

UN MENOR SUFRIMIENTO, FACTOR DE UNA MUERTE DIGNA

Horacio GARCÍA ROMERO*

SUMARIO: I. *Eutanasia pasiva*. II. *Eutanasia activa*.
III. *Eutanasia activa a mediano plazo*. IV. *Otras en-*
cuestas. V. *Anexo*. VI. *Bibliografía*.

En *Utopía*, Tomás Moro, elevado a los altares por la Iglesia católica, nos relata que:

Los utópicos se preocupan con el mayor cariño de los enfermos, y no se ahorra nada de lo que pueda ser bueno para lograr su curación, sean alimentos o medicinas. A los que sufren alguna dolencia incurable y muy dolorosa, los sacerdotes y magistrados influyen en el enfermo, puesto que no puede rendir ningún provecho y es una carga para los demás y para sí mismo, para que acepte la muerte con resignación.

Con la muerte pondrá fin a su tormento. Esto es el consejo que dan los sacerdotes que interpretan la voluntad del Creador; seguirlo será una buena y piadosa obra. Los convencidos se dejan morir voluntariamente no comiendo, o, sin que se aperciban, se les priva de la vida mientras duermen, esta conducta no se impone a nadie, y a los que rehusan seguirla se les prestan los mayores cuidados, pero se honra a lo que por esa razón renuncia vivir.

* Asesor de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

El médico y en general el equipo de salud tienen el privilegio y el deber de cuidar la vida, valor considerado como el más excelso del ser humano, ya que sin él no es posible concebir los demás valores. Tiene también que enfrentarse a la muerte con criterio científico, y sobre todo con un sentido humano que permita ayudar a los pacientes hasta el último momento de su existencia. La muerte es comúnmente el punto final de la evolución de una enfermedad y el proceso de morir en su mecanismo biológico.

Como tal, es algo siempre triste, pero no necesariamente terrible si aprendemos a aceptarlo. En ocasiones la muerte puede convertirse en algo necesario e inclusive deseable. Johnatan Swift nos relata cómo Gulliver, en uno de sus viajes, encontró una isla en la que un pequeño grupo de personas nacían con el signo de la inmortalidad. Este grupo lejos de ser feliz vivía una vida miserable, llena de achaques y sin entender a los demás en sus costumbres y aun en su lenguaje; apartados de la sociedad e incomprensidos. Aquí el costo de no morir era terrible. Lo mismo ocurre con algunos pacientes en los que el no morir representa prolongar una vida con dolores, sufrimientos y angustias.

Podemos intentar establecer o cuando menos buscar los principios que deben guiar nuestra conducta ante la muerte. Si sustentamos estos principios en la autonomía del paciente, la búsqueda del beneficio y el no hacer daño, y empleamos los recursos teniendo como norma la justicia, quizá estemos en condiciones de aliviar al paciente en esa etapa final que José Gorostiza llama “el minuto negro de mi borrosca”, y Jaime Sabines describe como “el olvidar, el refugiarse desnudo en el discreto calor de Dios”.

Dice Llano Escobar que “la muerte se está hospitalizando”. Se ha prolongado la existencia humana y también se ha prolongado el acto mismo de morir, que puede durar meses o años. Se ha dicho que los médicos “ya no lo dejan a uno morir”. El enfermo muere en un ambiente tecnológico que pone a prueba su paciencia, pero que también pone en juego todos los valores del

médico y su visión sobre la vida, la muerte y los objetivos de su profesión.

La eutanasia constituye uno de los problemas éticos importantes que debe resolver el personal de salud. La opinión de la población general es un reflejo del criterio prevaleciente en un área geográfica o en un país.

En 1998 realizamos en la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado una encuesta a 3021 empleados del gobierno federal, aparentemente sanos, que asistieron a la institución para un estudio médico preventivo integral. Se les solicitó información sobre sus datos socioeconómicos y sobre su opinión acerca de diversos tipos de eutanasia, presentándoles casos concretos similares a los que se tiene que enfrentar el personal de salud ante enfermos terminales con intensos sufrimientos y sin posibilidades de alivio (*véase cuadro 1*).

