

EL DERECHO A LA EUTANASIA

Asunción ÁLVAREZ DEL RÍO*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Una definición de eutanasia.* III. *Otras definiciones.* IV. *El derecho a la eutanasia.* V. *Un ejemplo de cerca.* VI. *Conclusiones.*

I. INTRODUCCIÓN

Dentro de los derechos a la autodeterminación física, nos referiremos al derecho a la eutanasia, una opción de terminación de vida especialmente controvertida, a juzgar por los interminables debates que se desarrollan en diferentes países para decidir si se trata o no de un derecho. En esta participación proponemos algunas preguntas que nos ayuden a definir si, en efecto, lo es y a reconocer las implicaciones que se derivarían del mismo.

La primera de estas preguntas apunta a definir si un paciente tiene derecho a decidir la terminación de su vida, lo cual, forzosamente, lleva a cuestionar la llamada idea del valor sagrado de la vida. De acuerdo con esta idea, la vida representa un valor inviolable que siempre está por encima de cualquier otro.

Otras preguntas necesarias se relacionan con el hecho de que en la eutanasia se requiere la ayuda de un tercero, concretamente de un médico. De manera que debemos preguntarnos si un paciente tiene derecho a implicar a su médico en su decisión, y, todavía más, si el médico tiene algún tipo de deber de responder a esa petición.

* Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM. Miembro del Colegio de Bioética, A. C.

II. UNA DEFINICIÓN DE EUTANASIA

Antes de intentar responder estas preguntas, es importante aclarar qué se entiende por eutanasia para evitar confusiones y ambigüedades, pues no sólo estamos frente a un tema muy controvertido, sino muy mal comprendido. Esto se explica en parte por el hecho de que se han atribuido diferentes significados al término *eutanasia*: 1) dejar morir a las personas; 2) inducir la muerte a quienes están sufriendo; 3) dar atención a los moribundos; 4) terminar con la vida de quienes son indeseables.¹ Resulta evidente que entre algunas de estas acepciones existen notables diferencias en términos morales. Por eso, es tan importante ser muy precisos al definir una práctica que genera tanta discusión cuando se trata de decidir si es o no éticamente aceptable.

Proponemos la siguiente definición:

“La eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste”.²

Esta definición sigue el mismo sentido restringido que se utiliza en los Países Bajos. Desde que se despenalizó la eutanasia en este lugar fue necesario establecer muy claramente los límites de lo que podía permitirse legalmente, de manera que se requería mucha precisión al definir la práctica.

La definición que proponemos evita la ambigüedad porque especifica: 1) que la acción, que tiene la intención de causar la muerte, la realiza un médico; 2) que la persona que muere padece una enfermedad, puesto que es un paciente, y además, se sobre entiende que hay una relación entre el médico y el paciente, 3) que la muerte se produce sin dolor, lo cual remite al significado etimológico del término de *eu-thanatos* (buena muerte), y 4) aspecto primordial, la terminación de la vida se realiza en respuesta a la petición de la persona que muere.

La selección de los términos en esta definición tiene el propósito de mostrar que la acción que causa la muerte se da en circunstancias tan especiales que puede hacerse una excepción a la prohibición universal de “no matarás”. Se entiende que esta prohibición es una condición fundamental para vivir en sociedad, pero existe una diferencia abismal entre

¹ Reich, W. T. (ed.), *The Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, vol. 1, pp. 554-563.

² Álvarez del Río, A., *Práctica y ética de la eutanasia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005. El capítulo 1 está dedicado a revisar la historia y definición del concepto de eutanasia.

destruir una vida humana porque se desprecia su valor, y respetar la decisión de una persona que pide ayuda para morir porque quiere terminar con su sufrimiento.

De acuerdo con los criterios que deben cumplirse en los Países Bajos y en Bélgica (donde también está permitida legalmente la eutanasia), conviene hacer explícita una característica más de esta definición: la muerte del paciente se provoca para evitar que viva el final de su vida de un modo que considera indigno desde su punto de vista.

Y para acabar de definir esta acción, vale la pena señalar las condiciones sobre las cuales puede aplicarse la eutanasia en los países mencionados: 1) el paciente la solicita de manera voluntaria, explícita, competente y persistente; 2) la solicitud se basa en el conocimiento completo del paciente sobre su situación; 3) el paciente sufre en forma física o mental intolerable; 4) se han agotado todas las alternativas posibles de alivio al sufrimiento, y 5) el médico ha consultado al menos a otro colega.

III. OTRAS DEFINICIONES

Al definir la eutanasia de manera muy específica, se requieren expresiones propias para referirse a otras acciones que se dan en el contexto médico y también tienen la finalidad de terminar con la vida de una persona.

1. *Suicidio médicamente asistido*

En primer lugar está el “suicidio médicamente asistido”, que es la acción mediante la cual un médico proporciona a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como es una prescripción de barbitúricos) para que éste los utilice subsecuentemente por cuenta propia. Esta ayuda se da en respuesta a la solicitud del paciente, y se distingue de la eutanasia porque el médico no participa en la acción final que causa la muerte.³

En los Países Bajos y en Bélgica no hay una diferencia entre estas dos prácticas ni desde el punto de vista ético ni desde el punto de vista legal. El paciente puede elegir la modalidad de ayuda que desee, y si opta por el suicidio asistido, el médico debe estar presente para ayudar al paciente en caso de que se presente alguna complicación. En el estado de

³ Quill, T., *Death and Dignity. Making Choices and Taking Charge*, Nueva York-Londres, Norton & Company, 1994, p. 158.

