



500 años con y sin EUTANASIA EN MÉXICO

Un análisis preliminar

JAIME RODRÍGUEZ PÉREZ, SOCORRO AÍDA MORALES MACÍAS,
BERTHA ALICIA PONCE GARCÍA y ELBA NORMA MARTÍNEZ MURILLO
Facultad de Contaduría y Administración/Universidad Autónoma de Chihuahua



Aarón PINA MORA: *El hombre, lobo del hombre.*

La eutanasia ha sido motivo de controversia en toda la historia de la humanidad. El debate se ha centrado en aspectos jurídicos (Chaloner y Sanders, 2007), médicos (Berghs y otros, 2007; Havaki-Kontaxaki y otros, 2003; Miccinesi y otros, 2005), éticos (Sanders y Chaloner, 2007) y religiosos (Ahmed y Keir, 2006). A la fecha, existen países como Canadá (Marcoux y otros, 2007), Holanda (Norwood, 2007), Dinamarca y Francia (Cohen y otros, 2006) que aceptan o están de acuerdo con esta práctica, mientras que otros como Rumania, Malta y Turquía no la consideran aceptable (Cohen y otros, 2006). Sobre el tema se encuentran innumerables documentos, y, en algunos casos, se analiza de manera unilateral. Algunos escritos la condenan (Sánchez, 2007), mientras que otros la defienden a ultranza, como el caso de la Sociedad Voluntaria de Eutanasia (Voluntary Eutanasia Society –VES–) que trabaja en varios países alrededor del mundo. No obstante, es notorio que las conclusiones se ven influidas por un rasgo personal que no le permite una validez universal, o bien, se cuestiona la importancia de las investigaciones (Marcoux y otros, 2007). Además, la opinión de la comunidad también es polémica, ya que algunos apoyan la eutanasia (Carter y otros, 2007) y otros presentan reservas en su implementación (Sánchez, 2007). Ahmed y Kheir (2006) vieron que estudiantes de medicina en su último año de estudio se oponían a la práctica de la eutanasia por considerarla no ética o por miedo a una mala consumación.

A nivel mundial se registra amplia información sobre el tema; sin embargo, en México no hay información suficiente para poder normar un criterio al respecto. Por esta razón, es imprescindible abordar el tema de una manera imparcial, abarcando áreas sustanciales de medicina, religión, ética y leyes. El objetivo fue realizar un análisis de los resultados que ha tenido la eutanasia en países donde ya está reglamentada, así como conocer las opiniones de los sectores más sensibles, como pueden ser el médico, el religioso y el jurídico. Además, se presenta un análisis sobre la posibilidad de que

este procedimiento pueda aplicarse mediante una reforma legal en pacientes con enfermedades terminales e irreversibles: muerte cerebral, cáncer irreversible, tétanos, hidrofofia, esclerodermia y sida, bajo las condiciones específicas del estado de Chihuahua, México. Los resultados permitirán que legisladores, jueces, procuradores de justicia y, en general, la sociedad, perciban un panorama amplio sobre una práctica, que a pesar de ser tema de constante discusión y polémica, solo ha servido para distanciar a quienes de ella opinan.

¿Se practica la eutanasia en México?

Para responder a la pregunta se tendría que realizar una encuesta en el sector salud y aplicarla a médicos, enfermeros y administradores de hospitales, tanto públicos como privados. Los autores hipotetizan que los resultados de esta investigación mostrarían que la eutanasia no sería reconocida como una práctica frecuente. No obstante, algunas personas argumentan que en la realidad los resultados son muy diferentes ya que sí se practica con tal frecuencia que a muchos dejaría asombrados.

Desafortunadamente, en México, cuando alguien promueve el ejercicio de un derecho, siempre habrá otro que se oponga a ello. La justificación más frecuente es que con el tiempo se hará obligatorio o que se abusará en su ejercicio. Esto ha ocurrido con quienes han propuesto la despenalización total del aborto o la utilización de la píldora anticonceptiva del día siguiente, entre otras prácticas. Se debe tener presente que desde el punto de vista legal, el ejercicio de un derecho es optativo y está sujeto a una decisión personal; una obligación por el contrario, debe cumplirse y por ende no da opción a la libertad de decisión.