En esta investigación se consideró como eutanasia pasiva a la suspensión de los medios que mantienen vivo a un paciente, tales como apagar un respirador artificial, suprimir la aplicación de aminas que mantienen la presión arterial del enfermo, o suspenderle la alimentación. En el cuestionario se interrogó a los encuestados sobre su aceptación o rechazo de dos situaciones de eutanasia pasiva:

1) Suspensión de todas las medidas médicas en un paciente en estado vegetativo de quien varios médicos afirmaron que las posibilidades de recuperar su vida de relación eran prácticamente nulas.

2) A solicitud directa y repetida de una paciente paralítica durante ocho años, suspensión de la alimentación que recibía a través de una sonda nasogástrica.

Se consideró como eutanasia activa a la aplicación de medios que provocan la muerte inmediata de personas con sufrimiento físico o mental sin probabilidades de alivio. Se cuestionó a las personas estudiadas sobre la aceptación o rechazo de dos situaciones de eutanasia activa:

- a) Aplicación de un medicamento letal a un paciente que padecía de cáncer de páncreas con metástasis, para el que no había ya ningún tratamiento y le provocaba intensos dolores continuos.
- b) Aplicación de medicamentos para terminar la vida de un paciente con un profundo y prolongado trastorno psicológico sin solución, que le producía depresión y angustia.

Hemos llamado eutanasia activa a mediano plazo lo que otros autores denominan eutanasia indirecta, que puede aplicarse a pacientes en estado terminal con intensos dolores y sufrimientos, y que consiste en mantenerlos sedados hasta suprimirles el dolor, con suspensión de la alimentación. El enfermo irá poco a poco disminuyendo en sus funciones vitales y fallecerá en un lapso de pocos días. El procedimiento es menos violento que la simple eutanasia activa y más parecido a la muerte natural.

Vale la pena señalar desde ahora que en el concepto de varios autores, el abstenerse de aplicar un tratamiento o suspenderlo, así como el aplicar sedación profunda para suprimir los síntomas, deben ser consideradas prácticas médicas normales. En todos estos actos existe el consenso de que la muerte se produjo por causas naturales.

Se preguntó a los encuestados sobre su rechazo o aceptación de la eutanasia activa a mediano plazo en una situación: aplicación de sedantes y analgésicos profundos que suprimían el sufrimiento de un paciente con cáncer terminal, al que se le suspendió la alimentación hasta su fallecimiento dos semanas después.

Los datos fueron procesados en un programa DATA-base 3, y analizados estadísticamente. Se utilizaron las pruebas de X² (Ji cuadrada) y de “t” de *Student* para establecer la significación estadística de los resultados. Estas diferencias se expresan como $p < .05$ cuando las diferencias son estadísticamente significativas, y $p < .01$ cuando son altamente significativas.

I. EUTANASIA PASIVA

De la población encuestada, el 30% aceptó la realización de la eutanasia pasiva en ambas condiciones, y el 48% no la aceptó en ningún caso. El 22% restante admitió sólo una de las situaciones.

La aceptación de este tipo de eutanasia es prácticamente igual en hombres y en mujeres. Tiene relación con la edad, ya que aumenta en el grupo de 30 a 39 años, y disminuye de los 50 en adelante ($p < .05$).

Es también mucho menor en los que tienen seis hijos o más ($p < .01$).

El 28% de los católicos la aprueban totalmente, los cristianos no católicos sólo en el 17% y los que informan no tener religión en 50% ($p < .01$). A medida que la religión influye más en las decisiones, se acepta menos la eutanasia pasiva ($p < .01$).

Existe una correlación directa entre el grado de estudios vs. la aceptación total de la eutanasia pasiva, que va del 11% en los que estudiaron primaria, 30% en los que cursaron preparatoria y 46% en los que tuvieron estudios de posgrado ($p < .01$).

