



PROGRAMA

**Miércoles 29 de octubre 2014
19:00 horas**

Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

SIMPOSIO

Debate en torno a la muerte asistida

Introducción

Enrique Ruelas Barajas
Jose Ramón Cossio Diaz

Ruta crítica del sistema penal en relación con la muerte asistida
Miguel Enrique Sanchez Frias*

Papel del médico ante una solicitud de muerte asistida
Juan Wolfgang Zinser Sierra*

Perspectiva institucional ante una solicitud de muerte asistida
Julio Sotelo Morales

Experiencia en derecho comparado sobre muerte asistida
William J. Winislade*

Discusión

*Por invitación



Inicia la sesión en punto de las 19:00 hrs. con la presentación del video de Protección Civil. A continuación el Dr. Enrique Ruelas Barajas menciona la estrecha colaboración entre la Academia Nacional de Medicina con la Suprema Corte de Justicia Nacional enfatizando el ingreso del Dr. Cossio como miembro asociado de la ANM así como la creación e impartición de seminarios conjuntos en el contexto leyes/medicina, objetivo del presente simposio. Comenta los temas y ponentes incluyendo el *curriculum vitae* del Dr. Winislade destacando su expertis en la medicina, leyes y filosofía.

En seguida el Dr. Miguel Enrique Sánchez Frías habla sobre el tema “*Ruta crítica del sistema penal en relación con la muerte asistida*” quien comienza mencionando que la muerte asistida, se nombra en la ley como eutanasia activa pero es para sancionarla y hace una analogía del homicidio que se considera como privación de la vida de cualquier persona. Con la eutanasia también podría ser la privación de la vida, por lo que se entra en debate si el poder jurídico es propio donde la persona puede disponer de su propia vida, lo que sucede en homicidio. Es así que se entra en conflicto cuando un médico interviene para la muerte asistida por petición del paciente. Hace referencia al artículo 312 del Código Penal Federal donde se impone una sanción de hasta 5 años a aquella persona que ayude a otra para que se suicide. En cuanto a la ley en el DF existe un artículo (127) donde también se da una penalización de 2 a 5 años a aquellos que priven la vida a otro por petición expresa libre mediando razones humanitarias y en fase terminal. En cuanto a la Ley General de Salud incluye cuidados paliativos, pero no autoriza la eutanasia. Continúa mencionando otro problema de normativa que es la aplicación de los códigos penales estatales, así que en algunos lugares se considera como homicidio. Así mismo existe la ley de la voluntad anticipada que tampoco habla de eutanasia y es para evitar la obstinación médica y de no continuar con algunos tratamientos, además tiene que ser de un enfermo en enfermedad terminal (no mayor a 6 meses de vida). Menciona que depende de donde se encuentre el médico es donde aplica la normatividad, por ejemplo, si es en el IMSS aplica el código penal Federal. Para finalizar menciona que el médico puede incurrir en un delito y pone a discusión aquellos casos con enfermedad terminal y que no se le permite disponer de su propia vida.



A continuación el Dr. Juan Wolfgang Zinser Sierra expone el tema “*Papel del Médico ante una solicitud de muerte asistida*” quien comienza mencionando que el debate en torno a la muerte asistida se ha realizado durante mucho tiempo sin llegar a conclusiones; y la razón es porque aunque en algunos países ya está legalizada, en otros sigue siendo controversial y es difícil adoptar un modelo regional. Siendo uno de los puntos de controversia es que los países con mejor calidad de muerte (Inglaterra, Australia etc.), no está aprobada la muerte asistida. Continúa mencionando la comunicación médico/paciente es fundamental en la toma de decisiones (hasta el 70% de influencia), tratándose de pacientes no médicos. Dentro de las causas donde se fragmenta la relación médico/paciente incluye desde dar un mal pronóstico hasta negar una muerte asistida. Como ejemplo de mal pronóstico menciona que en insuficiencia renal, el 90% de los casos no se le menciona al paciente el pronóstico; en el cáncer avanzado las conversaciones sobre el final de la vida se inician 33 días antes del suceso; en cuanto a las decisiones en la etapa final, la mayoría de las personas desea morir en su casa sin embargo, el 52% fallecen en instituciones. Muestra una gráfica de un estudio donde pacientes con cáncer de pulmón y colon en fase 4, entre el 40% y 50% de ellos pensaban que tendrían un mejor pronóstico aun cuando se les comunicaba su estado. Lo que sucede frecuentemente es que el médico se equivoca al creer erróneamente que se ha transmitido la información al paciente. Continuando con las causas de la mala ruptura de la relación médico/paciente es el no contestar las llamadas con carácter de “urgente”, mencionando la diferencia entre “urgencia” y “prisas” donde la primera es una necesidad de realizar una acción lo antes posible para evitar consecuencias graves y la segunda es realizar algo con velocidad sin que necesariamente se eviten consecuencias graves. Comenta sobre la controversia entre acceder o no a la muerte asistida para lo que muestra los resultados de una encuesta a médicos donde la mayoría está a favor (27/49), pero no es un consenso (20/49). Aquellos que están a favor disertan que la ley tiene que cambiar con los candados adecuados entre otras cosas, mientras que los que están en contra mencionan que es responsabilidad del médico evitarla y ofrecer tratamiento paliativo. En cuanto a los “temores” de aprobación de legislatura es que se incremente en demasía el número de muertes asistidas y que el médico decida mas por el paciente, sin embargo muestra dos gráficas donde se observa que tanto en Holanda como Bélgica no se incrementó más del 1% de las muertes asistidas y la decisión de muerte asistida por el médico disminuyó. Así, enfatiza que es



