

La medicina y el derecho de los enfermos terminales	108
I. Introducción	108
II. Definición de eutanasia	111
III. La eutanasia como alternativa.	114
IV. Calidad al final de la vida	119
V. Conclusiones	120

LA MEDICINA Y EL DERECHO DE LOS ENFERMOS TERMINALES

I. INTRODUCCIÓN

En 1910, la esperanza de vida de los mexicanos fue de apenas 29.5 años, para finales del año 2000 la expectativa de vida aumentó a 75 años, lo que significa una ganancia de alrededor de 45 años. Cuando esta cifra se compara con lo alcanzado en otros países, coloca a nuestro país como una de las naciones con mayor ganancia en años en EVN (*esperanza de vida al nacer*) durante el siglo pasado. Esto que es, sin duda, uno de los enormes avances en materia de salud pública, se ha convertido en uno de los principales retos a enfrentar durante los próximos años: el aumento de los adultos mayores.

La población de mayores de 65 años que en 1995 representaba el 4.2% de la población con cerca de 3.8 millones, en el año 2000 alcanzó el 4.7% de la población con 4.6 millones, y para el año 2010 se incrementará a 6.8 millones. (Conapo, 1998). Pero el aumento de los adultos mayores no es sólo numérico. En los últimos años, al cambio demográfico se ha sumado el cambio epidemiológico que ha modificado el antiguo panorama de mortalidad que predominaba en los años 30, en donde en la mitad de las defunciones, en su mayoría por causas infecciosas, ocurrían en los menores de 4 años. En contraste, en el año de 1999, de las 444 mil defunciones que ocurrieron en ese año, 50% fueron en los mayores de 65 años; por su parte, las muertes en menores de cuatro años han experimentado un drástico descenso, y de representar 50% de las defunciones en los años 30, han disminuido hasta representar el 11% en la actualidad.

*Méjico experimenta una rápida transición demográfica
Esperanza de vida al nacer en países seleccionados, 1910-1998*

País	Alrededor de 1910		1998		Ganancia en años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nueva Zelanda	60	63	74	80	14	17
Suecia	57	59	76	81	19	22
Australia	56	60	75	81	19	21
Noruega	56	59	75	81	19	22
Estados Unidos	49	53	73	80	24	27
Inglaterra y Gales	49	53	75	80	26	27
Italia	46	47	75	81	29	34
Japón	43	43	77	83	34	40
Chile	29	33	72	78	43	45
Méjico*	29	30	69	75	40	45

*Para 1910. Estimado de Cabrera, G., “Indicadores demográficos de Méjico a principios de siglo”, El Colegio de Méjico. 1966, INEGI. *Estadísticas históricas de Méjico*, Méjico, 1994 Para 1998, t. I, UN. The State of World Population, 1999.

Fuente: World Health Report 1999: Making a Difference, Ginebra, 1999.

En el año de 1999, siete de las diez principales causas de muerte en los mayores de 65 años eran por padecimientos crónico-degenerativos, en donde sobresalen las enfermedades cardiovasculares; los tumores malignos ocupan el segundo sitio, seguidos de la diabetes, todas ellas causas de muerte altamente incapacitantes. Estas tres causas de muerte representan en conjunto el 50% del total de muertes en enfermos terminales mayores de 65 años.

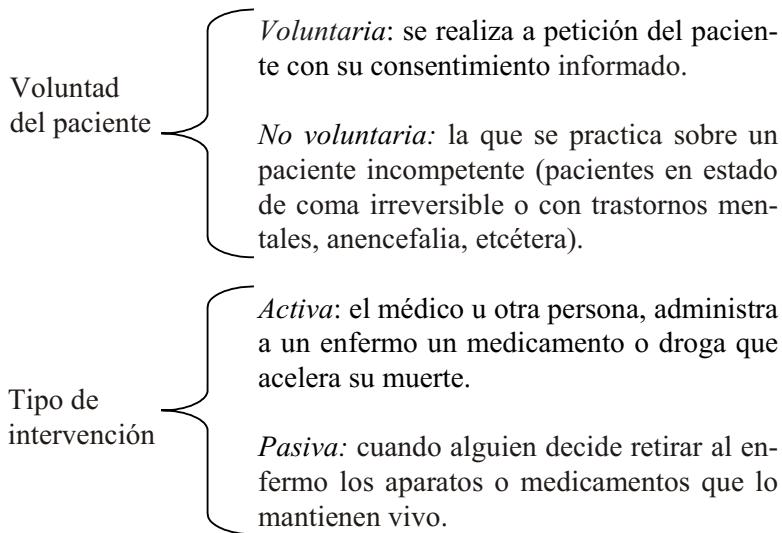
Las principales causas de muerte en adultos mayores son por enfermedades crónico-degenerativas
Principales causas de mortalidad en mayores de 65 años
Estados Unidos Mexicanos, 1999