La evolución tecnológica permite en algunos casos mantener la vida de modo artificial casi indefinidamente. ¿Cuál es la calidad de esta vida? ¿Es en realidad vivir mantenerse con el corazón latiendo a base de drogas, respirar mediante un aparato artificial, y tener destruido y sin funcionar el cerebro sin ninguna posibilidad de recuperación?

Los cambios que a diario se presentan en las ciencias biomédicas exigen un replanteamiento del valor mismo de la vida humana. Ya se han dado pasos adelante con la aceptación de los trasplantes de órganos y el concepto de muerte cerebral; incluso la famosa afirmación del Papa Pío XII, que en un individuo moribundo no hay obligación de mantener medidas extraordinarias para conservarle la vida si ésta no ofrece la posibilidad de regresar a una relación social normal, plantea ya el concepto de calidad de vida.

En esos casos la ciencia-tecnología no debe obstinarse en mantener por cualquier medio la “vida” de estas personas. El hacerlo se conoce como “obesidad terapéutica”, como “enseñamiento terapéutico”.

La muerte es la última fase de la vida, y como tal, debe ser considerada como parte integrante de ella. La ciencia, con todos sus alardes, no ha podido modificar este hecho, y en su búsqueda sin sentido de lograr lo más cercano a la inmortalidad en este mundo, sólo ha conseguido aumentar la angustia y la desilusión ante lo que no puede cambiar.

Cuando se mantiene a un sujeto consciente o inconsciente con vida, sabiendo que la medicina ya no puede ayudarle, supliendo las carencias biológicas para posponer una muerte que se sabe inevitable a corto o mediano plazo, se utiliza la ciencia y la técnica sólo por su disponibilidad. Si se cuenta con el procedimiento hay que emplearlo, de acuerdo con la corriente que parece dominar actualmente el ejercicio de la medicina. Los valores humanos fundamentales: la dignidad, la calidad de vida, el beneficio que se logra, el evitar el daño, pasan a un segundo término. La tecnología no tiene ya como fin a la persona humana, no está al servicio del hombre, sino que se convierte en un fin en sí misma.

II. EUTANASIA ACTIVA

Volviendo a los resultados de la encuesta, el 19% de la población aceptó las dos condiciones de la eutanasia activa, 24% sólo una de ellas, y el 57% las rechazó.

Entre mayor es el número de hijos, la aceptación es menor. De los católicos el 19% la aprueban totalmente, y solo el 8% de los cristianos no católicos. De los que no profesan ninguna religión están a favor de ella el 33% ($p < .01$).

El grado de estudios es proporcional a la aceptación de este tipo de eutanasia en las condiciones propuestas: 13% de los que cursaron primaria y 24% de los profesionales la aprueban ($p < .01$).

Los ingresos mensuales influyen proporcionalmente en su consentimiento. El porcentaje fluctúa entre 15% en los que ganan hasta 1,000 pesos, y 26% en los que perciben más de 4,000 pesos ($p < .01$).

Desde el punto de vista legal, el provocar la muerte de un enfermo se considera en México como un homicidio. Sólo en algunos estados de la república se menciona el “homicidio por piedad” como un atenuante.

No es posible comparar el homicidio, en el que se extingue la vida de una persona sana contra su voluntad, y destruye sus prerrogativas de satisfacciones, alegrías y actos creativos; algo muy distinto es dar apoyo para que un ser humano que sufre y desea dejar de vivir logre lo que con vehemencia solicita o es obvio que le ayudará a suprimir su lamentable situación.

Antiguamente el moribundo generalmente moría con una infección aguda que rápidamente acababa con su vida. En la actualidad el paciente va cayendo en insuficiencias múltiples que el médico y la institución tratan de ir corrigiendo, aún con la firme convicción de que la muerte es inevitable. Lo único que se logra es prolongar un sufrimiento a veces terrible y sin esperanza.

