano) su vida de corto, medio y largo plazo. Saber que he de morir no es un “dato” más entre los muchos que captan mis sentidos y quedan en mi inteligencia, sino que afecta a la voluntad, a las decisiones, a las valoraciones. Una de esas valoraciones es precisamente la “calidad de vida” y la “calidad de muerte”. Eutanasia es etimológicamente, buena muerte.

En este trabajo quiero centrarme en los aspectos económicos del final de la vida humana, precisamente porque las valoraciones se hacen radicales. Son las últimas valoraciones del ser vivo y por tanto los últimos actos económicos que una persona, su entorno familiar y el personal sanitario a su alrededor hacen. En terminología económica –a veces tan poco “humanizada”– el precio de la muerte vendría dado por la utilidad demandada por el sujeto en-

¹ Cf. PNUD, *Informe sobre el Desarrollo Humano 2015*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, United Nations, New York 2015; OECD, *Focus on Health Spending 2015*, OECD, París 2015.

² PNUD, *op. cit.*

³ OECD, *op. cit.*

fermo (un análisis coste-eficiencia entre prolongar vida en el tiempo frente a los costes de sufrimiento y dolor asociados a su enfermedad) y la oferta de los cuidados y tratamientos a recibir que son finitos (y escasos) enfrentados a usos alternativos entre pacientes u otros costes de oportunidad donde emplear dichos recursos escasos.

Vemos así que frente al deseo de que la salud no tenga precio, la realidad es que hay que gestionar el par salud-enfermedad enfrentándose a la escasez de recursos. Esta es la experiencia cotidiana de los gestores de hospitales y de centros de atención de cuidados paliativos con enfermos terminales.

La hipótesis que guía el trabajo es conocer si los elevados costes asociados a los cuidados y tratamientos del final de la vida, pueden estar influyendo en la demanda de eutanasia y suicidios asistidos. La razón es que puede que el enfermo perciba esos costes y no desee que sean asumidos por familiares y otros agentes económicos (Estado en el caso de financiación pública). La revisión de la literatura realizada parece responder que, aunque hay una enorme diferencia entre los costes de suministrar las drogas eutanásicas y los cuidados paliativos del final de la vida, un tratamiento y cuidados humanizadores hacen descender en gran

medida las demandas de suicidios asistidos en los países donde es legal realizar esta práctica.

Para clarificar el objetivo marcado por la hipótesis, el resto del trabajo se organiza de la siguiente manera. En la segunda sección se exponen los datos de costes de las drogas necesarias para la eutanasia y suicidio asistido y los asociados a los cuidados paliativos. En la tercera sección se profundiza en las tipologías y costes asociados al final de la vida humana y los medios –tanto económicos como extraeconómicos– de los cuidados paliativos. La cuarta sección recoge las principales conclusiones.

2. Costes comparativos entre eutanasia y cuidados paliativos

El objetivo de esta sección es presentar una comparación entre lo que cuestan las drogas necesarias para hacer morir a un paciente que solicita eutanasia o suicidio asistido en los lugares donde está legalizada su práctica comparándolos con el promedio de gastos en los que se incurre a lo largo de la fase terminal de la vida humana. La hipótesis que subyace a esta comparación es sospechar que los elevados costes del final de la vida humana que deben asumir los pacientes, sus familiares

o el Estado en caso de financiación pública en los centros donde se realizan esas prácticas sean valorados como excesivo o inaceptables y eso eleve la demanda de eutanasia o suicidio asistido por motivos diferentes en los contemplados en los protocolos de aceptación de demandas de eutanasia. Recuérdese que eutanasia es conceptualizada como la acción que cumple las siguientes características:

- Producen la muerte de los pacientes, es decir, que la *causan* de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata;
- Se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad;
- En un contexto de sufrimiento, entendido como “dolor total”, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos;
- Son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

En principio los costes de la acción no aparecen en ningún momento, al menos para su juicio moral

y legal. Pero puede que estos sí influyan y de manera decisiva en la petición expresa, reiterada e informada de los pacientes capaces o de sus familiares.

