



PUBLICACIONES DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE
MEDICINA DE MÉXICO

DOCUMENTO CONJUNTO

LA ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

ACADEMIA NACIONAL DE
MEDICINA DE MÉXICO

COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA A.C.

Dr. Raúl Carrillo Esper
Dr. Víctor Saúl Vital Reyes



DOCUMENTO CONJUNTO

LA ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO
COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA A.C.

PARTICIPANTES

DR. VÍCTOR SAÚL VITAL REYES.

- Médico Cirujano. Facultad de Medicina UNAM.
- Especialista en Medicina Familiar. IMSS-Universidad Autónoma de Coahuila.
- Especialista en Ginecología y Obstetricia. IMSS-UNAM
- Maestría en Biología de la Reproducción. UNAM
- Maestría en Dirección y Gestión de Instituciones de Salud. Universidad Anáhuac.
- Doctorado en Ciencias Médicas. UNAM.
- Postdoctoral Fellow. University of Alabama at Birmingham. USA.
- Presidente (2025-2026). Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia A.C

DR. JOSÉ ANTONIO MORENO SÁNCHEZ

- Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital General de México. S.S/UNAM.
- Maestro y Doctor en Bioética. Universidad Anáhuac.
- Tutor Posgrado en Bioética. Facultad de Medicina, UNAM.
- Coordinador Comités de Bioética COMEGO y FEMECOG y asesor FLASOG.
- Miembro del Consejo Asesor Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac.
- Coordinador del Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional de Alta Especialidad, Bicentenario de la Independencia, ISSSTE.

DR. AGUSTÍN ANTONIO HERRERA FRAGOSO

- Licenciado, Maestro y Doctor en Derecho, con Especialidad en Derechos Humanos por la Universidad Complutense. Madrid, España.
- Doctorado en Bioética y Biojurídica por la Cátedra de la UNESCO en Madrid, España.
- Coordinador de la escuela de bioética en la facultad de medicina de la UPAEP.
- Autor de 8 libros. 8 coordinaciones.
- Investigador SPES de la UPAEP y del CECyTEP, Research Scholar of the UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights. Roma, Italia.
- Investigador invitado de la Universidad Anáhuac.
- Miembro del SNII, nivel 1.

DRA. MARÍA DE LA LUZ CASAS MARTÍNEZ

- Médico Cirujano. Facultad de Medicina UNAM
- Maestra en Bioética. Universidad Anáhuac.
- Doctora en Ciencias. Facultad de Medicina UNAM.
- Pertenece al Sistema Nacional de investigadores.
- Exconsejera de la Comisión Nacional de Bioética.
- Consejera de la Comisión de Bioética de la Ciudad de México.
- Miembro del Foro Internacional de Maestros UNESCO 2019.
- Coordinadora de investigación del Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana, México.

DR. GUILLERMO EDUARDO ARÉCHIGA ORNELAS

- Médico Cirujano. Universidad de Guadalajara.
- Especialista en Anestesiología egresado del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" y Algología, del Instituto Nacional Cancerología
- Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara
- Fundador del Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos, Secretaría de Salud Jalisco
- Coordinador de la Especialidad de Medicina Paliativa y dolor, autor de artículos y libros como "Espiritualidad y Cuidados Paliativos" y "Principios prácticos en Medicina Paliativa" editorial Universidad de Guadalajara

DR. JOSÉ ALBERTO FLORES CANTISANI

- Especialidad de Anestesiología en el Hospital de Alta Especialidad 25. Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L.
- Director Médico de la clínica del Dolor Atención Privada
- Múltiples simposios, foros y congresos nacionales e internacionales
- Delegado Regional del Consejo Mexicano de Anestesiología
- Miembro fundador de la Asociación Mexicana de Algología
- Presidente fundador del Colegio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos del Estado de Nuevo León.
- Creador, Fundador, y director general de la Unidad Médica San Camilo, Primer Hospital en Latinoamérica especializado en el estudio y tratamiento del dolor y los cuidados paliativos a nivel privado.

DR. VÍCTOR SAÚL VITAL REYES



La atención médica al final de la vida es un tema de gran relevancia y sensibilidad, que nos convoca a todos: profesionales de la salud, pacientes, familias y comunidades.

Enfrentarnos a la muerte y a los cuidados paliativos no solo implica considerar aspectos clínicos, sino también éticos, psicológicos y sociales que afectan profundamente a cada individuo y a su entorno.

En conjunto con la Academia Nacional de Medicina de México, y como una necesidad impostergable en la actualización y profesionalización médica continua, el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología A,C, estructuro y convoco a un grupo de expertos en Bioética, dando lugar al Simposio sobre *“La Atención Médica al Final de la Vida”*, un espacio dedicado a la reflexión, el aprendizaje y el intercambio de experiencias en el ámbito de la atención a personas que se encuentran en las etapas finales de su vida.

En este simposio, se tuvo la oportunidad de escuchar a expertos en el campo, quienes compartieron sus

conocimientos sobre las mejores prácticas, enfoques innovadores y experiencias significativas en el cuidado de aquellos que enfrentan enfermedades terminales.

A través de conferencias y espacios de diálogo, se enriqueció la comprensión sobre la importancia de ofrecer una atención digna y compasiva, así como la necesidad de abordar las diversas dimensiones del sufrimiento humano.

A través del presente documento, buscamos que los profesionistas y el público en general se sumen a la necesidad del aprendizaje significativo y a la responsabilidad social de cómo mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes en sus últimos días, honrando sus deseos y promoviendo un enfoque centrado en la persona.

Esperamos que cada uno de los apartados del presente documento, no solo sea un punto de encuentro profesional, sino también un momento de conexión humana y empatía, y derive en el compromiso de una atención más compasiva y efectiva al final de la vida.



DR. JOSÉ ANTONIO MORENO SÁNCHEZ



Dentro de las responsabilidades esenciales, no solo de los profesionales de la salud, sino de todas las personas, destaca la protección de la vida, comenzando por la propia; después la de los demás y bajo una óptica más amplia, se extiende a todas las formas de vida y a los elementos de la biosfera que la hacen posible.

Cuidar, implica un conjunto de acciones de protección para mantener a salvo algo que apreciamos, por lo tanto, requiere diligencia o atención en su custodia; se entiende como asistir, guardar, conservar; mirar por lo propio, advertir respecto a algo”.¹

El acto de cuidar va más allá de estar conscientes de nuestra existencia y del potencial de desarrollo intrínseco que nos permite identificar y desempeñar el rol autoasignado, que con sentido de responsabilidad cumplimos tanto con la sociedad, como con la naturaleza que hace su pervivencia.

De lo anterior podemos inferir que la ética del cuidado se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones del deber de proteger la naturaleza y a toda persona, motivadas por la necesidad de autorrealización, ya que inicia con la conciencia por una comunidad sana de la cual formamos parte y nos da sentido de identidad.