Oregon, donde sólo se permite el suicidio médicamente asistido, se prohíbe la presencia del médico en el momento en que el paciente toma los fármacos para morir.

Vale la pena detenernos para reparar en las diferencias que existen entre los países que han legislado para permitir la muerte asistida. En los Países Bajos y en Bélgica ayudar a morir sólo es legal en el contexto de la práctica médica y lo mismo sucede en Oregon, aunque en este estado se prohíbe al médico participar en la acción final. Actualmente, en el Reino Unido se revisa una propuesta de ley para permitir la muerte médicamente asistida a los pacientes terminales.⁴ Uno de los aspectos que deben aún definir quienes defienden la iniciativa, es si debe permitirse sólo el suicidio médicamente asistido y excluir la eutanasia o permitir ambas formas de ayuda.⁵ Es muy diferente la situación legal en Suiza, en donde la muerte asistida no se limita al contexto médico y se permite asistir en el suicidio de una persona que ha tomado la decisión de terminar con su vida, siempre y cuando esta ayuda se ofrezca por motivos altruistas. Como puede verse, entre los diferentes países no hay una concepción uniforme sobre el derecho a la muerte voluntaria, por lo que varían las condiciones en que se justifica y se permite.

2. Terminación de la vida sin solicitud expresa

Existe otra acción médica con la cual se pone fin a la vida de un paciente cuando se considera que la muerte es la mejor solución para resolver su situación, aun cuando éste no pueda expresar su voluntad. Siguiendo la fórmula de los Países Bajos, se llama a esta acción “terminación de la vida sin solicitud expresa”, y se realiza en diferentes tipos de pacientes: bebés con graves enfermedades y discapacidades al nacer, personas en estado vegetativo persistente, y pacientes que en algún momento expresaron su deseo de que se les aplicara la eutanasia y en las etapas finales de la enfermedad ya no pueden comunicarse y presentan complicaciones muy graves.⁶

⁴ Branthwaite, M. A., “Time for change”, *BMJ*, 331, 2005, pp. 681-683.

⁵ O’ Dowd, A., “Joffe Will Amend Role for Doctors in New Bill on Assisted Dying”, *BMJ*, 331, 2005 p. 863.

⁶ Por ejemplo, sangrado y asfixia o neumonía y septicemia. Véase Veldink, J. H. *et al.*, “Euthanasia and Physician Assisted Suicide among Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis in the Netherlands”, *N Engl J Med*, 346 (21), 2002, pp. 1638-1644.

Si la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son prácticas controvertidas, la terminación de la vida sin solicitud expresa lo es todavía más, porque en ésta falta el elemento principal por el cual se ha justificado acelerar la muerte de un paciente: su derecho a decidir el final de su vida. Por el momento, nos limitamos a señalar que la terminación de la vida sin solicitud expresa debe entenderse como una extensión de la eutanasia. Por diferentes causas, en la práctica médica se dan situaciones en que un paciente no puede expresar su voluntad, pero existen elementos para saber o suponer que, si pudiera hacerlo, pediría la terminación de su vida. El caso de los bebés es aún más especial porque éstos no pueden decir qué quieren, y son los padres quienes toman las decisiones por ellos.

El punto a discutir es si en estas situaciones es preferible actuar y acelerar la muerte del paciente o no actuar en ese sentido. Al considerar esta práctica como una extensión de la eutanasia, se puede decir que estamos hablando de una eutanasia *no voluntaria*, porque no hay expresión de la voluntad, lo cual es muy diferente a aplicar una eutanasia *involuntaria* en la que se actuaría en contra de la voluntad de una persona.

3. Documento de voluntades anticipadas

Las situaciones en que un paciente se encuentra incapacitado para participar en las decisiones sobre el final de su vida son una realidad que médicos y familiares enfrentan con cierta frecuencia. Por eso, es necesario encontrar soluciones óptimas. Una propuesta interesante, en este sentido, es el uso del documento de “voluntades anticipadas”, con el cual los individuos, cuando son competentes, pueden establecer su voluntad sobre lo que querrían y lo que no querrían que les hicieran en caso de encontrarse en situaciones muy críticas en las que ya no pueden expresar sus deseos y otros deben decidir por ellos.⁷ Para su aplicación, este documento tendrá las limitaciones que impongan las leyes vigentes en los diferentes países, de manera que la eutanasia sería, por ahora, una opción limitada a los Países Bajos y a Bélgica.

Aun cuando el documento de voluntades anticipadas no se ha regulado legalmente en muchas partes, su valor reside en dos hechos: el individuo que lo firma vive con la tranquilidad de que su voluntad será respe-

⁷ En el Colegio de Bioética hemos elaborado un modelo de este documento que puede consultarse en nuestra página: www.colbio.org.mx.

tada cuando ya no pueda expresarla, y facilita las decisiones de quienes representan al enfermo. De esta forma, se evita añadir un sufrimiento adicional a situaciones dolorosas que son irreversibles. Por ejemplo, no se mantendría con vida a un paciente en estado vegetativo persistente que cuando estaba consciente expresó que no querría vivir así.⁸

Como bien señala Ronald Dworkin, no se puede decir que sea mejor o peor experiencia estar inconsciente que muerto, pues en ningún caso se experimenta ese estado. Sin embargo, independientemente de que un individuo tenga o no la experiencia del final de su vida, para esa persona puede contar mucho, mientras esté consciente, la idea de cómo pasará por ese final, pues éste da un significado retrospectivo a lo vivido en su totalidad. Por ello, habrá personas que consideren que su vida será peor, en su conjunto, si pasan por un periodo de inconsciencia o demencia; así como habrá otras que encuentren que su vida será peor si pierden la oportunidad de prolongarla todo lo posible, sin importar en qué condiciones.⁹

Como las decisiones de las personas sobre el final de su vida varían notablemente entre los individuos, no se justifican las decisiones colectivas uniformes. Es preferible que la gente tome previsiones sobre lo que querría, y éste es el sentido de ofrecer y promover el uso del documento de voluntades anticipadas. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que a las personas, en general, les resulta difícil admitir que pueden llegar a encontrarse en la indeseable situación de quedar inconsciente, y también les cuesta mucho trabajo pensar en su final de vida.

