



---

# Informe del estudio de opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad

Estudio elaborado por Investigación  
en Salud y Demografía, S.C. (Insad)

Noviembre de 2015

---

# Índice

	Pág.
<b>1. Objetivos.....</b>	<b>4</b>
▪ General	
▪ Específicos	
<b>2. Metodología.....</b>	<b>5</b>
▪ Entrevistas a profundidad	
▪ Grupos de enfoque	
<b>3. Manejo de enfermos terminales.....</b>	<b>7</b>
3.1 Instituciones públicas	
3.2 Hospitales privados	
<b>4. Morir con dignidad y limitación del esfuerzo terapéutico.....</b>	<b>14</b>
<b>5. Opciones para evitar el sufrimiento del enfermo terminal que practican los médicos.....</b>	<b>21</b>
5.1 Cuidados paliativos	
5.2 Sedación	
5.3 Limitación del esfuerzo terapéutico	

<b>6. Postura de los médicos ante la limitación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia.....</b>	<b>27</b>
6.1 Actitud ante la limitación del esfuerzo terapéutico	
6.2 Posición ante la eutanasia y el suicidio asistido	
<b>7. Frenos que impiden la aplicación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en México.....</b>	<b>34</b>
<b>8. Ley de Voluntad Anticipada.....</b>	<b>36</b>
8.1 Médicos que están enterados de esta Ley	
8.2 Médicos que no estaban enterados de la existencia de esta Ley	
8.3 Opinión sobre la Ley de Voluntad Anticipada	
<b>9. Legalización de la eutanasia y el suicidio asistido.....</b>	<b>41</b>
9.1 A favor de la legalización	
9.2 En contra de la legalización	
9.3 Priorizan el preparar al gremio médico y a la población antes de legislar la eutanasia	
<b>10. Conclusiones.....</b>	<b>47</b>

# 1. Objetivos

## Objetivo general

- Conocer, mediante un estudio cualitativo, la opinión de médicos que laboran tanto en el sector público como en el privado y que por su especialidad están cercanos a las disyuntivas que se presentan con pacientes en estado terminal, sobre el derecho a morir con dignidad de acuerdo con las diferentes aristas y matices que se involucra en este tema, así como las principales razones que explican su postura.

## Objetivos específicos

- Explorar:
  - La percepción y vivencias que tienen los médicos en torno a cómo se manejan los casos de enfermos terminales en instituciones públicas y hospitales privados.
  - El concepto que se han formado respecto a lo que significa “*morir con dignidad*”.
  - Las opciones para evitar el sufrimiento de un paciente en etapa terminal.
  - Su postura ante la limitación del esfuerzo terapéutico, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.
  - Su opinión sobre la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal
  - La disposición a que se legalice la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en México.

## 2. Metodología

- La evaluación se llevó a cabo por medio de entrevistas a profundidad y grupos de enfoque.
- El trabajo de campo se realizó del 6 de septiembre al 9 de octubre de 2015.

### **Entrevistas a profundidad**

- Se llevaron a cabo trece entrevistas a profundidad: siete en el Distrito Federal y seis en la ciudad de Puebla.
  - En la ciudad de México con médicos de las siguientes especialidades:
    - Terapia intensiva
    - Oncología
    - Neurocirugía
    - Medicina paliativa
    - Cirugía (2 médicos)
    - Geriatría
  - En la ciudad de Puebla con médicos de las siguientes especialidades:
    - Terapia intensiva
    - Neurología
    - Oncología
    - Cirugía vascular
    - Anestesiología (2 médicos)

## **Grupos de enfoque**

- Se llevaron a cabo tres grupos mixtos con médicos que se encuentran estudiando su especialidad en: terapia intensiva, anestesiología, medicina interna o cirugía.
  - Dos grupos focales en el Distrito Federal: uno en un hospital público y otro en una institución privada.
  - Un grupo focal en la ciudad de Puebla en un hospital público.

## 3. Manejo de enfermos terminales

Los médicos perciben que en el manejo de enfermos en etapa terminal, hay diferencias entre las instituciones públicas y los hospitales privados.

### 3.1 Instituciones públicas

- La atención que se le brinda a los enfermos terminales en las instituciones públicas se diferencia de los hospitales privados por la saturación de pacientes y número de enfermos que tiene que atender cada médico.  
*“Las instituciones públicas a veces están muy limitadas de recursos y además el volumen de pacientes sí es más”*
- En cada turno, atiende al enfermo un doctor diferente, por lo que es difícil establecer la conexión médico – paciente, el trato es más frío que en los hospitales particulares.  
*“En un público la atención es generalizada, los servicios y atención no es directa de médico con paciente, es por turno, no hay un responsable directo del paciente”*  
  
*“El trato en la institución pública es un trato desapegado, desde mi particular punto de vista el trato del paciente oncológico es un trato deshumanizado”*
- El paciente no tiene privacidad, pues comparte el cuarto con otros enfermos, lo que favorece que se estrese más.  
*“Aquí tienes que estar con cinco personas más y sus familiares”*  
  
*“Es muy estresante porque el de al lado tiene un problema y está delirando, gritando”*
- Por falta de espacio y saturación de pacientes, en las instituciones públicas es necesario establecer horarios de visita y el número de familiares que pueden acompañar al paciente.

*“Por falta de espacios para llevar el control y que estos hospitales están atiborrados de personas, si dejaran subir a más gente se vuelve un tianguis”*

*“Hay horas de visita, es una hora de visita”*

En momentos en que el acompañamiento de la familia es muy importante, se tiene que dosificar el número de parientes.

*“No estás con tu familia, generalmente solo dejan a uno de tus familiares”*

*“Ya baja este familiar que está con el paciente para que suba otro, pero nunca pueden estar los dos al mismo tiempo”*

*“No permiten estar a la familia cerca”*

- En un hospital público de Puebla mencionan que cuando el paciente está próximo a morir, sí se permite que lo acompañen sus familiares cercanos

*“Ya prácticamente cuando se les da la oportunidad de que suban más familiares, de que tengan un ambiente más humano es cuando el paciente está en sus últimas horas”*

- Los médicos tienen que optimizar el tiempo que le dedican a la atención de los pacientes hospitalizados, por lo que se enfocan más en los enfermos con posibilidad de cura y le dedican menos tiempo a los enfermos que se encuentran en etapa terminal.

*“Como en el hospital hay que optimizar los tiempos de los médicos, hay que hacer más eficiente la atención de las consultas y los hospitalizados y los pacientes no recuperables son los que están más relegados de los tiempos y de la atención de los médicos”*

- En la mayoría de los hospitales públicos no existe la infraestructura y recursos necesarios para atender adecuadamente a los enfermos en etapa terminal por falta de presupuesto para satisfacer esta necesidad.



*“El médico está atado al recurso institucional, el cual es sujeto del presupuesto que se da directamente del gobierno a la Secretaría. Ese presupuesto está sin temor a equivocarme por lo menos a un 30% de lo que realmente debería ser. Esa limitación en el presupuesto del erario limita el recurso farmacéutico de infraestructura y de tratamiento a los pacientes”*

*“En la institución pública se le deja al paciente en ocasiones muy a la deriva por falta de recursos económicos de la institución y del paciente mismo. El paciente no puede pagar las quimios y cuando tiene para pagarlas, a veces el hospital no cuenta con las quimios”*

*“En las instituciones públicas faltan camas, recursos de espacios básicos. En algunos de los hospitales públicos todavía hace falta equipo de ventiladores mecánicos, equipo de bombas de infusión de terapia intensiva, de monitores”*

Los médicos que trabajan en las instituciones públicas se sienten impotentes porque no pueden brindar la atención adecuada al enfermo terminal.

*“En los públicos entran en actitud de resignación, no se da trato tan humano al paciente porque no hay recursos”*

*“Cuando entran a cirugía, la terapia intensiva del hospital nada más tiene cuatro camas y a veces nosotros solicitamos camas a terapia y no hay porque ya están llenos y suben a piso y no hay enfermeras, ni el personal capacitado en terapia intensiva”*

*“No hay recursos, no hay espacio es de que pues ya ni modo, es lo que hay y ya se murió y no se puede hacer nada”*

Y el problema se agudiza en aquellos hospitales públicos en los que no se cuenta con médicos especializados que estén capacitados para atender a los moribundos.

*“Y la capacitación de los médicos, si hablamos de una clínica o un hospital en un pueblo, un hospital regional, un hospital general de zona donde muchas veces ni siquiera tienen personal que haya tenido un diplomado, donde hay internistas nada más, no hay sub-especialistas”*

- En general en los hospitales públicos los enfermos terminales mueren con “*mucho dolor*”, porque por esta falta de presupuesto no se dispone de un área de cuidados paliativos.