El cuidado parte de las necesidades ajenas; de tener empatía con los demás, de la vocación de ayuda ante la vulnerabilidad de todos los seres vivos ante las amenazas de daño o destrucción. El acto humano en este

sentido se genera por la certeza de que el bienestar y la supervivencia, requieren algo más que la simple intuición o la autonomía individual para la autoprotección, requiere del reconocimiento de la dignidad de las personas y el cumplimiento propio del deber ser.

La ética del cuidado

Este campo del conocimiento fue desarrollado en los años 80 por Carol Gilligan, psicóloga y feminista estadounidense quien propuso en su obra “In a Different Voice” (1982), una teoría que cuestionó y desafió la teoría de desarrollo moral de la persona propuesto por su maestro Lawrence Kohlberg, **que** había sido creada a partir de estudios mayoritariamente realizados en hombres y, por lo tanto, reflejaba una moralidad centrada en principios abstractos de justicia.²

Para lograrlo, Gilligan transformó el marco conceptual del patriarcado y diseñó ese nuevo paradigma destinado a eliminar el modelo jerárquico y binario del género, que durante siglos había venido definiendo el sentido y las funciones de la masculinidad y la feminidad; así ensanchaba el horizonte de la ética y de la democracia, al plantear que la moralidad humana no se basa únicamente en principios de justicia y derechos individuales, sino también en la “ética del cuidado”, que había observado en sus investigaciones con mujeres e incluye la empatía, la compasión y la responsabilidad como bases del juicio moral y la responsabilidad en las relaciones, afirmando que el género y los contextos

¹ Diccionario de la Real Academia Española (RAE), 2019.

² Gilligan Carol. La Ética del Cuidado. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas

afectivos influyen en el desarrollo moral y en la toma de decisiones éticas.³

Por otra parte, Gilligan planteó que esta diferencia no se da por razones biológicas, sino que es producto de la relación entre los hijos y la madre, que la personalidad de la niña proviene del modelo materno, mientras que el niño se va alejando de ésta. Toda vez que la madre es la que se dedica al cuidado de los hijos, las niñas toman como referencia para la construcción de su personalidad actitudes como la cercanía, relación, continuidad. Esto hace que las mujeres no se definen sólo en el contexto de las relaciones interpersonales, también lo hacen en relación con la capacidad para cuidar de otras personas.⁴

Es por lo que las aportaciones de Gilligan han tenido una gran repercusión, adquiriendo nuevo valor y relevancia aquellas características tradicionalmente adjudicadas a las mujeres ya que, en la ética del cuidado, se realizan acciones encaminadas a dar respuesta a necesidades básicas de una persona que no puede cubrirlas por sí sola, pero incluye a todos, independientemente del género.

Durante el proceso del cuidado del enfermo son fundamentales los detalles, las cosas pequeñas, los gestos minúsculos que, en definitiva, son los que hacen amable la vida y la dotan de sentido y propicia que las emociones, la voluntad, el deseo de mejorar y la actitud para el autocuidado. Lejos de concebir a los ciudadanos como separados y autónomos, los contempla en sus interconexiones, reconociendo la vulnerabilidad humana y las relaciones de interdependencia.⁵

La ética de la virtud

Es una ética que se vincula con el deber del cuidado. Se entiende como una fuerza que inclina a obrar de manera adecuada para conseguir la felicidad. Está indisolublemente unida a los planteamientos normati-

vos de la ética clásica, en particular, la aristotélica, y directamente relacionada con ideales morales producto de contextos histórico-culturales y formas de vida legitimadas por una tradición en la que la identidad de los sujetos se forja de acuerdo con aquellas virtudes cuya función y sentido tienen sus orígenes en las prácticas sociales que las reclaman.⁶

Los elementos nucleares son los valores: respeto, amabilidad, alegría, paciencia, comprensión, responsabilidad, escucha, confianza, empatía, veracidad, confidencialidad, tolerancia, prudencia y humildad que llevados a la práctica se transforman en virtudes.

En materia de salud individual y colectiva se encuentran cada vez mayores posibilidades para aplicar conocimientos y tomar decisiones científicamente fundadas, además la adquisición de más y mejor tecnología ha permitido grandes avances, pero también ha alejado a los médicos de los enfermos.

Respecto a los límites en los cuidados médicos para garantizar una práctica ética, segura y humana, tanto para el paciente como para el profesional de la salud, debemos considerar los aspectos clínicos, legales y emocionales de cada enfermo y la opinión de los familiares cuando esto es posible.

Dentro de la ética del cuidado, es obligado analizar a los cuidados intensivos, pero antes que todo conviene aclarar que estos no deben representar una lucha ciega contra la muerte. Cuando llega un momento en que esta constituye un final natural e irremediable, limitar los esfuerzos terapéuticos de ningún modo significa abandonar al paciente, en la inteligencia de que aceptar que él no poder curar no es un fracaso médico, pues solo se fracasa cuando se dejar de cuidar.

Es por lo anterior, que el cuidado de los pacientes que permanecen prolongadamente y mueren en una Unidad de Cuidados Intensivos exige un cambio en el

³ Ibidem

⁴ Ramos Pozón S. La Ética del Cuidado: Valoración Crítica y Reformulación. Revista Laguna, 29; octubre 2011, pp. 109-122; ISSN: 1132-8177

⁵ Faerman Romina. Ética del cuidado: Una mirada diferente en el debate moral . https://www.palermo.edu/derecho/pdf/teoria-del-derecho/n3/TeoriaDerecho_06.pdf

⁶ Diccionario latinoamericano de Bioética / dir. Juan Carlos Tealdi. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008.

modelo de atención médica que va de la medicación extrema en un afán de prolongar la vida, o las maniobras de resucitación en estado irrecuperable, hasta el que reconoce la inevitabilidad de la muerte; esto obliga a la una revisión de las prácticas diagnósticas y/o terapéuticas, que no benefician al enfermo en la última etapa de su vida, que le prolongan la agonía o el sufrimiento aún ante la exigencia de los familiares.

La obstinación terapéutica en los enfermos terminales ha sido referida de diferentes maneras: “Cuidados extraordinarios”, “Cuidados desproporcionados”, “Encarnizamiento terapéutico”, “Ensañamiento terapéutico”, “Furor terapéutico” y “Distanasia”. Esta alternativa puede retrasar la muerte en lugar de prolongar la vida, transforma la asistencia intensiva en un ejercicio inútil e inhumano y es tan injustificada en el orden ético, como el acortamiento de la vida por técnicas relacionadas con la eutanasia.

En este sentido, la alternativa del paciente grave no recuperable nunca serán los cuidados intensivos, sino los cuidados paliativos y debe evaluarse bien la eficacia de los procedimientos que se realizan, pues existe la obligación moral de realizar sólo los indicados.

