

Asociación Internacional de Cuidados Paliativos - Declaración de posición: La eutanasia y el suicidio asistido

Traducción basada en la Publicación *International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*.

Ref: De Lima L, Woodruff R, Pettus K, et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine*. 2017;20(1):8-14. doi:10.1089/jpm.2016.0290.

Disponible en línea en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5177996/>

Resumen

Antecedentes: Los informes sobre las normas y leyes sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido (SMA) se están volviendo cada vez más comunes en los medios. Muchos grupos han expresado su oposición a la eutanasia y el SMA, mientras que los partidarios argumentan que los pacientes gravemente enfermos y debilitados tienen derecho a controlar el momento y la manera de su muerte. Otros argumentan que tanto el SMA y la eutanasia son éticamente legítimos en casos raros y excepcionales. Dado que estas discusiones, así como las nuevas normas y leyes propuestas, pueden tener un fuerte impacto en los pacientes, cuidadores y profesionales de la salud, la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (IAHPC) ha preparado esta declaración.

Objetivo: Describir la posición de la IAHPC respecto de la eutanasia y el SMA.

Método: La IAHPC formó un grupo de trabajo (GT) con siete miembros del consejo y dos personas de la plantilla que se ofrecieron como voluntarios para participar en este proceso. Se buscaron en Internet los términos "declaración de posición", "eutanasia", "suicidio asistido" y "SMA" para identificar declaraciones de posición existentes de organizaciones de profesionales de la salud. Solo se incluyeron declaraciones de asociaciones nacionales o de asociaciones pan-nacionales. Se identificaron declaraciones de siete asociaciones de medicina general y enfermería, así como siete de organizaciones de cuidados paliativos. Se procedió a preparar un documento de trabajo que incluye un resumen de las diferentes declaraciones de posición y, sobre esto, se elaboró un proyecto inicial. Durante tres meses, los miembros del grupo de trabajo mantuvieron debates en línea. Las diferencias se conciliaron mediante debates por correo electrónico. El resultado del proyecto se compartió con todo el consejo. Se incorporaron comentarios y sugerencias adicionales. Este documento representa la versión final aprobada por el Consejo de Administración de la IAHPC.

Resultado: La IAHPC cree que ningún país o estado debe considerar legalizar la eutanasia o el SMA hasta garantizar el acceso universal a servicios de cuidados paliativos y a los medicamentos adecuados, incluidos opioides para el dolor y la disnea.

Conclusión: En los países y estados en que la eutanasia o el SMA son legales, la IAHPC está de acuerdo con que las unidades de cuidados paliativos no deben asumir la responsabilidad de supervisar o administrar estas prácticas. La ley o las políticas deben incluir disposiciones para permitir que los profesionales sanitarios que se opongan puedan negarse a participar.

Palabras clave: bioética; eutanasia; suicidio médicamente asistido

Antecedentes

Los informes sobre los debates de las normas y leyes relacionadas con la eutanasia y el suicidio médicamente asistido (SMA) en diferentes países son cada vez más comunes en los medios.¹⁻³ Muchos grupos han expresado su firme oposición moral a legalizar que un profesional sanitario ponga fin a una vida intencionalmente.^{4,5} Algunos argumentan que es inmoral hacer una excepción a la enraizada prohibición de la sociedad contra el suicidio asistido o provocar directamente la muerte de otro ser humano, que debilitaría gravemente la confianza en los médicos o facilitaría la justificación de terminar con la vida de las personas vulnerables.⁶ Quienes están a favor argumentan que los pacientes gravemente enfermos y debilitados tienen derecho de controlar el momento y la manera de morir y, por lo tanto, el SMA o el SMA y la eutanasia deben estar legalmente permitidos.^{7,8} Sin embargo, otros sostienen que tanto el SMA como la eutanasia son éticamente legítimos en casos raros y excepcionales, pero que las normas profesionales y las leyes no deberían ser cambiadas para autorizar estas prácticas.⁹

Dado que estos debates, así como las nuevas leyes y normas planteadas, pueden tener un fuerte impacto en los pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios y afectar la naturaleza de sus relaciones en formas desconocidas, la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (IAHPC) ha preparado esta declaración.

