

ENCUESTA PILOTO COMPARATIVA DE OPINIÓN DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE EL SUICIDIO ASISTIDO EN UN HOSPITAL PRIVADO DEL DISTRITO FEDERAL

María de la Luz Casas, Luz María Pichardo¹
María del Carmen Manzano, Julio C. Torres, José Gómez Sánchez²

RESUMEN

Para conocer las opiniones del personal de salud respecto del suicidio asistido por médicos, se realizó una encuesta de opinión anónima y confidencial, tipo Likert, en un hospital privado del Distrito Federal. La población en la que se llevó a cabo constó de 99 personas, de las cuales 33 son médicos, 33 son enfermeras y 33 son estudiantes de Medicina. El manejo estadístico tuvo una distribución de dos colas de ji-cuadrado, con la determinación del coeficiente de error de Pearson. El resultado principal de la encuesta muestra una diferencia significativa entre las poblaciones de estudiantes, médicos y enfermeras respecto de la aplicación del suicidio asistido por razón de calidad de vida, al que favorecen estas últimas. En las conclusiones se apunta la necesidad de impulsar el manejo de cuidados paliativos a fin de aumentar la calidad de vida de los pacientes y con ello disminuir la demanda de eutanasia. Se señala que ella es antiética, según todos los códigos deontológicos mundiales, e ilegal en la mayoría de los países del mundo.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia, suicidio asistido, distanasia, ortotanasia.

ABSTRACT

In order to know the health staff's opinions about suicide assisted by doctors, an anonymous and confidential survey (Likert's style) was made in a private hospital at the Federal District. The target group consisted of 99 people like this: 33 doctors, 33 nurses and 33 students of Medicine. Statistic management was distributed between two tails of squared Ji, with the error coefficient of Pearson. The survey's main result shows a significant difference between students, doctors and nurses opinions regarding the application of assisted suicide because of the quality of life, which nurses support. In our conclusions we make notice the need to improve a palliative care in order to increase the patients' quality of life, as well as to decrease euthanasia demanding. According to every World Deontological Codes, it is non ethic; and according the most of countries in the world, it is not legal.

KEY WORDS: Euthanasia, assisted suicide, disthanasia, orthothanasia.

RESUMO

Num hospital privado do Distrito Federal foi realizada uma sondagem anônima e confidencial, tipo Likert, para conhecer as opiniões do pessoal de saúde quanto ao suicídio assistido por médicos. Na sondagem participaram 99 pessoas: 33 médicos, 33 enfermeiras e 33 estudantes de medicina. O manejo estatístico foi distribuído em duas colas de ji-quadrado com a determinação do coeficiente de erro de Pearson. O resultado principal amostrou uma diferença significativa entre as populações de estudantes, médicos e enfermeiras quanto à aplicação do suicídio assistido, por razões de qualidade de vida, apoiada pelas últimas. Nas conclusões se indica a necessidade de promover cuidados paliativos para incrementar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir a demanda de eutanásia. Desta, se diz que é antiética segundo os códigos deontológicos mundiais, e ilegal na maioria dos países do mundo.

PALAVRAS CHAVE: eutanásia, suicídio assistido, distanásia, ortotanasia.

¹ Respectivamente, jefe y profesora. Departamento de Bioética, Escuela de Medicina, Universidad Panamericana. México, D. F., México: Correos: mcasas@up.edu.mx / lpichard@up.edu.mx

² Estudiantes de IX semestre, Escuela de Medicina, Universidad Panamericana, México, D. F., México.
Correos: macmanzano@gmail.com; la_roja@hotmail.com; josegomezsm@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 29-11-2007
FECHA DE ACEPTACIÓN: 18-12-2007

INTRODUCCIÓN

La tecnificación de la vida, el pragmatismo y el liberalismo radical han encontrado en el suicidio asistido por médico (SAM) una forma de presentar la eutanasia como una medida médica que protege los derechos de autonomía de los pacientes. La eutanasia y el suicidio asistido son lo mismo, solamente en el segundo se señala la persona a cargo de la ejecución, pero en ambas se pretende lo mismo: “toda acción u omisión intencionada, dirigida a provocar la muerte de una persona con el fin de eliminar el dolor. La muerte se concibe como una liberación frente al sufrimiento” [1]. En el fondo de estos actos está la intención de justificar jurídica y éticamente [2] diferentes supuestos para que el personal de salud aplique, como si fuera parte de su praxis médica, la muerte a su paciente.