*“En los hospitales públicos realmente el enfermo terminal no tiene un manejo propiamente dicho por parte de la institución, porque es muy raro el hospital que tenga un servicio de cuidados paliativos”*

*“Acá generalmente por su falta de recursos o de personal, no se le da al paciente cuidados paliativos y muchas veces nos ha tocado que mueren muchos con dolor, nosotros tratamos de que no sufran, pero hay veces que no está dentro de nuestras probabilidades”*

En este sentido, en un hospital privado en la ciudad de México y en un público en Puebla mencionan que esperan que se den mejoras en lo que se refiere a los cuidados paliativos por las modificaciones que se hicieron recientemente en la Ley General de Salud.

*“Cuidado paliativo no está en todos los hospitales públicos, pero tengo entendido que ahora la Ley General de Salud se ha modificado y ahora es una regla y eso se está modificando dentro de las instituciones”*

- La excepción es el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), que es el único que cuenta con servicio especializado de cuidados paliativos para enfermos terminales. Esta unidad está conformada por un equipo interdisciplinario que brinda un manejo integral del paciente, en aspectos tales como: psicología, nutrición, psiquiatría, rehabilitación.

*“Yo considero que los cuidados paliativos del INCAN son los mejores, ni siquiera Nutrición tiene un buen protocolo de cuidados paliativos”*

*“El manejo interdisciplinario e integral solo se da en el INCAN, en otros hospitales no existe tanta infraestructura”*

*“El INCAN tiene el mejor servicio de cuidados paliativos”*

- En un hospital público de Puebla refieren que al no contar con los recursos para otorgar cuidados paliativos a los enfermos terminales se les da de alta, pero el cuidado que reciba el agonizante en su casa dependerá de la situación económica de la familia y/o la relación afectiva que tenga con sus parientes.

*“Optamos por decir que es un paciente terminal y mejor que se vaya a su casa, pero a la mejor no tiene la misma calidad de vida que se le da a un paciente que tenga los recursos económicos para pagarle al especialista en algología, a la enfermera”*

*“A veces las familias tienen problemas interpersonales, hay personas que a la mejor no se llevan bien y de repente se quedan a cargo de su paciente que se va a morir y lo ven como una carga y no le dan ningún recurso emocional y si le duele pues tómesese la pastilla y si le sigue doliendo, pues se aguanta”*

### **3.2 Hospitales privados**

- En los hospitales privados, la relación médico – paciente es directa, lo que se presta a que haya una mejor comunicación del médico con el enfermo y con sus familiares.

*“El hecho de que el paciente tenga su médico tratante y que se establezca una relación médico – paciente muy personalizada y eso influye en que el médico tiene cierta obligación moral de ampliar y prepararlo siempre y cuando sea una muerte apremiante”*

- Es común que los pacientes que ingresan a un hospital privado costoso posean un seguro de gastos médico mayores o que la familia tenga una posición económica desahogada, lo que permite que se les pueda brindar con mayor facilidad los cuidados paliativos que requieren.

*“En el privado, las cuestiones giran 180 grados, el paciente tiene opciones tanto de terapia de contención como lo que sería un psicólogo o un tanatólogo para dar la noticia tanto a él como a los familiares, ya que la cuestión económica no es la limitante para dar los recursos necesarios para el paciente, dependiendo de su etapa clínica de cáncer”*

*“La diferencia es que en un hospital privado la gente acude porque tiene seguro de gastos médicos mayores, al tener este seguro el recurso está disponible”*

*“Si el paciente tiene un seguro, él si va a tener su enfermera, su cama, su propia habitación, cuidados paliativos, tanatólogo, clínica del dolor”*

- Sin embargo es importante señalar que dentro de la gama de hospitales privados, no todos tienen la misma disponibilidad de recursos en cuanto a tecnología y medicamento, lo que repercute en la calidad de atención de los enfermos terminales.

*“La disponibilidad de recursos en un hospital privado puede variar mucho entre uno y otro. No es lo mismo un hospital en grupo Ángeles del Pedregal si lo comparas con el hospital donde estoy, en el Obregón, que tiene recursos mucho más limitados que en otros. Definitivamente el insumo de medicamentos para enfermos terminales o tecnología no siempre está disponible para un enfermo terminal de igual modo en un hospital que en otro”*

*“En hospitales de una rama más baja no se conoce ni medicina del dolor, ni medicina paliativa, no hay un servicio de apoyo de tanatología”*

- El hecho de que los pacientes dispongan de seguro de gastos médicos mayores o una buena posición económica se presta a que en algunos casos se dé el ensañamiento u obstinación terapéutica, que consiste en aplicar métodos extraordinarios y desproporcionados, que por el grado de deterioro órgano - funcional no suministran algún beneficio al paciente y simplemente prolongan su agonía y sufrimiento.

*“A veces existe el ensañamiento médico. Nos ha tocado ver que los médicos tratantes, cuando hay una terapia nueva, dicen no hay respuesta con la quimio, hay que hacérsela, en vez de decirle está en fase terminal, lléveselo a pasear, que disfrute sus últimos días con calidad de vida”*

*“En el privado al paciente se le hace hasta lo imposible y a veces inclusive le dan falsas esperanzas, a lo mejor por buscar un beneficio económico”*

*“En el medio privado muchas veces se hacen esfuerzos innecesarios en algunos casos simplemente para seguir cobrando”*

*“Muchas veces en los privados, con tal de mantener al paciente más días, le hacen cosas que a veces ya no tienen caso”*

*“Tuvimos un caso que lo transfundieron más de cien veces, estuvo como seis o siete meses, lo metieron a cirugía como cuatro veces”*

- También favorece que los familiares se empeñen en que al paciente se le someta a tratamientos e intervenciones médicas innecesarias, con la esperanza de prolongar su vida.

*“Hay familiares que presionan mucho o no captan la idea de que su paciente está en fase terminal, que va a ser más el riesgo que el beneficio de ingresarlo a una terapia intensiva”*

*“Los familiares dicen que se les haga todo y uno dice ¿Qué va a ser todo para un señor de 95 años con pulmonía, con falla cardíaca, con falla renal?”*

## 4. Morir con dignidad y limitación del esfuerzo terapéutico

### 4.1 Significado de morir con dignidad

- Desde el punto de vista de los médicos, morir con dignidad es que el paciente terminal sin posibilidad de mejora tenga el derecho a decidir cómo quiere que sean sus últimos días y elegir si desea recibir o no tratamientos e intervenciones médicas, independientemente de la opinión o el deseo de médicos y familiares.

*“Morir con dignidad es morir de acuerdo a las decisiones que cada persona tome. Decisiones en relación a los tratamientos médicos que desea o no recibir, las decisiones en relación a cómo desea ser cuidado, en qué ámbito, si quiere ser cuidado en la casa o en el hospital. Las decisiones de cómo desea que sea el tratamiento de las crisis cuando haya síntomas de dolor, de falta de aire, de agitación”*

*“Yo creo que no escogemos cómo nacer, pero si podemos escoger cómo morir”*

*“Una muerte digna es que yo tenga la capacidad de decir que no me hagan nada, que respeten que yo quiero eso”*

*“El paciente debe tener la última palabra al morir”*

Se basan en el respeto al principio de autonomía de la bioética que contempla al paciente como un individuo autónomo, capaz de tomar sus propias decisiones sin interferencias de otros.

*“De acuerdo al principio de autonomía uno tiene derecho de decidir cómo pasar sus últimos momentos. El paciente tiene el derecho a decidir que no quiere más medicamento, que no quiere estar en un hospital y que se quiere ir a casa”*

*“Cada quien tiene derecho a tomar sus decisiones, no influir en sus decisiones, creo en la autonomía, porque nadie tiene derecho a decidir sobre uno”*

*“El principio de autonomía de todo individuo debe ser respetado y si él dice no me intuben, no se le hace”*

*“Respetar la dignidad del paciente, su autonomía, lo primordial es que uno debe de tener el derecho de escoger cómo morir”*

- *“Una buena muerte”* o *“calidad de muerte”* consiste en que el paciente muera sin dolor y sin sufrimiento en un ambiente de tranquilidad, acompañado de sus seres queridos.

*“Morir sin dolor o sin asfixia, rodeado de tu familia, en paz”*

*“Yo creo que morir con dignidad significa sin dolor, sin preocuparte, en un ambiente confortable para el mismo paciente y sus familiares”*

*“Un paciente sin dolor y en equilibrio con su familia y su ambiente”*

*“Para mí es que esté con calidad de vida, que no sufra, que no tenga dolor”*

- Para algunos médicos tanto a nivel personal como pensando en sus pacientes, lo ideal sería que la muerte ocurriera en el hogar, porque estaría en su ambiente con sus seres queridos y sin las incomodidades propias de un hospital.