Punto de vista de la medicina

Desde el punto de vista médico es imperativo cubrirle al moribundo o enfermo terminal las necesidades vitales elementales, como tratamientos analgésicos y de sedación (Casanova, 2007). Esto significa que independientemente de la situación en que se encuentre un paciente, se deben seguir proporcionando estas atenciones sin importar que el artículo 28.2 del Código Internacional de Ética Médica establece que en caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales evitando acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. De igual manera, el Código de Deontología Médica en el artículo 116 permite la omisión o retiro de medios extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal. Spielthener (2007) mencionó las diferencias entre un tratamiento ordinario y uno extraordinario. Esto es importante cuando se analiza que desde un punto de vista tradicional persiste la obligación moral de utilizar tratamientos ordinarios; no obstante, no es obligatorio utilizar o emplear tratamientos extraordinarios.



Aarón PINA MORA.

A mayor abundamiento, el artículo 317 de la Ley General de Salud, que es de aplicación federal, determina que una persona está muerta cuando se encuentra con ausencia completa y permanente de conciencia. También menciona a la ausencia permanente de respiración espontánea, falta de recepción y respuesta a estímulos externos, ausencia de reflejos de los pares craneales y los reflejos medulares, atonía de los músculos, término de la regulación fisiológica de temperatura corporal y paro cardíaco irreversible.

La religión y su posición ante la eutanasia

La postura religiosa (Barry, 2004) es reiterativa en contra de la eutanasia. Desde este punto de vista, la sola palabra provoca reacciones virulentas en contra de quien o quienes la plantean siquiera como una oportunidad de discusión. Sin embargo, dentro del propio clero, existen ministros que en lo particular emiten opiniones, si bien es cierto no abiertamente a favor, si consideran que en ciertas circunstancias es posible permitirla.

La eutanasia puede presentarse si se consideran tres aspectos; la voluntad del enfermo; la acción del médico y la situación del paciente. La primera puede ser voluntaria cuando el enfermo toma la decisión de no aceptar ninguna forma de tratamiento. El enfermo así lo especifica por escrito firmado, generalmente, ante una autoridad pública o dadora de fe. Otra opción es la decisión no voluntaria; es decir, cuando no se tiene en cuenta el deseo del enfermo o su decisión de morir. En el segundo aspecto se pueden presentar tres opciones: la activa intervencionista, la pasiva absoluta y la pasiva no intervencionista. La activa intervencionista se presenta cuando el médico decide suministrar una inyección intravenosa, por ejemplo, de cloruro de potasio, al enfermo terminal en cuidados intensivos. La pasiva absoluta se demuestra cuando se decide no continuar con formas agresivas de tratamiento al paciente crítico, pero tampoco se le administran los elementos básicos para conservar su vida, como pueden ser alimentos, líquidos, analgésicos u otros. La pasiva no intervencionista se da cuando el paciente recibe los elementos de soporte básico, pero en caso de eventos críticos como un paro cardíaco, una hemorragia masiva u otros eventos, se evitan maniobras de reanimación. Por lo que toca a la situación del paciente, se dan dos variantes, la terminal y la paliativa. La terminal existe cuando se trata de pacientes considerados en proceso de enfermedad avanzada, irreversible y progresivamente letal. La paliativa concurre en casos de enfermedad incurable que produce gran incomodidad y dolor a quien la sufre, y cuya curación no es posible.

Frente a este panorama, es posible analizar ciertas enfermedades que colocan al paciente bajo la perspectiva de una eutanasia voluntaria. En este caso en particular, el enfermo se encuentra en posibilidad física de otorgar su consentimiento, mientras que en caso contrario, sus parientes consanguíneos más próximos pueden tomar la decisión.

Se dice que la verdadera eutanasia es aquella que ha sido inspirada por la piedad y la consideración hacia el doliente y que solo procura su tránsito a la muerte, sin angustia y dolor. Lo anterior es fundamento en la propuesta de legalización de la eutanasia en Bélgica (Sheldon, 2000) donde se plantea que el paciente debe encontrarse en una condición grave e incurable, que presente un dolor continuo e insuperable y que debe validarse esta situación por una segunda opinión médica.

Los adelantos científicos generados en los últimos años, sobre todo en el área médica, han llevado a la humanidad a un crecimiento importante en la expectativa de vida. No obstante, aún existen enfermedades contra las que los avances resultan mínimos, como el cáncer en etapas avanzadas, la hidrofobia, tétanos, muerte cerebral, sida y esclerodermia, entre otras.

Una eutanasia voluntaria

A continuación se analiza la sintomatología de la evolución natural de la enfermedad y el posible manejo y recuperación del paciente en cada una de las enfermedades mencionadas. Luego, se discute la posibilidad de que, como se mencionó anteriormente, se aplique una eutanasia voluntaria, no intervencionista y terminal o paliativa, o bien, que se realice a solicitud de sus familiares más próximos.