Orden	Causa	Defunciones	Tasa	%
1	Enfermedades del corazón	50,845	1,105.7	23.2
	Enfermedades isquémicas	32,439	705.5	14.8
2	Tumores malignos	28,129	611.7	12.8
	TM tráquea, bronquios y pulmón	4,181	90.9	1.9
	TM próstata	3,299	71.7	1.5
	TM estómago	2,906	63.2	1.3
3	Diabetes <i>mellitus</i>	26,840	583.7	12.3
4	Enfermedades cerebrovasculares	19,192	417.4	8.8
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	9,857	214.4	4.5
6	Enfermedades del hígado	8,304	180.6	3.8
	Enfermedad alcohólica del hígado	2,918	63.5	1.3
7	Influenza y neumonía	7,558	164.4	3.5
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	6,737	146.5	3.1
9	Bronquitis crónica, enfisema y asma	6,277	136.5	2.9
10	Accidentes	6,026	131.1	2.8
	Las demás causas	49,229		22.5
	Total	281,994	4,762.5	100.0

II. DEFINICIÓN DE EUTANASIA

La palabra eutanasia proviene del griego *eu* y *thánatos*, muerte buena, y puede entenderse como el acto de provocar una muerte tranquila y sin dolor en un paciente terminal. Este acto puede lograrse provocando la muerte del enfermo, auxiliándolo, o bien dejándolo morir, para su bien o por su propio interés.

Clasificación de eutanasia



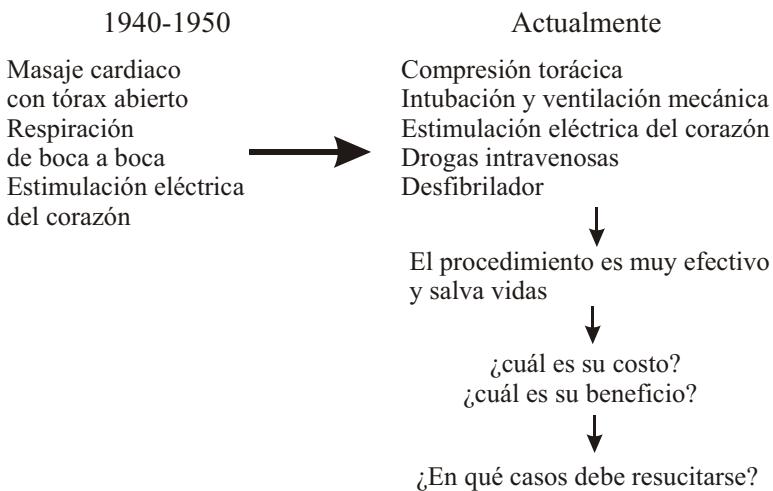
De acuerdo con quien interviene, la eutanasia puede clasificarse en *activa* y *pasiva*; la primera ocurre cuando una persona, por lo general un médico, administra un medicamento o droga a otra persona con el fin de acelerar su muerte; por su parte, la eutanasia pasiva es aquélla en la que alguien decide retirar los aparatos o medicamentos a un enfermo con el fin de apresurar su muerte. Por su parte, en relación con la participación del paciente, la eutanasia se puede clasificar en *voluntaria* y *no voluntaria*: la primera se realiza a petición del paciente o con su con-

timiento informado y la segunda, es la que se practica sobre un paciente incompetente sin tomar en cuenta sus deseos ni su percepción. En este último caso, puede distinguirse cuando se realiza en personas que han sido declaradas incompetentes para tomar decisiones (enfermos en coma irreversible) o bien en personas con trastornos mentales.