*“Mi opinión personal sería mejor que falleciera en su casa un paciente y yo desearía eso para mi propia muerte y para la muerte mis cercanos”*

*“Si ya no tengo cura es irme a mi casa y estar con mi familia, disfrutar lo más que se pueda. No me gustaría morir en un hospital”*

*“Morir con tu gente, con la gente a la que le importas”*

*“Creo que el paciente que ya está en fase terminal es mejor darlo de alta por un máximo beneficio y que se vaya a casa, porque es como muy desgastante en lo físico, en lo emocional para la familia ir viendo poco a poco cómo se va desgastando y consumiendo a que la persona vaya y muera en su casa con una calidad digna”*

*“Su casa porque el olor, el entorno familiar, los espacios conocidos, los sabores si puede comer, son mucho más agradables que los del hospital”*

*“Mejor muere en casa con personas que sabe que lo aman de manera auténtica, rodeado de sus medios, de su cama, de su cobija, de su almohada, del olor de su casa, que en un hospital que es frío, que es ajeno”*

*“Morir en su casa con su familia, sin agujas, sin sentir que lo están vigilando, y regañando y no sentirse incómodo porque yo siento que es incómodo estar con una bata y no tener calzoncito”*

- Frente al hecho de que el enfermo terminal puede optar por la limitación del esfuerzo terapéutico, consideran que debe ser una decisión basada en información veraz y comprensible para él, de allí la importancia que tiene que el médico le comunique cuál es su estado y cómo va ser la evolución de su padecimiento en forma objetiva y clara.

*“Yo creo en que se dé su derecho al paciente terminal a saber y a decidir qué quiere hacer”*

*“El paciente tiene que estar consciente de lo que padece, tiene que estar consciente de adónde va su enfermedad y qué opciones tiene”*

*“Decirles que ahorita tal vez se encuentra bien pero que va llegar un momento donde va a requerir tal vez maniobras avanzadas, entubación y que el paciente decida si va a querer o no”*

*“Si el paciente está informado en cuanto a su patología, en la etapa en la que está, él es el que debería tomar la decisión”*

De igual modo, es fundamental que los familiares cuenten con esta información para que apoyen al paciente y emocionalmente se preparen para el desenlace.

*“Mientras uno se anticipe y les proponga posibles escenarios muy cercanos a la realidad del paciente, tanto al familiar como al paciente no van a tener esa ansiedad de no saber qué hacer sobre su posible futuro”*

*“Decir las cosas como están tal cual y ser muy explícito porque muchas veces mal interpretan y los familiares se agarran de cualquier esperanza. Si tú le dices que tiene un 1% de salir con la diálisis se agarran de ahí”*



*“Preparar a la familia tanto emocionalmente, como de qué va a pasar, se va a poner mal, no va poder respirar, el proceso de la muerte puede ser muy traumático para los familiares cuando no están preparados”*

Sin embargo, en un hospital público en Puebla señalan que desafortunadamente la apertura para informar verazmente sobre la situación real del paciente depende de la formación profesional e ideología de cada médico y en algunos casos no se brinda esta información de forma cabal.

*“El dar la información se confronta con la formación del médico y la escuela que lleves porque nosotros a pesar de ser médicos todos tenemos diversas ideologías y dependiendo de la escuela vas agarrando tu criterio”*

Por otro lado, algunos médicos que están estudiando su especialidad unos en una institución pública y otros en un hospital privado, mencionan que en la universidad no los prepararon para tratar con los enfermos terminales y sus familiares.

*“Nunca nos preparan para saber decir las cosas y muchas veces influye la forma en cómo lo dices al paciente o a los familiares, pueden mal interpretar muchas cosas, tenemos que tener la cabeza fría para saber transmitir ese tipo de información”*

Por otro lado, en un hospital público de Puebla, los residentes comentan que es difícil el trato con los familiares, ya que estos no comprenden la explicación del médico por su bajo nivel cultural o estado emocional, además los médicos disponen de poco tiempo para esta tarea, pues tienen una sobrecarga de trabajo.

*“Es muy pesado y es cansado estar lidiando con familiares que a la mejor vas a tener que explicarles diez veces por su nivel educativo que es una barrera muy importante y que entran en shock en ese momento y no te escuchan absolutamente nada, aunque tú ya les hayas dicho que probablemente en 7 días esté muerto”*

- La mayoría de los médicos consideran trascendental respetar la decisión del paciente agónico y evitar la obstinación o ensañamiento terapéutico, ya sea porque el médico tratante lo proponga o los familiares lo soliciten.

*“Evitar la obstinación terapéutica, por ejemplo un paciente con cáncer gástrico que está sangrando, ya está en etapa terminal y tiene un pronóstico pobre a corto plazo, a ese paciente aunque tú lo trasfundas va a seguir sangrando. Eso es prolongar algo inevitable”*

*“Ya no es calidad de vida tener tubos por todos lados y estar expuesto a cosas invasivas”*

En muchos casos los parientes son un obstáculo para cumplir con la decisión del paciente porque se resisten a aceptar que su familiar se está muriendo o esperan algún milagro, por lo que se empeñan en someterlo a cualquier tratamiento que les dé alguna esperanza, a costa del sufrimiento del enfermo.

*“Se complica con los familiares que se reúsan y resisten a la muerte y dicen háganle todo”*

*“Los familiares muchas veces tratan de hacer más cosas para prolongar la vida, como tratamientos que llevan consigo efectos secundarios como quimioterapias o transfusiones, aún en contra de la decisión del paciente”*

*“El esposo, los hijos, se sienten con el derecho fundamentado en la fe de que se va a mejorar, por lo que están de que lo llevo para acá, lo llevo para allá, lo llevo hasta con el chamán”*

*“La tendencia religiosa en Puebla de pensar que un milagro puede cambiar la historia natural de una evolución terminal”*

Algunos médicos comentan que hay parientes que tienen sentimientos de culpa debido a que afectivamente han estado alejados del enfermo terminal y para resarcir su falta, exigen que se le hagan tratamientos innecesarios.

*“Es muy común en la sociedad mexicana, cuando es el caso de alguno de los padres, que algún hijo que estuvo lejano a la convivencia familiar cotidiana, llega como pretendiendo justificar el que no estuvo cerca de ellos y exige que se haga lo imposible y pretende tomar la batuta”*

*“Llega el familiar que no sabe la situación y automáticamente pasa algo que se llama culpa, busca soslayar la falta de atención hacia su familiar que tiene cáncer y quiere buscar múltiples tratamientos que están fuera de lugar, desvía a la familia inyectando una esperanza falsa que es donde los médicos también abusan”*

*“El hijo que vive y lleva 40 años en Estados Unidos quiere que se le hagan veinte mil cosas a su mamá y entre más abandonado tienen a la persona más culpas, más exigentes y más demandantes. Yo creo que esas son las personas que más tienden al ensañamiento terapéutico”*

*“El familiar lo que quiere es tenerlo ahí, como esté, es para no sentir remordimiento”*

- En contra parte, algunos médicos opinan que los familiares directos de un paciente que se encuentra en estado inconsciente irreversible o que por efecto de la enfermedad ha perdido sus capacidades, tienen derecho a solicitar la suspensión del tratamiento que lo mantiene de manera artificial con vida para que fallezca de forma natural, pues son ellos los que tienen la carga emocional y económica.

*“Sí porque son sufrimientos para los familiares, para el entorno familiar. El paciente ni cuenta se da, está sedado, está entubado, está respirando con una máquina artificial, está siendo alimentado de forma artificial. Los que están llevando la carga de esa situación son los familiares”*

*“Pedir que no lo intuben no es matarlo porque sigue su proceso natural”*

*“Es un gasto para la familia, imagínese tener ahí al vegetal durante dos o tres años, lo que implica en cuanto a desgaste emocional, desgaste económico porque alguien te tiene que cuidar”*

Varios médicos aclaran que la Ley General de Salud contempla esta situación y establece la jerarquía de los familiares directos que pueden tomar este tipo de decisiones.

*“Cuando ya no es capaz y competente se genera de acuerdo al orden que la ley General de Salud designa la jerarquía de decisión. La ley dice que se le pregunte si están presentes en vida al cónyuge antes que a los padres, después al papá y si no estuviera presente a la mamá y si no estuviera presente al hermano mayor varón”*

*“El cónyuge o aunque no esté casado, la pareja o concubino tiene la decisión desde el punto de vista legal. En el caso de los menores son los padres y en ausencia de los padres un tutor nombrado”*

*“Cuando un paciente pierde su autonomía, es decir que no es capaz de decidir porque por ejemplo tiene una enfermedad que interfiera con sus capacidades, pues legalmente al que le corresponde tomar esa decisión es a la persona responsable legal, que en este caso sería el esposo, el papá, la mamá”*

- Varios médicos aclaran que los familiares no tienen derecho a solicitar que quiten el respirador cuando el paciente está intubado porque es un acto ilegal.