Existen controversias en torno a los pacientes susceptibles de limitación del esfuerzo terapéutico, como niños nacidos en el límite de viabilidad; anomalías congénitas

incompatibles con la vida; enfermedades que no responden a los cuidados intensivos y que previsiblemente producirán la muerte en un corto plazo o quienes pueden llegar a sobrevivir con dependencia permanente de soporte vital invasivo.

Reflexiones finales

1. Los profesionales de la salud son la clave en la custodia de la dignidad del paciente sin perspectivas de vida en unidades de cuidados intensivos, ambulatorios o en casa.
2. La ética del cuidado obliga a identificar los límites de actuación en cualquier momento de la enfermedad.
3. El punto crítico para comprender mejor la diferencia entre el simple acto médico y la perspectiva de la ética del cuidado se presenta frente a cualquier persona enferma sin perspectiva de vida.
4. La decisión de prolongar el sufrimiento debería ser discutido por el equipo de salud y no dejar vacíos importantes en el diálogo de los profesionales.
5. Se requiere formación en Bioética para fortalecer el vínculo entre profesionales de la salud, la familia y la paciente.



LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO DERECHO HUMANO

DR. AGUSTÍN ANTONIO Herrera FRAGOSO



“Aceptar que somos vulnerables y frágiles y recordar que el trabajo bien hecho no es resolver ni curar, sino acompañar desde la presencia y la compasión.”

Enric Benito

Los cuidados paliativos (CP) son la respuesta clínica y ética al sufrimiento asociado a una enfermedad avanzada. El bienestar aparece como noción vinculada a derechos sociales y de la salud, y el dolor se describe como factor capaz de deteriorar autonomía práctica, comunicación y la relación terapéutica. En este encuadre, la atención al final de la vida exige decisiones prudentes, documentadas y ajustadas a objetivos realistas de cuidado, con referencia explícita a la dignidad y preferencias del paciente. (Organización de Naciones Unidas, 1948), (Organización de Naciones Unidas, 1966).

En México, Nos regimos jurídicamente bajo el amparo del parámetro de regularidad constitucional, como se establece en el primer párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), así como en la jurisprudencia P./J. 20/2014 (10a.) del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), donde la Constitución es la norma suprema y los tratados internacionales en materia de derechos humanos, entran en segundo orden y complementan; en su conjunto, debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano.

A mayor abundamiento, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha reiterado en su jurisprudencia: “...todo Estado es internacionalmente responsable por actos u omisiones de cualesquiera de sus poderes u órganos en violación de los derechos internacionalmente consagrados, según el artículo 1.1 de la Convención Americana.”⁷ En particular a la autoridad responsable: ...los Estados no pueden, por razones de orden interno, incumplir obligaciones internacionales.

En esa inteligencia, el 10 de enero del 2023, se publica la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.⁸ Al efecto, ahora los CP, constituyen a nivel interamericano y ahora a nivel interno un derecho humano derivado de un tratado internacional en la materia, por lo que es una responsabilidad del Estado Mexicano en el ámbito interno e internacional, impulsar los CP, conforme los estándares de dicho tratado y cualquier norma que se establezca en contrario es convencional, más bien, resulta necesario elaborar y ejecutar políticas acordes y proporcionales e instituciones sólidas y que cumplan con lo ya existente.

En este orden de ideas, es de señalar que las medidas de derecho interno deben ser efectivas (principio del *effet*

⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas), sentencia de 26 de septiembre de 2006, Serie C, núm. 154, párr. 123.

⁸ Organización de los Estados Americanos, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Washington D.C., 15 de junio de 2015. Disponible en: https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

útil), esto significa que el Estado ha de adoptar todas las medidas para que lo establecido sean efectivas, siendo una obligación por parte de él.

Como se desprende de la Convención, en su artículo 2, define “Cuidados paliativos”: La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan.

Así mismo, establece en la Convención que, se debe velar por el buen trato y la atención preferencial, así como un enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor, a lo cual, para el caso de los CP, eleva el estándar de atención buscando el bienestar y cuidado acorde a sus necesidades, también, adoptar y fortalecer todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, a fin garantizar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.

Por otro lado, no se deben otorgar tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, o todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor, en particular, evitar el sufrimiento previo al final de la vida en el entendido de ser un acto de la mayor calidad humana, prohibiendo cualquier acción fútil, a lo que en el tema que nos ocupa es la obstinación terapéutica (ensañamiento o encarnizamiento terapéutico), que en derechos humanos se puede entender como un trato cruel inhumano y degradante.

Ahora bien, en la atención de los CP, se deben contar con los insumos necesarios, toda vez que “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.⁹

A mayor abundamiento, el 12 de junio de 2025 la Corte Interamericana de Derechos Humanos, emitió la Opinión Consultiva 31/25,¹⁰ sobre el contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interacción con otros derechos, y para el caso que nos ocupa, es importante ver unos argumentos de la misma.

El cuidado constituye también una necesidad básica, ineludible y universal, de la cual depende tanto la existencia de la vida humana como el funcionamiento de la vida en sociedad, en tanto permite asegurar condiciones de atención mínimas para una existencia digna, especialmente respecto de personas en situación de vulnerabilidad, dependencia o limitación. En definitiva, señaló la Corte, todas las personas requieren de acciones individuales para garantizar su bienestar y, en diversas etapas de su vida, dependen del apoyo de otras para subsistir, vivir con dignidad y desarrollar autónomamente su proyecto de vida. Por ello, el cuidado cumple una función individual y social fundamental: al procurar el bienestar frente a los límites impuestos por la existencia, la edad, la enfermedad o las condiciones físicas o mentales, se constituye en una condición necesaria para la realización de las actividades humanas y por lo tanto para el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

A partir de una interpretación sistemática, evolutiva y por persona de los derechos consagrados en la Convención (párr. 112), la Corte concluyó que existe un derecho autónomo al cuidado, derivado de la lectura conjunta de los artículos 4, 5, 7, 11, 17, 19, 24, 26 y 1.1 de la Convención Americana. Señaló que corresponde,

⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU), Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), E/C.12/2000/4, Ginebra, 11 de agosto de 2000. Disponible en: <https://acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

¹⁰ Opinión Consultiva OC-31/25 de 12 de junio de 2025, se puede consultar en: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_31_es_altocontraste.pdf 12/02/2026

por tanto, a los Estados respetar y garantizar este derecho, así como adoptar medidas legislativas y de otro carácter para lograr su plena eficacia, conforme a los artículos 1.1 y 2 del mismo instrumento. Asimismo, advirtió que el derecho al cuidado también se deriva de los derechos reconocidos en la Declaración Americana — en particular en sus artículos I, II, VI, XI y XIV al XVI—, así como en los artículos 34 y 45 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos.