Según la información ofrecida por The Life Resources Charitable Trust⁴ el coste de las drogas necesarias para practicar una eutanasia o suicidio asistido a un paciente son del orden de los 35-40 dólares, mientras que el coste promedio de los cuidados paliativos hasta el final de la vida se sitúa entre los 35.000-40.000 dólares. Estos costes aparecen como la segunda razón más importante a la hora de solicitar la eutanasia: no ser una carga financiera para los queridos, familiares o conocidos. En el estado de Oregón, donde el suicidio asistido está legalizado, el 66% de las solicitudes están asociadas a las variables económicas⁵.

⁴ Cf. THE LIFE RESOURCES CHARITABLE TRUST, “Economic aspects of euthanasia” (2011).

⁵ “The fear of becoming a financial burden on loved ones is the second most important reason people want to die by euthanasia claim ‘right to die’ advocates. However, a survey in Oregon where assisted suicide is legal claims the figure to be as high as 66 percent”: Cf. THE ECONOMIST, “Euthanasia: Time to Die”, (17 de diciembre de 2012) y también S. SMITH – A. BRICK – S. O’HARA – C. NORMAND, “Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review”, en *Palliative Medicine* 28 (2013), 130-150.

Este dato inicial no es despreciable cuando, de acuerdo a los datos ofrecidos por el Financial Times⁶, en el año 2013 el 2% de las muertes en Holanda y el 3% en Bélgica fueron por eutanasia. En el caso belga eso supone 1.800 personas, el doble de las muertes por accidentes de carretera. En el caso holandés, el dato de 2013 es un 50% más elevado respecto al año anterior. Los datos conducen al menos a la sospecha de que los protocolos de eutanasia de "paciente informado capaz sometido a situación médica irreversible con tratamientos paliativos que no han mitigado la situación de dolor total" no estén incorporando la variable de carga económica que esté asociada a la petición irreversible de final de la vida. Así lo ratifica el recuento en Oregón donde se solicitaron 341 solicitudes en 2013 con un aumento del 306% lo que lleva a concluir que no se cumplen los controles y protocolos exigidos por la ley⁷. El informe sumatorio de los 10 últimos años transcurridos desde el derecho al suicidio asistido señala 20 casos en los que hubo complicaciones durante el suicidio (19 con vómitos y 1 incluso no murió). Más

⁶ Cf. FINANCIAL TIMES, "Euthanasia on rise in Belgium and Netherlands", (9 de noviembre de 2015).

⁷ Cf. PATIENTS RIGHTS COUNCIL, "Ten Years in Assisted Suicide in Oregon".

interesante para nuestra hipótesis es que hay referencias a 9 casos de posibles causas económicas para la solicitud del suicidio. El 36% de las solicitudes estaban cubiertas por los programas Medicare o Medicaid y un 0,9% ni si quiera disponía de algún seguro sanitario. Medicaid se hace cargo de los costes del suicidio asistido, pero no de muchos otros tratamientos e intervenciones médicas que los pacientes pueden necesitar. El propio Council señala que sospecha que en varios casos el suicidio asistido fue el único "tratamiento" que el paciente pudo financiar⁸. La sospecha de un "deslizamiento" hacia solicitudes eutanásicas por razones económicas está siendo cada vez más difundida⁹.

⁸ "According to a December 2006 report, Oregon's Medicaid program has eliminated much of its available treatments. Fewer people are covered and enrollment has drooped by 17 percent. When the program began, 745 possible treatments were listed in order of priority. Based on budgetary constraints, the state makes a determination of a cut-off line on the priority list. Treatments below the cut-off line are not provided. As of January 2008, the state covers the first 503 of the current 680 listed treatments. Wish assisted suicide remaining a covered service, it could be the only "treatment" some people can afford".

⁹ Cf. Ch. SPRAGUE, "The Economic Argument for Euthanasia", en *The Forum* (6 de agosto de 2009); A. POLLACK "Cost of Treatment May Influence Doctors",

La sospecha fue advertida nada menos que en 1998 por el Dr. Emanuel, jefe del Departamento de Bioética del Warren G. Magnuson Clinical Center. El doctor señaló que en 1995 hubo que tratar a 13.00 pacientes de los cuales 3.800 fueron fatales por el cáncer con un coste promedio de 21.329 dólares, de los cuales unos 9.500 dólares en el último mes. Bajo el supuesto de que el 2,7% de los pacientes hubieran elegido la eutanasia-suicidio asistido (351 dólares, el 0,08% del presupuesto global). Dado que los pacientes que van llegando son cada vez más jóvenes y sanos, los ahorros por eutanasia serán cada vez menores¹⁰.