*“El familiar no tiene derecho a pedir que le retiren el respirador porque eso es ilegal”*

*“Legalmente en México no se puede, el médico se iría a la cárcel”*

*“Apagar un ventilador o retirar el tubo es ilegal y me lo han pedido familiares y no lo he hecho”*

*“No podemos suspender el ventilador, legalmente no. Un paciente que está con tubo no lo puedes extubar aunque ya sabes que se va a morir”*

## 5. Opciones para evitar el sufrimiento del enfermo terminal que practican los médicos

En el caso de pacientes en etapa terminal, la mayoría de los médicos participantes están de acuerdo con la práctica de:

### 5.1 Cuidados paliativos

Otorgar cuidados paliativos a los enfermos en etapa terminal para dar mejor “*calidad de muerte*”, al aliviar el dolor, los síntomas de su enfermedad y la angustia que les provoca el saber que se aproxima su muerte.

*“Apoyar con cuidados paliativos es excelente porque implica una serie de elementos que van a permitir acompañar a la persona a un final que es inminente, pero que debe ser con dignidad y de la mejor manera posible”*

*“El fin es dar mejor calidad de muerte, que la persona viva sus últimos días dignamente, brindar confort”*

*“Hay toda una especialidad hoy en día que se llama servicios paliativos. Son anestesiólogos o internistas que hacen esta especialidad en donde su función es nutrir, mejorar las condiciones generales del paciente, pero no están atacando el problema de fondo, porque este es incurable”*

*“Se busca el manejo del dolor, náuseas, vómito, fatiga, insomnio, estreñimiento, diarrea, problemas con intolerancia de la vía oral y de la depresión”*

*“Gente con cáncer de mama o metástasis respiran con mucho dolor, gritan de dolor, lloran de dolor, entonces dices que no puede ser que alguien viva así en sus últimos días. Hay que darle cuidado paliativo, manejo del dolor, colocarle una sonda gástrica. Hay gente que no puede dormir, también darle su hipnosis”*

Algunos médicos creen que lo ideal sería que todos los enfermos terminales tuvieran acceso a este tipo de cuidados para que tuvieran una muerte digna, sin embargo están conscientes de que es difícil que en las instituciones públicas se puedan brindar y no se cuenta con este servicio en muchos hospitales privados.

*“Los cuidados paliativos son extremadamente importantes, si ya no puedes ofrecerles por lo menos el alivio de su enfermedad, por lo menos aliviar su sufrimiento, debe ser la norma que todos los médicos debemos buscar”*

*“Los cuidados paliativos se les debería hacer a todos, por lo menos les permite morir sin dolor”*

*“No se hacen en las instituciones como el IMSS, es difícil encontrar algún analgésico opioide que uno pueda dar, lo tienen a la mejor en el cuadro básico, pero realmente no lo tienen en existencia para dárselo al paciente”*

*“Acá nosotros no tenemos una unidad de cuidados paliativos o de algología y el manejo del dolor y los cuidados paliativos no los podemos hacer”*

## **5.2 Sedación**

La mayoría de los médicos hacen la distinción entre sedación paliativa y terminal. Señalan que hay una línea muy fina entre la que es paliativa y la que es terminal, porque esta última adelanta la muerte, ya que es difícil controlar que el paciente no entre en paro respiratorio.

*“Digamos que la línea entre que adelanta o no adelanta la muerte es muy tenue. Lo que pasa es que mantenerlo todavía sin que haya afección a funciones vitales, no es muy sencillo. Uno lo seda y a veces el paciente después de unos minutos o una hora o dos horas, deja de respirar por la sedación”*

En forma aislada, un médico comenta que para evitar que la sedación provoque el paro respiratorio en el paciente, simultáneamente se le coloca un soporte respiratorio.

*“Estos pacientes deben tener un soporte respiratorio simultáneo para que no sea la razón del problema respiratorio el que condicione la muerte, el paciente va a seguir respirando, va a estar en estado de inconsciencia y va a tener analgesia”*

Algunos médicos aprueban solo la sedación paliativa, ya que se aplica con el fin de que el paciente no pase por la angustia de sentir que se está muriendo, al evitar el dolor o controlar otros síntomas como la asfixia.

*“Estoy muy a favor de la sedación paliativa porque ver morir a alguien asfixiándose es horrible. Pero sí que quede muy claro que sedación paliativa no es lo mismo que eutanasia”*

*“La sedación paliativa es cuando un paciente se encuentra en una enfermedad terminal con un pronóstico pobre a corto plazo que tiene un síntoma refractario. Es un síntoma que la única forma para controlarlo es que intervengas con el estado de consciencia, entonces por eso lo tienes que sedar”*

*“Sabemos que se va a morir, que está en muy malas condiciones, que tiene mucho dolor, sabemos que no responde a analgésicos, entonces por qué no manejar una sedación continua”*

Otros que sí están de acuerdo con la sedación terminal, plantean que no se maneja como eutanasia porque la intención no es acortar la vida, la muerte se da cuando el enfermo deja de respirar, por lo que no tiene repercusiones legales.

*“No se tienen problemas legales porque no se maneja como eutanasia, se maneja como una sedación para tratar el síntoma de angustia, de ahogo”*

*“La sedación no te está condicionando la muerte, lo que llega a suceder es que como la gran mayoría de los medicamentos tienen efecto sobre el centro nervioso y te relajas tanto que se te olvida respirar y la muerte es porque dejaste de respirar”*

*“Sedación terminal para gente que tiene un problema que le está ocasionando sensación de ahogo, es decir un problema pulmonar que hace que el paciente entre en asfixia es una indicación”*

*“En caso de una hemorragia incontrolable y que no se pueda operar o hacer alguna otra maniobra, sería una indicación de sedación terminal para que el paciente no sienta la angustia de sentir que se está muriendo”*

## 5.3 Limitación del esfuerzo terapéutico

### 5.3.1 Por decisión del enfermo terminal

Predomina que los médicos estén de acuerdo en que a petición expresa del propio paciente, no se suministre tratamientos y/o medicamentos o no se le dé reanimación en el caso de que llegue a necesitarla, para no prolongar su agonía

*“Si alguien tiene muy pocas posibilidades de vivir, no hay ninguna razón para prolongar el sufrimiento y mantenerlos con un ventilador o ponerles nutrición por la vena”*

*“Si el paciente expresa su deseo de no tener algún manejo que pudiera prolongar esta fase terminal creo que es algo razonable, que debo aceptar”*

*“No entrar a reanimar a una persona que tiene un cáncer terminal, que ha estado sufriendo, que está desnutrido, ya está en muy malas condiciones sí se le da esa opción”*

Algunos señalan que por el principio de autonomía del paciente se debe respetar su voluntad, a pesar de que en ocasiones la familia no esté de acuerdo. Y por lo general se documenta su decisión en el expediente clínico

*“Nosotros estamos obligados a respetar su decisión independientemente de la familia, respetar siempre la situación del paciente”*

*“El principio de autonomía de todo individuo debe ser respetado y si él dice: no me intuben, no se le hace”*

*“Si el paciente expresa el deseo de no reanimación en caso de que llegue a requerirse, se pone en el expediente una nota”*

La excepción son algunos residentes de un hospital público en la ciudad de Puebla, que manifiestan que aunque consideran “justo” que un paciente terminal pida que no lo entuben para no prolongar su sufrimiento, no respetarían su decisión por el temor a tener problemas de índole legal por demandas de los familiares.

*“No es justo que esté sufriendo, pero no se puede porque es omisión y el familiar te puede acusar”*



### 5.3.2 Por acuerdo con los familiares

Los médicos refieren que en el caso de un paciente en estado inconsciente o que por efecto de la enfermedad no está capacitado para tomar decisiones, se consulta con los familiares directos si están de acuerdo o no con que se le haga algún procedimiento como entubación o reanimación. Por lo general cuando el pariente no quiere que le apliquen estas medidas, se registra en el expediente o en la orden médica.

*“Si estamos artificialmente llevando a un enfermo a que esté con nosotros físicamente un día, dos días, una semana, un mes, un año, tres años ¿cuál es el beneficio? Ninguno para el enfermo, ni para los familiares, ni para el médico”*

*“Cuando está un paciente muy grave y ya inconsciente siempre se le plantea a la familia que en caso de que llegue el momento de entubación, si están de acuerdo o no en que se entube. Y si no están de acuerdo se pone en la orden médica no hacer maniobras”*

*“Se les explica y se hace por escrito en el expediente, se pone que el familiar ya no quiso que le hiciéramos la medida de reanimación”*

Aclaran que si el moribundo ya está entubado, el respirador se lo dejan en los parámetros mínimos.

*“Si el paciente ya tiene un ventilador, no damos ningún apoyo extra pues eso sería obstinarnos. Si mi paciente se le está bajando el oxígeno, generalmente lo que tú harías con un paciente que está en fase curativa, le subes a la fracción de oxígeno lo más que puedas. Aquí simplemente lo dejas a un parámetro normal, lo dejas en parámetros mínimos”*

*“Bajas parámetros de ventilador, bombas e infusiones que mantienen presión arterial. Los bajas pero no los desconectas”*

Solo se retira el respirador cuando se demuestra que hay muerte encefálica de acuerdo a lo que señala la Ley de Salud.