El mundo posmoderno occidental trata de enmarcar el suicidio asistido como un derecho individual, situado en el marco de la atención a la salud. Se trata además de concebirlo como un derecho humano, con base en la autonomía y la libertad, una facultad del enfermo terminal o incurable con situación vital insostenible para controlar el fin de su vida [3]. El acuñado “derecho a morir con dignidad” se ha hecho equivalente al suicidio y trata de que sea aceptado socialmente a fin de lograr una legislación favorable a este tipo de actos. Este resguardo jurídico es especialmente necesario si se requiere auxilio médico, ya que la intervención de terceros para el logro de la muerte está catalogada como homicidio en la mayoría de las legislaciones. Como argumento se ha utilizado el concepto de “calidad de vida”.

Una primera observación que se debe hacer a la expresión “calidad de vida” es que al agregar la palabra

“calidad” al valor “vida” se da a entender explícitamente que existen vidas de una menor o mayor calidad, con lo que se establece ya un criterio de diferenciación o discriminación [4]. Además existen en la práctica diferentes elementos constitutivos que obstaculizan definir adecuadamente este concepto, como: cuáles serían sus indicadores (por ejemplo, un coeficiente intelectual mínimo, auto-conciencia), quién debe establecer los parámetros de calidad de vida y cuál es la jerarquía que estos deben tener, de qué modo han de evaluar dichos parámetros. Esta falta de univocidad conduce irremisiblemente al subjetivismo. El concepto posmoderno de calidad de vida, basado en la autonomía irrestricta, se basa no solo en el acceso a bienes mínimos, sino en la relación deseos-preferencias, por tanto, subjetivista y de difícil evaluación.

La práctica de la Medicina es incompatible con la eutanasia; así lo afirman todas las declaraciones y juramentos médicos, desde el hipocrático, V siglos antes de Cristo, hasta el de la Asociación Médica Mundial, en nuestros días. Según la ONU, se registran 203 países en el mundo. En un período de 25 años, dos aceptan la legislación (Bélgica y Holanda) y el estado estadounidense de Oregon. Esto hace de la eutanasia una práctica de hecho minoritaria. El trabajo actual de sus promotores consiste precisamente en impulsar este pensamiento dentro de la cultura, a fin de proponerlo como un logro de la modernidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En estos últimos años se han presentado a la Cámara de Diputados mexicana una serie de iniciativas legislativas concernientes a la legalizar el suicidio asistido por médicos [5]. En nuestro país se carece de información

sobre las opiniones que el personal de salud pueda tener acerca del suicidio asistido. La eutanasia y el suicidio asistido es un delito en México [6]. Desde el punto de vista ético y deontológico, no hay ningún documento que apoye esta decisión [7].

Uno de los objetivos de este trabajo fue explorar la comprensión de las definiciones de suicidio asistido, eutanasia, sedación terminal, cuidados paliativos, a fin de que las respuestas no presentaran sesgo debido a la confusión de términos. Es importante para la sociedad, para el aparato jurídico y para las autoridades del sector salud conocer la opinión de médicos, enfermeras y estudiantes de Medicina sobre el suicidio asistido, con el fin de aportar argumentos al debate legislativo y educativo sobre este tema. Aunque la muestra no es representativa de la Ciudad de México, su metodología puede ser ampliada, pues la encuesta está validada y el análisis estadístico es adecuado para este tipo de muestra.

