

## ASPECTOS ÉTICOS DE LA EUTANASIA

César RIVERA BENÍTEZ\*

SUMARIO: I. *Participación del paciente en la toma de decisiones.* II. *Uso electivo de tratamiento para sostén de la vida.* III. *Bibliografía.*

La frecuencia, la intensidad y el reconocimiento de dilemas éticos en medicina clínica han aumentado en los últimos años como consecuencia de los profundos cambios en la medicina y la sociedad. Estos cambios han inducido un crecimiento sin precedentes en el conocimiento científico y la tecnología médica; una relación más igualitaria entre pacientes y médicos, nuevos esquemas de organización en la práctica médica y una elevada sensibilización a los principios éticos en medicina por parte del público y de la profesión médica.

La ética de la clínica tiene el propósito de mejorar la toma de decisiones entre los pacientes y los médicos y que con frecuencia presenta los principales problemas: la participación del paciente en las decisiones sobre el tratamiento y el uso electivo de tratamiento para sostén de la vida.

### I. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES

En las últimas décadas, la relación entre pacientes y médicos ha evolucionado desde la forma paternalista tradicional, en la cual

\* Jefe de terapia intensiva del servicio de infectología del Hospital General de la Secretaría de Salud.

los médicos decidían las opciones para sus pacientes, hasta una relación más igualitaria, en la que la toma de decisiones es compartida, a la vez que los médicos proporcionan información y consejo que permiten que el paciente adulto competente elija las opciones posibles. El proceso por el cual los médicos y los pacientes toman decisiones en conjunto se llama “consentimiento informado”, y que se basa en el principio ético de la autonomía individual y del derecho legal a la autodeterminación.

El consentimiento informado consta de tres componentes: información, competencia y voluntad. La *información* consiste en que el médico informe al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios de las opciones del tratamiento propuesto. *Competencia* se refiere a que el paciente es capaz de comprender la información, apreciar la situación y sus consecuencias, manejar racionalmente la información y comunicar su elección del tratamiento propuesto. *Voluntad* significa que el paciente elige con libertad, sin ningún otro tipo de coerción indebida por parte del médico ni de ninguna otra persona.

## II. USO ELECTIVO DE TRATAMIENTO PARA SOSTÉN DE LA VIDA

Existe consenso en la ley, la política pública y la ética médica acerca del derecho de los pacientes a renunciar al tratamiento para el sostén de la vida, incluyendo resucitación cardiopulmonar. En estudios de investigación en Estados Unidos la incidencia de órdenes de no reanimación cardiopulmonar es del 3% al 4% en pacientes hospitalizados y del 5% al 14% en pacientes admitidos en las unidades de cuidados intensivos. Por el contrario, del 66% al 75% de las muertes hospitalarias y el 39% de las muertes en unidades de cuidados intensivos son precedidas por una orden de no reanimación.

Estas decisiones deben de ser consideradas en forma muy importante como parte del cuidado del paciente.

De acuerdo con las pautas éticas, legales y políticas, los deseos del paciente deben de gobernar el uso de los tratamientos para sostén de la vida. En los estudios realizados, los factores asociados con la expresión escrita de las órdenes de no reanimación incluyen a los ancianos, pacientes con enfermedad de gravedad creciente, estado mental anormal, cáncer, SIDA, etcétera.

En algunas encuestas, del 77% al 82% de los pacientes ancianos ambulatorios expresan que desearían reanimación cardiopulmonar en su estado de salud actual, pero únicamente del 21% al 38% manifiesta que optaría por reanimación cardiopulmonar si tuviera demencia grave, accidente cerebrovascular, coma irreversible o cáncer terminal. Pero en la práctica sólo el 15% de los pacientes deja una orden escrita.

Los pacientes competentes no requieren de este tipo de órdenes, puesto que están en condiciones de discutir el uso de los tratamientos para el sostén de la vida; sin embargo, los estudios indican que el paciente está implicado sólo del 13% al 43% de las decisiones de no reanimación, ya que en el momento de la toma de decisiones se encuentran incompetentes.

Los familiares o amigos, cuando los hay, a menudo actúan como la persona más próxima en la toma de decisiones acerca de pacientes incompetentes. De acuerdo con estudios recientes, los familiares actúan como responsables del paciente del 45% al 86% en las decisiones de no reanimación. Estas personas deben de interpretar los deseos, preferencias, valores, actitudes y objetivos acerca de la situación médica del momento; este estándar se denomina juicio sustituto. Los estudios realizados por Uhlman y Pearlman muestran poca concordancia con respecto a las preferencias de los pacientes y de los familiares, por lo que se duda del juicio sustitutivo y se prefiere la orden anticipada del paciente.

En México, si bien no existen estadísticas relacionadas a la no reanimación cardiopulmonar, éstas se llevan a cabo en determinados pacientes con características muy especiales, como etapa final de una enfermedad, ya sea que esté hospitalizado, en

unidad de cuidados intensivos o la decisión del paciente de morir en su domicilio sin ningún apoyo de prolongación de la vida.