*Los límites en la prolongación del tratamiento médico:
el caso de la resucitación cardiopulmonar*

El manejo del paro cardiaco ha cambiado de acuerdo
con los avances tecnológicos

Procedimiento de elección



En los años cuarenta y cincuenta el uso del masaje cardíaco con tórax abierto en el quirófano era el método de elección ante un paro cardíaco, así como el uso de respiración de boca a boca y la estimulación eléctrica del corazón en las salas hospitalarias. Actualmente, el equipo médico y de enfermería ofrece el apoyo de resucitación mediante técnicas de compresión torácica, intubación y ventilación mecánica, drogas intravenosas y el uso del

desfibrilador. No es posible negar que este último procedimiento es altamente efectivo y sin duda, salva vidas; pero, ¿a qué costo-beneficio?

Por ello, una pregunta que suele plantearse en las salas de urgencias y de terapia intensiva es ¿en qué casos debe resucitarse? De ahí que en la actualidad se han desarrollado una serie de metodologías para la construcción de criterios médicos que permitan tomar mejores decisiones desde el punto de vista científico. Algunos de ellos son: PRISM, *pediatric risk of mortality*; APACHE, *acute physiology and chronic health evaluation*; y SAPS, (*simplified acute physiological score*), que evalúa el estado fisiológico agudo. Sin embargo, el nivel de predicción varía con la edad del enfermo. Así, un estudio realizado entre 1993 y 1996 en 255 unidades de cuidados intensivos de Estados Unidos mostró que el nivel de predicción de la mortalidad de APACHE III era de 3% en niños menores de 10 años; de 14% en menores de 30 años y aumentaba a 75% en pacientes mayores de 70 años. Por su parte, en relación con los costos en terapia intensiva, cuando la mortalidad es menor de 30% y se tiene una estancia de entre 3 y 7 días, el costo es de 264 mil dólares por persona; costo que aumenta cuando la mortalidad es de 50%, a 769 mil dólares por cada 24 horas de internamiento.

Es decir, en los pacientes terminales el costo de prolongar la vida aumenta en forma exponencial de acuerdo con su gravedad, sin que ello signifique que a mayores acciones médicas se tendrá una mayor certeza de que el paciente sobreviva. Así, alargar la vida de pacientes terminales en ciertas etapas implica no sólo prolongar su sufrimiento, sino poner en riesgo el patrimonio familiar del paciente o un gasto importante de los impuestos de los contribuyentes.

Por lo que una cuestión básica es preguntarnos ¿Cuáles son los límites de la ciencia y la tecnología en la prolongación de la vida humana? y ¿qué implicaciones tiene en los valores humanos? Estas preguntas son importantes, ya que a medida en que la ciencia avanza, las resoluciones en torno a la prolongación o no de la vida se vuelven más complejas y difíciles de realizar.

Arnoldo Kraus⁴² señala que “las decisiones en el momento final son más complejas, pues la ausencia de historia y de conocimiento mutuo, entre galeno y paciente, dificulta cualquier tarea, sobre todo cuando se trata de la muerte”.

Por otra parte, el tratar en forma tan cercana con la vida y la muerte genera una gran angustia en los miembros de equipo de salud, ante lo cual el camino más frecuente es evitarla, apegándose estrictamente a los manuales de normas y procedimientos y evadir las necesidades afectivas y humanas de los pacientes. Para algunos miembros del equipo de salud resulta mejor poner una barrera infranqueable ante el dolor del otro, en donde una mayor cantidad de aparatos y pruebas diagnósticas parecieran garantizar que se está haciendo todo lo posible desde el punto de vista médico. Una consecuencia de esta actitud es el alejamiento, la despersonalización y deshumanización de la relación médico-paciente, situación que se agudiza más en los servicios de urgencias y terapia intensiva. Por ejemplo, en videos tomados en hospitales de Estados Unidos se ha observado que si bien las enfermeras entran a la habitación de un paciente unas 45 veces, pasan con él apenas dos minutos; los médicos lo visitan tres veces en un día y lo acompañan apenas tres minutos; los familiares por su parte, lo hacen unos 26 minutos, por lo que el paciente pasa solo unas 18 horas.