METODOLOGÍA

Encuesta cualitativa tipo Likert con muestra de $n = 100$ sujetos divididos en tres cuotas balanceadas, estudiantes de Medicina de IX semestre de la carrera, médicos y enfermeras de la misma institución hospitalaria privada del DF, no probabilística. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo, transversal. El cuestionario fue estructurado con piloto previo semejante a la muestra y se elaboró con 19 preguntas según la técnica de Rojas. La validación de los ítems del piloto fue comparativa de dos aplicaciones a la misma población, con lapso de un mes. Se tomaron como válidos aquellos ítems con un coeficiente de correla-

ción $> 0,7$. La encuesta fue anónima y voluntaria. Se contó con aprobación de los comités de ética de la investigación e investigación de ambas instituciones participantes.

RESULTADOS

El análisis preeliminar se realizó con cinco (5) niveles de respuesta para cada pregunta, los cuales fueron analizados mediante diagramas de frecuencias tipo pastel. Después del primer análisis se eliminaron las categorías de años de profesión, creencia religiosa y sexo, por no tener diferencias significativas que evaluar para las variables dependientes. Se enfocó el estudio en las diferencias de profesión, para las 19 preguntas. A partir de los resultados preliminares se llegó a la conclusión de que era suficiente con analizar tres niveles de respuesta haciendo una agrupación de las dos primeras y las dos últimas respuestas. Principalmente se vio que esto facilitaba la interpretación y que prácticamente la respuesta era la misma en ambos niveles. Se agruparon como nivel 1 las categorías A y B: "Totalmente de acuerdo" y "De acuerdo", y las categorías D y E: "En desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo", como nivel 3. El neutral se mantuvo como nivel 2 o intermedio. Todo lo cual facilitó considerablemente el análisis. Se volvieron a realizar los diagramas de frecuencias de gráficas tipo pastel para todas las preguntas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó la prueba de ji-cuadrado a pares de variables formados por la profesión como variable independiente, y cada una de las preguntas como variables depen-

dientes. Nuestro interés fue determinar a través del coeficiente de Pearson (p), la independencia o posible relación de las variables. El criterio de decisión fue una distribución de dos colas de la ji-cuadrado, con la determinación del coeficiente de error de Pearson menor de 0,05. Esta determinación no necesariamente demuestra una relación de causa-efecto. Se requieren análisis posteriores de otra índole para determinarlo. La encuesta contiene indicadores de conocimiento y de postura ante el suicidio asistido y actos médicos similares en las siguientes preguntas:

Tabla 1. Preguntas e indicadores.

1, 2, 3, 4,	Comprensión de definiciones
6,7,10,14,17	A favor de la eutanasia
8, 15, 16,	Contra la eutanasia
5, 18	Tratamiento innecesario (fútil)
9, 11, 12, 13,	Deontología e implementación del suicidio

Las *preguntas sobre definiciones* (1-4) no mostraron diferencias significativas entre grupos y fueron comprendidas en los tres grupos. Esto evita sesgo en las respuestas. En cuanto a las *preguntas a favor de SAM*, para las 6-7, su valor p de la prueba de ji-cuadrado es significativo: 0,021, con 4 grados de libertad, por lo que hay una ligera relación de la pregunta y las profesiones. No son independientes. Médicos y estudiantes están en contra del suicidio (promedio de grupos: 52%). El 66,7% de las enfermeras se muestra con mayor aceptación al suicidio asistido.

