

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA
Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud
EUTANASIA. AGUNOS ELEMENTOS PARA EL DEBATE

Introducción

Es muy positivo que exista una preocupación por parte de los legisladores por impulsar leyes que hagan posible que los mexicanos puedan tener una muerte digna. También es deseable y necesario que se genere un debate en la opinión pública sobre este tema. Las diferentes iniciativas que han aparecido -o que tenemos conocimiento que actualmente se comentan- se refieren a la eutanasia activa, la eutanasia pasiva y el testamento vital. Sin embargo, existe mucha confusión sobre los conceptos que se discuten, especialmente cuando se habla de eutanasia.

La Comisión Nacional de Bioética, respondiendo a su misión de crear una cultura de bioética en el país, describe por medio de este documento los principales conceptos relacionados con el tema de la eutanasia y la dignidad al final de la vida en el contexto de la atención médica. Esto con el objeto de contribuir a que se dé un debate informado, sustentado, razonado y razonable y se produzcan acercamientos entre puntos de vista divergentes que se traduzcan en beneficio para la sociedad en su conjunto.

Eutanasia

Este término ha significado cosas muy diferentes a través de la historia y hoy mismo las personas lo entienden de formas distintas. Por una parte, se puede decir que se usa de manera habitual para referirse a una gama muy amplia de acciones que tienen en común el hecho de poner fin a la vida

de un ser humano que sufre. Sin embargo, este uso no ayuda nada al debate porque no establece diferencias entre acciones que sí implican diferencias éticas muy importantes y que dependen de las circunstancias en que se produce un acto que causa la muerte de un enfermo.

Por tal razón, es necesario definir la eutanasia de una manera más precisa: es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento.

Esta definición, que se inspira en la que se utiliza en los Países Bajos, tiene el mérito de ser muy específica. Desde que en 1984 se despenalizó la eutanasia en ese país fue necesario establecer muy claramente los límites de lo que podía permitirse legalmente, de manera que se requirió mucha precisión al definir su práctica, la cual se legalizó en 2002.

Esta definición excluye muchas acciones con las que, equivocadamente, se confunde la eutanasia. Resulta inexacto llamar así una acción que provoca la muerte si la persona que la realiza no es un médico, si la persona que muere no padece una enfermedad o una condición médica que le cause un sufrimiento intolerable, si la acción que causa la muerte va acompañada de dolor, y, sobre todo, si la muerte no se produce en respuesta a la solicitud de quien fallece.

Es importante mencionar que la eutanasia es una acción excepcional que se considera una vez que se han agotado todas las formas posibles de ayuda para evitar el sufrimiento del enfermo.

Suicidio médicamente asistido

Es la ayuda que da un médico a un paciente que quiere terminar su vida -se entiende que sin dolor y para poner fin a su sufrimiento, igual que sucede en la eutanasia-. En el suicidio médicamente

asistido el médico se limita a proporcionar los medios al paciente -como es la prescripción de una dosis letal de medicamentos- para que el enfermo los use por sí mismo. De esta forma, la última acción que causa la muerte la realiza la misma persona que muere.

Acción de terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente.¹

Es la acción con la cual un médico pone fin a la vida de un paciente cuando se considera que la muerte es la mejor solución para resolver su situación, aun cuando éste no pueda expresar su voluntad.

Se realiza en diferentes tipos de pacientes: neonatos con graves enfermedades y discapacidades al nacer y pacientes que en algún momento expresaron su deseo de que se les aplicara la eutanasia y en las etapas finales de su enfermedad ya no pueden comunicarse por las condiciones médicas que presentan -por ejemplo, sangrado y asfixia o neumonía y septicemia-.

Esta acción resulta muy controvertida ya que falta el principal elemento por el cual se ha considerado la eutanasia una práctica éticamente aceptable: la autonomía de la persona para decidir el final de su vida.

La cuestión es que, por diferentes causas, en la práctica médica se dan situaciones en que una persona está incapacitada para expresar su voluntad, pero existen elementos para saber o suponer que, si pudiera expresarla, pediría la terminación de su vida. El caso de los bebés es aún más especial porque éstos no pueden expresar su voluntad y son los padres quienes toman las decisiones por ellos. El punto a discutir es si, en todas esas situaciones es preferible actuar y

¹ Es el término utilizado en los Países Bajos para distinguir esta acción de la eutanasia. En la literatura se puede encontrar **como** LAWER, por sus siglas en inglés: *life ending acts without explicit request*.

acelerar la muerte del paciente o no actuar en ese sentido. Lo que no debe perderse de vista es que en la terminación de la vida sin solicitud expresa, la decisión se toma apoyándose en lo que sería la voluntad del paciente si pudiera expresarla, lo cual es muy diferente a decidir una terminación de la vida en contra o sin tomar en cuenta la voluntad de alguien que sí puede expresarla.