Propósito

La finalidad de este documento es describir la posición de la IAHPC en relación con la eutanasia y el SMA.

Los objetivos secundarios de este documento son los siguientes.

- Presentar las definiciones actuales a las que la IAHPC adhiere.
- Identificar las recomendaciones de otros cuidados paliativos y organizaciones pertinentes.
- Proporcionar orientación a los profesionales de cuidados paliativos.

Acerca de la IAHPC

La IAHPC es una organización de socios sin afiliaciones políticas ni religiosas, dedicada a la promoción y el desarrollo mundiales de los cuidados paliativos. La IAHPC trabaja con gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones profesionales, agencias y personas para aumentar el conocimiento, mejorar el acceso a los recursos y fomentar oportunidades de capacitación, investigación y formación en cuidados paliativos.

Como una organización con una relación formal con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la IAHPC actúa como consejera y observadora en debates y comités de expertos relevantes. No tiene ninguna relación formal ni representa a ninguna organización a favor o en contra de la eutanasia o el SMA.

El consejo de administración de la IAHPC está formado por 15 personas designadas por el órgano rector de la organización. El consejo incluye proveedores de cuidados paliativos de diferentes profesiones (enfermería, oncología, medicina paliativa, farmacia, psiquiatría y psicología) procedentes de 10 países (Argentina, Australia, Alemania, India, Kenia, Panamá, Uganda, Reino Unido, Estados Unidos y Vietnam).¹⁰ Los directores sirven en el consejo como personas individuales y no en representación de su empleador o cualquier otro grupo. Actualmente, más de 1000 personas de 104 países e instituciones de 40 países son miembros de IAHPC.¹¹ Cualquier persona o institución

que comparta la misión de la IAHPC se puede afiliarse. Las cuotas de afiliación están basadas en el nivel de ingresos brutos de los países para facilitar una amplia inclusión geográfica. Se puede encontrar información adicional de la IAHPC, sus programas y afiliados en su sitio web: <http://hospicecare.com/home/>.

Metodología

Durante una reunión del consejo de administración de la IAHPC en 2015, en Copenhague, los directores decidieron elaborar una declaración de posición sobre la eutanasia y el SMA.

La IAHPC formó un grupo de trabajo (GT) con siete miembros de la junta y dos oficiales del personal que se ofrecieron para participar en este proceso. Los miembros del grupo de trabajo incluyeron cuatro médicos de cuidados paliativos (RW, EM, SB, y LR), una enfermera (JD), un farmacéutico (RB), un psiquiatra (CV), un psicólogo (LDL) y un científico experto en ciencia política (KP).

En primer lugar, se realizó una búsqueda general en línea de los términos “eutanasia”, “suicidio asistido” y “SMA” para identificar las declaraciones de posición existentes de las organizaciones profesionales de la salud. Solo se incluyeron declaraciones de asociaciones nacionales o pan nacionales. Se identificaron las declaraciones de siete médicos de medicina general y enfermería y de siete organizaciones de cuidados paliativos.¹²⁻²⁵ Un primer documento de trabajo, que incluye un resumen de las diferentes declaraciones de posición, se utilizó como información de base para el primer proyecto y, sobre este, el GT (grupo de trabajo) preparó un proyecto inicial. Además, se identificaron artículos adicionales sobre tendencias, actitudes y recomendaciones.²⁶⁻²⁸ Los debates en línea entre los miembros del grupo de trabajo se llevaron a cabo durante un período de tres meses. Se conciliaron las diferencias gracias a debates por correo electrónico hasta que hubo consenso sobre las declaraciones y la redacción. El borrador de la declaración final se compartió con todo el comité, y se incorporaron comentarios y sugerencias adicionales. Este documento representa la versión final aprobada por el Consejo de Administración de la IAHPC.