El Tribunal Interamericano, reiteró que el cuidado constituye una necesidad humana universal y una condición indispensable para gozar de una existencia digna.

La Corte señaló que el derecho al cuidado encuentra su fundamento y alcances en el principio de corresponsabilidad. Destacó que los cuidados recaen solidariamente sobre la persona, la familia, la sociedad y el Estado; por el principio de igualdad y no discriminación, que requiere que los hombres y las mujeres tengan las mismas condiciones y responsabilidades en el cuidado; y que los niños, niñas y adolescentes, las personas mayores, y las personas con discapacidad y con enfermedades que comprometan su autonomía e independencia, gocen de cuidados acorde a su condición (párr. 113).

En el ámbito de los cuidados, el principio de solidaridad fortalece la obligación de que las personas, la familia, la comunidad, la sociedad civil, las empresas y el Estado asuman, respectivamente, una doble responsabilidad: por un lado, asistir, apoyar y cuidar a quienes tengan algún grado de dependencia; y, por otro lado, respaldar a quienes realizan estas labores, asegurando que cuenten con las condiciones necesarias para prestar debidamente los cuidados, que su labor sea reconocida, y que dispongan de apoyos para aliviar las cargas que conlleva el cuidado. Ello incluye que el cuidado -

remunerado o no remunerado- sea reconocido, valorado y sostenido mediante medidas que alivien sus cargas físicas, emocionales y económicas. En este sentido, la Corte consideró que la valoración social del cuidado constituye una obligación jurídica derivada del principio de solidaridad, en tanto el cuidado representa una actividad humana con valor intrínseco y un elemento esencial para el fortalecimiento de los vínculos entre las personas y la cohesión social (párr. 120).

En esa inteligencia, los Estados en esta materia debe incluir, como mínimo, una protección reforzada para grupos en situación de vulnerabilidad, en particular las ... las personas mayores, las personas con discapacidad y aquellas que padecen enfermedades graves, crónicas o que comprometan la independencia y demanden la prestación de cuidados.

Asimismo, en virtud del principio de corresponsabilidad, se deben implementar servicios de cuidado de calidad para aquellos que no cuentan con redes familiares o comunitarias, así como orientados a contribuir en la provisión del cuidado más allá del ámbito exclusivo de la familia (párr. 151).

En relación con el derecho a ser cuidado, la Corte recordó que todas las personas, en distintos momentos de su vida, requieren de cuidados o apoyo con mayor intensidad, y que ello puede ocurrir por factores como la edad, tener una enfermedad grave, crónica, incapacitante o que comprometa la independencia, o tener una discapacidad.

Por lo que los cuidados paliativos se establecen como derecho humano en México, actualizando el derecho a mitigar el sufrimiento, bajo las mejores condiciones, lo cual cumple con el fin del acto médico, ya que al no curar, se puede aliviar más no eliminar.



BIOÉTICA, ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO Y SEDACIÓN PALIATIVA EN ESCENARIOS COMPLEJOS

DRa. Ma. DE La LUZ CASAS MaRTíNEz



1. Fundamentación Ontológica: La Dignidad Humana como Propiedad Intrínseca y Percibida.

En la ética clínica contemporánea, el concepto de dignidad constituye la piedra angular sobre la cual debe erigirse cualquier proceso de deliberación médica, especialmente en la proximidad del fin de la vida. Es imperativo, desde una perspectiva académica rigurosa, establecer una distinción ontológica infranqueable entre la dignidad como una propiedad intrínseca del ser y las nociones accidentales de "calidad de vida" o estados de bienestar subjetivo. La dignidad no es un atributo graduable ni un sentimiento fluctuante supeditado a la funcionalidad biológica; es una propiedad inherente a la persona por el solo hecho de su existencia humana.

Bajo la doctrina expresada por Immanuel Kant en La metafísica de las costumbres (1797), se establece que la humanidad misma posee una dignidad esencial, pues el ser humano no puede ser instrumentalizado bajo ninguna circunstancia. El hombre no es una herramienta para el Estado, ni un objeto de estudio para la ciencia, ni un paciente-cliente para el mercado; el ser humano debe ser considerado siempre y simultáneamente como un fin en sí mismo. Esta premisa proscribire la subyunción ontológica del individuo a imperativos de eficiencia técnica o económica. La dignidad, por tanto, no emana de la autonomía ni de la ausencia de dolor. Si aceptáramos que la dignidad se desvanece con la pérdida de la independencia o el incremento del sufrimiento, estaríamos afirmando implícitamente que los pacientes dependientes o en

agonía son "menos humanos", lo que fragmentaría la igualdad esencial del ser y abriría la puerta a la deshumanización clínica.

Para el especialista en bioética, no basta con reconocer la dignidad intrínseca. En el escenario paliativo, cobra vital importancia la "dignidad percibida por el paciente". Este concepto integra la subjetividad del paciente, quien, ante la fragilidad extrema, requiere que su entorno médico y familiar reafirme su valor. Preservar la dignidad percibida implica asegurar que el paciente se sienta valorado, respetado y "visto" hasta su último aliento, evitando que la mirada técnica reduzca su biografía a una patología terminal. El acto médico es, en su esencia, un reconocimiento del valor absoluto del otro.

2. La Medicina como Comunidad Moral frente al Mercantilismo.

La praxis paliativa no puede ser reducida a una mera gestión de protocolos farmacológicos; constituye lo que el Dr. Edmund Pellegrino define con maestría como una "comunidad moral". En su obra fundamental *The Philosophy of Medicine Reborn* (2008), Pellegrino lanza una advertencia contundente contra la tecnología deformada de la medicina moderna: si el acto médico se degrada a una simple técnica orientada a satisfacer cualquier deseo del paciente o cualquier requerimiento del sistema, el médico deja de ser un profesional moral con integridad propia para convertirse en un "esclavo" o un "técnico a sueldo". La relación médico-paciente es una alianza terapéutica que busca un bien objetivo: la

salud cuando es posible, y el alivio del sufrimiento digno cuando la curación ha dejado de ser una meta alcanzable.

Esta visión de la medicina como comunidad moral se enfrenta hoy a la "falacia del ahorro", una manifestación de nihilismo económico que pretende reducir la vida humana a una variable macroeconómica de coste-beneficio. El argumento de que la atención al final de la vida representa un "gasto excesivo" es una claudicación ética. Reducir la agonía a un balance presupuestario es la máxima expresión de una sociedad que ha perdido su norte moral. El valor de una civilización no se mide por su capacidad de ahorro financiero en el lecho de muerte de sus ciudadanos, sino por la calidad del trato y el acompañamiento que brinda a sus miembros más vulnerables. Los cuidados paliativos surgen como la respuesta ética definitiva frente al utilitarismo, rescatando al paciente de ser un sujeto meramente "útil" para convertirlo en un invitado respetado en el tramo final de su existencia. ¿Cuánto vale la vida y dignidad de un ser humano?, si graduamos la dignidad del ser humano, estamos construyendo discriminación, pues en esa postura cada ser humano vale diferente, según las especificaciones que se propongan, y no se aplicaría, la premisa de que todo ser humano es valioso por sí mismo. Esta postura está completamente en desacuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual reconoce el valor intrínseco de cada uno de los seres humanos.