Tabla 2. Resultados

	Profesión	De acuerdo	Dudoso	En desacuerdo
Pregunta 1	Estoy de acuerdo con la siguiente definición de eutanasia: "Toda acción u omisión que provoque deliberadamente la muerte de un paciente con el fin de que no presente dolor o sufrimiento".			
	Médico	86,7	0	13,3
	Estudiante	84,8	9,1	6,1
	Enfermera	78,8	15,2	6,1
Pregunta 2	Estoy de acuerdo con la siguiente definición de sedación en pacientes terminales: "Es la administración de fármacos a pacientes terminales para evitarles dolor, aunque estos medicamentos les pudieran ocasionar una irreversible pérdida de conciencia y quizás depresión severa de los centros respiratorios. La intención de administrar fármacos no sería nunca ocasionar la muerte del paciente".			
	Médico	80,6	3,2	16,1
	Estudiante	63,6	18,2	18,2
	Enfermera	75	6,3	18,8
Pregunta 3	Los cuidados paliativos en pacientes terminales: "Cuando el paciente no responde a medidas terapéuticas, pueden utilizarse aquellas que puedan controlar dolor o sufrimiento, aceptando que el curso natural de su enfermedad será la muerte".			
	Médico	83,9	3,2	12,9
	Estudiante	93,9	6,1	0
	Enfermera	93,9	0	6,1
Pregunta 4	Ensañamiento terapéutico es: "Persistir en medidas que ya no pueden ser terapéuticas, en pacientes irreversibles".			
	Médico	64,5	29	6,5
	Estudiante	66,7	18,2	15,2
	Enfermera	74,2	12,9	12,9
Pregunta 5	No es ético continuar realizando medidas que ya no pueden ser terapéuticas en pacientes irreversibles.			
	Médico	61,3	25,8	12,9
	Estudiante	81,8	18,2	0
	Enfermera	66,7	9,1	24,2

Tabla 2. Resultados (continuación)

	Profesión	De acuerdo	Dudoso	En desacuerdo
Pregunta 6	Creo que es necesario, para evitar el sufrimiento del paciente, que el médico aplique cualquier medicamento, aunque directamente se provoque con ello la muerte del paciente.			
	Médico	16,1	22,6	61,3
	Estudiante	9,1	15,2	75,8
	Enfermera	24,2	15,2	60,6
Pregunta 7	Creo que es preferible la muerte del paciente a que este no tenga la calidad de vida que quiere.			
	Médico	25,8	19,4	54,8
	Estudiante	33,3	12,1	54,5
	Enfermera	66,7	15,2	18,2
Pregunta 8	Creo que nunca se deben aplicar medidas que provoquen directamente la muerte de un paciente aunque esté sufriendo.			
	MÉDICO	58,1	6,5	35,5
	ESTUDIANTE	66,7	12,1	21,2
	ENFERMERA	45,5	15,2	39,4
Pregunta 9	Sé que los códigos de ética para el personal de salud nunca están de acuerdo con la eutanasia ni con el SAM.			
	Médico	80,6	3,2	16,1
	Estudiante	81,8	3	15,2
	Enfermera	84,4	12,5	3,1
Pregunta 10	Estoy de acuerdo con que a las personas en estado de coma irreversible debería de aplicarse el SAM.			
	Médico	54,8	16,1	29
	Estudiante	33,3	9,1	57,6
	Enfermera	69,7	6,1	24,2
Pregunta 11	Considero que si en México se acepta el SAM debería de ser realizado por un médico.			
	Médico	48,4	19,4	32,3
	Estudiante	45,5	15,2	39,4
	Enfermera	75,8	12,1	12,1

	Profesión	De acuerdo	Dudoso	En desacuerdo
Pregunta 12	Considero que si en México se aplica el SAM debería de aplicarlo alguien ajeno al sector salud.			
	Médico	12,9	29	58,1
	Estudiante	9,1	15,2	75,8
	Enfermera	24,2	12,1	63,6
Pregunta 13	Considero que aceptar el SAM ocasionaría una devaluación de la profesión médica.			
	Médico	48,4	9,7	41,9
	Estudiante	57,6	21,2	21,2
	Enfermera	15,2	15,2	69,7
Pregunta 14	Considero que al paciente que solicita SAM, por no estar de acuerdo con su calidad de vida, se le debe de realizar.			
	Médico	58,1	6,5	35,3
	Estudiante	27,3	15,2	57,6
	Enfermera	78,8	6,1	15,2
Pregunta 15	Creo que la vida de una persona debe ser respetada hasta su fin y nunca aplicar SAM.			
	Médico	51,6	6,5	41,9
	Estudiante	57,6	30,3	12,1
	Enfermera	25	40,6	34,4
Pregunta 16	Creo que la consideración de sufrimiento por el paciente no es importante en la decisión de llevar a cabo el SAM.			
	Médico	19,4	25,8	54,8
	Estudiante	18,2	30,3	51,5
	Enfermera	12,1	30,3	57,6
Pregunta 17	Según mi criterio, estoy de acuerdo con que es preferible morir a vivir sin una calidad de vida adecuada.			
	Médico	45,2	16,1	38,7
	Estudiante	42,4	21,2	36,4
	Enfermera	75,8	15,2	9,1
Pregunta 18	Estoy de acuerdo con que el médico debe luchar por la vida del paciente hasta el último instante, aunque sea irrecuperable.			
	Médico	45,2	6,2	48,4
	Estudiante	60,6	9,1	30,3
	Enfermera	51,5	9,1	39,4