III. EUTANASIA ACTIVA A MEDIANO PLAZO

En la investigación realizada, 37% de los encuestados aceptaron que se mantenga al paciente terminal sedado, sin alimento hasta su fallecimiento. Los que lo admiten incluyen 40% de las mujeres y 34.7% de los hombres.

Los jóvenes admiten este manejo en una proporción ligeramente mayor que las personas de más edad.

De los divorciados, 50% admite la eutanasia activa a mediano plazo. El estado civil del resto de los encuestados no modifica sustancialmente el porcentaje de la población que la acepta.

El 38% de los católicos, 22% de los cristianos no católicos y 50% de las personas sin religión están de acuerdo con este tipo de eutanasia ($p < .01$).

El grado de estudios y los ingresos mensuales tienen relación directa con su aceptación, que es mayor entre los que tienen más estudios o perciben mayores salarios (*véanse cuadros 2 y 3*).

Sobre los pacientes en estado terminal escribió el maestro Ignacio Chávez en 1979:

El caso del canceroso, por ejemplo, invadido de metástasis y con fallas funcionales de todo orden... ¿Qué hacer? Suspender todo tratamiento sería una forma de desamparo cruel, así lo pida el propio enfermo en su desesperada renunciación a vivir. Pero sí cabe suspender toda lucha por detener el mal y limitarse al empleo de analgésicos, de tranquilizadores y de somníferos que emboten el sufrimiento físico y la angustia. No importa que el empleo de esas drogas disminuya la resistencia del enfermo y acorte en horas o en algunos días su vida. Es acortar sólo su etapa terminal.

En muchos centros hospitalarios en el mundo, en las unidades de terapia intensiva es práctica común el empleo de narcóticos que quitan el dolor y sedan al paciente, y suprimen los reflejos respiratorios, lo que en un corto lapso produce la muerte. Sin embargo, esto se hace a espaldas de la ley, y no deja de ser un riesgo para el personal de salud. La ayuda que muchos médicos prestan a los pacientes para morir sin sufrimientos aumentaría si, en alguna forma, se legalizara la sedación intensa del enfermo, aunque esto acorte su vida, con las restricciones necesarias de la ley para evitar abusos. Encuestas recientes en Estados Unidos muestran que el 65% de la gente está a favor de cambios en la legislación que permitan terminar con la vida de un desahuciado.

En Europa, la legislación holandesa ha tenido impacto en la aceptación de cierto tipo de eutanasia, sea esta activa, pasiva, o “indirecta” (activa a mediano plazo), aunque aún no se ha traducido en la aceptación legal de estas prácticas en otros países.

En Alemania se ha incrementado la aceptación de la eutanasia activa en los pacientes desahuciados, por la necesidad de suprimir una vida que no vale la pena ser vivida, sobre todo si se cuenta con las “decisiones para el final de mi vida” del paciente. Se consideran también los altos costos de la atención médica. Sin embargo, por los antecedentes históricos de las masacres nazis, es difícil que la eutanasia activa sea legalizada en Alemania, aunque se permiten las acciones que mitigan los sufrimientos terminales.

Cada vez más se extiende el concepto de que el hombre no debe sufrir inútilmente. De ahí que la idea de que el médico o la enfermera pueden coadyuvar a terminar con la vida de un paciente terminal sea progresivamente aceptada por la sociedad. Lejos de ir en contra del deber, esta actitud es congruente con los principios médicos que nos exigen el interés, la compasión, la acción en beneficio de nuestros enfermos, el buscar aliviar sus molestias, el aceptar y tomar en cuenta sus decisiones. El mantener a un ser humano en un estado de dolor, sufrimiento y angustia sin alivio ni esperanza se convierte, para el médico, en un acto inmoral. Estamos conscientes que estos conceptos pueden ser cuestionados. Sin embargo, son criterios aceptados por un importante número de médicos y de la población en muchos países en el mundo.

IV. OTRAS ENCUESTAS

En una encuesta (1997) que se realizó a 114 médicos y estudiantes de medicina por el Centro de Investigaciones en Bioética, en León, Guanajuato, el 32% estuvo de acuerdo con la eutanasia pasiva y el 20% con la eutanasia activa, a pesar de que el 92% afirmó que la vida es sagrada e intocable.