3. El Principialismo Bioético en Medicina Paliativa

La aplicación de los principios tradicionales de la bioética (Beauchamp y Childress) adquiere en la medicina paliativa una profundidad personalista que trasciende el formalismo técnico.

a) Autonomía y la Narrativa de la Biografía

La autonomía en el final de la vida no es un ejercicio de libertad absoluta en el vacío, sino el respeto a la "biografía" del paciente. El sujeto no es solo un cuerpo en declive biológico; es una historia vital que busca un cierre coherente. El respeto a la autonomía se manifiesta en el uso riguroso del Consentimiento Informado y,

fundamentalmente, en la promoción de las Voluntades Anticipadas. El médico tiene el deber de proporcionar la información necesaria para que el paciente, o sus representantes legítimos, tomen el control de su narrativa vital, asegurando que las decisiones clínicas estén en axiología con sus valores personales.

b) Beneficencia Paliativa: Más allá del Control de Síntomas

La beneficencia paliativa se define como la maximización del bienestar integral del paciente. No se limita a la supresión del dolor físico, sino que abarca la esfera psicoemocional y espiritual. Maximizar el bien en esta etapa significa buscar la paz del paciente mediante un control de síntomas profesional y compasivo, entendiendo que el "bien mayor" es la ausencia de sufrimiento refractario y el mantenimiento de un confort que permita la despedida.

c) Justicia Distributiva y Equidad Farmacológica

El principio de justicia exige garantizar que el acceso a cuidados paliativos de alta calidad y a fármacos esenciales, como los opioides, sea equitativo y libre de discriminación por edad, pronóstico o recursos económicos. La justicia distributiva en escenarios complejos obliga al sistema sanitario a no abandonar al paciente terminal bajo el pretexto de la futilidad, proveyendo los recursos necesarios para una muerte digna como un derecho humano fundamental derivado de la dignidad intrínseca.

4. Las Virtudes Médicas: El "Cómo" del acto médico.

Si los principios bioéticos nos indican la orientación de la acción (el qué), las virtudes médicas representan la disposición del carácter que humaniza dicha acción (el cómo). En la clínica paliativa, cinco virtudes son esenciales:

- **Compasión** (cum-passio): Etimológicamente definida como "sufrir con", la verdadera compasión no consiste en eliminar al que sufre (eutanasia), sino en eliminar el sufrimiento mediante el cuidado humano y técnico. Es la virtud que impulsa al médico a no rendirse ante un síntoma refractario,

buscando la combinación farmacológica exacta que devuelva la paz al paciente. Sin compasión, la beneficencia es solo técnica fría; con ella, se transforma en cuidado auténtico.

- **Prudencia (Frónesis):** Es la virtud maestra que permite aplicar el conocimiento científico a la situación particular de un paciente único. En la adecuación del esfuerzo terapéutico, la prudencia guía la proporcionalidad, ayudando a decidir el momento justo y la dosis exacta, evitando tanto el abandono como la obstinación. Es la guía para discernir entre un síntoma difícil y uno verdaderamente refractario.
- **Humildad:** Esta virtud es el antídoto contra la obstinación terapéutica. La humildad permite al profesional aceptar que "ya no hay nada más que curar", pero que siempre queda mucho por cuidar. Aceptar la finitud humana como un proceso natural, y no como un fracaso de la competencia profesional, facilita una transición digna hacia el confort.
- **Veracidad y Comunicación Compasiva:** La verdad es un derecho del paciente, pero su administración debe ser "soportable". No se trata de una entrega abrupta de información catastrófica, sino de un proceso honesto y paulatino. La comunicación honesta evita la "conspiración del silencio" fenómeno donde la familia y el equipo ocultan la realidad al paciente, permitiéndole cerrar ciclos vitales y participar activamente en su propio proceso de morir.
- **Integridad:** Definida como la alineación perfecta entre valores éticos, ciencia actualizada y acción clínica. La integridad es el cimiento de la confianza familiar; cuando el equipo actúa con integridad, la familia puede descansar en la seguridad de que las decisiones se toman por el bien superior del paciente, lejos de cualquier mercantilismo o desidia.

5. Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) y Sedación Paliativa

En escenarios de alta complejidad clínica, la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) y la Sedación Paliativa se

presentan no como actos de renuncia, sino como estrategias de estricta proporcionalidad ética.

La AET consiste en ajustar los tratamientos a la realidad biológica del paciente, retirando o no iniciando medidas que han devenido fútiles o desproporcionadas para el objetivo de bienestar. No es abandono; es una reorientación hacia el confort. Por su parte, la Sedación Paliativa es la disminución deliberada del nivel de consciencia del paciente mediante fármacos, una vez constatada la presencia de síntomas refractarios que no han cedido ante tratamientos convencionales intensos. Es imperativo establecer la distinción ética con la eutanasia mediante la triple diferencia de intención, método y resultado:

1. **Intención:** En la sedación paliativa se busca aliviar el sufrimiento; en la eutanasia, provocar la muerte.
2. **Método:** En la sedación se administran fármacos titulados según la respuesta del síntoma; en la eutanasia, se administran dosis letales de fármacos potentes.
3. **Resultado:** En la sedación se logra el confort respetando la evolución natural de la enfermedad; en la eutanasia, se produce el fallecimiento inmediato de forma provocada.

Estas intervenciones deben configurar un "espacio de seguridad", donde el paciente no sea una carga, sino un invitado respetado, con total deferencia por su intimidad, sus silencios y sus rituales de despedida.

6. Marco Médico-Legal en México: Título Octavo Bis y NOM-011

La medicina paliativa en México goza de un robusto sustento jurídico que garantiza la seguridad tanto del paciente como de los profesionales de la salud. El eje rector es la Ley General de Salud, específicamente en su Título Octavo Bis, denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal". Este ordenamiento reconoce el derecho fundamental de los pacientes en situación terminal a suspender tratamientos curativos y optar por cuidados paliativos integrales.

Complementariamente, la NOM-011-SSA3-2014 establece los criterios obligatorios para la atención de enfermos terminales en instituciones tanto públicas como privadas del Sistema Nacional de Salud. La normativa mexicana es explícita: prohíbe tanto la eutanasia como la obstinación terapéutica (uso de medidas innecesarias o futilidad), y sanciona el abandono del paciente.