*“Si es muerte cerebral, yo estoy de acuerdo que el familiar lo solicite, o sea, que sea legal que se puede desconectar a ese paciente”*

*“En los artículos 394 y 395 de la Constitución Mexicana (en realidad lo estipula la Ley General de Salud en los artículos 343 y 344) rigen sobre la muerte encefálica, dicen que si una persona tiene muerte cerebral sí está muerto. Si yo tengo una demostración de que no va a despertar una persona porque está en estado de muerte cerebral, ese paciente está muerto legalmente, incluso para exhibir una acta de defunción y se puede apagar el aparato”*

*“Si está un paciente inconsciente sin posibilidad de recuperación, lo primero que hay que hacer es demostrar que está muerto encefálicamente”*

*“Hay varios protocolos bien establecidos en México para demostrar la muerte cerebral, haces una prueba con el ventilador, mides el bicarbonato en sangre o haces una angioresonancia, ves el flujo que hay en el cerebro”*

## 6. Postura de los médicos participantes ante la limitación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia

### 6.1 Actitud ante la limitación del esfuerzo terapéutico

Como se observa en el capítulo anterior, la mayoría de los médicos participantes en el estudio no cuestionan el no prolongar la vida del enfermo terminal por medios que ya no son curativos a petición del paciente o de sus familiares directos, ya que no los confronta con su moral y valores éticos.

*“Uno de nuestros principios es procurar la vida, sin embargo tenemos que individualizar las situaciones, si un paciente en un contexto de cáncer en estados finales, que ya no hay nada que hacer, estoy totalmente de acuerdo en que el paciente tome la decisión”*

*“Un paciente grave, que se va a prolongar y prolongar la agonía, yo si sería de quitarle el apoyo, bajarle las amins, mantener la presión y que se vaya tranquilo”*

La excepción son algunos residentes de un hospital público de la ciudad de Puebla que no están de acuerdo con llevar a cabo esta práctica aun en contra de la voluntad del enfermo, por temor a tener problemas legales por denuncias de los familiares y desprestigiarse profesionalmente.

*“Puede exigir, pero nosotros no lo vamos a hacer para no meternos en problemas, o sea, nadie se va a meter a la cárcel gratis y por alguien que ni conoces”*

*“El familiar puede ir al ministerio público y ya tuviste que pagar a un abogado, ya perdiste tu prestigio porque estás en los juzgados y te critican sin saber”*

En forma aislada, también en Puebla, una anestesióloga se muestra dudosa respecto a la conveniencia de aplicar la limitación del esfuerzo terapéutico, pues considera que en ocasiones la misma enfermedad no permite al paciente discernir con claridad las consecuencias de esta decisión.

*“Es muy complejo, al paciente muchas veces la misma enfermedad no le permite ver las opciones y yo no me voy a quedar callada, yo tengo que hablar con él de las consecuencias de una decisión para que el paciente esté enterado y sus familiares también”*

## **6.2 Posición ante la eutanasia y el suicidio médicamente asistido**

La eutanasia entendida como la acción por medio de la cual el médico pone fin a la vida de un paciente que no tiene posibilidad de mejora, sin dolor y a petición de este, así como el suicidio médicamente asistido el cual consiste en que el propio paciente realice la acción que le causa la muerte con los medios que le proporcione el médico, genera posturas encontradas entre los médicos.

### **6.2.1 A favor de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido:**

Los médicos que están a favor de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido creen que los pacientes terminales tienen el derecho a decidir acortar su vida. La mayoría lo justifica porque es para acabar con el sufrimiento emocional y físico del moribundo para que tenga una muerte digna, así como para evitar el desgaste de la familia. La condición es que sea la decisión del paciente en pleno uso de sus facultades mentales.

*“Está justificado el uso de medicamentos que puedan acelerar el proceso de muerte, siempre y cuando sea para disminuir el dolor o para disminuir la sintomatología”*

*“Hay pacientes que no merecen tener esa agonía. Es muy indigno que no se pueda hacer nada y los parientes vean lo triste de su desgaste”*

*“Yo si estaría a favor porque reitero si está ya en una etapa terminal, si pudiera ser una alternativa sana, desde mi punto de vista, para acortar su sufrimiento”*

Una minoría\* va más allá, considera que no solo se debe aplicar en enfermos terminales, sino también en aquellos casos en que el paciente ya no puede valerse por sí mismos ni para realizar las funciones más básicas.

*\*(Respuesta espontánea que no estaba contemplada en la Guía de Tópicos)*

*“Si el paciente pidiera que se le acortara la vida para no llegar a esta fase de pérdida de la dignidad de no valerse por sí mismo y que ya no puede moverse y que tienen que estarlo limpiando, yo estaría de acuerdo”*

*“Yo estoy a favor porque como médicos que nos toca ver pacientes que están en condiciones infrahumanas y que si ellos pudieran hacerlo lo harían, si tomarían esa decisión”*

*“Un paciente que le amputaron una pierna, que tiene un derrame, que no se puede mover, qué caso tiene estar vivo y estar como un mueble, yo sí estoy de acuerdo”*

De igual forma, algunos también visualizan a la eutanasia y el suicidio médicamente asistido como una opción para ellos mismos o para sus seres queridos.

*“Yo sí estoy de acuerdo, si yo me veo en una situación así, me gustaría que alguien me asistiera. Sería en el caso de que yo ya no sea autosuficiente, que ya no tenga la facultad de decidir, que no me pueda mover, que tenga mucho dolor, que no pueda comer y que ya sea un mueble más”*

*“Si voy a ser una carga, sí estoy de acuerdo con la eutanasia”*

*“Yo sí estaría de acuerdo con la eutanasia totalmente, a mí no me gustaría tener una agonía prolongada porque mi corazón todavía resiste. A mí no me gustaría ver así ni a mi madre, a mi padre y a mis hermanos”*

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido no lo visualizan como un homicidio porque la finalidad es ayudar a un paciente agónico que decidió libremente acortar su vida para no seguir sufriendo, ni ser una carga para sus familiares.

*“Sí vamos a acelerar el proceso de muerte, pero no significa que estemos terminando con la vida con ese fin. Es distinto y es importante, es el principio de no maleficencia, que es muy importante, tu intención siempre tiene que ser cuidar al paciente, no tenerlo con dolor, darle las condiciones de confort, que no esté sufriendo, que no se esté ahogando y si necesitamos hacer uso de medicamentos que aceleren el proceso de muerte, está justificado”*

Algunos expresan que en su caso personal, prefieren el suicidio médicamente asistido para que el paciente o un familiar lo aplique, porque no quieren violar la ley.

*“Tendría que escuchar las razones por las que me lo pide y trataría de diferir esta conducta por lo menos 4 o 5 semanas para ver otros elementos que están llevándolo a tomar esta decisión. No descarto la posibilidad de hacerlo, pero definitivamente el paciente tendría que estar en una condición de terminalidad y tendría que estar en condición de aplicarse él mismo el fármaco porque para mí sería difícil violar la ley si soy yo el que lo aplico”*

*“Yo estaría más de acuerdo en que el paciente o la familia fuera el que aplicara el medicamento. Es muy fácil, uno puede poner el aditamento y que ellos nada más abran la llave. Decirles si ustedes lo deciden, agreguen el suero donde va el medicamento”*

### **6.2.2. En contra de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido**

En la ciudad de Puebla en forma aislada, unos médicos reaccionan al concepto de eutanasia en forma defensiva y un tanto agresiva.

*“No estoy de acuerdo porque no lo voy a matar, ni le voy a proporcionar los medios para que él lo tome, si él lo quiere tomar que él lo consiga”*

*“Yo estoy de acuerdo que lo haga si él quiere, si él se quiere asfixiar que lo haga, que si se quiere ahorcar, que lo haga”*

*“Pues que le diga a sus familiares, hay muchas formas que no son médicas para quitarte la vida”*

Tanto en el Distrito Federal como en Puebla, la mayoría de los médicos que no están de acuerdo con la eutanasia y el suicidio médicamente asistido basan su postura en diferentes motivos:

- La eutanasia va contra los principios de la religión católica que profesan, consideran que ninguna persona es dueña de su vida y tampoco tiene derecho de acortar la vida de otro porque es un homicidio.