Valores fundamentales IAHPC

Esta declaración de posición se basa en los valores fundamentales de la IAHPC, tal como se expresa en las declaraciones de visión y misión.

Visión de la IAHPC

El acceso universal a cuidados paliativos de alta calidad, integrados en todos los niveles de los sistemas de salud, en un proceso continuo de atención para la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz y el tratamiento, a fin de garantizar que el sufrimiento de los pacientes y los cuidadores familiares se alivie en la mayor medida posible.

Misión de la IAHPC

Mejorar la calidad de vida de adultos y niños con enfermedades mortales, y la calidad de vida de sus familias por medio de las siguientes acciones:

1. Facilitar y apoyar la formación en cuidados paliativos en todos los niveles de los sistemas de salud.

2. Proporcionar orientación y asistencia técnica con cuidados paliativos, promoción, guías clínicas, e implementar servicios, incluida la asistencia a los gobiernos y organizaciones no gubernamentales.
3. Fomentar la investigación de cuidados paliativos y la práctica basada en la evidencia.
4. Facilitar la colaboración entre los centros para enfermos terminales y los proveedores, organizaciones, instituciones y personas de cuidados paliativos.

DECLARACIÓN DE POSICIÓN DE LA IAHPC RESPECTO DE LA EUTANASIA Y EL SMA

Atención paliativa

Con el propósito de desarrollar esta declaración de posición, los siguientes debates se basan en la definición de la OMS de los cuidados paliativos²⁹:

“Cuidados paliativos es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes que enfrentan los problemas asociados con una enfermedad mortal y su familia, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y una impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Los cuidados paliativos son el cuidado centrado en todos los aspectos de la persona. Los ofrece un equipo de profesionales de la salud que se dedican a hacer frente a las necesidades de los pacientes, cuidadores y familiares. Los principios básicos de los cuidados paliativos, incluido el control de los síntomas, el bienestar psicológico y espiritual, y el cuidado de la familia, se ajustan al objetivo de ayudar a los pacientes a vivir con dignidad hasta su muerte. En muchos círculos, el término "muerte con dignidad" también se utiliza para describir el SMA y la eutanasia.^{30,31} Para el propósito de esta declaración, “muerte con dignidad” hace referencia a la muerte que sigue después de los cuidados paliativos a pacientes con enfermedades terminales.

La prestación de cuidados paliativos adecuados en un país requiere de los cuatro componentes de la estrategia de salud pública en cuidados paliativos: (1) las políticas de salud adecuadas, (2) la educación de los proveedores de salud, legisladores y el público en general, (3) la disponibilidad de medicamentos y (4) la implementación de servicios en todos los niveles de cuidado.³²

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS y de una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud,³³ los gobiernos nacionales deben garantizar el acceso a los cuidados paliativos y a los medicamentos esenciales, incluida la administración inmediata de morfina por vía oral para el alivio del dolor y el sufrimiento.³⁴ De no hacerlo, se infringe el derecho a la salud y la libertad contra tratos crueles, inhumanos y degradantes.³⁵

Evidencia de necesidades insatisfechas

En todo el mundo, muchos pacientes se presentan al sistema de salud tarde, cuando su enfermedad está avanzada y las terapias para tratarla con frecuencia son ineficaces.³² Desafortunadamente, aunque existen los conocimientos y habilidades para controlar el dolor y disminuir el sufrimiento, la mayor parte de la población mundial no tiene acceso a cuidados paliativos. La mayor necesidad se da en países de ingresos bajos y medios, donde vive el 78 % de los adultos que necesitan los recursos de cuidados paliativos y donde los recursos de sanidad son escasos.³⁶ Los opioides se

utilizan en cuidados paliativos para el tratamiento del dolor grave y la disnea. La OMS ha incluido una serie de medicamentos, entre ellos los opiáceos (morfina, oxicodona, hidromorfona), y para el tratamiento del dolor y cuidados paliativos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.³⁷ El consumo declarado de opioides a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) se ha utilizado como un indicador de acceso a los cuidados paliativos