Por lo que, de llegar a ocurrir la muerte del paciente, ésta se da en muchas ocasiones en condiciones de suficiencia tecnológica pero de aislamiento humano, lo que evita que el paciente pueda despedirse, intercambiar las últimas palabras con sus familiares y en ocasiones no saber que vive los últimos minutos de su vida.

III. LA EUTANASIA COMO ALTERNATIVA

Es así que se ha afirmado que una muerte digna constituye en sí un derecho de todo paciente, el cual: “tiene derecho a morir

⁴² Kraus, Arnoldo, *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, Cano Valle, Díaz Aranda y Lizalde (coords.), México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2001.

en condiciones dignas, rodeado de sus seres queridos, posibilitado al acceso de la ayuda espiritual y moral que elija, y en su caso, decidir sobre su muerte con la autonomía que posee como persona”.

1. *Argumentos a favor de la eutanasia*

- Respetar a la autonomía y libertad de paciente terminal.
- Poner fin al dolor insopportable de los pacientes terminales.
- Limitar el uso indiscriminado de acciones terapéuticas “ensañamiento terapéutico”.

Tres son quizá los principales argumentos en torno a la aceptación de la eutanasia: a) el respeto a la autonomía y libertad del individuo, b) la necesidad humanitaria o piadosa de poner fin al dolor insopportable en el caso de los pacientes terminales y, c) limitar al uso indiscriminado de acciones terapéuticas que resultan inútiles en las etapas finales de todo enfermo terminal (acción llamada también “ensañamiento terapéutico”).

El principio de autonomía invocaría la libertad inalienable a la que todo individuo tiene derecho y se expresaría en la capacidad del paciente de tomar sus propias decisiones, incluída la de solicitar auxilio para terminar con su vida en caso de sufrir un dolor extremo. Para que la autonomía tenga una plena expresión, el paciente debiera estar perfectamente informado (derecho a la información de todo paciente) sobre su estado y sus alternativas terapéuticas.

Poner fin al sufrimiento humano extremo invocaría uno de los principios básicos de la bioética: el de la compasión, es decir, la capacidad de entender y ponerse en el lugar de quien padece un sufrimiento insopportable, para el cual las alternativas terapéuticas se han agotado.

Finalmente, hemos señalado los riesgos y consecuencias que puede acarrear el uso de acciones terapéuticas en casos en donde no parecen existir alternativas curativas.

En algunos países desarrollados, existe una opinión favorable a la eutanasia

<i>A favor eutanasia activa</i>	<i>Autor</i>	<i>Lugar</i>	<i>Ámbito</i>	<i>Población encuestada</i>	<i>Año</i>
37%	Gallup	EUA	Nacional	Población general	1947
69%	Gallup	EUA	Nacional	Población general	1990
70%	n.d.	Holanda	Nacional	Población general	n.d.
50%	Garduño	D.F., México	Hospitalario	Médicos y pacientes	1996
58%	Mayer Rivera	D.F., México	Hospitalario	38 médicos y enfermeras	1997
32%	Centro de Investigaciones en Bioética	Gto. México	Universitario	114 médicos y estudiantes	1997
42%	Alducin	D.F., México	Población general	417 médicos y población general 3021	1998
30%	García Romero	D.F., México	Hospitalario	Derechohabitantes ISSSTE	1998

2. Encuestas de opinión sobre eutanasia

Las encuestas de opinión en relación con la eutanasia han tenido cambios importantes a lo largo del tiempo. En Estados Unidos, la opinión favorable a la eutanasia voluntaria activa ha venido aumentando: en 1947, de acuerdo con la encuesta Gallup, el 37% de los encuestados estaban a favor de dicha práctica; para 1990, la proporción a favor se incrementó hasta 60%. Por su parte, en Holanda más del 70% de la población está a favor de ella.