Este marco se alinea con los compromisos internacionales de la Declaración de Ginebra, reafirmando que el compromiso del médico es el servicio a la humanidad y la salud del paciente por encima de cualquier otra consideración económica o técnica. La ley protege la integridad del acto médico paliativo como un acto de justicia y respeto a la dignidad.

7. Estrategias de Prevención de Conflictos y Conclusiones Propositivas

Los escenarios de terminalidad son fértiles para el conflicto ético-emocional. Para mitigarlos, el especialista debe implementar tres estrategias fundamentales:

1. Comunicación Asertiva y Continuada: Mantener un diálogo transparente que evite falsas esperanzas y la conspiración del silencio. La comunicación honesta es, en sí misma, una herramienta terapéutica que reduce la angustia de la incertidumbre.
2. Documentación Clínica Rigurosa: Todas las decisiones sobre la AET y la sedación deben quedar fundamentadas en el expediente clínico, detallando la refractariedad del síntoma y el consenso alcanzado, garantizando la trazabilidad ética del proceso. La sedación paliativa obliga a justificar cuál o cuáles son los síntomas a paliar, las medidas tomadas que fracasaron, las alternativas consensadas y la resolución aceptada por el equipo de salud y el enfermo o en el caso de imposibilidad de éste,

del representante legal y/o asignado en la carta de voluntades anticipadas. Todo acto médico debe por ser verificado a profundidad por escrito, tanto en el expediente como en las hojas de enfermería, las cuales deben coincidir y las cuales serán consultadas en caso de conflicto, interno o legal.

3. Intervención de los Comités Hospitalarios de Bioética: Estos órganos plurales ofrecen un espacio de deliberación objetiva en casos de discrepancia familiar o dudas sobre la proporcionalidad de las medidas, asegurando el bien superior del paciente. En el caso de solicitud de sedación final paliativa, por razones psicológicas, siempre debe contarse con la aprobación del comité Hospitalario de Bioética o Comité hospitalario, registrado y específico para cuidados paliativos.

Asimismo, se reconoce la objeción de conciencia como el mecanismo que permite al profesional de la salud preservar su integridad moral frente a solicitudes que contravengan sus valores fundamentales, sin que ello signifique el abandono del paciente, quien deberá ser derivado a un colega que pueda dar continuidad al cuidado solicitado dentro del marco legal.

La medicina paliativa en escenarios complejos reafirma que, aunque la curación no sea posible, el cuidado es un imperativo categórico. La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico y la Sedación Paliativa, ejercidas bajo el amparo de las virtudes médicas y el marco normativo mexicano, no son actos de derrota, sino la culminación del deber médico. El objetivo final es devolver la paz al paciente, los familiares y equipo de salud, garantizando que su tránsito final sea una expresión de dignidad, respeto biográfico y solidaridad humana.

La medicina, como comunidad moral, no se rinde ante los síntomas; se transforma en acompañamiento profesional y humano para asegurar una despedida en paz.



ESTATUS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO Y SU DEBIDA IMPLEMENTACIÓN

DR. GUILLERMO EDUARDO ARÉCHIGA ORNELAS



“Paradójicamente, los recursos necesarios para establecer la eutanasia podrían provenir del presupuesto destinado a la atención al final de la vida, lo que podría reducir la inversión en cuidados paliativos”

Carol Haigh

Hay varios países en Europa donde la eutanasia es legal y se practica abiertamente y dentro de esos países, Suiza se realiza desde 1941 y realizado por médicos como por personas sin formación médica. En la práctica, suele participar un médico general como en el caso de España que recientemente se incorporó a la lista Europea quedando a deber por parte de estos países varios aspectos por informar como: el control de daños, la formación de quienes practicaron la eutanasia, y el presupuesto para la práctica y los beneficios obtenidos.

En Bélgica, se permite la eutanasia desde 2002, pero no define el método, que se negocia entre el paciente y el médico. En los Países Bajos: la eutanasia voluntaria y el Suicidio Asistido realizado por médicos son legales desde abril de 2002, aunque están permitidos por orden judicial desde 1984. En Suiza se ofrece la “terapia” para la esclerosis múltiple (TEM) a personas no nacionales, de hecho, más de 100 ciudadanos británicos han viajado a Zúrich.

Cohen et al. (2006) señala que no existe un consenso claro en Europa sobre los beneficios o perjuicios de la eutanasia, ya que numerosos factores culturales influyen en las actitudes generales de la población. Sin embargo, es evidente que existe una demanda de

debate en torno a este tema, la cual parece estar creciendo a medida que los países occidentales se vuelven más seculares, con mayor nivel educativo y más receptivos y abiertos al concepto de autonomía ciudadana (Cohen et al. 1996).

La autonomía es el derecho al autogobierno. En el contexto de la filosofía moral y bioética, se refiere a la capacidad de un individuo racional para tomar una decisión informada y libre de coacción.

En el ámbito sanitario, el respeto a la autonomía del paciente se considera un principio ético fundamental (Beauchamp y Childress, 2008). Este derecho a la autodeterminación se traduce en la práctica en el ejercicio de la libertad de elección en asuntos personales. La elección puede definirse como el proceso mental de pensar que implica juzgar los méritos de múltiples comportamientos y seleccionar uno de ellos para la acción. A pesar que se pretende hacernos creer que tenemos el control de nuestras vidas donde pareciera que la única persona cuyo comportamiento podemos controlar es el nuestro y que la autonomía es una característica clave y fundamental de la vida humana, hay algunos críticos de la eutanasia que han argumentado que no somos dueños de nuestras vidas, que la vida no es propiedad y no puede ser enajenada como tal y que en realidad no controlamos nada, simplemente nos ajustamos o no a las leyes o normas regidas por el estado. Habrá quienes piensen que más bien es una costumbre de por ejemplo el de controlar nuestra apariencia, cómo expresamos u ocultamos nuestra sexualidad, o cómo practicamos nuestra religión y

cómo nos ganamos la vida. Pero si ese proceso mental al cual nos referimos anteriormente este entintado por una mente aflictiva, con deficiencias, cognitivas, atencionales, conativas, aunado a lo anterior en resumen es concluyente que no controlamos ni la naturaleza ni nuestra propia muerte, es decir ni cuando, donde y como acontecerá la misma ¿Cuál será la calidad de nuestra decisión entonces al argumentarse que está en nuestro control la decisión de muerte?

Sin embargo, si se adopta la perspectiva y se acepta que los individuos tienen la libertad de elegir cuándo y cómo morir, esto implicará el abogar por una sociedad totalmente autocomplaciente, de desear por mi autonomía eso que deseo aquí y ahora, un tufo de mente auto centrada en mi beneficio y bienestar, y no en quienes me rodean y en quienes me facilitarán los medios para morir. No me importa tanto como se queden y que sientan los demás después de mi eutanasia, es mi prioridad mi deseo. Por eso es más importante proteger a los vulnerables y que los deseos individuales los cuales deben subordinarse a la necesidad primordial de proteger a quienes son vulnerables y enfermos.