Desde luego, el problema con los neonatos y bebés no puede resolverse con este documento, y por eso mismo ha representado un tema de intenso debate en los Países Bajos para encontrar una solución específica.¹⁰ Recientemente, como resultado del mismo, el gobierno neerlandés introdujo un cambio legal para dar mayor protección a los médicos que provoquen la muerte a bebés muy graves y con un sufrimiento que no tenga

⁸ Un caso reciente, cuya complicación podría haberse evitado con el uso de este tipo de documento, fue el de Terri Schiavo, quien estuvo en estado vegetativo persistente por más de 15 años. El caso se enredó absurdamente porque, al interpretar su voluntad con base en lo que había dicho en vida, prevalecieron los conflictos familiares y los intereses políticos. Véase Quill, T. y Schiavo, Terri, "A Tragedy Compounded", *N Engl J Med*, 352, 2005, pp. 1630-1633.

⁹ Dworkin, R., *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Nueva York, Vintage Books, 1994, pp. 208-213.

¹⁰ Verhagen E. y Sauer, P., *The Groningen Protocol-Euthanasia in Severely Ill Newborns*, *New England Journal of Medicine*, 352, 2005, pp. 959-962.

alivio posible. Con este cambio, los doctores podrán reportar esos casos para que sean revisados por un comité de expertos, en lugar de ser investigados, de entrada, como homicidios.¹¹

IV. EL DERECHO A LA EUTANASIA

Una vez definidas las diferentes formas de muerte médicamente asistida, veamos si podemos considerarlas un derecho de los pacientes orientándonos por las preguntas antes planteadas. Dentro de la muerte médicamente asistida incluimos, en primer lugar, a la eutanasia y al suicidio médicamente asistido. Puede incluirse la terminación de la vida sin solitud expresa en la medida en que responda a un pedido previo y competente por parte del paciente.

1. *¿Tiene derecho un paciente a decidir la terminación de su vida?*

Preguntar si un paciente tiene derecho a decidir la terminación de su vida implica analizar hasta dónde llega la autonomía de una persona, y responder si llega al grado de justificar que elija el momento y la forma de su muerte. En otras palabras, definir si es o no es dueña de su vida.

Si bien reconocer el derecho de un paciente a decidir la terminación de su vida implica reconocer el mismo derecho a cualquier persona (lo que nos lleva al tema de la muerte voluntaria y del suicidio), el análisis que proponemos se refiere al tema de la muerte médicamente asistida. Por tanto, se limita al contexto de la atención médica y a la circunstancia de que el paciente que considera la terminación de su vida padece una enfermedad o una condición médica que le produce un sufrimiento intolerable.

Al responder si una persona es dueña de su vida, las opiniones se dividen. Por un lado, está la de aquellos que reconocen que la decisión sobre la terminación de la propia vida es la última expresión de libertad del individuo, y que la vida es un derecho y no una obligación. Por otro lado, está la opinión de quienes niegan a las personas el dominio sobre su vida, para lo cual se apoyan, principalmente, en creencias religiosas que

¹¹ Sheldon, T., "The Netherlands Regulates Ending the Lives of Severely Ill Neonates", *BMJ*, 331, 2005, p. 1357.

determinan que la vida es sagrada porque le pertenece a Dios y es éste el único que puede decidir su final.¹²

Las investigaciones para conocer las características de las personas que apoyan la muerte médicamente asistida, tanto para otras personas como para sí mismas, indican, en efecto, que una particularidad que sobresale en ellas es la ausencia de creencias que en otras personas representan un impedimento para aprobar esta práctica. Aun si se trata de individuos que profesan una religión, sus creencias no incluyen el temor a la ira de Dios ni la idea de que en el más allá su vida se vería comprometida en el caso de recurrir a la muerte médicamente asistida.¹³

Desde luego, no tiene mucho sentido discutir afirmaciones basadas en creencias religiosas, pero es interesante señalar que dentro de una misma religión las posiciones pueden variar mucho porque los creyentes interpretan los preceptos de diferente manera. Así, por ejemplo, la idea de que nadie puede disponer de la propia vida (porque ésta le pertenece a Dios) es incuestionable para muchos católicos. Sin embargo, otros, también católicos, creen que Dios da la vida a los hombres de manera completa sin guardarse para sí la parte final de ella. Además, junto con la vida, les da libertad y responsabilidad para vivirla hasta el último momento.¹⁴ Los católicos que piensan así ven la eutanasia como una opción válida en aquellas situaciones en que la única forma de morir con dignidad, y con la paz espiritual que eso implica, es adelantando su muerte.¹⁵

Tampoco existe acuerdo entre los católicos para decidir qué debe hacerse con enfermos que han perdido las capacidades que esencialmente caracterizan la vida de los seres humanos, como son la intelectual, la de volición y la de espiritualidad. En el caso de los pacientes en estado vegetativo persistente, la posición oficial de la Iglesia católica establece que debe proporcionárseles alimentación e hidratación médicamente asistida. Como señala Michael Panicola, resulta contradictorio que se defien-

¹² Dworkin, R., *op. cit.*, nota 9, pp. 90 y 92.