*“Yo no la he practicado ni la practicaría, se basa en mi convicción religiosa”*

*“Estoy en contra de la eutanasia porque yo creo que nadie somos dueños de nuestra vida”*

*“Soy católica y estoy convencida de que la vida tiene un valor y además que yo no tengo injerencia en la vida de otra persona”*

*“No estoy de acuerdo, yo creo que es algo como personal, algo como religioso más bien, soy católica. Yo creo que uno no tiene derecho de matar a alguien, aunque sea con buenas intenciones”*

*“Pues también por la religión, la mayoría de aquí sí somos católicos o creyentes y de forma personal así pienso yo”*

*“Mi punto de vista es que el cuerpo humano tiene sus funciones y nosotros no hicimos que eso funcione, son parte de un proceso que se dio desde la fecundación y ahí está que sea delito matar, quitar la vida a alguien”*

- Va contra su ética personal y profesional el atentar contra la vida de los pacientes.

*“Como médico lo que estás buscando es la preservación de la vida”*

*“No me gustaría decir que yo maté a una persona directamente, siempre ha sido el deber del médico apoyarlos para que salgan adelante, sería como mancharte las manos con su muerte”*

*“Como médico tú siempre procuras la vida, entonces de pronto como que hacer algo que es lo contrario, yo creo que ahí es donde nos pesa”*

*“Darle una pastilla y decirle que se la tome así y él solito va a terminar con su vida, no, porque va en contra de mi ética y como persona, no sé si exista un Dios pero yo creo que nosotros no hemos sido capaces de crear la vida como tal y que no tenemos el derecho de quitarla”*

- Consideran que no deben involucrarse en casos de eutanasia o suicidio médicamente asistido porque los visualizan como un asesinato y no están dispuestos a aceptar la responsabilidad y la culpa de acortar la vida de un paciente.

*“La responsabilidad de la muerte no recae en el médico, no podemos quitar la vida. Yo no pondría una sustancia para que se muera, es una responsabilidad que no voy a asumir”*

*“No estoy de acuerdo en que sea yo quien tenga que administrar el medicamento. No es mi responsabilidad, no es ni siquiera mi gusto, ni es para lo que estudié”*

*“Que no seamos nosotros, porque si no se queda uno con la culpa y nosotros ¿por qué?”*

*“Que no recaiga la responsabilidad del médico en matar al paciente, yo no quiero tener esa carga en mí”*

*“La responsabilidad sería compartida y yo no tengo por qué compartir la responsabilidad ni como médico, ni como persona, ni como mexicana”*

- La eutanasia no es necesaria porque existen otras opciones para evitar el dolor y sufrimiento del paciente agonizante.

*“No es que la eutanasia sea lo peor de este mundo, sino que no es la única opción. Si no existieran cuidados paliativos y un paciente estuviera asfixiándose, a la mejor yo sí estaría en pro, pero como ya existe la sedación paliativa, el control de síntomas, ya nos quedan muchas opciones como para decir no a la eutanasia”*

*“No estoy de acuerdo con la eutanasia, a la mejor yo me encargaría más de orientarlo en cuanto a decirle que le puedo dar los medicamentos para el dolor, te voy a dar para que no te sientas deprimido y que no sientas esa ansiedad de querer morir”*

- Un médico cree que un enfermo en etapa terminal no tiene la capacidad de juicio para tomar la determinación de que le acorten la vida.

*“Creo que la persona que se enfrenta a una enfermedad terminal no está completamente en capacidad de juicio, quien sabe si hubiera tomado la misma decisión en otro momento”*

- Otro médico opina que la muerte no debe adelantarse, tiene que ocurrir de manera natural cuando el organismo deja de funcionar.



*“Creo que las funciones fisiológicas tienen que terminar cuando el ciclo de la vida termine de manera natural. Y que muera cuando tienen que morir. Que la última respiración o la última neurona o la última molécula de oxígeno llegue cuando tiene que llegar”*

## 7. Frenos que impiden la aplicación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en México

- Reconocen que la legislación es el principal freno para practicar la eutanasia y el suicidio médicamente asistido porque están prohibidos en México y se tipifican como delitos.

En el Distrito Federal, algunos manifiestan que no obstante que el asistir al paciente al proporcionarle o aplicarle una dosis letal de algún fármaco es ilegal, en algunos casos se lleva a cabo en el hospital de manera solapada, para evitar problemas jurídicos al médico.

*“No se dice abiertamente pero se hace la eutanasia, es por la cuestión legal”*

*“Sí se hace, lo que se hace en el hospital es que se quita todo el soporte y se continúa con sedación. Se da analgesia, se induce al sueño, se quedan dormidos. Ellos no sufren”*

- Perciben como un obstáculo para acercarse y reflexionar seriamente sobre temas relacionados con el final de la vida el que culturalmente los mexicanos no nos preparamos para morir, a pesar de que nos agrada burlarnos de la muerte, porque es una forma de evadirla.

*“Hay mucho tabú porque esto es una cuestión cultural y desafortunadamente en México en general estamos muy en pañales, nos educan para vivir, pero no nos educan para morir, nos gusta mofarnos de la muerte, pero no nos gusta hablar de la muerte”*

- Asimismo, desde el punto de vista social, la eutanasia y el suicidio asistido es un tema muy controvertido en nuestro país, ya que existen opiniones polarizadas, para unos es un asesinato o un suicidio y otros los visualizan como “*un beneficio*” para el paciente terminal.

*“Estamos enfrentando tipos de pensamientos que pueden ser muy radicales a ambos extremos y muy difíciles de conciliar”*

*“Hay gente que dice que es como matar a alguien, lo ven como un asesinato cuando es un buen morir”*

*“Entre nosotros los médicos está satanizado inducir el sueño ¿cómo te lo vas a echar?”*

*“La gente sí ve como que muy ligada la idea de la eutanasia al suicidio”*

- Por otro lado, el juramento de Hipócrates no influye en la posición que tienen los médicos sobre la eutanasia, ya que se visualiza como algo tradicional en la ceremonia de graduación, pero no lo consideran un código de ética, ya que les parece obsoleto.

*“Honestamente yo ni me lo sé. Cuando te gradúas, sí lo mencionas y haces como el juramento que es algo tradicional pero básicamente tú como médico te vas a manejar en cuanto a tu ética, en cuanto a tu valores personales”*

*“El juramento de Hipócrates es una versión anticuada de una legislatura médica, es una tradición que se celebra pero es anticuada”*

*“Te gradúas y lees el juramento hipocrático en alto, es un situación ceremonial, pero no es un texto que te guíe en todas tus acciones”*

*“El juramento de Hipócrates es un requisito, no es que vayas totalmente con lo que dijiste, que ni me acuerdo cómo iba”*

## 8. Ley de Voluntad Anticipada

### 8.1. Médicos que están enterados de esta Ley

Los médicos que participaron en la ciudad de México y cuatro que laboran en la ciudad de Puebla están informados de que existe la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Unos la conocen con mayor profundidad que otros.

Los médicos están conscientes de esta Ley que permite que las personas expresen su voluntad de no someterse a procedimientos médicos que prolonguen de manera innecesaria la vida cuando estén en etapa terminal y que prohíbe el acortamiento intencional de la vida.

En Puebla, perciben que esta Ley libera a los parientes de la responsabilidad de tomar decisiones sobre los últimos días de un familiar en etapa terminal que esté incapacitado para tomar decisiones, pues el tener que tomar este tipo de determinaciones en muchos casos los abrumba y genera culpa.

*“La Ley rompe con paradigmas duros, va a aligerar todos esos sentimientos de culpa de mucha gente de que pude haber hecho esto o ¿por qué no hice esto?”*

En el Distrito Federal relatan que algunos pacientes que realizaron con anterioridad el trámite ante notario, lo presentan cuando ingresan en el hospital, para que el personal médico esté enterado de qué procedimientos no puede realizar.

*“Él firma y él dice que no quiere reanimación, no quiero entubación, no quiero nada. Se ingresa el paciente porque le dio una diarrea o se deshidrató, sabemos hasta dónde podemos llegar porque ya él muestra la hoja de Voluntad Anticipada”*

Asimismo, refieren que en el hospital en que trabajan a enfermos que “no son rescatables”, que están conscientes y que no desean que se les hagan ciertos procedimientos, se les explica que pueden expresar su

decisión a través de un documento legal, que está amparado por la Ley de Voluntad Anticipada. El documento firmado se guarda en el expediente del paciente.

*“Hay pacientes que tienen cáncer terminal con metástasis cerebral y todavía el paciente tiene la facultad de decidir qué es lo que quiere, en el hospital tenemos una hoja que se llama Hoja de Voluntad Anticipada. Es muy legal.”*

*“En el Distrito Federal, en las leyes se establece lo que se llama la muerte anticipada. Hay pacientes en estas circunstancias que se les explica qué es la muerte anticipada. Pacientes que no quieren llegar a la terapia intensiva, que no se quieren entubar, que no quieren permanecer en un estado de sostén tecnológico con ventiladores, con una serie de aparatos y sustancias, optan por firmar un documento en sus cabales”*

*“Lo que he visto es que médicos anestesiólogos, que son quienes tienen una clínica de dolor llenan este formato, se firma y de hecho se registra legalmente ante el gobierno del D.F.”*

## **8.2. Médicos que no estaban enterados de la existencia de esta Ley**

En Puebla, los residentes del hospital público y dos médicos desconocían que existiera legislación sobre este tema en el Distrito Federal. Antes de informarles sobre esta Ley, de manera espontánea algunos médicos habían comentado que se debería establecer oficialmente el que los enfermos terminales pudieran expresar su deseo de que no se les prolongara la vida, para cumplir con la voluntad del paciente y evitar posibles demandas de negligencia médica por parte de los parientes.