El individuo es soberano sobre sí mismo, pero hay prevenir el daño a otros (familiares, enfermeras, médicos). Por ejemplo, la opinión pública puede manifestar un deseo de la pena capital se reinstaure, pero la sociedad no está obligada a aceptar esta postura y habrá que estar atentos a la «tiranía de la mayoría». En la sociedad actual, se ha desarrollado una cultura que redefine los deseos como necesidades: debemos tener ese teléfono, ese par de zapatos, ese carro, incluso ese bebé de diseño. Y no solo eso, sino que lo queremos ya. Estas tendencias son la raíz de la codicia una causa predominante de la crisis económica mundial y de los problemas ambientales a los que nos estamos enfrentando hoy en día.

En este momento en nuestro país donde los recursos son limitados para los cuidados paliativos y de hecho no existe un presupuesto para tal efecto, derive en que muchos proveedores de servicios de salud podrían verse obligados a priorizar otras tareas en lugar de

destinar recursos adicionales del presupuesto central. Esto es; los recursos necesarios para establecer la eutanasia podrían provenir del presupuesto destinado a la atención al final de la vida, lo que podría reducir la inversión en cuidados paliativos de por si inexistente o nula. Estos temores fueron expresados por médicos en un estudio reciente de Helgesson et al. (2009). Otros riesgos, la confianza es fundamental en cualquier relación, y particularmente en la relación privilegiada que las enfermeras y los médicos mantienen con sus pacientes. Algunos incluso han argumentado que la confianza es el origen de la virtud (Ridley, 1997). Los pacientes podrían desconfiar de un profesional de la salud para recibir atención o tratamiento terapéutico si supieran que también se le permite realizar la eutanasia. El estudio de Hall et al. (2005) demostró que el 20% confiaría menos en su médico si también se le permitiera ayudar a morir (matar) a las personas.

Y aunque hasta aquí solo hemos hablado de los médicos, las enfermeras son menos propensas a apoyarla la eutanasia Berghs et al. (2005) y demostraron que al trabajar en contacto diario con personas moribundas esta toma de decisiones no es compartida con ellas de hecho, las enfermeras con mayor experiencia en el cuidado de enfermos terminales son menos propensas a apoyar esta práctica. Los avances en enfermería han sido y deben seguir siendo aquellos que redundan en el mejor interés de los pacientes, aquellos que promueven su bienestar no la muerte. Consideramos que la asistencia al paciente en la eutanasia constituye una violación a las obligaciones primordiales para con los enfermos. Habrá que tomar en cuenta a las enfermeras, ya que eutanisar a los enfermos podría convertirse en una responsabilidad de las enfermeras, al igual que otras tareas que antes se consideraban exclusivas de los médicos, como la prescripción o las intervenciones quirúrgicas. Esto podría ser una carga demasiado pesada. Las investigaciones sugieren que los médicos no desean esta responsabilidad, y las enfermeras tampoco deberían sostener con esta carga.

En conclusión, el papel de la enfermera como defensora y como médicos puede considerarse crucial para el bienestar del paciente y tarde o temprano cada uno

tendrá que decidir su posición al respecto, además en un país donde no existen presupuesto para los cuidados paliativos y la formación de un programa nacional apoyado desde la presidencia y los sectores de salud, los profesionales de la salud, no debemos de ser cómplices de una “sociedad tiránica” que exija la eutanasia, sin que antes haya la obligatoriedad de la atención paliativa en todo el país.

- Carol Haigh Editorial: A time to live, a time to die? An exploration of the arguments surrounding the legalisation of assisted suicide *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3213–3215.2009
- Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosre P, van der Wal G & Deliens L (1996) Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981–1999). *European Journal of Public Health* 16, No. 6, 663–669.
- Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosre P, van der Wal G & Deliens L (2006) European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine* 63, 743–756.
- Beauchamp TL & Childress JF (2008) *Principles of Biomedical Ethics*, 6th edn. OUP, USA. Berghs M, Dierckx de Casterle B & Gastmans C (2005) The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *Journal of Medical Ethics* 31, 441–446.
- Hohfeld WN (1919) *Fundamental Legal Conceptions*. Yale University Press, New Haven.
- Huxtable R (2009) Why I wrote... *Euthanasia, Ethics and the Law: from conflict to compromise*. *Clinical Ethics* 4, 31–35.
- Mill JS (1859) *On Liberty*. (reprinted 1974). Penguin Books Ltd., Bungay.
- Ridley M (1997) *The Origins of Virtue*, 2nd edn. Softback Preview, Bury St Edmunds.
- Helgesson G, Lindblad A, Thulesius H & Lynoe N (2009) Reasoning about physician-assisted suicide: analysis of comments by physicians and the Swedish general public. *Clinical Ethics* 4, 19–25.
- van Bruchem-van de Scheur GG, van der Arend AJG, Abu-Saad HH, van Wijmen FCB, Spreeuwenberg C & ter Meulen RHJ (2008) Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1618–1626.
- Hall M, Trachtenberg F & Dugan E (2005) The impact on patient trust of legalising physician aid in dying. *Journal of Medical Ethics* 31, 693–698.



ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

DR. JOSÉ ALBERTO FLORES CANTISANI



Fundamentos y Desmitificación de los Cuidados Paliativos

1. La esencia de los Cuidados Paliativos: Más allá del final

Contrario a la creencia popular, los cuidados paliativos no son un sinónimo de "rendirse" ni una señal de que la medicina ha fracasado. Realmente, representan la especialización de la compasión y la técnica para abordar el sufrimiento. La confusión radica en un modelo médico histórico centrado exclusivamente en la curación; cuando la cura no es posible, el sistema suele retraerse, dejando al paciente con una sensación de abandono.

Los cuidados paliativos intervienen precisamente para decir: "No podemos cambiar el diagnóstico, pero podemos cambiar radicalmente cómo vives con él". No se trata de morir, sino de vivir con la mayor calidad posible hasta el último momento.

2. Alcance y Temporalidad: ¿Cuándo iniciar?

Es un error crítico reservar la paliación para la fase agónica. Los cuidados paliativos son aplicables desde el momento del diagnóstico de cualquier enfermedad que limite la vida (insuficiencia renal, falla cardíaca, enfermedades neurodegenerativas, no solo cáncer).

La integración temprana permite que el paciente transite por tratamientos curativos o modificadores de la enfermedad con un control estricto del dolor y los

síntomas, lo que incluso puede mejorar la adherencia a terapias agresivas como la quimioterapia.