Para la pregunta 10, nuevamente los grupos se separan, los estudiantes se encuentran francamente contra el suicidio (57,6%), y médicos y enfermeras, mayoritariamente a favor. Acá el valor p de la prueba de ji-cuadrado es claramente significativo: 0,005, con 4 grados de libertad, por lo que hay una relación de la pregunta y las profesiones. Para la pregunta 14, nuevamente, médicos y enfermeras se encuentran a favor y 57,6% de los estudiantes en contra. En la pregunta 17, los grupos vuelven a separarse, y cuando la pregunta se hace en forma directa y dirigida en forma personal, estudiantes y médicos se encuentran a favor, en 42%, pero las enfermeras lo apoyan, en 75,8%.

Al respecto de las *preguntas contra SAM*, la 8 aparentemente no presenta diferencia significativa entre grupos, pero llama la atención que el estudiante está más en contra de la eutanasia que el médico y que la enfermera está más a favor de esta. Nuevamente los tres grupos, 60% en promedio, se sitúan contra el suicidio. Para la pregunta 15, el valor p de la prueba de ji-cuadrado es claramente significativo: 0,002 con 4 grados de libertad. Los estudiantes se declaran en contra del suicidio asistido, en 57,6%; las enfermeras están dudosas, en 40,6%, y a favor, en 34,4%. En cuanto a la pregunta 16, el sufrimiento para los tres grupos es causa importante para decidirse por el suicidio.

De las *preguntas sobre tratamiento fútil*, en la 5, los estudiantes están de acuerdo en 81,8% y los médicos y enfermeras también, pero en menor grado. En la 18, nuevamente las respuestas se encuentran en los dos polos. Los estudiantes mayoritariamente a favor, seguidos por las enfermeras. En las *preguntas sobre deontología e implementación de SAM*, la pregunta 9, sobre

deontología, también sitúa a los grupos en un marco de comprensión adecuada del problema. Todos saben que ningún código de ética permite SAM. Para la pregunta 11, las respuestas son opuestas: la mayoría de los tres grupos considera que debería ser aplicada por el médico. Médicos y estudiantes, en un promedio, 46%; y enfermeras, 75,8%. Casi 40% de los estudiantes consideran que no debería ser aplicada por médico. Para la pregunta 12: “Considero que si en México se aplica el SAM, debería de aplicarse por alguien ajeno al sector salud”, los tres grupos niegan esta posibilidad. Los estudiantes en especial, en un 75%. La pregunta 13 tuvo un valor p de la prueba de ji-cuadrado claramente significativo: 0,001, con 4 grados de libertad. Los estudiantes reconocen que aceptar SAM devaluaría su profesión (57,6%), no así las enfermeras, quienes consideran que no se devaluaría, en 69,7%.