Desde un punto de vista utilitarista, hay argumentos que apelan a un óptimo de Pareto y análisis coste-eficiencia. Los ahorros de costosos tratamientos al final de la vida por solicitudes de eutanasia, permiten financiar tratamientos para otras personas en condiciones de vida menos "malas". Pareto razonaría que si no se causa ningún mal (pérdida de utilidad pero que van contra el principio médico de

maleficencia) a quienes piden la eutanasia y se puede aumentar la utilidad de otros pacientes, esa intervención es coste-eficiente, pues se maximiza la utilidad del conjunto sin perjudicar a nadie¹¹.

Otros autores como Leeson apoyan el argumento económico incluso como superior o alternativo al filosófico-moral de Peter Singer. Legalizar la eutanasia sería una decisión sencillamente coste-eficiente y por tanto económicamente "racional"¹².

Su "racionalidad" es expuesta en dos pasos. En primer lugar, considerar el ahorro fiscal que supone traspasar el gasto sanitario sobre los pacientes terminales –sobre todo de más avanzada edad– a los más jóvenes "curables". En segundo lugar, aquellos individuos mayores que opten por un seguro médico con fecha límite de vida, podrían ser sostenidos en forma de "pensión" pero hasta la fecha que han decidido vivir y el ahorro derivado de su eutanasia se donaría a las organizaciones caritativas y médicas que ellos mismos elegirían.

en *New York Times* (17 de agosto de 2014); *THE ECONOMIST*, *op. cit.*

¹⁰ Cf. E. J. EMANUEL – M. P. BATTIN, "What Are the Potential Cost Savings from Legalizing Physician-Assisted Suicide?", en *New England Journal of Medicine* 339 (1998), 167-172.

¹¹ Cf. Ch. SPRAGUE, *art. cit.*

¹² El argumento se desarrolla en R. DENHOLLANDER, "Economics professor advocates legalizing euthanasia for economic stability", en *Analysis in Live Action News* (19 de octubre de 2013).

En resumen, cuando se reconoce que vivir tiene costes y alargar la vida puede llegar a tener costes inadmisibles para un paciente, es posible que –en los países donde la eutanasia ha sido legalizada– se produzca un deslizamiento (*slippery slope*) hacia solicitudes de suicidio asistido por causas económicas, lejos de las condiciones y protocolos que la definición consensuada de eutanasia dispone.

Esta hipótesis está detectada en algunos informes y estudios e introduce serios interrogantes sobre la moralidad de la eutanasia por causas económicas, ya que incluye una diferencia respecto a la dignidad y valor de toda vida humana, con independencia de su situación financiera. Es posible que algunas de las solicitudes de eutanasia no se produzcan si los cuidados paliativos ofrecen unos costes, medios y cuidados que humanicen el final de la vida, aunque estos supongan una mayor “carga” financiera. Queda entonces retada la praxis del principio ético de solidaridad y de no discriminación por razones económicas.

Al análisis comparativo de los costes de cuidados paliativos dedicamos la siguiente sección.

3. Los costes asociados al cuidado del final de la vida humana

En 2013, la Cochrane Collaboration publicó una revisión de evidencias sobre si los cuidados paliativos y domiciliarios aumentaban la satisfacción de los pacientes, especialmente los de cáncer¹³. La síntesis concluyó que los estudios sostenían de forma fiable que los cuidados paliativos domiciliarios aumentaban las probabilidades de que los pacientes fallecieran en el domicilio y reducían la carga de los síntomas, sin repercutir en la aflicción de los cuidadores. Esto justificaba la recomendación de aceptar las solicitudes de los pacientes que deseaban fallecer en su hogar.