Muerte cerebral. Esta condición es conocida también como coma irreversible, debido a la muerte cerebral. Se induce su presencia debido a hipotermia, falta de reacción a estímulos reflejos, ausencia de movimientos espontáneos o respiratorios, así como un electroencefalograma plano isoelectrico durante veinticuatro horas. El tratamiento en estos pacientes resulta costoso ya que se requiere de manera constante de exámenes, de una alimentación a base de alimentación parenteral, aplicación de medicamentos, diálisis, pulmoterapia y otros. Pese a todo, y debido a que es un estado irreversible, llegará la muerte. Así, cualquier tratamiento que se le aplique, será con la única finalidad de retardar el fin, ya que la muerte irremediamente llegará.

Tétanos. Esta enfermedad se presenta aproximadamente diez días después de producida la herida. Se manifiesta por molestias en el sitio de la lesión, rigidez al abrir y cerrar la boca. El paciente se vuelve inquieto y aprensivo. La rigidez de los músculos y los espasmos se extienden a más partes del cuerpo. El rostro se contorsiona hasta convertirse en una mueca y la persona se vuelve extremadamente sensible. El menor ruido le provoca espasmos por todo el cuerpo y un dolor intenso, además de que se presenta retención a la orina, fiebre elevada, sudor y postración. Pese a todo lo anterior, el paciente conserva en todo momento la lucidez y el conocimiento, en medio de intenso sufrimiento. Una vez iniciado el padecimiento, al paciente se le debe de proporcionar un tratamiento a base de antitoxina tetánica y, en caso de no hacerlo de inmediato, ningún otro tratamiento será eficaz, terminando la enfermedad con la muerte del paciente. Para la recuperación del paciente tetánico se requiere de un trata-

miento oportuno. En la mayoría de los casos resulta caro y prolongado y se debe permanecer internado en una unidad hospitalaria bajo vigilancia especializada, lo que representa grandes erogaciones económicas por concepto de honorarios médicos, hospitalización, medicamentos y otros gastos. La recuperación del paciente depende de que la enfermedad sea atendida a tiempo, evitando sufrimientos y un desenlace fatal.

Hidrofobia. En la hidrofobia, producida por rabia como consecuencia de una mordedura que se pudo haber presentado entre uno y cuatro meses, el paciente presenta sensibilidad creciente y picazón en la región de la herida en una primera etapa. Luego, van difundiéndose poco a poco los síntomas, hasta llegar a presentar dificultad para tragar cualquier alimento, respirar y hablar. Los espasmos musculares poco a poco son más intensos y frecuentes. La víctima desvaría y en la fase terminal presenta depresión, agotamiento y en ocasiones parálisis, coma y finalmente la muerte. Una vez iniciados los síntomas, todo tratamiento será inútil para salvarle la vida. No obstante, el paciente deberá permanecer hospitalizado para evitar el potencial contagio a otras personas y reducir al mínimo su sufrimiento por medio de narcóticos. No existe la menor posibilidad de recuperación, ya que es una enfermedad irreversible y el enfermo morirá en medio de intensos dolores.

Sida. Esta enfermedad se identifica como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, mejor conocida como SIDA. Es una ventana inmunológica en un ser humano que puede ser asintomático hasta por diez años. Se manifiesta por constantes diarreas, malestar general y la aparición de aftas en la boca, lo que significa que el sistema inmunológico se halla deprimido, al grado que sus células de defensa (glóbulos blancos) se encuentran abatidas. En forma posterior, el paciente puede presentar una pérdida considerable de peso, infecciones como herpes, disminución del apetito, neumonía y verrugas en la piel conocidas como sarcoma de Kaposi, lo que lo convierte en víctima de bichos, bacterias y hongos. Como consecuencia, le ocasiona infecciones donde el sistema inmunológico no responde.

El tratamiento es a base de antivirales que no curan pero disminuyen los niveles de población CD4, algún tipo de sueros que fortalecen el sistema inmunológico y la aplicación de medicamentos costosos como la asotropina, asidotidimina, alfa-interferón, zidovudina y zalcitabina. Además, es necesaria la hospitalización en situación de crisis y fase terminal por periodos prolongados. Es importante mencionar que aparte del aspecto médico, se presenta para el enfermo una potencial discriminación, marginación y/o rechazo social, propios del desconocimiento y falta de información (Vivanco, 2008). Es común que además se manifiesten periodos de falsa memoria por la aplicación de sueros y antibióticos, los cuales aligeran los síntomas infecciosos, pero estos vuelven a revelarse y provocan la muerte de manera inexorable.