necesario buscar un mecanismo legal que entienda el sentir y la petición de las personas. Señala sobre que hacer en caso de que algún paciente solicite la muerte asistida, para lo que es importante preguntarle la razón del deseo, a ésto muestra que en Washington la principal razón es por la pérdida de la autonomía y de las personas que realizan su solicitud solo la quinta parte lo realiza, en México es por “dolor” (sufrimiento físico). Continúa con el que hacer ante una petición de muerte asistida, sugiriendo que se pueden tratar múltiples síntomas, principalmente el dolor, habitualmente a expensas de sedación. En cuanto hasta donde llega la obligación del médico en estos casos, refiere que hay etapas y decisiones que son individuales. Finalmente concluye con algunas reflexiones como que ante la solicitud de muerte asistida la actitud del médico debe ser de empatía, se puede evitar el dolor mediante sedación aunque esta pueda acortar la vida entre otras.

Posteriormente el Dr. Julio Sotelo habla sobre la “*Perspectiva institucional ante una solicitud de muerte asistida*”, quien menciona que durante los últimos 150 años la medicina ha avanzado y es espléndida, y gracias a los nuevos desarrollos y terapéuticas se ha contribuido a que la pirámide poblacional demográfica haya cambiado con un aumento en los grupos de más de 50 años con una expectativa de vida de más de 85 años. Muestra un par de gráficas de la transición epidemiológica donde se observa la diferencia entre las enfermedades del rezago y enfermedades emergentes entre los años 1950 y predicción a 2025; así como en las enfermedades entre 1955 y 2007, enfatizando que en 1955 la mayoría de muertes eran por infecciones y parasitosis. En el 2007 son por enfermedades cardiovasculares lesiones y neoplasias entre otras. Continúa mencionando que de acuerdo a la pregunta de ¿Qué hace una institución ante la solicitud de la muerte asistida? La respuesta es que simplemente se niega porque es un delito; sin embargo ahora que se habla de la muerte en conceptos diferentes se consideran opciones como son los cuidados paliativos, donde sabiendo que no se va a curar al paciente se tiene la obligación de facilitar el tránsito hacia la muerte con el menor sufrimiento posible. En este contexto se tienen los analgésicos y de los medicamentos neurolépticos. Así mismo menciona que actualmente los enfermos tienen muerte cerebral, pues por los avances tecnológicos ya no hay muertes por paros cardiorespiratorios. En cuanto a la muerte asistida en México se tienen que resolver varios aspectos contradictorios en nuestra sociedad, como es “¿quién decide?” para lo que se tiene que considerar que



la muerte es parte de la vida. Puede haber muchas causas para que se desee la muerte, alguna de ellas son la depresión, un diagnóstico preventivo como en algunas enfermedades degenerativas neurológicas; pues ya con los avances de la medicina se sabe a qué sujeto le dará una demencia a los 30 o 40 años de edad, entre otros. También ejemplifica con esclerosis lateral amiotrófica donde se sabe que se va a morir en 5 años en agonía con insuficiencia respiratoria etc., y ahora que se puede hacer predicciones hay que tomar responsabilidad sobre estas. Menciona que hay enfermos que quisieran morir en ciertas circunstancias y luego pasa y viven una vida plena, así, ejemplifica con un ciclista que le amputan las piernas y en ese momento pidió morir, pero ahora es campeón de los para-olímpicos. Concluye reflexionando sobre una contradicción de la sociedad moderna y de las propias leyes donde no hay penalización del suicidio, pues si un suicida si falla no es penalizado; pero si un paciente pide muerte asistida, el médico la rechaza porque es penalizado, pero es una contradicción de las leyes porque el paciente de todas maneras se suicida sin el médico ya sea de tirarse al metro o de un balazo, es así que deja esta incongruencia para discusión.