Los resultados principales procedieron de 23 estudios que incluían a 37.561 pacientes y 4.042 familiares a cargo de su atención, enfermos de cáncer, de insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, VIH/SIDA y esclerosis múltiple, entre otras. Bajo la técnica analítica

¹³ Cf. B. GOMES – N. CALANZANI – V. CURIALE – P. McCRONE – I. HIGGINSON, “Efectividad y relación entre costo y efectividad de los servicios de cuidados paliativos domiciliarios para los adultos con enfermedades en estadios avanzados y sus cuidadores”, en *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6 (2013), CD007760.

del meta-análisis se demostró con un grado de confianza del 95% el aumento de la probabilidad de fallecer en el domicilio. Además, la síntesis narrativa mostró pruebas de efectos beneficiosos (pequeños, pero estadísticamente significativos) de los servicios de cuidados paliativos domiciliarios en comparación con la atención habitual al reducir la carga de los síntomas para los pacientes y ningún efecto en la aflicción de los cuidadores.

Otra revisión de la literatura sobre los costes de cuidados paliativos¹⁴ se hizo eco de que no todos los sistemas sanitarios financian el tratamiento del dolor ni el equipo de cuidados paliativos, con lo que se encargó una evaluación experimental (aleatorizada) sobre 35 pacientes oncológicos adultos que disfrutaron del Servicio de Tratamiento de Dolor y Cuidados Paliativos y que comparó con el grupo de control de otros 35 sin ese servicio en su último ingreso médico. La evaluación medía el gasto sobre pacientes oncológicos con cuidados paliativos, el coste de atención en función del tiempo de derivación al Servicio de Paliativos, la comparación de costes en la última internación con y sin

tratamiento paliativo, así como el grado de satisfacción familiar.

Los principales resultados fueron los siguientes. El coste por día de atención domiciliaria es diferente y significativamente menor a los costes de atención en ingreso hospitalario, con una relación de 7:1. Cuanto más tiempo se asiste a pacientes oncológicos en unidad de Cuidados Paliativos, el coste diario es menor, con una relación ambulatorio/internación de 9:1 a 11:1 para más de 4 meses de tratamiento. Los ingresos hospitalarios antes de la muerte asistidas por personal entrenado en tratamiento del dolor y cuidados paliativos, son 2.5 veces más baratos que las asistidas por médicos sin entrenamiento. Los niveles de satisfacción familiar son superiores al 80%.

El estudio concluye sosteniendo que «el control del dolor y los síntomas asociados al cáncer tratados por equipos especializados de Cuidados Paliativos, produce mayor ahorro para los sistemas de salud cuanto antes se lo utilice»¹⁵.

Los autores advierten que para producir el ahorro evaluado es necesaria la motivación del usuario de los sistemas de salud, para que cuando se convierta en paciente pida la ayuda y servicios que le permitan acceder a una adecuada

¹⁴ Cf. E. MENICETTI – L. ROMANI – J. A. MEYER – A. SCHEUCHER, “Costos en cuidados paliativos”, en *Auditoria Médica Hoy* (sin fecha), 1-34.

¹⁵ Cf. *Ibid.* p. 2.

da calidad de vida. Asimismo, se requiere para los encargados del cuidado de los pacientes, el acceso a programas de enseñanza y la creación de modelos operativos regionales que adapten los recursos a las necesidades de cada comunidad. El desafío para los operadores de salud es obtener beneficios individuales tanto como sociales. En términos de atención de pacientes con dolor, es aplicar los avances tecnológicos y terapéuticos de manera que los beneficios individuales tengan una relación coste-beneficio adecuada para toda la sociedad. Para el médico, el objetivo es obtener el mejor control de síntomas y calidad de vida, con los menores efectos adversos y sin morbilidad. Y terminan con una reflexión de claro carácter ético: «Se trata de poder diferenciar lo que *“se puede hacer”*, de lo que *“se debe hacer”*, y responderse a las preguntas de *“cuándo”* y *“en quién hacerlo”*»¹⁶. En efecto, en ética, no todo lo que se puede hacer se debe hacer y el reto es discernir cuándo y sobre quién sí o no intervenir de una u otra manera, pero tratando de prestar el servicio más humano posible para que el final de la vida de cada persona sea no sólo más coste-eficiente en términos economicistas, sino en términos de dignidad humana.

