

# Entrevista a la profesora Azucena Couceiro Vidal: “El médico no puede alargar la vida porque sí”

El avance de las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina avanza de forma imparable en busca de hallar la fuente de la eterna juventud, de alargar la vida humana hasta límites insospechados hace pocos siglos. Pero en muchas ocasiones el profesional médico se encuentra con la obligación de poner fin a una agonía injustificada, a la vida mecanizada sin sentido alguno. De esa limitación terapéutica, una voz más que autorizada es la de la Doctora y profesora Azucena Couceiro.

Texto: Javier O. Ramírez. Fotos: Remedios Malvárez. Ilustración: Rubén Megido.

A mediados de enero nos encontramos en el Hospital San Juan de Dios de Eduardo Dato en Sevilla con la Doctora en Medicina Azucena Couceiro, una de las profesoras de la II Edición del Máster Universitario en Bioética y Humanización de la Asistencia que imparte la Orden. Couceiro posee una larga trayectoria en el ámbito de la Bioética, tanto en España, donde ha sido asesora técnica de la Presidencia del Gobierno, docente en los servicios sanitarios de varias Comunidades Autónomas, y actualmente es profesora de la Universidad Autónoma de Madrid, como fuera de nuestro país, ya que también ha expuesto su magisterio en diversos foros sudamericanos y es una apasionada de Hispanoamérica. Sin ir más lejos, en estos días tenía previsto visitar Chile, y continuar su labor docente también en Colombia.

**En el Área de Bioética y Calidad de Vida de este primer trimestre de 2005, segundo y último año del Máster, ¿qué materia ha impartido?**

El módulo del que me he hecho cargo se refiere a los problemas éticos en la relación clínica, la que existe entre el

médico y el paciente, en el ámbito de la medicina intensiva de adultos y también pediátricas.

**Evidentemente, habrá muchas diferencias entre el trato que se lleva a cabo con adultos, capaces de opinar y tomar decisiones, al que requieren los niños, mucho más indefensos e incapaces.**

Efectivamente. En la actualidad, tenemos la posibilidad de modificar muchas situaciones clínicas del paciente. Los adultos, si son capaces y competentes, pueden decidir muchas cosas para sí mismos, pero sobre los niños tomar decisiones es mucho más complejo, porque es más difícil decidir por ellos, y porque el perímetro de las decisiones también se encuentra mucho más limitado. Por ejemplo, un adulto con una insuficiencia renal, que lleva años en un programa de diálisis, puede llegar a plantearnos en un momento de su vida la decisión de parar su tratamiento. Evaluará con el médico qué le va a pasar, cuáles son las consecuencias de su decisión, y si es capaz de obrar tendremos que respetarle. Pero, un niño no sólo no puede tomar esta decisión, sino que difícilmente



*“Al médico le cuesta bastante admitir que quien tiene que decidir el nivel de su calidad de vida es el paciente”*

---

podrán hacerlo los tutores, que deben buscar lo mejor para el menor, y que tendrían que estar ante una situación irreversible para decidir la retirada de la diálisis en el menor.

No cabe duda que desde el punto de vista ético es más complejo y dará muchos más quebraderos de cabeza. Es más difícil resolver los problemas de los niños y esto hace que lleguen más casos a los tribunales. En el mes de noviembre del año pasado, la cámara de los Lores inglesa obligaba a unos padres a retirar un tratamiento a su hijo porque no mejoraba su esta-

do. Nunca es fácil decidir por uno mismo, y menos decidir por un tercero.

**Desde el punto de vista legislativo, ¿a qué tiene que atenerse el profesional médico en el panorama actual?**

Al médico le han cambiado mucho todos los elementos de la relación clínica: la tecnología es más compleja, y los pacientes son distintos, pues demandan información y tienen derecho a ella. Esta nueva relación clínica está regulada, en sus aspectos básicos, por la ley 41/2002,



## *“Hay que saber cuándo poner la tecnología pero también cuándo retirarla”*

de Autonomía y Derecho de los Pacientes, que recoge los derechos y deberes de profesionales y ciudadanos en esta materia. Como tradicionalmente los médicos han decidido unilateralmente por los pacientes, ahora es necesario readaptarse a una nueva situación, en la que ambos sujetos tienen un papel. A muchos profesionales les resulta difícil manejar esta nueva relación para la que no han sido preparados en ninguna parte.

**¿También para el paciente será muy complicado adaptarse al pasar de una dependencia total del médico a tener que tomar decisiones por encima de la autoridad médica.**

Yo creo que sí. En la sociedad española podemos encontrar tres grupos sociológicos distintos. Por un lado están los mayores, que acostumbrados a otro tipo de sociedad, no suelen reclamar al profesional, y aceptan lo que éste les diga. El segundo gru-

po recoge a personas entre los 30 a los 55 años, que han tenido que asimilar cambios y situaciones sociales distintas y que han vivido la transición democrática con todo lo que ello significa. Por último se encuentran los más jóvenes, que preguntan más y exigen mayor protagonismo. Cada grupo se sitúa delante del médico de forma muy distinta.

**El avance de las nuevas tecnologías ayuda a mantener vivas a las personas cuando muchas veces ya no se puede hacer nada por ellas. Ahora que el paciente tiene un enorme peso decisorio y que, en la mayor parte de los casos tanto el afectado como sus familiares buscarán todos los medios posibles para alargar la vida, ¿cómo se decide cuándo parar si mecánicamente se puede evitar la muerte de una persona?**

Hay un ejemplo que lo explica muy bien: cuando teníamos el Seiscientos y pequeños caminos no hacían falta

límites de velocidad, porque no se podía ir prácticamente a grandes velocidades. Pero cuando aparecen coches potentes y estupendas autopistas en las que puedes ir a más de 200 Km/h, tienen que aparecer los límites de velocidad. En medicina pasa igual, ahora tenemos esos potentes coches y podemos mantener ilimitadamente viva a la gente, pero tenemos unos límites de velocidad que empezamos a saber aplicar, y que en la clínica tiene un nombre concreto: la limitación del esfuerzo terapéutico. Hay que saber cuándo poner la tecnología, pero también hay que saber cuándo retirarla.

**Siempre hay que tener en cuenta la calidad de vida.**

Ese concepto es complejo de definir y difícil de aplicar. La calidad es un término subjetivo, que cada cual entiende a su manera. Es algo que aporta el paciente y que puede colisionar con el punto de vista del médico, al que le cuesta bastante admitir que, en principio, quien tiene que decidir por su calidad de vida es el paciente. Ahí se producen los conflictos ☹️