Esclerodermia. Esta enfermedad se manifiesta con la multiplicación excesiva de glóbulos blancos. Como consecuencia, se provoca que el sistema inmunológico altere su

funcionamiento normal y destruya los tejidos blandos, provocándole inflamación y endurecimiento y, por consiguiente, pérdida de flexibilidad y su consiguiente desgarramiento. Una vez manifestado el padecimiento, sumamente agresivo, se le considera autodestructivo, lo que genera cansancio crónico y falta de fuerza, haciéndolo dependiente y donde va a requerir atención médica especializada. Es una enfermedad poco común y de transmisión genética, por lo general, de madres a hijas. Su manifestación se presenta después de los quince años de edad, por lo que se ha estudiado poco y no existe actualmente posibilidad de curación. Su tratamiento es a base de cortisona y bajo vigilancia estricta del médico con el propósito de retardar el endurecimiento de los tejidos blandos. Este tipo de tratamiento provoca reacciones secundarias como la afectación de los riñones, por lo que requiere de diálisis constantes y fuerte pérdida de plaquetas con las consabidas transfusiones sanguíneas de aproximadamente una unidad diaria. La aplicación de cortisona provoca pérdida de la vista y fuertes dolores que son tratados con morfina, medicamento que agrede al hígado, que al no contar con el apoyo de los riñones, se atrofia rápidamente. Por todo lo anterior, la alimentación del paciente es a base de sueros, vitaminas y complementos alimenticios proporcionados por vía intravenosa (Taylor y otros, 2005). No existe la menor posibilidad de recuperación y el paciente morirá totalmente ciego y sin calidad de vida en un plazo de dos a tres semanas.

Los datos que se han generado para determinar la aceptación o rechazo hacia la eutanasia es la encuesta de opinión; pero sus resultados no han sido del todo confiables ya que depende mucho de la forma en que se planteen las interrogantes y que no ocurra como en Canadá a mediados de 2007 (Marcoux, 2007), en que a la pregunta si estaba de acuerdo en la ayuda para la eutanasia, un 69.9% dijo que sí y a la pregunta si aprobaba el retiro del tratamiento a un paciente, el 85.8% contestó en sentido afirmativo. De lo anterior se desprende que en ocasiones los encuestados contestan afirmativamente a aquello que consideran probable que les pueda ocurrir, porque no saben distinguir entre eutanasia y el retiro del tratamiento o retiro de tratamiento en escenarios hipotéticos.

Los detractores a ultranza de la legalización de la eutanasia, generalmente recurren al engaño o la falacia que su permisión llevará a que su práctica se vuelva obligatoria, pero como lo manifiesta Rincón Gallardo (2005), un derecho es optativo, su ejercicio está sujeto a la voluntad de las personas y una obligación, por el contrario, no se presta a discusión y la eutanasia se ha planteado como un derecho y no como un permiso para que el médico decida a quien eliminar; por el contrario, va encaminado a aquel paciente que voluntaria y dignamente decide dejar de sufrir.

Sabiendo que los resultados pueden contener un sesgo, Consulta Mitofsky realizó una encuesta telefónica en personas que cuentan con servicios de salud, con la finalidad de conocer si estaban de acuerdo o en desacuerdo con la muerte asistida o eutanasia en México, y se obtuvieron los

siguientes resultados: el 58% de los hombres y el 54% de la mujeres, contestaron afirmativamente, el 40% y 44% respectivamente lo hizo en sentido negativo; por edades, entre 18 y 29 años, el 67% manifestó estar de acuerdo y el 32% en desacuerdo; de los 30 a los 49 años el 54% dijo que sí y el 44% que no; las personas mayores de 50 años, el 42% la acepta y el 56% no; finalmente, los individuos sin estudios o con primaria, el 35% la aprueba y el 60% lo rechaza, con secundaria o preparatoria, el 57% manifiesta estar de acuerdo y el 42% no y con estudios profesionales o más, 65% la aprueba y el 33% no (*Revista Ideas*, Sonora, 2005).