Los cuidados paliativos son otra medida para tratar el dolor y otros síntomas en enfermos terminales, pero nunca serán un sustituto de la eutanasia, si bien ayudan a muchos pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, algunos dolores terminales y algunos otros síntomas estresantes no pueden ser controlados completamente con los mejores cuidados. Sin embargo, es la calidad de vida, más que el dolor, la razón más frecuente por la que el paciente solicita la ayuda para morir. ¿Por qué tendremos que forzar a algunos a vivir los últimos días o semanas de su vida en esas condiciones; no es indigno? La eutanasia voluntaria, ante todo, es una elección personal.

Muchos de los grupos que están en contra de la eutanasia es por razones profundamente religiosas. Creyendo que la vida es sagrada y que es un regalo de Dios y que no puede ser deliberadamente terminada. Este es un punto de vista muy respetable. Sin embargo, este punto de vista religioso no puede ni debería aplicarse en aquellos que no comparten estas ideas religiosas.

Una de las mayores dificultades, y que es la clave para abrir la discusión sobre la eutanasia, es la definición. Actualmente, con su clasificación, se pretende modificar la actitud del sujeto que ayuda a bien morir, en forma pasiva, activa, directa o indirecta o suicidio asistido, lo que es cuestionado por aspectos religiosos, médicos, legales, éticos, políticos, individuales y prácticos.

La decisión de legislar, aplicar, solicitar y participar en ella, es una decisión muy difícil con la que no necesariamente todos los individuos tenemos que estar de acuerdo.

Quizá lo más importante para un individuo al tomar la decisión de la eutanasia, más allá de un aspecto ético, legal o religioso, es que el enfermo terminal que elige la eutanasia voluntaria tiene la elección de decidir el final de su vida, por lo que es un debate emocional y profundamente individual y no únicamente un debate llanamente académico sobre el derecho de elegir una muerte sin dolor y digna.

Las necesidades sociales y el reconocimiento de los derechos de todos los individuos en relación a tomar su propia decisión de morir dignamente va más allá de un debate religioso, político, legal, académico, etcétera. Es una necesidad que se vive a diario, sobre todo en las poblaciones más desprotegidas, en las cuales sus derechos políticos, sociales y económicos no cumplen con la más mínima expectativa de un bien vivir, entonces, cuando menos que tengan la de un bien morir.

Curiosamente son los países desarrollados los que más han avanzado en legislar el tema de la eutanasia, ¿por qué? ¿Los países en vías de desarrollo no tienen las mismas necesidades? ¿O no se les ha permitido que la manifiesten? En México, los pacientes de escasos recursos probablemente practiquen de alguna forma algún tipo de eutanasia; por ejemplo: no tener recursos económicos para proporcionarse un tratamiento adecuado, y dejar la evolución natural de su enfermedad hasta su muerte; de acuerdo con su cultura o solvencia económica, solicitan el alta voluntaria de un paciente enfermo terminal para llevárselo a morir a su domicilio junto con sus familiares y que tenga una muerte digna.

Quizá el tener una muerte digna sin sufrimientos sea más un sentimiento desarrollado a través de la vida que un concepto filosófico, religioso, legal o histórico de un pensamiento ajeno.

La posibilidad de apertura de espacios y foros para discutir lo relacionado con una muerte digna y sin sufrimientos, nos coloca en el umbral de ser una sociedad que es capaz de discutir temas que nos competen como individuos en nuestro desarrollo mental y espiritual con una pluralidad de ideas, y que al cabo de algún tiempo serán tomadas decisiones en un contexto de apertura de ideas.

El tema es muy difícil y controversial, pero está dado y pasarán muchos años más en que se siga discutiendo, y será necesario que se legisle para evitar abusos; y como todas las decisiones que el hombre ha tomado en las que se conjugan ideas filosóficas, religiosas, legales, culturales, sociales y políticas, al princi-

pio tendrán su contraparte aparentemente no benéfica, pero se irán mejorando hasta que satisfagan las necesidades de la sociedad.

El avance tecnológico ya nos alcanzó, las decisiones que el individuo como sociedad necesita para vivir y morir mejor no pueden esperar más. Las condiciones para la legislación respecto de la eutanasia tendrían que ser estrictamente supervisadas para evitar abusos.

### III. BIBLIOGRAFÍA

- APPELBAUM, P. S. y GRISSO, T., “Assesing Patients’ Capacities to Consent to Treatment”, *N Engl J Med*, vol. 319, 1988.
- CONNELLY, J. E. y DALLEMURA, S., “Ethical Problems in the Medical Office”, *JAMA*, núm. 260, 1988.
- DÍAZ ARANDA, Enrique, *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- GOODWIN, Peter, “Learning from Oregon”, *VES Symposium*, noviembre de 1998.
- HUNT, Roger, “A Bedsida Perspective of Euthanasia”, *VES Symposium*, noviembre de 1996.
- RAFFIN, Thomas A., “Perspectives on Clinical Medical Ethics”, en HALL, Jesse *et al.*, *Principles of Critical Care II*, Estados Unidos, McGraw-Hill.
- SIEGLER, M. *et al.*, “Clinical Medical Ethics”, *J Clin Ethics*, vol. 1, 1990.
- UHLMAN, R. E. *et al.*, “Physicians’ and Spouses’ Predictions of Elderly Patients Resucitation Preferences”, *J Gerontol*, vol. 43, 1988.