¹⁶ Cf. Ibid. p. 21.

Un problema adicional puede presentarse a la hora de valorar económicamente si es mejor una atención de cuidados paliativos en un centro de internamiento especializado o en el domicilio del paciente¹⁷.

La idea principal del trabajo de Fornells es que la atención domiciliaria en el área de los Cuidados Paliativos requiere una gran dosis de coordinación entre el sistema de salud, las instituciones de internación hospitalaria y el equipo de trabajo domiciliario. A su juicio, existen requisitos indispensables para que el paciente pueda permanecer en su casa, cumpliendo un rol principal la familia y el entorno social. No sólo se benefician el paciente y su familia sino también el sistema de salud, ya que se evitarán internamientos hospitalarios largos y de alto coste en hospitales que están más preparados para curar que para cuidar a sus pacientes.

Fornells cree haber demostrado que la atención domiciliaria genera un apropiado control de síntomas de la persona enferma y logra una alta conformidad de la familia cuando se realizan los cuidados paliativos a través de un sistema organizado. Los factores que contribuyen a un incorrecto cuida-

¹⁷ Cf. H.A. FORNELLS, “Cuidados paliativos en el domicilio”, en *Acta Bioethica* 6/1 (2000), 63-75.

do domiciliario son: inapropiada transición hospital-domicilio; insuficiente alivio del dolor y otros síntomas; mala comunicación e inadecuado soporte familiar.

El artículo aborda además la perspectiva ética. Señala que los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y equidad, -algunas veces más teóricos que prácticos en la medicina moderna-, se evidencian mucho mejor en los cuidados paliativos domiciliarios.

De todas formas, el autor no peca de ingenuidad y advierte que la tarea no es simple, y hace notar que es necesario un cambio de política sanitaria y una actitud diferente de los profesionales de la salud, aceptando la incurabilidad de algunas enfermedades y las necesidades del enfermo terminal, algo que también es remarcado por Barbero y Díaz dentro del contexto español¹⁸.

Otro estudio de interés es el de Reyes y coautores relativo al análisis coste-beneficio en torno a los cui-

dados paliativos especializados frente a los servicios convencionales en Chile¹⁹.

El objetivo del estudio fue obtener información sobre (a) el coste-beneficio del día-cama en cuidados paliativos especializados y centros de atención hospitalaria convencional, y (b) medir la satisfacción de los enfermos terminales con la atención que reciben.

El coste día-cama se definió como la cantidad de dinero requerida para tener hospitalizado por 24 horas a un enfermo terminal. Incluía los costes directos médicos (tratamientos, honorarios profesionales, farmacia, hotel, etc.), y no médicos (limpieza, lavandería, alimentación especial). Para poder comparar los centros no se consideraron subsidios de servicios ni voluntariados.

Los beneficios se infirieron de la evaluación de la satisfacción de los enfermos en siete indicadores que se consideraron fundamentales en la atención del final de vida: 1) control de síntomas; 2) apoyo emocional; 3) apoyo espiritual;

¹⁸ Cf. J. BARBERO – L. DÍAZ, “Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 30 (2007), 71-86; Cf. también X. GÓMEZ-BATISTE, *et al.* “Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study”, en *Journal of Pain Symptom Manage* 31(2006), 522-532.

¹⁹ Cf. M. REYES – M. GONZÁLEZ – I. DEL RÍO – E. MENA – F. NERVI – B. SANTI – P. ASENJO, “Costo día-cama en cuidados paliativos especializados vs. servicios convencionales: análisis económico del coste-beneficio”, en *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos*, (2006) Circular 29.

4) comunicación adecuada; 5) educación a la familia; 6) entorno adecuado, y 7) promoción de la dignidad y autonomía del paciente.