3. El Impacto en el Binomio Paciente-Familia

Cuando los cuidados paliativos se integran de manera eficaz, ocurre una transformación del caos a la estructura. El paciente recupera su autonomía al ver controlado su dolor y sus síntomas físicos, lo que le permite retomar conversaciones y cierres de vida pendientes. Para la familia, el beneficio es el alivio del "colapso del cuidador"; pasan de ser enfermeros improvisados y angustiados a ser acompañantes presentes, sabiendo que cuentan con un equipo de soporte técnico 24/7.

El Rol Familiar y el Debate Ético Contemporáneo

4. La Familia: El pilar del proceso paliativo

La familia no es solo un espectador, es la unidad de cuidado. El proceso paliativo incluye la preparación emocional mediante:

Educación continua: Instruir sobre qué esperar de la enfermedad para reducir el miedo a lo desconocido.

Comunicación asertiva: Facilitar el diálogo sobre voluntades anticipadas.

Duelo anticipatorio: Trabajar las pérdidas simbólicas antes del fallecimiento, permitiendo una despedida digna y menos traumática.

5. El Debate: ¿Suicidio Asistido o Cuidados Paliativos?

Existe una tendencia global a debatir el suicidio asistido o la eutanasia antes de garantizar el derecho universal a los cuidados paliativos. Esto suele ocurrir porque la muerte con sufrimiento es lo que más teme la sociedad.

El debate se inclina hacia el suicidio asistido por una percepción de "falsa autonomía" ante el dolor insufrible. Sin embargo, la verdadera urgencia ética y nacional debe ser la institucionalización de la paliación. Si un paciente tiene acceso a un control de dolor impecable y a un soporte emocional robusto, la solicitud de terminar con la vida disminuye drásticamente. El enfoque debe ser proporcionar una vida digna para que la muerte ocurra con naturalidad, no como una huida del abandono institucional.

Eficiencia Económica y Modelos de Gestión

6. El Mito del Costo: Eficiencia y Reducción de Gastos en Oncología

La afirmación de que los cuidados paliativos son "extremadamente caros" es un mito contable. La realidad demuestra que un modelo paliativo bien implementado es deflector de costos para las instituciones públicas:

Evitación de la "Obstinación Terapéutica": Se reducen ingresos innecesarios a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y urgencias por crisis de dolor no controladas.

Uso racional de recursos: Los medicamentos para el control del dolor (opioides) y síntomas son, en su mayoría, de bajo costo en comparación con terapias de última línea que no ofrecen beneficio de supervivencia.

Modelo de Atención Domiciliaria: Al trasladar el cuidado al hogar con supervisión profesional, se liberan camas hospitalarias de alta especialidad para pacientes con potencial curativo.

Resultados comprobados: Implementar estos modelos en áreas oncológicas permite que el presupuesto se

optimice, dirigiendo el gasto hacia donde realmente genera impacto en la calidad de vida y no hacia procedimientos fútiles.

7. De la Ley a la Realidad: El camino hacia la accesibilidad

Para que la ley deje de ser "letra muerta" en México, necesitamos una reforma estructural en cuatro ejes:

Legal: Simplificar el recetario de estupefacientes y proteger la práctica médica paliativa.

Económico: Crear partidas presupuestales específicas (etiquetadas) para equipos de cuidados paliativos.

Formativo: Obligar a que todas las facultades de medicina y enfermería incluyan la materia de medicina paliativa como tronco común.

Operativo: Crear redes regionales de atención domiciliaria que conecten el hospital con la casa del paciente.

El Llamado a la Acción y el Mensaje de Esperanza

8. Llamado a las Autoridades de Salud en México

El llamado es claro y urgente: Los cuidados paliativos no son un lujo, son un derecho humano. Las autoridades deben entender que invertir en paliación es una decisión financiera inteligente y una obligación moral.

Necesitamos una política nacional que descentralice el acceso a los fármacos para el dolor y que garantice que en cada hospital de segundo y tercer nivel exista un equipo interdisciplinario (médico, enfermería, psicología y trabajo social) dedicado exclusivamente a la medicina del dolor y paliativa. La eficiencia del sistema de salud no solo debe medirse por cuántas vidas se salvan, sino por qué tan bien cuidamos a quienes no podemos curar.

A continuación, presento un resumen ejecutivo de una página que sintetiza el estado, los retos y la estructura

de los Cuidados Paliativos en México, diseñado con un enfoque profesional y analítico.

Panorama de los Cuidados Paliativos en México

1. Marco Jurídico y Normativo

México cuenta con un robusto andamiaje legal que reconoce los cuidados paliativos como un derecho. El artículo 4º de la Constitución Política y la Ley General de Salud establecen la obligatoriedad de estos servicios.

NOM-011-SSA3-2014: Define los criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

Ley de Voluntad Anticipada: Permite a los ciudadanos decidir sobre los tratamientos que desean o no recibir al final de la vida, evitando la obstinación terapéutica.

2. El Modelo de Atención Interdisciplinario

El sistema mexicano busca transitar de un modelo hospitalocentrista a uno más humano y cercano. Los pilares actuales incluyen:

Equipos Multidisciplinarios: Integrados por médicos paliativistas, enfermería especializada, psicología y trabajo social.

Control del Dolor: Uso de la "Escalera Analgésica" de la OMS y programas para facilitar el acceso a fármacos opioides (morfina, fentanilo), aunque la distribución sigue siendo un reto en zonas rurales.

Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos: Presentes principalmente en institutos nacionales y hospitales de tercer nivel (como el INCan o el INNSZ).

3. Retos y Brechas Actuales

A pesar de los avances legales, la implementación enfrenta obstáculos críticos:

Desigualdad Regional: Existe una alta concentración de servicios en la Ciudad de México y capitales estatales, dejando al descubierto a gran parte de la población rural.

- **Déficit de Formación:** Persiste una falta de especialistas certificados y de educación paliativa en los planes de estudio de medicina y enfermería general.
- **Barreras de Acceso a Opioides:** Aunque existen leyes, la tramitología y el miedo al uso de estupefacentes limitan que el alivio del dolor llegue a todos los pacientes.

4. Hacia un Modelo de Eficiencia Económica

- La tendencia actual en México es demostrar que los cuidados paliativos no son un gasto, sino una inversión. La integración de la paliación temprana reduce:
- El uso innecesario de camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).
- Consultas de urgencias por crisis de dolor no controladas.
- Procedimientos médicos fútiles que no mejoran la supervivencia ni la calidad de vida.

5. Conclusión: El Compromiso Social

El futuro de los cuidados paliativos en México depende de la institucionalización. Se requiere que las autoridades de salud perciban la paliación como una pieza clave de la justicia social y la dignidad humana, garantizando que "morir bien" sea tan prioritario como "vivir bien" dentro del sistema público de salud.