Acto seguido el Dr. William J. Winislade hace uso de la palabra para exponer el tema *“Experiencia en derecho comparado sobre muerte asistida”* quien comienza agradeciendo la invitación y comenta que el suicidio en Estados Unidos no es un crimen pero el suicidio asistido por un doctor si es un crimen. En algunos estados como Oregón la muerte asistida no es penalizada. Continúa relatando el “como” se aprobó la muerte asistida en Oregón, la cual fue por un referéndum donde se preguntaba si los enfermos terminales pudieran solicitar una dosis de barbitúricos letales. La ley de muerte con dignidad no menciona la muerte asistida ni el suicidio. En 1997 la ley entró en vigor, y con ello el miedo de que muchas personas utilizaran esa opción, sin embargo hay menos de 100 por año que solicitan la prescripción de los cuales menos del 60% son los que realmente lo usan. Además los médicos tienen libre albedrío si participan o no. Continúa mencionado que los médicos de Oregón tenían que llevar un conteo de las prescripciones de solicitudes para presentar un informe anual. Luego se realizó una segunda votación para ver si se quedaba la ley, y se aprobó por un margen de 60% vs 40%. Continúa relatando un ejemplo que ha puesto la atención en este tema en Estados Unidos, que incluso fue publicado en la revista “people” el cual es el caso de una mujer joven que tiene programada su muerte para el 1ero de nov. A esta



mujer se le diagnosticó glioblastoma y aunque fue operada, el tumor creció más rápidamente, su historia está publicada en redes sociales y ella menciona que si siente de nuevo los dolores y convulsiones tomará las pastillas. Luego menciona algunos otros estados donde está aprobado como Washington y Vermont. Recalca que es una decisión personal. Finalmente concluye que al menos algunos estados se tienen el derecho de decidir el momento y manera de su propia muerte.

Acto seguido se inicia la sesión de preguntas y comentarios. El Dr. Luis Felipe Flores-Suárez, pregunta ¿Qué estado de la República está más a la vanguardia en este tema? A esto se responde que en DF y Coahuila. Además el Ministro Cossio menciona que una vez que se tenga bien ordenados los paliativos, la siguiente pregunta es que se va a hacer con aquellos que no quieren seguir viviendo. Y comenta que en cuanto a Ley General de Salud es un asunto Federal. El Dr. Mota del Hospital Infantil de México, menciona los casos pediátricos, donde ve que la muerte asistida es casi imposible que los padres acepten, pero si quieren los cuidados paliativos, también pregunta “la distanacia no está penada?”. A esto el Magistrado Cossio comenta que plan general de cuidados paliativos se puede ejecutar en casa. Luego el Lic. Sánchez comenta que la distanacia es una eutanasia pasiva donde se deja morir al enfermo sin darle el sustento básico y que hay una línea muy delgada con la muerte asistida, pues no se le está dando un medicamento que el paciente está solicitando, y por otro lado la solución es mandarlo a su casa a morir, y aun que no es penado hay que considerar cada caso en particular. Enseguida el Dr. Zinser también comenta que en México se considera que un paciente que se puede recuperar tiene más derecho que un paciente que se va a morir, y sugiere que se debe fortalecer el servicio e infraestructura para el final de la vida. El Dr. Alejandro Villatoro pregunta ¿qué ocurre en el caso de los neonatos cuando después de varios paros el neonato sobrevive pero ya con daño cerebral?, ¿que se está pensando hacer? A esto el Ministro Cossio menciona que existe el consentimiento informado, lo que regula la norma y que ahora no existe nada para el caso de lo que se comenta de los neonatos, pero que ya se está trabajando en ello. El Dr. Ruelas comenta que tanto en los médicos como en la población hay desinformación y mala información del tema aquí tratado, mencionando un programa en Estados Unidos que se llama “conversaciones” donde se orienta a las familias para que conversen de cómo se quieren morir. Propone la realización de un documento de postura en



conjunto desde la perspectiva jurídica, cuidados paliativos, pronóstico genético entre otros.

El Dr. Cossio agradece la asistencia y a los ponentes: El Secretario General de la ANM Dr. Javier Mancilla menciona los dictámenes realizados a los diferentes concursos de la ANM y finalmente el Dr. Ruelas agradece la participación de los ponentes y da por concluida la sesión a las 20:50 hrs.

Atentamente:

Dra. Elsa Sarti.
Secretaria Adjunta de la ANM.

"En política todas las victorias son efímeras y todas las derrotas, provisionales". Manuel Fraga Iribarne (1922) político español.