¹³ Blevins, D. *et al.*, "Characteristics of Persons Approving of Physician-Assisted Death", *Death Studies*, 29, 2005 pp. 601-625.

¹⁴ También en las religiones protestante y en la judía hay representantes que piensan que puede ampliarse la interpretación de sus principios religiosos de manera que la eutanasia sea permitida. Me refiero brevemente a este punto y a la posición del budismo en Álvarez del Río, A., *op. cit.*, nota 2, pp. 206 y 207.

¹⁵ Vico Peinado, J., *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica*, Madrid, San Pablo, 1995, pp. 271-278.

da la preservación de una vida biológica en la que se ha perdido toda capacidad de conciencia, de relación y de vida espiritual, al mismo tiempo que se cree que la muerte significa el paso a la vida eterna en que continuará la deseada comunicación con Dios.¹⁶

En efecto, habría que revisar la idea del valor sagrado de la vida y cuestionar si éste se aplica a una vida puramente biológica como para que deba mantenerse vivo un cuerpo en el cual no existe ninguna forma de vida personal, la cual es posible sólo en presencia de conciencia. No resulta nada claro qué haría “sagrada” a esa forma de vida cuando se trata de un cuerpo que funciona como una máquina mantenida gracias a un apoyo tecnológico, el cual, dicho sea de paso, no se desarrolló con ese fin.

Sería deseable comprender el valor sagrado de la vida desde otra perspectiva para no verlo como un valor en abstracto, sino encarnado en cada vida en particular: en lo que cada persona encuentra que da valor a su vida, y en cada vida en su totalidad, incluyendo su final. De esta forma, se pueden entender y respetar las diferentes decisiones sobre el final de la vida, tanto la decisión de una persona que no quiere que se prolongue una vida que considera intrínsecamente mala, porque predomina el sufrimiento o la incapacidad, como la de otra persona que, en las mismas circunstancias, prefiere seguir viviendo.

Ahora bien, no se puede ignorar que la terminación voluntaria de la vida, aun cuando esté respaldada en la autonomía de la persona, afecta a otros. Pero tampoco debe olvidarse que la libertad para actuar implica asumir la responsabilidad sobre las consecuencias de los propios actos. A lo largo de la vida los individuos toman muchas decisiones que afectan a otros y pueden ser buenas desde el punto de vista ético: terminar una relación sentimental, cambiar de trabajo, de residencia, etcétera. El reconocimiento de que otros son afectados por esas decisiones puede ser, en ciertas situaciones, una razón para no tomar la decisión, pero en otras, no tiene por qué serlo.

Será deseable que un enfermo que quiera la muerte médicamente asistida para terminar con su sufrimiento pueda comunicar esa decisión a las personas que más afectadas se verán con su muerte. De esta forma, además de darles la oportunidad de que se preparen a pasar esa difícil experiencia, estas personas podrán, en lo posible, apoyar y acompañar a su familiar.

¹⁶ Panicola, M., “Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight”, *Hastings Center Report*, 31 (6), 2201, pp. 14-25; y Panicola, M., “Letter. Catholic Views of Life”, *Hastings Center Report*, 32 (3), 2001, p. 5.

En una investigación realizada en los Países Bajos para estudiar los efectos en el duelo de personas que habían perdido a un familiar o amigo fallecido por eutanasia, se encontró que éstas tenían menos síntomas traumáticos que cuando la muerte se había producido por causas naturales. Esta diferencia puede explicarse porque las personas tuvieron más posibilidades de despedirse del enfermo, de hablar abiertamente con él de la muerte, de compartir su decisión de morir mediante la eutanasia, y lo vieron sufrir menos en el momento final.¹⁷

2. *¿Tiene derecho un paciente a pedir ayuda a su médico?*

Hay que reconocer que hay muy pocos pedidos que tengan tanta carga emocional como el que hace alguien que pide ayuda para morir. Por un lado, tal pedido parece ir en contra de la prohibición, interiorizada desde edad muy temprana, de no matar; por otro lado, contradice el tabú social que nos hace suponer que uno siempre prefiere vivir.

Es muy común que se argumente que quien quiere suicidarse no tiene por qué comprometer a otros. Sin embargo, al decir esto se ignora que un paciente pide ayuda a su médico porque no sólo quiere terminar con su vida, sino que le importa la forma de su muerte, y la calidad de su vida en la etapa final. Por eso, es importante ubicarse en el contexto en que se formula una solicitud de eutanasia.