*“Que hubiera manera de decir de manera oficial que si te llega suceder esto, es tu decisión de que no quiero que me mantengan con un tubo y que me deteriore, yo prefiero que me desconectes y me dejes morir y dejarlo firmado”*

*“Realmente debería de regularse eso, para que nadie tuviera problemas, ni del lado del paciente, ni del lado de los médicos”*

*“Habría que hacer toda una maquinaria legal, médica y ética para poder apoyar al enfermo terminal con esa decisión”*

### 8.3. Opinión sobre la Ley de Voluntad Anticipada

A todos los médicos que participaron en el estudio se les proporcionó un resumen de esta Ley y se les pidió su opinión sobre su contenido y alcances. Ratificaron que el legitimar la limitación del esfuerzo terapéutico era una buena medida porque:

- Legaliza el derecho del paciente a decidir que no lo sometan a medios, tratamientos o procedimientos médicos que prolonguen su vida de manera innecesaria.

*“Está bien porque él que tiene que decidir es el paciente, él es el que tiene el derecho”*

- Proporciona la tranquilidad de que protege al médico contra demandas de los familiares, tema que les preocupa especialmente en la ciudad de Puebla.

*“Al final de cuentas si yo tengo cosas legales que me respalden, yo puedo actuar de forma más tranquila”*

*“Está excelente esta propuesta porque te protege legalmente”*

- Ayuda a frenar el ensañamiento terapéutico, porque el médico se ve obligado a respetar la voluntad del paciente de que no le apliquen tratamientos o procedimientos innecesarios.

*“Ayuda a frenar el ensañamiento, pues el médico tiene que respetar la voluntad del paciente”*

- A los que están en contra de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, les agrada que se especifique que esta Ley solo aplica para limitar el esfuerzo terapéutico y que está a favor de que a los enfermos terminales se le brinden cuidados paliativos.

*“Hay claridad en establecer que aquí no se permita ni faculta que por ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento de la vida, la provocación de la muerte de manera activa y directa y por otro lado no dejar sin las medidas mínimas ordinarias del tratamiento al paciente en la etapa terminal, los cuidados paliativos”*

- Concede al personal de salud, la libertad de excusarse de intervenir en la realización de la voluntad del paciente si va contra sus creencias religiosas o convicciones personales.

*“A mí me parece que está muy bien y sobre todo el punto de la objeción de conciencia, si es que el personal de salud por cuestiones personales o por religión o lo que sea, no quiere hacer uso de esta ley”*

*“Inclusive te protege religiosamente, dice que si no estás de acuerdo, te puedes hacer a un lado sin problema”*

*“Me parece muy bien que el personal de salud puede por cualquier convicción excusarse de intervenir en la realización, eso es muy importante porque no todos quieren involucrarse en eso”*

Conscientes de que era un resumen, se les preguntó qué términos deberían desglosarse más, con el fin de detectar cuáles son los puntos que consideran que deben estar muy claros en la redacción de una Ley de esta naturaleza. Mencionaron *“procedimientos médicos obstinados, desproporcionados, inútiles”, “prolongar de manera innecesaria su vida”, “enfermo terminal y etapa terminal”, “medidas mínimas ordinarias y tanatológicas”*.

*“Creo que los términos no quedan claros entre los médicos si no los has estudiado previamente. Es muy interpretativo todo esto, está ambiguo”*

*“¿Qué es obstinado, desproporcionado e inútil? Es algo que no está bien definido, debería definirse porque queda un poco a la interpretación del médico”*

*“Yo sería de la opinión que si van a utilizar el término procedimientos médicos obstinados, que sea muy claro, explicar qué cosa es, porque no sé en qué contexto estén usándolo”*

*“En procedimientos médicos obstinados o desproporcionados o inútiles, no sé si se dé por entendido transfusiones o antibióticos”*

*“¿Quién es un enfermo en etapa terminal? ¿A partir de cuándo lo es?”*

*“Todas las patologías de un enfermo en etapa terminal, ¿a qué se refiere con medidas mínimas ordinarias?, ¿sí le voy a poner suero o no se lo voy a poner?”*

*“¿Cuáles son las medidas tanatológicas?, esas no están descritas, ser específicos”*

Mencionan que esta Ley requiere de mayor difusión para que la conozca la sociedad y el gremio médico, con el fin de que los pacientes sepan que pueden ejercer su derecho de decidir si quiere o no la limitación del esfuerzo terapéutico cuando esté en etapa terminal de alguna enfermedad y que el personal de salud esté enterado de que está legalizado.

*“No es un documento que sea tan conocido, a la mejor lo que falta es un poco de conocimiento, de difusión”*

*“Uno tiene que tener el conocimiento de que existe de que se le puede proporcionar al paciente”*

La mayoría coincide en que la Ley de Voluntad Anticipada se debería aplicar en toda la República Mexicana y tener el carácter de Ley Federal.



## 9. Legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido

Entre los que están a favor de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, surgen tres posturas respecto a la conveniencia de legalizarlos en México.

### 9.1. A favor de la legalización

Algunos consideran necesario legitimar el derecho del paciente en estado terminal a solicitar la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, de esta forma los moribundos tendrían la libertad de elegir si desean o no que se le apliquen estas medidas.

*“Si tú no estás de acuerdo con la eutanasia, no te programes, ni a tu familia, pero si alguien más lo está solicitando y si en especial tú no estás viviendo la situación que ese paciente está viviendo, no lo limites”*

Opinan que el proyecto de ley no solo debe contemplar el aspecto médico, sino que se fundamente en principios bioéticos, aspectos filosóficos e incluso espirituales o religiosos. Por lo que proponen la formación de un grupo de personas que reúna estas características para elaborar la propuesta.

*“Lo adecuado es tener un buen proyecto bien sustentado, no solo por médicos, incluso hasta podrían invitar a personal religioso, filósofos”*

*“Sería fabuloso que se generen algunas estrategias que permitieran la muerte digna, el respeto a la autonomía del paciente y el propósito de la eutanasia desde un punto de vista perfectamente analizado en un comité de bioética”*

Por todos los riesgos que implica una ley relacionada con acortar la vida de los enfermos terminales, consideran esencial que la ley que se establezca, regule, controle y supervise todos los aspectos que implica su correcta aplicación.

*“Tiene que ser algo que debe estar muy regulado, muy controlado, supervisado por varias personas desde varios ángulos”*

Consideran que se deben instituir candados rigurosos para evitar que familiares o terceras personas con malas intenciones puedan aprovecharse de la corrupción que existe en México para deshacerse de alguien.

*“Yo creo que sí debe legalizarse, es cierto que es algo peligroso, por eso creo que deberán ponerse muchos candados para autorizar una decisión así”*

*“Hay casos en que los familiares tienen algún motivo secundario como herencias, desgraciadamente eso sí pasa”*

*“México es un país muy extraño en el cual las leyes no aplican igual para todas las personas, tenemos grupos como muy particulares que están en riesgo de que esto se pueda tomar muy a la ligera y de que de repente alguien pueda decir simplemente que ya se muera”*

Les preocupa en especial que se especifique claramente en qué situaciones sí va ser legal la eutanasia y en cuáles no.

*“Es muy difícil decidir en qué condiciones sí se requiere la eutanasia y en qué condiciones no, hay que tener muy definido en qué condiciones si amerita”*

*“Primero que se cumplan requisitos bien fundamentados de evidencia de enfermedad en etapa terminal, segundo que algún órgano vital está incompatible para continuar preservando la vida y tercero, dolor y sufrimiento”*

*“Se debería tomar en cuenta en primer lugar el pronóstico, hay cáncer que te puede matar en seis meses y hay cáncer que te puede matar en cuatro o cinco años”*

Pocos mencionan que habría que considerar si también puede aplicarse la eutanasia en enfermos que no están en etapa terminal pero que están en condiciones lamentables y que no pueden *“valerse por sí mismos”*

*“Pues para enfermedades en las que el paciente ya no tiene forma de valerse por sí mismo, recuerdo un caso de una paciente que tenía esclerosis lateral amiotrófica y son pacientes que nunca van a morir, pero tienen una condición muy fea en la que tienen ya úlceras, están postrados, ya no pueden ni siquiera abrir la boca para comer”*

Señalan que el enfermo debe estar en pleno uso de sus facultades mentales, por lo que es necesario que se le apliquen pruebas que lo avalen.