El estudio mostró un *menor coste* del día-cama y *mejor valoración del paciente* de los beneficios en el servicio especializado de Cuidados Paliativos respecto a los servicios convencionales de los hospitales estudiados. En el *control de síntomas* se obtuvo un coste similar en los hospitales convencionales, posiblemente por centrarse más en el enfoque físico tradicional, mientras en el apoyo emocional, espiritual y educativo las diferencias de costes son menores entre el servicio especializado y el hospital general. Los servicios de cuidados paliativos puntuaron más alto en todas las demás variables destacando el *apoyo espiritual* y el *apoyo emocional*.

Por último, Bolaños señala que los cuidados paliativos están correlacionados positivamente con grandes beneficios al paciente y a los familiares comparados con otros tipos de cuidados al final de la vida²⁰. En concreto está evidenciado un impacto positivo en control de síntomas (dolor y síntomas gastrointestinales) y que el tiempo en el hogar

durante el último mes de vida tuvo una diferencia significativa entre el Cuidado Usual (43%) y el Cuidado Domiciliar Paliativo (69%).

Desde el punto de vista económico el coste promedio cuidado paliativo domiciliario fue 12.670 dólares comparados con los 20.222 dólares para cuidado usual y suponen un menor número de hospitalizaciones y de consultas en emergencias. Concluye que el cuidado paliativo en el hogar es claramente costeeficiente en los casos de muerte en el hogar, tanto desde el punto de vista económico como de satisfacción para los familiares.

Como denuncian Barbero y Díaz, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera los cuidados paliativos como uno de los pilares de la atención a los pacientes con cáncer y otros procesos crónicos en fases avanzadas y terminal, es necesario revisar si la presencia, accesibilidad y calidad de dichos cuidados es la que se merecen los ciudadanos y la que expresen las leyes en España²¹.

Los autores recopilan las buenas intenciones de los discursos y estrategias que hablan sobre la atención integral a la persona (con sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual), de la homogeneidad en el territorio español, de

²⁰ Cf. M. BOLAÑOS SÁNCHEZ, "Cuidado paliativo en el domicilio", Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología. Costa Rica (sin fecha).

²¹ Cf. J. BARBERO - L. DÍAZ, *art. cit.*

los derechos de los pacientes, la atención interdisciplinar y el trabajo en equipo. Pero cuestionan que realmente se pueda estar atendiendo así dada la falta de acceso universal a los cuidados, la no disposición de psicólogos o trabajadores sociales en muchos de los equipos, la presión asistencial tan elevada y los insuficientes recursos con que realmente se dotan a las unidades de cuidados paliativos en España. En concreto hacen ver cómo el *principio bioético de la equidad* no se cumple ya que la cobertura para cuidados paliativos (tanto hospitalarios como domiciliarios) es muy heterogénea. Mientras en Cataluña alcanza el 95% (183 unidades especializadas) en Castilla y León apenas alcanza el 25%.

4. Conclusión

El acompañamiento espiritual en el final de la vida suele afrontar procesos únicos pero con un cierto común denominador. Bermejo ha identificado las siguientes necesidades comunes²²: 1) manejar la angustia ante las preguntas difíciles; 2) la pregunta por el sentido y la valoración personal de la muerte;

3) reconciliación con la propia vida, manejando la culpa y la memoria; 4) reasumir las propias opciones fundamentales; 5) elaborar el dolor por las separaciones; 6) creer y experimentar la continuidad de la propia historia; 7) acompañar los conflictos éticos; 8) abordar la esperanza, y 9) la relación con Dios. Ninguno de ellos parece ser muy costoso en términos monetarios. En este trabajo hemos puesto de relieve que la eutanasia es un problema que se plantean los países desarrollados con altos recursos sanitarios y que no hay que descartar que una buena parte de las demandas de eutanasia y suicidios asistidos se deban a la carga financiera que suponen los cuidados paliativos frente a lo barato que resultan las drogas que causan la muerte. Es posible que quien menos recursos tenga se vea «inducido» a solicitar la eutanasia para no dejar a sus familiares semejante carga. También puede haber motivaciones coste-eficientes por parte de los poderes públicos para favorecer la eutanasia. Son argumentos que merece la pena considerar cuando se aborda este complejo debate sobre la forma más humanizadora de abordar el final de la vida. ■

²² Cf. J. C. BERMEJO, *Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Centro de Humanización de la Salud y Sal Terrae, Santander 2009.