De lo anterior, se concluye que tratándose de padecimientos incurables y en fase terminal como los analizados anteriormente, es dable la aplicación de la eutanasia voluntaria, no intervencionista ya sea terminal o paliativa, de acuerdo con la clasificación también comentada, ya que la actuación de los médicos tratantes debe concretarse a proporcionar un soporte hidratante, alimenticio y paliativo al sufrimiento y abstenerse de aplicar tratamientos extraordinarios y desproporcionados para mantener de manera inútil y artificial la vida del paciente desahuciado.

Los legisladores deben tomar en cuenta lo establecido en los códigos de ética médica y establecer la posibilidad de que estas personas pasen sus últimos días con dignidad y en las mejores condiciones posibles; es decir, que el médico tratante se concrete a proporcionarle las condiciones más propicias para él y sus familiares.

Literatura citada

- AHMED, A.M. y M.M. KHEIR: "Attitudes towards euthanasia among final year Kartoum University medical students", *Health J., East Mediter*, 12, 3-4 (2006), pp. 391-397.
- BERGHS, M.; B. DIERCKX DE CASTERLE y Ch. GASTMANS: "Practices of responsibility and nurses during the euthanasia programs of nazi Germany: A discussion paper", *International Journal of Nursing Studies*, 44, 5 (2007), pp. 845-854.
- BARRY, R.: "The papal allocution en caring for person in a 'vegetative state'", *Issues law and medicine*, 20, 2 (2004), pp. 155-164.
- CARTER, G.L.; K.A. CLOVER; L. PARKINSON; K. RAINBIRD; I. KERRIDGE; P. RAVENSCROFT; J. CAVENAGH y J. MC PHEE: "Mental health and other clinical correlates of euthanasia attitudes in an Australian outpatient cancer population", *Psychooncology*, 16, 4 (2007), pp. 295-303.
- CASANOVA, E.: "Eutanasia, la ética y la mala praxis", *El País*, Montevideo (marzo 7 de 2007).
- CHALONER, C. y K. SANDERS: "Eutanasia: the legal issues", *Nurs Stand*, 21, 36 (2007), pp. 42-46.
- Código de Deontología Médica.
- COHEN, J.; I. MARCOUX; J. BILSEN; P. DEBOOSERE; G. VAN DER WAL y L. DELIENS: "European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 european countries", *Soc. Sci. Med.*, 63, 3 (2006), pp. 743-756.
- "Temas que dividen", *Ideas de Sonora*, Editorial (2005), pp. 12-13.
- HAAKI-KONTAXAKI, B.J.; V.P. KONTAXAKIS; K.G. PAPLOS; F. SIANNIS y G.N. CHRISTODOULOU: "Medical student's attitudes on euthanasia and physician-assisted suicide: sex differences", *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2003, <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/2/S1/S112>.
- Ley General de Salud.
- MARCOUX, I.; B.L. MISHARA y C. DURAND: "Confussion between euthanasia and other end-of-life decisions: influences on public opinion poll results", *Canadian Journal of public Health*, 98, 3 (2007) pp. 253-239.
- MICCINESI, G.; S. FISHER; E. PACI; B.D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN; C. CARTWRIGHT; A. VAN DER HEIDE; T. NILSTUN; M. NORUP y F. MORTIER: "Physicians attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries", *Social Science and medicine*, 60, 9 (2005), pp. 1961-1974.
- NORWOOD, F.: "Northing more to do: euthanasia, general practice, and end of-life discourse in the Netherlands", *Med. Anthropol*, 26, 2 (2007), pp. 139-174.
- RINCÓN, G.: "Eutanasia, no eugenesia", *El Norte de Monterrey*, México (2005), p. 10.
- SÁNCHEZ, J.: "Rivera pide no cejar frente al aborto y la eutanasia", *El Universal*, México, DF (21 de junio de 2007).
- SANDERS, K. y C. CHALONER: "Voluntary euthanasia: ethical concepts and definitions", *Nurs. Stand*, 21 (2007), pp. 24-41.
- SHELDON, Tony: "Belgium considers legalising euthanasia", *British Medical Journal (International Edition)*, Londres, 320, 7228 (2000), p. 137.
- SPIELTHENNER, G.: "Ordinary and extraordinary means of treatment", *Ethics & Medicine*, 23, 3 (2007), pp. 145-160.
- TAYLOR, B.; P. GUERRA; E. LUNA; N. RODRÍGUEZ y M. ÁLVAREZ: "Esclerodermia", *Revolución Cubana de Reumatología*, Cuba, Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez, VII, 7-8 (2005).
- VIVANCO CARRILLO, Adolfo: *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, Universidad Tecnológica Metropolitana de Colombia, 2008. ©



Aarón PÍÑA MORA.