Según la JIFE, los países de ingresos altos (HIC) consumen el 90 % de los analgésicos opiáceos. A pesar de los informes en los principales medios sobre la desviación de opiáceos en algunos HIC (en particular, en los Estados Unidos), el acceso a estos medicamentos para necesidades médicas legítimas es extremadamente inadecuado,³⁸⁻⁴⁵ y más del 80 % de la necesidad mundial legítima de opiáceos para fines médicos no está satisfecha.⁴⁶⁻⁴⁹ Los estudios también indican que los pacientes que no tienen acceso al alivio del dolor se encuentran en un mayor riesgo de suicidio y muerte acelerada.⁵⁰ Dentro de este contexto de acceso inadecuado a los medicamentos esenciales para el alivio del dolor y otras afecciones, la IAHPC mantiene firmemente que las leyes o políticas que permiten la eutanasia o el SMA nunca deben ser consideradas alternativas a las políticas de apoyo a los cuidados paliativos.

Se han informado los desafíos y obstáculos para acceder al tratamiento del dolor y se han descrito en documentos, incluso las regulaciones excesivamente restrictivas de las políticas nacionales, los conocimientos limitados y las actitudes de la sociedad, las condiciones socioeconómicas y el alto costo de los medicamentos.⁵¹

La IAHPC afirma que, según la directriz de las recomendaciones³⁴ de la OMS y la resolución de la AMM, los gobiernos nacionales deben tomar medidas para garantizar que la gente tenga el acceso adecuado a tratamientos para dolores moderados a graves, y garantizar la disponibilidad y el acceso a los opiáceos esenciales, tal como la administración inmediata de morfina oral. Si no lo hacen, infringen su obligación de proteger, respetar y cumplir con el derecho a la salud y prohibir tratamientos crueles, inhumanos y degradantes.^{35, 52}

Definiciones

Existen varias definiciones de la eutanasia y el SMA en las bibliografías. La IAHPC ha adaptado las definiciones de la publicación de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC): “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido: informe técnico de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos”¹² (Tabla 1).

Tabla 1. Definición de Términos (Adaptado de la EAPC)¹²

Eutanasia: Un médico (u otra persona) que, de forma intencional, pone fin a la vida de una persona por la administración de fármacos, a petición voluntaria y competente de esa persona.

Suicidio asistido: Una persona que ayuda a otra persona intencionadamente a poner fin a su vida, por voluntad de esa persona de forma voluntaria y competente.

Suicidio médicamente asistido (SMA): Un médico que ayuda intencionalmente a una persona a poner fin a su vida mediante el suministro de medicamentos para la autoadministración, a petición voluntaria y competente de esa persona.

Decisiones sin tratamiento: Mantener o interrumpir el tratamiento médico de una persona, ya sea por inutilidad médica o por petición voluntaria y competente de esa persona.

Sedación paliativa: Uso monitoreado de los medicamentos destinados a inducir un estado de disminución o ausencia de conciencia (pérdida de conocimiento) para aliviar la carga de sufrimiento que es intratable, de tal de manera que sea éticamente aceptable para los pacientes, los familiares y para los proveedores de salud.

Posición

La IAHPIC cree que ningún país o estado debe considerar la legalización de la eutanasia o el SMA hasta que se garantice el acceso universal a los servicios de cuidados paliativos y a los medicamentos adecuados, incluidos los opioides para el dolor y la disnea.