ANÁLISIS

El diseño de la encuesta contó con preguntas dobles, con igual contenido, pero diferente redacción, a fin de probar congruencia interna de las respuestas. Con los análisis estadísticos realizados con la variable “Profesión” y los resultados de la encuesta, se puede deducir de las poblaciones de médicos, enfermeras y estudiantes de medicina lo siguiente:

- a. Que las tres profesiones tienen claros los conceptos sobre lo que es la eutanasia, los cuidados paliativos, los tratamientos innecesarios (fútiles) y la sedación terminal. Especialmente hubo un acuerdo entre las tres profesiones en los cuidados paliativos. Esto nos garantiza un buen grado de objetividad en las respuestas. No hay evidencia significativa de alguna

- dependencia que genere alguna tendencia o sesgo entre los tres grupos encuestados (las p de Pearson son altas para las preguntas 1-5, 9).
- b. De las preguntas cuya respuesta tiende a rechazar el suicidio asistido podemos deducir que sobre todo los estudiantes forman un grupo aparte de los otros dos. No aceptan la eutanasia y consideran que el suicidio asistido devaluaría la profesión médica, y se declaran abiertamente en contra.
 - c. Las enfermeras tiene la tendencia contraria: aceptan el suicidio asistido, pero no la eutanasia directa. Hay evidencia significativa ($p = 0,005$ y $0,01$) de las preguntas 13 y 15 con respecto a la tendencia independiente de los grupos de profesionistas contra la de los estudiantes.
 - d. En el caso de las preguntas que van a favor del suicidio asistido, el concepto de calidad de vida influye considerablemente, sobre todo en el grupo de las enfermeras. ($p = 0,0025$ y $0,0005$ de las preguntas 7 y 14), para decidir a favor, a diferencia de los otros dos grupos, especialmente el de los estudiantes. Al considerar la muerte con una disminución considerable de la calidad de vida, las enfermeras siguen decidiendo a favor del SAM, y aumenta la proporción de médicos y estudiantes, aunque no de manera considerable.
 - e. Lo mismo en el caso de pacientes en estado vegetativo persistente y coma irrecuperable, las enfermeras son las que más deciden por el SAM, agregándose aquí una buena proporción de médicos, lo cual nos da una p más alta ($p = 0,015$), en contraste con los estudiantes.
 - f. Especialmente se inclina el grupo de las enfermeras a que sea el médico el que realice el SAM. Pero cuando se les da la opción de que lo aplique alguien

ajeno a la profesión médica, todos evitan ser los que lo ejecuten.

- g. Los tres grupos coinciden en que la consideración del sufrimiento y de su eliminación tiene vital importancia para decidir sobre llevar a cabo el SAM. Esto es un indicador de uno de los factores primordiales que promueven el suicidio asistido.
- h. En varias respuestas se observa inconsistencia, especialmente entre la pregunta 6 y 10, así como hay división de las respuestas en dos polos, como sucede en las preguntas 11, 15, 17, lo cual denota la existencia de dos grupos de alta frecuencia con opinión diferente.

CONCLUSIONES

Se han publicado los resultados de cinco investigaciones patrocinadas por los gobiernos de cuatro países sobre las consecuencias de legalizar la eutanasia, con evidencias orales y escritas de una gran variedad de fuentes comunitarias y profesionales [8]. Todos ellos concluyeron que esa ley nunca podría liberarse de la probabilidad de que la vida de aquellos que no querían morir fuera puesta en peligro:

No importa con qué cuidado cualquier pauta sea encuadrada (el suicidio asistido y) la eutanasia será practicada a través del prisma de la desigualdad social y la discriminación que caracterizan la prestación de servicios en todos los segmentos de nuestra sociedad, incluyendo la asistencia médica. Las prácticas supondrán los mayores riesgos para los que son pobres, de edad avanzada, miembros de grupos minoritarios, o sin el acceso a un buen cuidado médico [9].

Es importante también señalar el informe del gobierno holandés sobre el suicidio asistido [10], que revela en un estudio efectuado por él mismo que en 1990 hubo 2.300 casos de eutanasia voluntaria a petición del interesado; 400 casos de suicidio asistido a petición de la familia y más de 1.000 casos de eutanasia sin una petición explícita. Agregados a estos 1.000 casos, el estudio encontró 4.941 casos donde los médicos administraron sobredosis de morfina letales, sin el consentimiento del paciente. Es así que la pendiente resbaladiza que señala el Dr. Gonzalo Herranz [7] y otros autores, es una realidad en el país que tiene más años de aplicación legal de la eutanasia.