Una vez que un médico reconoce que no puede curar a su paciente, permanece con él para intentar aliviar todos los síntomas que padece. Sin embargo, hay enfermos que no encuentran alivio y consideran insoportable seguir viviendo. Con todo y el importante desarrollo que han tenido —y deben seguir teniendo— los cuidados paliativos para aliviar el dolor y muchas otras molestias que padecen muchos enfermos, es necesario reconocer que tienen sus limitaciones. Los estudios sobre las características de los pacientes que optan por la muerte médicamente asistida (suicidio asistido en Oregon, y eutanasia en los Países Bajos) indican que en muchos casos no es el dolor físico lo que motiva su pedido, sino la necesidad de mantener la dignidad y la autonomía. Muchos enfermos tienen

¹⁷ Swarte, N., “Effects of Euthanasia on the Bereaved Family and Friends: a Cross Sectional Study”, *BMJ*, 327, 2003, p. 189. Los autores aclaran que no deben interpretarse los resultados como una defensa de la eutanasia, sino como un llamado para que haya la misma apertura y atención con todos los pacientes terminales.

miedo de perder su personalidad, su decoro y su individualidad. Es el caso de pacientes con sida, que saben que van a sufrir demencia y han visto a algunos amigos pasar por ese descenso hacia un estado de absurdidad o degradación.¹⁸

En situaciones como aquéllas, un paciente puede pedir al médico que ha permanecido a su lado que le ayude a morir por considerar que es lo único que puede poner fin a su sufrimiento. Ante esta decisión del enfermo, el médico decidirá si la responsabilidad para con su paciente llega hasta considerar la muerte asistida como la última acción con la que puede ayudarlo. En estas circunstancias, parece posible afirmar que al derecho del paciente de decidir la terminación de su vida se añade su derecho a pedir ayuda.

Se pueden señalar algunas razones concretas para justificar que un paciente pida a su médico ayuda para morir: porque éste no tiene nada más que ofrecer al enfermo; porque el paciente acepta que va a morir, pero quiere evitar una situación indigna; porque quiere estar acompañado al morir y quiere un final que no signifique un sufrimiento adicional; porque quiere asegurar su muerte, y en algunas ocasiones, porque está físicamente incapacitado para quitarse la vida por sí mismo.

Pongámonos en la situación de una persona con una enfermedad incurable que contempla la posibilidad de encontrarse en la situación de querer adelantar su muerte, pero sabe que no recibiría ayuda. Tendría que elegir entre padecer su sufrimiento hasta que muera o suicidarse cuando todavía se encuentre suficientemente bien como para intentar hacerlo por sí sola. Esto supondría, si logra su objetivo, dejar de vivir un tiempo de vida que posiblemente todavía querría vivir. Pero muchos pacientes no tendrían la posibilidad de tomar esa decisión por no haberse dado cuenta a tiempo de la gravedad de su padecimiento. Por otra parte, para que los enfermos pudieran procurarse una muerte sin dolor, actuando por sí mismos, el acceso a drogas letales, restringido a los médicos, tendría que liberarse. Esto sería muy discutible, ya que se favorecerían muchos suicidios que sí deberían evitarse porque no serían producto de una reflexión deliberada, sino de un impulso desesperado que podría desaparecer con una ayuda que sería posible ofrecer.

Sin embargo, también queremos señalar otro aspecto que requiere reflexión, el cual, aun cuando pueda comprenderse, resulta problemático. Nos

¹⁸ Cassel, C., "El suicidio asistido por el médico: ¿progreso o peligro?", en Thomasma, D. y Kushner, T., *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, Madrid, Cambridge University Press, 1999, p. 242.

referimos al hecho de que algunos enfermos quieren la eutanasia para terminar con su vida, cuando ellos mismos no estarían dispuestos a realizar la acción que causaría su muerte. Una cosa es pedir ayuda porque uno está incapacitado para actuar por sí mismo o porque quiere asegurarse un método seguro y sin dolor, y otra cosa, es pedir ayuda para transferir a otro la responsabilidad de una acción tan grave como es producir la muerte.¹⁹ Por esta razón, muchos médicos apoyan el suicidio médicamente asistido, pero rechazan la eutanasia, porque consideran que la acción última que causa la muerte del paciente debe realizarla éste y recaer en él la responsabilidad final. El inconveniente de esta alternativa es que existen enfermos que querrían poner fin a su vida, pero están físicamente incapacitados para hacerlo. Que no pueden, por ejemplo, tomar los medicamentos letales. Un paciente con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)²⁰ que viva suficiente tiempo, perderá la capacidad para usar sus manos, incluso para tragar por sí mismo. Como comenta Lewis Rowland, si este enfermo tiene los mismos derechos a la autonomía que otros pacientes con enfermedad terminal, alguien debe administrarle una droga para terminar con su vida si así lo desea.²¹

Uno se inclinaría a decir que no corresponde ayudar a morir a un enfermo que podría hacerlo por sí mismo, pero prefiere dejar esa responsabilidad a su médico. Sin embargo, tampoco hay forma de comprobar que alguien que dice que estaría dispuesto a darse muerte por sí mismo, realmente así lo piensa.

Por otra parte, quizá haya que reconocer que afecta demasiado el estigma social que rodea al suicidio, y, que en una situación tan tremenda

¹⁹ Fue el caso de Miss B, una mujer británica tetrapléjica que obtuvo el permiso judicial para que se le desconectara el respirador artificial que la mantenía con vida. La paciente comentó que ella no hubiera apagado por sí misma la máquina porque era creyente y no quería, al suicidarse, dejar esa marca entre sus familiares y amigos. La juez la interrogó directamente al respecto, manejando el supuesto que hubiera un mecanismo para que ella pudiera hacerlo y la paciente reiteró su negativa y su argumentación. Véase “Una juez británica reconoce el derecho de una tetrapléjica a morir, pese a la oposición médica”, *El País*, 23 de marzo de 2002.

²⁰ La enfermedad de Diane Pretty (la mujer británica contemporánea a Miss B). También puede comentarse el estudio, realizado en Holanda, sobre muerte asistida con enfermos con ELA (ALS por sus siglas en inglés), una enfermedad neuromuscular que provoca una parálisis progresiva, fallas respiratorias y la muerte entre los tres y cinco años después del diagnóstico.