En nuestro país no hay datos que puedan tomarse como definitivos, debido a que las encuestas realizadas en México no tienen representatividad nacional, debido a la heterogeneidad de las poblaciones encuestadas y las distintas metodologías aplicadas. No obstante, los estudios hasta hoy realizados proporcionan cierta información. Por ejemplo, entre médicos y enfermeras en ejercicio la opinión favorable en torno a la eutanasia es más alta, en el estudio de Garduño es de 50% y en el de Mayer de 58%; mientras que el Centro de Investigaciones en Bioética, en su encuesta entre estudiantes y médicos, obtiene un 32% de opiniones favorables en torno al tema. Por su parte, las encuestas realizadas en población no médica, la proporción de aceptación es significativamente menor: La encuesta de Alducín, realizada entre 417 médicos y población general reporta que un 42% de los encuestados están a favor de la eutanasia; mientras que en la encuesta de García Romero, el 30% de la población encuestada aceptó estar a favor de la eutanasia pasiva.

3. La política de eutanasia en Holanda

En abril del año 2000 (luego de 20 años de discusión), en Holanda se aprobó la nueva ley que regula el tema de la eutanasia. Dicha ley fue además producto de una investigación independiente sobre el estado de las actuaciones médicas relacionadas con la terminación de la vida, comparando lo que ocurría en

1995 con respecto a 1990; dicho trabajo sentó las bases de la ley promulgada años después.

No obstante, los artículos aprobados muestran que la eutanasia sigue siendo punible en los Países Bajos, pero que, bajo algunas circunstancias, existen excepciones que permiten que el médico pueda asistir a un paciente terminal sin ser sancionado. Los requisitos que debe cumplir el médico son los siguientes:

- a) Contar con la petición voluntaria y meditada del paciente.
- b) Estar convencido de que el padecimiento es terminal y que el dolor es insoportable.
- c) Haber informado al paciente sobre su situación y pronóstico.
- d) Estar convencido, junto con el paciente, de que no existe ninguna otra alternativa.
- e) Consultar el caso con por lo menos un médico que está involucrado en el tratamiento del paciente y que escriba su dictamen por escrito.
- f) Llevar a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado.

Aunado a las anteriores disposiciones legales, en los Países Bajos existe una red de trabajo de médicos familiares especialmente capacitados en los dilemas en torno a este problema y que asesoran a los médicos en los casos que presentan.

No todas las peticiones de eutanasia son aceptadas; dos terceras partes son denegadas y frecuentemente se llega a la conclusión de que puede existir algún tratamiento que no se haya ofrecido, y en otras solicitudes, la muerte llega antes que el dictamen.

4. Los argumentos contra la eutanasia

Los siguientes son algunos de los argumentos que frecuentemente son evocados para cuestionar la eutanasia:

- a) La vida humana no adquiere ni pierde valor ético por situarse en condiciones de aparente descrédito: el valor de la vida humana es el apoyo fundamental y al mismo tiempo el signo privilegiado de los valores éticos y de los derechos sociopolíticos de la persona, por lo que la eutanasia conlleva el peligro de erosionar la vida.
- b) El sufrimiento tiene un significado profundo, ya que proporciona al paciente terminal conocimiento de sí y percepción de su propio cuerpo, en relación con la experiencia de su mal físico o corporal.
- c) Un probable abuso en su aplicación y
- d) El argumento religioso, que afirma que la vida humana sólo la puede quitar Dios.

La idea de un abuso en la práctica de eutanasia es un argumento relevante y se basa en el precepto de que bajo la óptica de la eutanasia, podrían ser eliminados aquellos enfermos con desventajas físicas o sociales. Entre los que podrían sufrir de muertes injustas estarían: viejos, alcohólicos, drogadictos, enfermos de SIDA, niños con malformaciones y todos los pertenecientes a minorías sociales.

IV. CALIDAD AL FINAL DE LA VIDA

1. *Las unidades o clínicas de cuidados paliativos (UCP)*

La calidad al final de la vida debe ser una opción a ofrecer a todos los pacientes en nuestro sistema de salud, por lo que proporcionar servicios médicos a los pacientes en fase terminal debe ser visto no como lo último que el sistema puede ofrecer, sino como un servicio de la misma importancia que tienen los servicios de medicina interna, cirugía, dermatología o cualquier otro que traigamos a la mente. Los cuidados paliativos son reconocidos como una especialidad médica desde 1987; en ella se estudia la respuesta integral (biopsicosocial y espiritual) para tratar al

enfermo y su familia ante una enfermedad terminal. Su enfoque es multidisciplinario y su integración también, dado que las necesidades de un paciente en fase terminal no son sólo médicas.