Muerte médicamente asistida

Comprende la eutanasia, el suicidio médicamente asistido y la terminación de la vida sin solicitud expresa.

Eutanasia pasiva y eutanasia activa

Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada y, por eso, vale la pena revisarla, aun cuando en la literatura bioética tiende a desaparecer.

La eutanasia pasiva se refiere a la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida. Desde hace unos años, en la literatura bioética esta acción se conoce como “limitación del esfuerzo terapéutico”. La eutanasia activa es la acción que pone fin a la vida del paciente por medio de una intervención encaminada a procurar la muerte, como es la administración de una droga.

En general, la llamada eutanasia pasiva tiene mayor aceptación desde el punto de vista religioso y social. Se podría decir que plantea menos problemas morales porque se considera que es la naturaleza la que acaba provocando la muerte del paciente sin que haya una intervención directa del médico. Se ve como una forma de terminación de vida que evita muchas muertes inútilmente dolorosas causadas por el uso indiscriminado de la tecnología médica.

Si bien es cierto que en muchas situaciones con esta decisión se puede evitar que se prolongue una situación de sufrimiento, no es tan evidente que exista una diferencia en términos éticos entre lo que se ha llamado eutanasia pasiva y la eutanasia activa. Si las dos buscan que sobrevenga la muerte para poner fin a un sufrimiento intolerable, no debería implicar un juicio moral que en una se requiere hacer y en otra dejar de hacer. Parece una contradicción que sólo se considere válido ayudar a morir a quien pide dejar de sufrir cuando esto supone abstenerse de dar tratamiento y que no sea válido dar esa ayuda cuando no hay nada que quitar o dejar de hacer para que la persona muera.

Por otra parte, es necesario definir con claridad qué decisiones abarca la limitación del esfuerzo terapéutico. Si bien hay un acuerdo general de que debe respaldarse la decisión de un paciente que rechaza un tratamiento -y la decisión de la familia en ausencia de la expresión de la voluntad del enfermo-, no hay consenso sobre las acciones que abarca esta decisión: si la hidratación artificial debe considerarse un tratamiento o una medida de cuidado básico. Para el médico, el paciente y los familiares es muy importante tener claridad sobre lo que está permitido legalmente. Actualmente no hay claridad al respecto.

Cuidados paliativos

Tienen como objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan tan plena y confortablemente como sea posible y encuentren la muerte con dignidad. Los cuidados paliativos sustituyen a los tratamientos curativos cuando estos no ofrecen los beneficios deseados o los efectos adversos superan los beneficios. Con el fin de maximizar la calidad de vida de los pacientes, se les da una atención integral que abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Por lo mismo, estos cuidados deben ser llevados por equipos

interdisciplinarios y deben incluir a la familia. Estos cuidados pueden darse en el hospital o en el domicilio del paciente; lo importante es que se cuente con los elementos necesarios para brindarlos. De hecho, muchos pacientes eligen estar en su casa cuando saben que están viviendo la etapa final de su vida.

Eutanasia indirecta

Se ha llamado así a la muerte que se produce como un efecto secundario de los medicamentos que se aplican con el fin de aliviar el dolor u otros síntomas del paciente. Mientras que en la eutanasia propiamente dicha la acción del médico tiene como fin directo causar la muerte, en esta otra forma de terminación de vida, la muerte se considera un efecto previsible pero indeseable. Esta forma de terminación de vida forma parte de los cuidados paliativos en la medida en que estos proporcionan tratamientos para aliviar el sufrimiento de los pacientes y los médicos no tienen por qué abstenerse de aplicarlos por el hecho de anticipar que puede producirse la muerte como una consecuencia inevitable. Sin embargo, aun cuando se supone que se trata de una acción médica legal, no existe suficiente claridad al respecto ni entre los médicos ni entre los pacientes y familiares, razón por la cual, en muchas ocasiones, los médicos no dan a sus pacientes el tratamiento paliativo adecuado por miedo de causar indirectamente la muerte y ser acusados de cometer un delito.

En realidad, no siempre es fácil establecer el límite entre esta forma de terminación de vida y la eutanasia por el simple hecho de que no siempre se pueden distinguir las intenciones de una determinada acción una vez que se conocen sus efectos. Es lo que sucede con la llamada sedación paliativa o sedación terminal, mediante la cual se induce al enfermo a un estado en el que pierde la conciencia y un tiempo después sobreviene la muerte.