La IAHPIC apoya la declaración de posición de la EAPC sobre la eutanasia y el SMA, descrita en la publicación: “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido: informe técnico de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos”.¹² Específicamente, la IAHPIC afirma lo siguiente:

- Retener o retirar procedimientos para prolongar la vida o tratamientos ineficaces, inútiles, onerosos e innecesarios no constituye eutanasia o SMA, ya que no pretende acelerar la muerte, sino más bien indicar la aceptación de la muerte como una consecuencia natural de la progresión de la enfermedad subyacente.
- En algunos países, la eutanasia voluntaria, la eutanasia no voluntaria (el paciente es incapaz de dar su consentimiento) o la eutanasia involuntaria (contra la voluntad de la persona) están reconocidas como formas de eutanasia. Sin embargo, la IAHPIC cree que las formas no voluntarias o involuntarias de la eutanasia no deben ser reconocidas ni permitirse.⁵³
- Sedación paliativa: es la sedación destinada a aliviarla depresión refractaria de un paciente moribundo y no para acelerar la muerte (no es la eutanasia ni el SMA).^{54,55} La distinción entre sedación paliativa y la eutanasia y el SMA se basa en los principios éticos de beneficencia (deber de aliviar el sufrimiento) y no maleficencia (deber de prevenir o evitar el daño). Nunca se debe utilizar con la intención de acortar la vida.

La IAHPIC también apoya la posición de la Red Internacional de Cuidados Paliativos Pediátricos, que establece que “permitir una buena calidad de vida no puede incluir acelerar la muerte, y no creemos que la eutanasia o el suicidio médicamente asistido formen parte de los cuidados paliativos pediátricos”.¹³

PRINCIPIOS RECTORES

Los argumentos a favor de la eutanasia y el SMA se centran en aliviar el sufrimiento intolerable. Los defensores sostienen que un pequeño porcentaje de pacientes gravemente enfermos o moribundos experimentan un sufrimiento insoportable, a pesar de todos los esfuerzos para paliarlo, y terminar con su vida puede ser la única opción para poner fin a ese sufrimiento. Otros argumentan que cualquier paciente que considere su calidad de vida inaceptablemente mala debe tener la opción del SMA o la eutanasia. El respeto a la autonomía del paciente también se utiliza como argumento para justificar la eutanasia o el SMA para los pacientes que han decidido que prefieren poner fin a su vida,

una decisión que a menudo se relaciona con la percepción del paciente de una pérdida de control⁵⁶.

Los cuidados paliativos ofrecen una serie de estrategias médicas y no médicas para ayudar a aliviar el sufrimiento y mejorar la percepción de pérdida de control. Para la mayoría de los pacientes, los cuidados paliativos básicos en las intervenciones son eficaces y se puede aplicar en casa o en ambientes económicos o de poco nivel de complejidad.^{57, 58} Algunos pacientes pueden requerir equipos de cuidados paliativos especializados, multi profesionales e interdisciplinarios para el alivio de los síntomas o problemas complejos. En casos excepcionales, cuando la depresión física, psicosocial, o espiritual es refractaria a todos los demás esfuerzos paliativos, la sedación paliativa es una opción efectiva de último recurso.^{55, 59, 60}

La sedación se debe discutir con el paciente o el tutor legal, y se debe obtener la aprobación antes de su aplicación. Algunos pacientes pueden rechazar esta opción, y sus deseos deben ser respetados.

La solicitud de un enfermo consciente, o un sustituto que toma las decisiones de un paciente, de retener o retirar los tratamientos de soporte vital debe ser respetada. Estos tratamientos pueden incluir asistencia ventilatoria, terapia de marcapasos, hemodiálisis, antibióticos, nutrición artificial, hidratación artificial u otros. En algunos círculos, la retención o la suspensión del tratamiento se confunden con una forma de adelantar la muerte. Si bien el impacto de tal enfoque puede adelantar la muerte, no es a través de la administración de sustancias, sino más bien al permitir que la enfermedad subyacente, u otra afección, continúe su curso. La discusión de estas decisiones sin tratamiento forma parte de los cuidados paliativos regulares.