En la encuesta de Alducín y Asociados del 28 de agosto de 1998, realizada en México a 417 personas, se encontró que el 50% de 109 médicos acepta “terminar con la vida de un desahuciado”, porcentaje superior a la respuesta del resto de los entrevistados, que fue de 42%. La relación fue similar ante la aceptación de que un desahuciado se quite por sí mismo la vida, que fue de 60% y de 50% respectivamente.

En un cuestionario entregado a 459 pacientes cancerosos de Estados Unidos, Canadá y Holanda, poco más de la tercera parte se declararon en favor de la eutanasia, con más frecuencia si tenían menos de 50 años, con altas posiciones socioeconómicas y baja religiosidad. Los factores psicológicos como la pérdida de la dignidad, el ser considerados como una carga para la familia y la pérdida de su autocontrol, tuvieron más importancia en su decisión que los factores físicos.

En Inglaterra, Francia, Canadá, Alemania, España, Colombia, Argentina y otros muchos países existen más de treinta agrupaciones que se dedican a promover la difusión del derecho a morir dignamente, sin ensañamiento terapéutico, y devolver a los ciudadanos un cierto control sobre su propia muerte. Estas sociedades “Pro derecho a morir” estimulan la legislación del documento “Disposiciones para el final de mi vida” (*living will*), entre otras acciones.

La aceptación legal de la eutanasia en varios países como Holanda y Australia no ha producido los temidos abusos. Tampoco se ha visto que aumente el riesgo de que los adultos mayores sean víctimas de que se les provoque la muerte en mayor proporción que en condiciones naturales.

Probablemente esto se deba a que en esos países la eutanasia y el suicidio asistido sólo pueden practicarse bajo condiciones y requisitos muy estrictos. De otra manera, el quitar la vida a un paciente sigue considerándose como un homicidio.

Las comisiones nacionales de bioética y otras instituciones médicas podrán promover un debate internacional sobre este

tema tan trascendente, a la luz de los conocimientos, los avances tecnológicos y la epidemiología actuales.

V. ANEXO

CUADRO 1. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS
DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

	<i>Número de personas</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Sexo</i>		
Femenino	1387	42.9
Masculino	1638	57.1
<i>Grupos etarios (años)</i>		
18-29	598	18.1
30-39	1074	33.7
40-49	864	28.8
50-59	354	13.0
60-69	110	2.0
70-82	21	1.4
<i>Estado civil</i>		
Casados	1942	64.3
Solteros	661	21.9
Divorciados	164	5.4
Unión libre	184	6.1
Viudos	70	2.3
<i>Número de hijos</i>		
0	892	29.5
1	460	15.2
2	688	22.8
3	546	18.1
4	229	7.6
5	99	3.3
6 o más	107	3.5

CUADRO 1. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS (continuación)

	<i>Número de personas</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Grado de estudios</i>		
Primaria	180	6.2
Secundaria	363	12.0
Carrera técnica	599	19.9
Preparatoria	500	16.6
Profesional	1197	39.7
Posgrado	172	5.7
<i>Ingresos mensuales (\$)</i>		
Menos de 1000	593	19.6
1000 a 2000	1274	42.2
2001 a 3000	495	16.4
3001 a 4000	288	9.5
Más de 4000	371	12.3
<i>Religión</i>		
Católicos	2629	87.0
Cristianos	159	5.3
Sin religión	230	7.9
<i>Atención a servicios religiosos</i>		
1 vez al mes	1392	46.1
1 vez cada 2 meses	423	14.0
Menos de 1 vez cada 2 meses	426	14.1
No asiste	777	25.7
<i>Influencia de la religión</i>		
Importante	1275	42.2
Poco importante	794	26.3
Nada importante	949	31.4

CUADRO 2. INGRESOS MENSUALES Y ACEPTACIÓN DE LA EUTANASIA ACTIVA A MEDIANO PLAZO (EAMP)