*“Su estado psicológico, es el estado cognitivo del paciente para que pueda tomar sus decisiones”*

*“El paciente debe pasar por un filtro, pasar por psicólogo, por psiquiatras”*

En el Distrito Federal algunos opinan que el legalizar la eutanasia evitaría que se siga aplicando de manera clandestina en forma “inhumana” como sucede en la actualidad.

*“No dar la espalda a este procedimiento porque se está haciendo de forma ilegal, de forma que a mí me parece inhumano, hasta vulgar la forma en la que se acaba con los pacientes en muchas ocasiones. Yo he visto casos en los que llegan a poner insulina, analgésicos”*

En forma aislada en Puebla, comentan que si se legaliza la eutanasia esta podría ser una opción que podrían tomar aquellos enfermos en etapa terminal de escasos recursos, que los han dado de alta las instituciones públicas porque no están en posibilidad de ofrecer los cuidados paliativos que requieren.

*“Qué es más inhumano, que las mismas instituciones públicas digan que a este paciente ya no le puede ofrecer nada y mandarlo a su casa y que pase por todo lo que es ese tormento que lo va a llevar a la muerte inevitable, pero de una manera vil, deshumanizada”*

## **9.2. En contra de la legalización**

En el Distrito Federal, unos pocos opinan que sería muy riesgoso legalizar la eutanasia y el suicidio médicamente asistido por la corrupción que existe en México, ya que se prestaría a abusos. Prefieren que se siga practicando de manera encubierta.

*“En un país corrupto como el nuestro, si legalizas la eutanasia va a ser un matadero”*

*“No estoy de acuerdo en que se haga legal, pero los casos en que algunos lo hacen, yo creo que son casos justificados”*

### **9.3. Priorizan el preparar al gremio médico y a la población antes de legislar la eutanasia**

Varios que están a favor de la eutanasia y el suicidio asistido, consideran que en este momento no es conveniente legalizarlos porque la sociedad no está preparada para dar este paso por falta de preparación e información.

*“En un mundo ideal debería ser legal, pero México no es un país preparado para esto”*

*“Yo estoy de acuerdo que en México no sea legal la eutanasia porque no es un país civilizado, no es un país preparado y no es un país en el que la gente tenga información”*

Sugieren que primero se promueva la cultura médica entre la población, y que se hagan esfuerzos por incrementar el conocimiento sobre bioética, eutanasia y tanatología en el gremio médico, para que ambos segmentos estén más enterados y más educados para entender y tomar decisiones relacionadas con la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

*“No sé si el país y el nivel educativo de médicos y ciudadanos permita que esto se haga en forma adecuada. Creo que para establecer una ley de eutanasia, se requiere un grado de cultura médica de la gente y preparación sobre bioética y eutanasia en los médicos”*

*“Debe ser más la preparación, no solamente a médicos, sino a toda la sociedad”*

*“Nunca estamos lo suficientemente preparados sobre esos temas de bioética, ética médica, tanatología y todo eso”*

*“Yo creo que eso es parte de la educación de los médicos que se debería dar desde la educación básica”*

*“Primero hay que educar a la gente porque si les llegas ahorita con que quieres hacer esto, ¡Uy! Va haber marchas”*

*“Tiene que haber una educación, hay que concientizar a los ciudadanos antes de intentar regularla, dando seminarios a población abierta”*

En forma aislada un oncólogo considera que se debe sensibilizar a los médicos que no tienen contacto directo con los enfermos terminales, por lo que recomienda que se efectúen seminarios de rotación.

*“Hacer seminarios de rotación, obligando al profesional de la salud a tener contacto con el paciente terminal, ya que un ginecólogo no conoce a una paciente con cáncer de mama, él la ha diagnosticado, pero no la enterra”*

Perciben importante utilizar el impacto que tienen los medios masivos de comunicación entre la población, para sensibilizarla sobre los conceptos de muerte digna, eutanasia y suicidio médicamente asistido.

*“Abrir un poco más a los medios masivos acerca de este tipo de conceptos de eutanasia, suicidio asistido, muerte digna porque si revisamos qué países tienen legalizada la eutanasia, vemos la brecha cultural con esos países. Nuestro país nada que ver con Suiza, Bélgica, Dinamarca, Holanda”*

*“Los mexicanos ven las novelas a las 8, hay poca gente que lee y la mayoría ve la tele, yo creo que deberían hacer una novela acerca de tanatología”*

El mismo oncólogo propone que se decrete el día de la muerte digna como en otros países que ya existe el día del paciente terminal.

*“Primero instauraría el día de la muerte digna, ya existe el día del paciente terminal en donde se reúnen para dar tópicos de estos temas, se hacen mesas de trabajo”*

En forma aislada, dos médicos opinan que para lograr que se legisle en México sobre la eutanasia es necesario presionar a los políticos y a los médicos.

*“Presionar para que esto se pueda hacer porque hay mucha ignorancia disfrazada de espiritualidad, en el sentido de que no hay que hacer nada, hasta que Dios nos lo quite y lo peor de todo es que dijéramos así piensan los pacientes, pero no, así piensan los políticos y muchos médicos”*

Uno de ellos se refiere directamente que hay que ejercer presión sobre la Secretaría de Salud y en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, dándoles a conocer lo que piensa la población sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

*“La solución es que se cambie la legislación, que se ejerza directamente el peso de este tipo de temas a la Secretaría de Salud y se muestra lo que pensamos la población. Presionar a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados”*

## Conclusiones

- La atención que se brinda a los enfermos terminales en la mayoría de las instituciones públicas es muy deficiente porque no se cuenta con la infraestructura y los recursos necesarios para brindar cuidados paliativos.
- No todos los hospitales privados cuentan con cuidados paliativos y no todos los enfermos terminales que se atienden a nivel particular, cuentan con el capital suficiente para solventar este tipo de servicio.
- Es más factible que se dé el ensañamiento terapéutico en hospitales privados entre los pacientes que disponen de seguros de gastos médicos mayores o una posición económica desahogada.
- Morir con dignidad para los médicos significa que el paciente terminal sin posibilidad de recuperación tenga el derecho a decidir cómo quiere que sean sus últimos días y pueda optar o no por la limitación del esfuerzo terapéutico, independientemente de la opinión de los médicos o de sus seres queridos.
- Dada la importancia que tiene el que el paciente esté bien informado para tomar una decisión de tal envergadura, es fundamental que el médico lo tenga al tanto del estatus y posible evolución de su enfermedad.
- La mayoría de los médicos no cuestionan la limitación del esfuerzo terapéutico a petición del paciente o sus familiares directos, ya que no se contrapone a su ética personal y forma parte de su práctica cotidiana, además de que cuentan con el respaldo de la Ley de Voluntad Anticipada en el Distrito Federal.
- En la ciudad de Puebla les gustaría que esta Ley se aplicara en toda la República Mexicana, ya que algunos médicos que trabajan en hospitales públicos muestran cierta preocupación, porque conocen casos de compañeros que han sido acusados de negligencia médica por familiares de pacientes.

- Los conceptos de eutanasia y suicidio médicamente asistido no son aprobados por todos los médicos. Aproximadamente la mitad está a favor, ya que los visualizan como un medio muy válido para acabar con el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales.
- No se observaron diferencias entre el Distrito Federal y la ciudad de Puebla, se detectan las mayores discrepancias de opinión entre:
  - Los médicos más experimentados que están en pro vs los residentes que están estudiando su especialidad.
  - Los médicos que están en contacto directo con enfermos terminales que en general están a favor de la eutanasia vs los que no tienen tanta interacción con este tipo de pacientes.
- Unos pocos consideran al suicidio médicamente asistido como una manera de terminar con la desdicha de aquellas personas que están en condiciones deplorables, que no están en peligro de muerte pero que no pueden valerse por sí mismas ni para las funciones más esenciales.
- Los principales argumentos que manejan los que están en contra de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son sus creencias religiosas, su ética personal y profesional y el no estar dispuestos a asumir la responsabilidad de acortar la vida de un paciente.
- Otros consideran que se puede evitar la eutanasia con los cuidados paliativos, sin pensar que la mayoría de la población no puede tener acceso a ellos por los altos costos que implican tanto para las instituciones públicas como para los pacientes que hacen uso de hospitales privados.
- Los principales frenos para la aplicación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido es la legislación actual y el temor a ser socialmente estigmatizados.



- Los que están a favor de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido opinan que se debe legalizar para que la ciudadanía tenga el derecho de decidir si quiere o no llevarla a la práctica en su caso personal.
- Algunos piensan que antes de dar este paso, se deben dar las condiciones para que la sociedad entienda lo que es morir con dignidad. Proponen promover la cultura médica en la sociedad y la preparación de los médicos en varios aspectos como la bioética, la tanatología y la eutanasia.