²¹ Rowland, L., “Assisted Suicide and Alternatives in Amyotrophic Lateral Sclerosis”, *N. Engl. J. Med.*, 339 (14), 1998, pp. 987-989.

como es decidir la terminación de la propia vida, ayuda mucho saber que se puede estar acompañado por familiares cercanos, que se cuenta con la ayuda de un médico que proporciona un método seguro y no violento, y que éste comparte la responsabilidad de la decisión y tiene la aprobación social y legal para actuar (en los escasos lugares en que se ha legalizado). Todo esto significa un peso menos para el enfermo y sus familiares, quienes ya de por sí enfrentan un momento difícil y doloroso.²²

3. *¿Tiene el médico algún deber de responder al pedido del paciente?*

Lo primero que conviene aclarar es que nos referimos a “deber” en sentido moral, como una respuesta de solidaridad por parte del médico. No podría hablarse de deber en sentido jurídico, tal como lo señalan las legislaciones que permiten la eutanasia: ningún médico está obligado a aplicarla si considera que actuaría en contra de sus valores.²³

Para muchos médicos (y no médicos) ayudar a morir va en contra de la esencia misma de la medicina, la cual debe encaminarse a curar y, cuando esto no es posible, a prolongar la vida del enfermo. Ese es su compromiso con sus pacientes, y constituye la base de la confianza que se tiene a la profesión médica. Sin embargo, otros médicos (y personas que no lo son) piensan que la responsabilidad del doctor para con su paciente debe llegar hasta el final, y cuando ya no puede aliviar los síntomas que éste padece, la eutanasia puede ser la última forma de ayudar al enfermo si éste así lo pide.²⁴

Es necesario revisar la idea de que los médicos tienen un deber inviolable de conservar la vida y no provocar la muerte. Puede ser tan importante el deber del médico de aliviar el sufrimiento del paciente como el

²² El estigma social del suicidio también se puede comprobar en las encuestas sobre el suicidio médicamente asistido. La respuesta es más favorable a esta práctica cuando se pregunta si se está de acuerdo con que el médico ayude a un paciente a “terminar con su vida,” que cuando se pregunta que le ayude a “suicidarse”. Véase la página de The Pew Research Center en <http://people-press.org/esporte.php3?PageID=725>.

²³ “En los países en que se practica la eutanasia, como los Países Bajos y Bélgica, la eutanasia es solamente una posibilidad, no un derecho positivo”. Significa la posibilidad de que las personas vivan la fase terminal de la vida sin temor, sabiendo que si las cosas se ponen terribles, tienen una salida. Véase Torbjörn Tännsjö, K., “Moral Dimensions”, *BMJ*, 331, 2005, pp. 689-691.

²⁴ Schwartzenberg, L., “«Des soins palliatifs à l’euthanasie», en Pour une mort plus douce (por una muerte más dulce)”, *Panoramiques*, núm. 21, 1995, p. 150.

de preservar la vida, y en caso de conflicto, no resulta evidente que el médico deba siempre elegir el segundo porque hay ocasiones en que dejar de vivir representa un beneficio para el enfermo, quien confía en que su médico respete sus valores y decisiones.²⁵

Algunos médicos llevan más lejos la pregunta sobre el deber del médico. Según Julius Hacketal, una vez que se han agotado todas las posibilidades para ayudar a un paciente, el médico debe preguntarse si tiene derecho a no intervenir y dejar que un enfermo que está decidido a terminar con su vida, lo haga de cualquier forma, provocándose una muerte violenta y arriesgándose a fallar y terminar en condiciones más indignas y dolorosas que las que lo llevaron a buscar la muerte.²⁶

En el Reino Unido, el Consejo de Medicina General acusó recientemente a un médico de una grave falta de ética profesional por haber accedido a ayudar a un amigo a suicidarse. El doctor Michael Irwin, defensor de la eutanasia, admite que viajó con una dosis letal de fármacos para ver a su amigo, pero éste se había deteriorado tanto que ya no pudo tomarlos y murió a los pocos días de su encuentro.²⁷

Hay dos cosas que llaman especialmente la atención al leer sobre este caso. Por un lado, el argumento del doctor Irwin, quien señala que entre los médicos es frecuente establecer un acuerdo para garantizarse una muerte oportuna y sin sufrimiento en el caso de padecer una enfermedad terminal. De manera que cuestiona la doble moral de la profesión médica y, sobre todo, que no pueda extenderse ese privilegio de los médicos a otros pacientes.

Por otro lado, la opinión de una periodista sobre la acusación al doctor Irwin de haber actuado con absoluta falta de responsabilidad y juicio. Creemos que representa la de muchas personas que hemos pensado en lo que puede pasar y se puede necesitar en el final de la vida: “Me sentiría muy afortunada si en mis últimas horas tuviera un amigo como el doctor Irwin en quien pudiera confiar totalmente”.²⁸

La participación de los médicos en la muerte asistida es un tema que sigue abierto a la discusión. Quizá no puede darse un argumento que ex-

²⁵ Seay, G., “Do Physicians Have an Inviolable Duty not to Kill?”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 26(1), 2001, pp. 75-91.

²⁶ Soulier, J., *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*, Madrid, Temas de Hoy, 1995, p. 178.

²⁷ Dyer, C., “GP is Disciplined for Willingness to Help Friend Commit Suicide”, *BMJ*, 331, 2005, p. 717.