También es parte del estándar de cuidados paliativos escuchar respetuosamente a los pacientes que desean adelantar su muerte (incluidas las solicitudes de eutanasia y SMA). En la discusión de estos deseos con los pacientes, se hace evidente que rara vez este deseo es una solicitud para llevar a cabo. Los profesionales sanitarios deben reconocer estos deseos y peticiones, e interpretarlos como el punto de partida de la atención integral, con un control adecuado de los síntomas para aliviar el sufrimiento, la atención psicosocial y espiritual adecuada, y la comunicación exhaustiva para entender mejor las motivaciones y actitudes subyacentes del paciente.

Muchos pacientes pueden carecer de información, tener ideas erróneas acerca de la progresión de la enfermedad o tener imágenes aterradoras de las complicaciones que se esperan en el futuro curso de la enfermedad.^{61, 62} Para estos pacientes, no es su afección actual, sino el sufrimiento y el miedo anticipados los que desencadenan el deseo de acelerar la muerte. Estos tienen que ser reconocidos y analizados con el paciente, y debe ofrecerse la atención psicosocial y espiritual apropiada.

Para otros pacientes, el deseo de acelerar la muerte no es causado por el sufrimiento físico o la angustia existencial, sino que se basa en el miedo a la pérdida de control. Esto se relaciona a menudo con el temor de convertirse en una carga para la familia.⁶³ Si bien esto es comprensible hasta cierto punto, la IAHPCC cree que es inaceptable argumentar que el deseo de aliviar la carga a los demás constituye una razón legítima para la eutanasia o el SMA. La IAHPCC cree que los sistemas de salud deben estar preparados para responder a esas necesidades, y que las comunidades y los cuidadores deben estar preparados para compartir el cuidado de personas con enfermedades terminales.

Hay pocos pacientes con un fuerte énfasis en la autosuficiencia y la autodeterminación, que pueden sentir que mantener el control sobre el momento y el método de determinar con su vida puede ser la única opción que les queda para satisfacer esta necesidad.^{4, 64} La negación voluntaria a ingerir

líquidos o alimentos puede ofrecer una alternativa para estos pacientes, usando medidas de control de los síntomas apropiadas y adecuadas.

Normas y obligaciones profesionales

Hay afirmaciones y principios rectores adicionales en contra de las prácticas de la eutanasia y el SMA, como los códigos éticos de los profesionales médicos, la necesidad de mantener la confianza del público y la definición de la OMS de los cuidados paliativos. Estos se reflejan en los valores fundamentales de la IAHPIC y son la base de la declaración de posición de la IAHPIC.

DECLARACIÓN DE POSICIÓN DE LA IAHPIC RESPECTO DE LA EUTANASIA Y EL SMA

La definición de la OMS

Como se ha indicado anteriormente en este documento, la OMS define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes que se enfrentan a problemas asociados con la enfermedad mortal y sus familias, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y evaluación impecable, y el tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales.⁶⁵ Esta definición se refiere a la muerte como un proceso normal y hace hincapié en que los cuidados paliativos no tienen la intención de adelantar ni retrasar la muerte. La eutanasia y el SMA están en conflicto directo con esta definición.

Códigos éticos profesionales

En todo el mundo, los médicos están capacitados para brindar atención y preservar la vida. Empezando con el juramento hipocrático (“No daré ningún medicamento letal a nadie si me lo pide ni sugeriré tal consejo”),⁶⁶ los códigos de la ética profesional para médicos han aclarado que finalizar la vida no es parte de las tareas de un médico. La Asociación Médica Americana (American Medical Association) afirma que la eutanasia¹⁴ y el suicidio médicamente asistido (SMA)¹⁵ “son fundamentalmente incompatibles con el papel del médico como sanador, serían difíciles o imposibles de controlar y plantearían graves riesgos para la sociedad”. La Asociación Médica Mundial (World Medical Association) declaró que “la eutanasia, que es el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, aun a petición del propio paciente o a petición de familiares cercanos, no es ética. Esto no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”.¹⁶ De manera similar, la Asociación Médica Mundial (WMA) declara que “el suicidio médicamente asistido, como la eutanasia, no es ético y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando la intervención del médico está intencional y deliberadamente dirigida a permitir que una persona ponga fin a su propia vida, el médico actúa sin ética. Sin embargo, el derecho a rechazar el tratamiento médico es un derecho básico del paciente, y el médico no actúa sin ética, aun si el respetar dicho deseo ocasiona la muerte del paciente”.¹⁷ La Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (IAHPIC) cree que la práctica de la eutanasia y el SMA infringiría estas normas profesionales.