Si bien los resultados de esta muestra coinciden con un estudio nacional [11] que concluye que 56% de los ciudadanos de México estaría de acuerdo con que existiera esta alternativa para quienes padecen enfermedades terminales, mientras que 42% lo desaprobaría. Son los jóvenes (de 18 a 29 años) y los ciudadanos con mayor escolaridad (secundaria, preparatoria y universidad) los que respaldan esta medida, en un 67% y 61%, respectivamente. Es así que, aunque la muestra es pequeña, parece ser congruente con las cifras nacionales.

En este trabajo, es significativo que todos los grupos comprenden las diferencias entre las definiciones y que existe una tendencia a favor de SAM relacionada con el trato directo del paciente. Las enfermeras conforman el grupo que más se encuentra en contacto con el sufrimiento y la calidad de vida del enfermo y esto impacta en su opinión sobre medidas eutanásicas. La calidad de vida ligada al dolor es el factor principal de esta decisión. Es obvio que la modificación de este fac-

tor podría ser decisiva para la disminución de demandas a favor de la eutanasia.

Centrarse en la eutanasia y el suicidio médicamente asistido significa dejar de poner esfuerzo en otras actividades, como serían [12]:

- Investigación y destino de recursos para enfermedades ahora crónicas o discapacitantes.
- Entrenamiento del personal de salud para que puedan mantener una mejor comunicación con los enfermos terminales.
- Mejor tratamiento del dolor, la anorexia, el insomnio, la fatiga y otros síntomas; y también mejor tratamiento de la depresión.

Todo ello llevaría al cambio de los fines propios de la Medicina hacia una deshumanización del ejercicio de la misma, falta de solidaridad, cosificación y costo de atención sobre el valor de la vida humana. El pretender que el suicidio asistido es una demanda de los pacientes queda claro en un artículo [13] sobre pacientes ancianos previamente tratados en una unidad de cuidados intensivos, a los que se les preguntó si estaban dispuestos a someterse nuevamente a un tratamiento en terapia intensiva:

- “Si el mismo prolongaba su vida de la mejor manera posible” durante 10 años. El 96% de los pacientes respondió que sí.
- El porcentaje permaneció alto cuando se les hizo la misma pregunta, pero reduciendo el tiempo a 5 años, 2 años, 1 año ó 6 meses.
- El 76% aun dijo sí, aunque se le prolongara la vida durante un solo mes.

Es así que el problema debe centrarse no en una medida falsa, como es el suicidio asistido, sino en afrontar de raíz los problemas de atención de los pacientes. En congruencia, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal) [14] considera que una gran parte de los pedidos de eutanasia estaba relacionada con la mala atención recibida en los centros de salud, ya que un porcentaje muy alto de los pacientes llegaban al hospital con depresión intensa, dolor mal controlado y abandono familiar. Oficialmente, la OMS [15] recomendó desde 1987 extrapolar los cuidados paliativos “a todas las personas que sufren”, recomendación que suscribe también la Asociación Médica Mundial [16].

Desde la perspectiva ética, los sentimientos, aunque sean genuinos e intensos, no son norma de moralidad [17], existen valores objetivos, como es el de la vida humana, que es universal y primario, además de ser un bien jurídico protegido. Las circunstancias, si bien deben ser tomadas en cuenta para juzgar los actos concretos, no son excluyentes de culpabilidad, ni ética ni jurídica. Históricamente, la eutanasia y el suicidio asistido no han sido considerados actos médicos, ni existe código ni declaración médica o de la enfermera que se manifieste a favor de actos eutanásicos.