²⁸ “We face an end-of-life crisis”. www.timesonline.co.uk, 29 de septiembre de 2005.

plique de manera totalmente satisfactoria por qué les corresponde a ellos ayudar a morir. Por qué no podrían hacerlo, por ejemplo, los familiares. Sin embargo, hay un reconocimiento general de que, si se trata de permitir y legalizar la ayuda a morir, la manera de tener mayor control sobre esta práctica es limitándola para que sean los médicos quienes tengan la capacidad de aplicarla. Sería muy difícil de controlar si se ampliara a individuos no médicos la facultad de provocar la muerte, quienes, por otra parte, no tendrían la preparación adecuada para hacerlo.

4. *¿Debe el Estado respaldar los derechos del paciente y el deber del médico?*

Si se reconoce el derecho del paciente a decidir la terminación de su vida y a pedir ayuda para morir a su médico, y si hay médicos que consideran un deber moral dar esa ayuda a su paciente, es pertinente preguntarse si pacientes y médicos deben actuar de manera clandestina o bajo la mirada pública del sistema legal.

Se trata de cuestionar si es válido juzgar éticamente aceptable la decisión del paciente y la acción del médico sin garantizar, al mismo tiempo, las condiciones, primero, para que nadie interfiera en esa decisión, y, segundo, para que ambos se sientan tranquilos y puedan actuar abiertamente por saber que la ley los respalda, todo lo cual supone una gran diferencia cuando se realiza una acción tan especial.

Esta pregunta concierne no sólo a las personas que consideran que pueden encontrarse en la situación de solicitar la eutanasia. También compete a las que piensan que no la pedirían por ser una acción contraria a sus valores. Concierne a todos porque la pregunta se hace dentro de una sociedad que respeta la libertad y esto incluye la libertad de pensar diferente. Las personas que no están de acuerdo con la eutanasia deben aceptar que otras sí lo están, y que lo realmente importante es garantizar que se respete la voluntad de unas y otras con relación a lo que quieren al final de su vida. Sería inadmisibles que un grupo impusiera sus valores a otro. Que quienes aceptan la eutanasia pretendan que todas las personas la pidan, o que quienes están en contra, quieran impedir a toda persona esa opción.

La discusión sobre la conveniencia de legalizar la eutanasia es un tema muy controvertido en muchos países. Hasta ahora son pocos los paí-

ses en donde se permite la muerte médicamente asistida, aunque muchos en los que se discute la conveniencia de legalizarla, incluido el nuestro. Es importante mencionar que la legalización de esta ayuda no ha sido un factor para que aumente significativamente la frecuencia con que se solicita y se da. Se desconoce su frecuencia en los lugares en que se considera delito, pero es probable que en ellos las personas enfermas se precipiten a aprovechar la primera oportunidad que vean para terminar con su vida porque no saben si volverán a tenerla.²⁹ Es una situación muy diferente a la de los pacientes que saben que cuentan con la garantía de recibir apoyo para adelantar su muerte cuando consideren que ha llegado el momento. Esto les permite vivir el final de su vida con tranquilidad y muchos de ellos mueren sin recurrir a esa ayuda.

En contra de legalizar la eutanasia se argumenta que algunas personas podrían sentirse presionadas a pedirla por el hecho de que sea legal. De alguna forma, esta preocupación forma parte de uno de los argumentos más utilizados en contra de legalizar la eutanasia, conocido como la pendiente resbaladiza, el cual sostiene que la permisividad de la práctica lleva inevitablemente a usarla de manera abusiva y a aplicarla en contra de la voluntad de las personas. Más que un razonamiento de base teórica, el argumento funciona por su peso psicológico. Con él se llama la atención sobre una acción indeseable, sobre cuya valoración nadie puede estar en desacuerdo, pues consiste en dar muerte a personas que querrían seguir viviendo.

Sin embargo, el argumento no demuestra que esa acción indeseable sea consecuencia de legalizar la eutanasia. Permitir a los médicos provocar la muerte de enfermos que voluntariamente solicitan esta ayuda no tiene por qué causar que algunos médicos den muerte a enfermos o ancianos que no han manifestado que quieren morir. Que esto último ocurriera sería lamentable, porque sería un homicidio y significaría que no se estarían tomando en cuenta los requisitos excepcionales en que puede permitirse acelerar la muerte de un enfermo. Lamentablemente, el hecho de que el homicidio sea considerado un delito no impide que se realice. Pero es más fácil encubrir un homicidio como eutanasia en los países en que ésta está prohibida que en los que no lo está, por la sencilla razón de que al ser una opción legal debe ser abierta y deben notificarse todos los datos que demuestran que se actuó de acuerdo con los requisitos que establece

²⁹ Werth, J., "Policy and Psychosocial Considerations Associated with Non-Physician Assisted Suicide: A Commentary on Orden", *Death Studies*, 25, 2001, pp. 403-411.

la ley. Entre ellos, que el médico que recibe un pedido de eutanasia se asegure que el enfermo lo ha realizado sin ninguna forma de presión.