La necesidad de mantener la confianza pública

Dentro de la profesión médica, la relación médico-paciente es de suma importancia. La IAHPIC cree que las prácticas de la eutanasia y el SMA infringen el vínculo de confianza dentro de la profesión médica, el cual es esencial para la relación médico-paciente. La IAHPIC teme que estas prácticas pudieran erosionar la relación médico-paciente, que los pacientes pudieran estar renuentes a recibir un tratamiento de cuidados paliativos por temor a que los médicos aceleraran la muerte. La IAHPIC

crea que la eutanasia y el SMA socavan la integridad de la profesión y la dedicación a salvaguardar la vida humana. La IAHPIC también está de acuerdo con la Asociación Europea de Cuidado Paliativo (EAPC) en respetar las opiniones individuales con respecto a la eutanasia y el SMA mientras destacan la responsabilidad de todas las sociedades de proporcionar cuidados a sus ciudadanos más vulnerables, incluso a las personas mayores, con enfermedades terminales, las minorías étnicas, los enfermos mentales, los niños y los discapacitados. Un componente importante para lograr esto es el establecimiento de cuidados paliativos dentro de los sistemas de salud integrados de todos los países mediante la designación de los presupuestos necesarios para garantizar el acceso seguro a los opioides, la adecuada provisión de cuidados, y mediante la incorporación de cambios en los planes de estudio de las carreras de salud.

En los estados y países en los que la eutanasia o el SMA son legales, la IAHPIC está de acuerdo en que las unidades de cuidados paliativos no deben ser responsables de supervisar o administrar estas prácticas, ya que esto pondría a los profesionales, a su personal y, en algunos casos, a sus pacientes y sus familias, en posiciones insostenibles.⁶⁷ La IAHPIC también está de acuerdo con la Sociedad Canadiense de Médicos de Cuidados Paliativos y con Cuidados Paliativos Australia, que afirman que la eutanasia y el suicidio asistido no deberían formar parte de la práctica de los cuidados paliativos, y que “los médicos de cuidados paliativos no deben ser los guardas para tener acceso a este servicio. Se requiere un cuerpo u organización de aprobación, monitoreo y supervisión independiente y debe ser implementado”.^{22, 68} Y, por último, la ley o las políticas deben incluir estipulaciones para que a cualquier profesional de la salud que se oponga a asistir en la muerte de un paciente se le permita negarse a participar, y que se dirija a ese paciente a un defensor neutral que pueda analizar opciones y organizar una transferencia, de ser necesario.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la junta administrativa de la IAHPIC por sus sugerencias y correcciones al manuscrito, en particular, a los doctores Eric Krakauer y Derek Doyle por sus excelentes contribuciones a este documento informativo.

Declaración de los autores

No existen intereses financieros conflictivos de los autores.