<i>Nivel de ingresos en pesos</i>	<i>Número de personas</i>	<i>Personas que aceptaron la EAMP</i>	<i>Porcentaje de personas en cada nivel</i>
Menos de 1000	593	185	31.3
1000 a 2000	1274	445	34.9
2001 a 3000	495	209	42.2
3001 a 4000	288	116	40.4
Más de 4000	371	166	44.8

CUADRO 3. GRADO DE ESTUDIOS Y ACEPTACIÓN DE LA EAMP

<i>Nivel de estudios</i>	<i>Número de personas</i>	<i>Personas que aceptaron la EAMP</i>	<i>Porcentaje de personas en cada nivel</i>
Primaria	180	41	22.7
Secundaria	363	112	30.8
Carrera técnica	599	229	38.2
Preparatoria	500	197	39.4
Profesional	1197	475	39.7
Posgrado	172	70	40.7

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ALDUCÍN Y ASOCIADOS, “Opinión sobre Bioética. 417 entrevistas”, *El Universal*, Reportaje ejecutivo, 28 de agosto de 1998.
- BAUDOIN, J. L. y BLONDEAU, D., *Ética ante la muerte y el derecho a morir*, Barcelona, Herder Barcelona, 1995.
- CHÁVEZ, I., “Morir digno y decisión médica”, *Eugenesia y eutanasia médicas*, México, Instituto Syntex, 1979.
- GRIFFITHE, P., “Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia: Is It Time the UK Law Caught Up?”, *Nurs Ethics*, vol. 6, 1999.
- HERNÁNDEZ-ARRIAGA, J. L. *et al.*, “Encuesta de actitudes médicas ante el paciente terminal”, *Rev Invest Clin*, vol. 49, 1997.
- HUMPHRY, D. y WICKETT, A., *El derecho a morir*, Barcelona, España, Tusquets Editores, 1989.
- LLANO-ESCOBAR, A., “El morir ha cambiado”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 108, mayo-junio de 1990.
- MARINER, W. K., “Physician Assisted Suicide and the Supreme Court: Putting the Constitutional Claim to Rest”, *Am J Public Health*, vol. 87, 1997.
- MATERSTVEDT, L. J. y KAASA, J., *Is Terminal Sedation Active Euthanasia? Det medisinske takultet Norges teknisk naturvitenskapelige universitet*, Trondheim, 120, 2000.
- MC KHANN, Ch., *A Time to Die. The Phace for Physician Assistance*, Yale University, 1999.
- MORO, Tomás, *Utopía*, Altamira, España, Los grandes pensadores, 1990.
- OEMICHEN, M. y MEISSNER, C., “Life Shortening and Physician Assistance in Dying: Euthanasia from the Viewpoint of German Legal Medicine”, *Gerontology*, vol. 46, 2000.

- PÍO XII, *Declaraciones en el Vaticano 1957*, citado por GERALD, Kelly, *Médico Moral Problems*, Catholic Hospital Association of the U. S. and Canada, 1958.
- QUINN, K. P., “Assisted Suicide and Equal Protection: in Defense of the Distinction Between Killing and Letting Die”, *Issues Law Med.*, vol. 13, 1997.
- SWIFT, J., *Viajes de Gulliver*, Barcelona, Forum, 1984.
- VAN DER AKKER, B. y JANNSENS, R. M., “Euthanasia and International Human Rights Law: Prolegomena for an International Debate”, *Med Sci Law*, vol. 37, 1997.
- VAN DER AREND, A. J., “Euthanasia and Cancer”, *Tidasskr Nor Laegeforen*, vol. 119, 1999.
- , “An Ethical Perspective on Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands from a Nursing Point of View”, *Nurs Ethics*, vol. 5, 1998.
- WERNSTEDT, T. *et al.*, “Euthanasia in Europe. Ten Countries with Special Consideration of the Netherlands and Germany”, *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, vol. 35, 2000.