Documento de voluntades anticipadas²

Se ha impulsado el uso de este documento para encontrar solución a situaciones críticas que se presentan con cierta frecuencia en las que un paciente adulto se encuentra incapacitado para participar en las decisiones sobre el final de su vida.

Mediante el documento de voluntades anticipadas, los individuos, cuando son competentes, pueden establecer su voluntad sobre los tratamientos que querrían y los que no querrían que les aplicaran en caso de encontrarse en situaciones muy críticas en las que ya no pueden expresar sus deseos y otros deben decidir por ellos.

Para su aplicación, este documento tendrá las limitaciones que impongan las leyes vigentes en los diferentes países. Esto significa, por ejemplo, que no podría garantizarse la aplicación de una eutanasia si esta práctica no ha sido legalizada.

A continuación se incluyen algunos términos que no son ampliamente utilizados en la literatura bioética, pero que vale la pena mencionar porque de alguna forman parte del debate relacionado con la eutanasia al ser difundidos por algunos medios y haber sido incluidos en algunas iniciativas de ley.

Ortotanasia, distanasia y adistanasia

El uso de estos términos ha sido impulsado en los últimos por quienes buscan una propuesta de terminación de vida que se aparte de la eutanasia por ser ésta una acción que consideran inaceptable. Si bien estos términos logran eludir el estigma de la palabra eutanasia, también generan

² Es preferible este término al de “testamento vital”

confusión por el hecho de utilizar una nueva nomenclatura para referirse a las mismas acciones para las cuales ya existen definiciones ampliamente utilizadas.

Ortotanasia se refiere a la decisión de dejar morir al enfermo sin aplicarle tratamientos que prolongarían su sufrimiento, pero brindando toda los cuidados paliativos posibles. Significa, “muerte correcta”.

Distanasia se refiere a la decisión opuesta: continuar aplicando tratamientos que sólo alargan la existencia y, por tanto, el sufrimiento. Corresponde a los que se conoce también como “encarnizamiento terapéutico”.

La adistanasia se refiere a la decisión de suprimir la distanasia; es decir, dejar de aplicar un tratamiento que prolongue inútilmente la vida del paciente.

Algunas consideraciones importantes

Cuidados paliativos y eutanasia no son acciones excluyentes, al contrario, son complementarias. Los cuidados paliativos pueden evitar muchas solicitudes de eutanasia, pero también tienen límites. En estos casos es cuando un paciente puede considerar la eutanasia.

En los lugares en que se permite legalmente la eutanasia los médicos nunca están obligados a aplicarla si consideran que tal acción va en contra de sus valores. Por esta razón, es importante que un paciente que está considerando la posibilidad de pedir la eutanasia a su médico se lo comunique con anticipación. Así, en caso de que éste la considere una práctica contraria a sus valores, podrá ponerlo en contacto con un colega que esté de acuerdo en dar al paciente la ayuda que desea. Por

otra parte, es importante señalar que los mismos médicos que están dispuestos a responder a un pedido de eutanasia deben asegurarse, en cada caso particular, que el pedido del paciente está justificado. No podrán responder al pedido si consideran que no se cumplen los criterios establecidos legalmente para permitir la eutanasia -si, por ejemplo, el médico duda que el pedido del paciente es realmente libre o si considera que aún existen alternativas para aliviar su sufrimiento-.

La terminación de la vida de pacientes en estado vegetativo persistente correspondería a una decisión que se ubicaría en una categoría que combinaría algo de la llamada eutanasia pasiva y algo de una acción de terminación de vida sin solicitud expresa. Por un lado, se puede justificar la interrupción del tratamiento porque no le va a brindar ningún beneficio al paciente. Por otro lado, es necesario tomar una decisión en la que el paciente ya no puede participar. Es un ejemplo en donde se facilitaría la decisión con un documento de voluntades anticipadas. Cabe mencionar también, que los casos de estado vegetativo persistente, así como los de sedación paliativa o terminal, son el tipo de casos para los que tanto el personal de salud, como los familiares, pueden apoyarse en la consejería ofrecida por los comités hospitalarios de bioética, cuerpos colegiados que tienen justamente como función, apoyar en la toma de decisiones moralmente complejas con diversas alternativas técnicas correctas.

Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Dr. Guillermo Soberón Acevedo (Presidente)

Vocales:

Dra. Asunción Álvarez del Río

Dr. Roberto Blancarte Pimentel

Dra. Ingrid Brena Sesma

Dr. José Kuthy Porter

Dra. Juliana González Valenzuela

Dr. Adolfo Martínez Palomo

Dra. Dafna Feinholz Klip (Secretaria Técnica y Directora Ejecutiva de la CNB).