En la actualidad, teóricamente, se cuenta con recursos científicos, psicológicos y sociales suficientes para poder dar a los pacientes terminales o irrecuperables una calidad de vida aceptable [18-19], falta

la voluntad política para encauzar recursos económicos, educativos y legislativos destinados a lograr eficacia en este campo. Es necesaria también una cultura social que reconozca a la persona digna desde la concepción hasta su muerte natural [20]. Sin una sociedad que sea solidaria y detente el valor de la vida, es muy difícil que las medidas institucionales por sí mismas tengan un impacto positivo en la calidad de vida de los enfermos. Las posturas pragmáticas o claramente utilitaristas favorecerán la aplicación de la eutanasia, en algunos casos por el coste en calidad de vida, en otros por un simple cálculo económico entre la eutanasia y los cuidados paliativos o hasta por el incremento en los pagos de jubilación, a veces insostenible por el Estado.

Este estudio piloto además señala la necesidad de conocer más a fondo las motivaciones, formación ética, compromiso moral, significado vocacional de las ciencias de la salud y en general los aspectos que influyen en estas poblaciones para pasar de la actitud de respeto a la vida de los estudiantes a la eutanásica de las enfermeras, así como estudiar una población numéricamente más significativa. Considerando estos factores, se aprecia la necesidad de promover de forma efectiva los cuidados paliativos integrales, así como la formación ética del personal de salud hacia posturas menos subjetivas y de mayor compromiso con aquel que sufre, aceptando las limitaciones y la muerte, como una parte natural de la vida humana, y la obligación del cuidado como práctica esencial de las ciencias de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado González M. La eutanasia. Aspectos éticos y jurídicos. Madrid; 1994. p. 14.
2. Toledano Toledano J. Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España. Barcelona; 1999. p. 105.
3. Martín Sánchez I. Bioética, religión y salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid; 2005. p. 261.
4. Ashley B. Healthcare Ethics. 3 Ed. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States; 1989. p. 2.
5. Iniciativa de decreto que reforma y adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, al Código Penal y el Código Civil ambos para el Distrito Federal. PRI. Dip. Armando Tonatihu González Case. Noviembre 2006.
6. Código Penal Federal, Artículo 312.
7. Herranz G. Ponencia. La ética profesional de los médicos ante la eutanasia y la ayuda médica al suicidio. VI Jornadas de Diálogo Filosófico. Universidad de Salamanca; 2007.
8. Select Committee on Medical Ethics, House of Lords, enero de 1994. Government Response to the Report of the Select Committee on Medical Ethics (Cm 2553, 1994); New York State Task Force on Life and Law. Euthanasia and Assisted Suicide in the Medical Context, mayo de 1994; US Suprema Corte Syllabus Washington et al. vs. Glucksberg et al., 26 de junio de 1997; El Senado de Canadá, Of Life and Death, junio de 1995; Community Development Committee, Parlamento de Tasmania, titulado The Need for Legislation on Voluntary Euthanasia, 1998. Social Development Committee, Parlamento de Australia del Sur, Report of the Inquiry into the Voluntary Euthanasia Bill 1996, octubre de 1999.
9. New York State Task Force on Life and Law. Euthanasia and Assisted Suicide in the Medical Context, mayo de 1994.
10. Physician Assisted Suicide and Euthanasia in the Netherlands: A Report of Chairman Charles T. Canady, at 12-13.
11. Mitofsky SA de CV. Consulta Mitofsky sobre eutanasia. Periódico Reforma. 16 de mayo de 2005.
12. Wal G. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. N Eng J of Med; 1996:335.
13. Danis et al. Patient Preference for Med. I.C.U. JAMA, 1988 agosto 12; 260(6):797-802.
14. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. 2005. <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dos>
15. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Ginebra, 1990.
16. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre la Eutanasia. Madrid, 1987.
17. Sgreccia E. Manual de Bioética. México: Diana/Anahuac; 2002. p. 65.
18. Morales Estrada A, Cortés Gallo G. Encuesta de actitudes médicas ante el paciente terminal. Rev Invest Clin; 1997; 49(6):497-500.
19. Emarmel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. Ann Intem Med; 2000 Mar 21;132(6):451-9.
20. Polaino-Lorente A. Manual de Bioética. Madrid: Rialp, 1994. p. 39.