2. Las unidades o clínicas de cuidados paliativos pediátricos (UCPP)

En algunos países como Costa Rica o Argentina se ha integrado este tipo de equipo de salud que tienen una capacitación y entrenamiento especializados para atender las necesidades de los pacientes pediátricos en etapa terminal. Son considerados también como una extensión de la calidad de vida que se tiene que lograr a lo largo de las diferentes etapas del hombre, la muerte inclusive.

Los cuidados paliativos se brindan a los pacientes y a sus familiares cuando la cura de la enfermedad ya no es posible y el desenlace previsible es la muerte. El lapso que duran los cuidados pueden ser de seis meses o menos. El enfoque de trabajo básico consiste en establecer una alianza estratégica con la familia, en donde el objetivo común sea lograr que el niño viva intensamente el tiempo que le queda vida, sin dolor y con la posibilidad de tener una muerte digna. Esto en ocasiones se logra, partiendo de la premisa de que las medidas heroicas y el encarnizamiento terapéutico en ocasiones sólo prolongan la agonía, el dolor y el sufrimiento del paciente y de su familia.

V. CONCLUSIONES

La muerte en las primeras sociedades humanas y la que ocurre en las sociedades modernas es en esencia la misma, pero la muerte que acontece en un paciente de una sociedad moderna, dentro de una fría sala hospitalaria, rodeado de modernos aparatos que prolongan la vida, y en ocasiones el sufrimiento, alejado del afecto y apoyo familiar, ya no es la misma muerte. Sin duda,

en las sociedades actuales hemos logrado aumentar las expectativas poblacionales de vida, pero aún no hemos logrado enfrentar la muerte en una forma que resulte digna para el que fallece y que satisfaga, desde el punto de vista ético, a todos los miembros de la sociedad.

No parecen existir en el momento actual condiciones propicias que indiquen que la sociedad mexicana está mayoritariamente a favor de la legalización de la práctica de la eutanasia. Dentro de los retos del sistema de salud, destaca el de alcanzar y mejorar las actuales y distintas coberturas que demanda la población, no sólo en servicios básicos de salud; sin embargo, en el futuro tal discusión será un tema que habrá de despertar una polémica mayor.

No obstante, esto no implica dejar de reconocer la importancia de mejorar las condiciones actuales en las que los pacientes mueren. Por esto, resulta indispensable construir ya las opciones que dignifiquen la calidad de atención al final de la vida, para lo cual ponemos a su consideración las siguientes propuestas:

1. Promover la creación de un grupo de expertos del sector salud que estudie la factibilidad de crear UCP (*unidad de cuidados paliativos*), no sólo en los hospitales de segundo y tercer nivel, sino con una estrategia de extensión al primer nivel del sistema de salud, con lo que se buscaría que el paciente en fase terminal sea atendido por el equipo de salud en su casa y tenga la oportunidad de estar, al final de su vida, con los suyos. El producto de dicho trabajo podría sentar las bases para modificar la Ley General de Salud en donde se establezca su creación.
2. Crear comités de bioética en los diferentes niveles del sistema de salud que realicen el análisis y las recomendaciones en los casos en donde exista un conflicto en la toma de decisiones médicas y que permita la dilucidación de problemas en donde entran en cuestionamiento los valores de la sociedad, como podrían ser los casos de eutanasia.

122 PROBLEMAS SOCIALES DESDE UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA

3. Conocer, mediante una encuesta representativa nacional, que tenga una metodología científica rigurosa y que permita tener un mejor conocimiento de la opinión que tienen, tanto la población en general, como los profesionistas de la salud, sobre el tema. Dicho estudio podría realizarse en colaboración con la H. Cámara de Diputados, la Comisión Nacional de Bioética y el Sector Salud.