Lecturas recomendadas

1. European Association for Palliative Care: Euthanasia and physician-assisted suicide: un documento informativo de la EAPC.²⁷
2. International Children’s Palliative Care Network Position. Statement on the practice of Euthanasia and Assisted Suicide.³¹
3. World Medical Association’s Declaration on Euthanasia - Reaffirmation.³⁴
4. World Medical Association’s Statement on Physician-Assisted Suicide - Reaffirmation.³⁵
5. World Health Assembly: Resolution on Palliative Care.⁶
6. World Health Organization: Definition of palliative care.³

Referencias

1. Google: Euthanasia news. <http://bit.ly/1r5ciJs> (Last accessed April 22, 2016).
2. Google: Physician assisted suicide news. <http://bit.ly/1TrUXU2> (Last accessed April 22, 2016).
3. PROCON.org Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World. Legal Status in 28 Countries from Australia to Uruguay. <http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000136> (Last accessed May 21, 2016).
4. Emanuel EJ, et al.: Attitudes and practices of Euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016;316:79–90.
5. McCormack R, Clifford M, Conroy M: Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic literature review. *Palliat Med* 2012;26: 23–33.
6. Yang YT, Curlin FA: Why physicians should oppose assisted suicide. *JAMA* 2016;315:247–248.
7. Downar J, Boisvert M, Smith D: Data to support assisted dying Letter to the editor. *BMJ* 2014;349:g4966.
8. The World Federation of Right to Die Societies: Manifesto. www.worldrtd.net/manifesto (Last accessed April 20, 2016).
9. Task Force on Life and the Law: When death is sought: Assisted suicide and euthanasia in the medical context. NY State Department of Health. www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/when_death_is_sought (Last accessed April 22, 2016).
10. About IAHPHC: Board of directors. <http://hospicecare.com/about-iahpc/who-we-are/board-of-directors> (Last accessed August 22, 2016).
11. IAHPHC Members List: <http://hospicecare.com/members-section/iahpc-members-list> (Last accessed August 22, 2016).
12. Radbruch L, Leget C, Bahr P, et al.; Board Members of the EAPC: Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2016;30:104–116.
13. International Children’s Palliative Care Network: International Children’s Palliative Care Network (ICPCN) Position Statement on the practice of Euthanasia and Assisted Suicide. 2014. www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/07/ICPCN-Position-Paper-on-Euthanasia-in-Childrens-Palliative-Care.pdf (Last accessed March 21, 2016).
14. American Medical Association: Opinion 2.21—Euthanasia. www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion221.page? 1996. (Last accessed March 21, 2016).
15. American Medical Association: Opinion 2.211—Physician-assisted suicide. 1996. www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion2211.page? (Last accessed March 21, 2016).
16. World Medical Association: World medical association’s declaration on Euthanasia—Reaffirmation. World Medical Association, 2015.

- www.wma.net/en/30publications/10policies/e13/index.html (Last accessed April 21, 2016).
17. World Medical Association: Statement on physician-assisted suicide—Reaffirmation. World Medical Association, 2015. www.wma.net/en/30publications/10policies/p13/index.html (Last accessed April 21, 2016).
 18. American Nurses Association: Position statement—Euthanasia, assisted suicide and aid in dying, 2013. www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Ethics-Position-Statements/Euthanasia-Assisted-Suicide-and-Aid-in-Dying.pdf (Last accessed April 22, 2016).
 19. American Academy of Hospice and Palliative Medicine: Statement on physician assisted dying, 2016. <http://aahpm.org/positions/pad> (Last accessed April 22, 2016).
 20. National Hospice and Palliative Care Organization: Commentary and resolution on physician assisted suicide, 2005. www.nhpco.org/sites/default/files/public/PAS_Resolution_Commentary.pdf (Last accessed April 22, 2016).
 21. Hospice and Palliative Nurses Association: Position statement on legalization of assisted suicide, 2011. <http://hpna.advancingexpertcare.org/wp-content/uploads/2014/09/HPNA-Legalization-of-Assisted-Suicide-Position-Statement-080311.pdf> (Last accessed April 22, 2016).
 22. Palliative Care Australia: Euthanasia and physician assisted suicide. Position Statement, 2011. <http://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/08/PCA-position-statement-Euthanasia-and-Physician-Assisted-Suicide.pdf> (Last accessed April 22, 2016).