Al considerar la conveniencia de legalizar la eutanasia, hay que tener presente una de las reflexiones de Ronald Dworkin al respecto:

Se suele tener la idea de que es preferible evitar la eutanasia porque, ante la posibilidad del error, siempre es mejor impedir la muerte de una persona para evitar un daño que sería irreversible. Pero sucede que también, en ocasiones, la única forma de evitar un daño es permitiendo la muerte. Esto significa que puede haber daños tanto al aplicar la eutanasia como al impedirla. Lo importante es tomar en cuenta cuáles son los riesgos en ambos casos para evitarlos hasta donde sea posible.³⁰

Un fuerte argumento a favor de legalizar la eutanasia es que si se acepta que la práctica existe de manera clandestina, la manera más eficaz de evitar sus abusos es conociendo cómo se aplica para regularla de acuerdo con los principios que la sustentan: la autonomía del enfermo y la solidaridad a la que tiene derecho. Si se pretende evitar los riesgos mediante una política que consiste en hacer como si la eutanasia no existiera, ni se evitarán los abusos en su nombre ni se garantizará como opción para quien la quiera después de haber reflexionado con profundidad su situación.

V. UN EJEMPLO DE CERCA

El tema de la eutanasia no debe pensarse en abstracto ni hablarse sólo en teoría, como si únicamente se tratara de defender ideas, posiciones o valores. En muchas ocasiones predomina esta actitud y se termina hablando en un terreno puramente ideológico de un tema que se refiere a decisiones importantes y personales que se toman en situaciones concretas en las que hay un gran sufrimiento. No es válido argumentar sobre la eutanasia sin interesarse en comprender cómo son esas situaciones en que algunos enfermos toman una decisión tan difícil como es adelantar su muerte. Por eso, parece oportuno presentar un caso de muerte asistida.

Estela tenía 46 años cuando se encontraba en la fase última de una larga enfermedad que había sobrellevado casi diez años. Lo que había empezado como un cáncer de pulmón, que en principio había cedido a los tratamientos,

³⁰ Dworkin, R., *op. cit.*, nota 9, p. 198.

tuvo una recurrencia que finalmente produjo metástasis en el cerebro. En los años anteriores, ella había llevado su padecimiento con mucho valor, enfrentando con determinación las intervenciones quirúrgicas que los médicos le propusieron y resistiendo con ánimo y serenidad los repetidos tratamientos de quimioterapia. Cuando se recuperaba de ellos, retomaba sus actividades y disfrutaba todo lo que la vida seguía dándole, a pesar de que al mismo tiempo le quitaba. Era tanto lo que Estela quería vivir que hubiera permitido más pérdidas, hubiera aceptado que le hicieran nuevas intervenciones y hubiera dejado que le cortaran todo lo que fuera necesario; “que le quitaran todo menos su cabeza”, pero esto era justamente lo que empezaba a robarle la enfermedad. Ella estaba advertida de que el cáncer podía llegar al cerebro; cuando esto sucedió reconoció enseguida los primeros efectos y esa era la única forma en la cual no aceptaba vivir. Ese día suspendió sus actividades y supo que había llegado el momento de despedirse.

Estela era una mujer de una inteligencia asombrosa, que se había dedicado por más de veinte años a la investigación y enseñanza de la sociología. Disfrutaba enormemente las actividades intelectuales y eran admirables su claridad y agilidad de pensamiento, así como sus sabios comentarios que siempre expresaba con una extraordinaria sencillez y pertinencia. Su vida había sido un ejemplo de coherencia entre sus convicciones y acciones; por mucho que a su familia le doliera aceptar su decisión, también podía comprenderla. Su esposo, un abogado con quien había compartido 24 años de vida, y su hijo, un estudiante de medicina en el cuarto año de la carrera, la apoyaron en la planeación y preparación de todo lo necesario para que pudiera terminar con su vida de una manera apacible el día que ella eligiera. Si de por sí era difícil hacer arreglos para conseguir algo que no dejaba de suscitar sentimientos encontrados en todos, había que añadir el peso que suponía dar cada paso en un clima de secreto. Pero sabían dónde buscar ayuda y fueron encontrando la necesaria. La relación de confianza del hijo con un profesor que había expresado en previas conversaciones una posición favorable a la eutanasia, significó la posibilidad de asesorarse para definir y conseguir los fármacos y la dosis que debían utilizar para producir una muerte segura y sin dolor. De esta forma, obtuvieron con suficiente anticipación lo que Estela tomaría el día que escogiera para terminar con su vida, y disfrutaron el tiempo que les quedaba.

El último día de vida de Estela fue un día de octubre con un cielo claro y un clima agradable como para comer en el jardín de la casa, un lugar

consentido cuando querían celebrar una ocasión especial. En el transcurso de la semana Estela se había despedido de sus hermanos y de sus amigos más cercanos y ahora quería disfrutar el día con su esposo y su hijo. Al avanzar la tarde, subieron a su recámara y se dieron el tiempo para decirse por última vez cuánto se querían antes de que ella bebiera la preparación con los medicamentos. Cuando lo hizo, su esposo y su hijo la tomaron de la mano esperando los efectos con la incertidumbre de no saber cuánto tardaría y el temor de que pasara algo que impidiera la muerte, como hubiera sido el hecho de que vomitara.

A los pocos minutos de su muerte llegaron algunos amigos. Para todos fue muy importante sentirse acompañados. Fueron momentos emocionalmente muy intensos que inspiraban un enorme respeto: por esa mujer que con tanta entereza y lucidez eligió la forma y la fecha de su muerte; por la familia que la acompañó en todo el proceso, dándole un apoyo que al mismo tiempo significaba adelantar la dolorosa separación, y por esa experiencia tan insondable que significa morir. Estela parecía dormida; se veía muy bella con sus aretes de plata. Pero ya no estaba ahí y así era porque ella lo había decidido. Sabiéndose acompañados en esa experiencia extraña, al mismo tiempo que entrañable, los amigos tomaron juntos una copa sabiendo que no había palabras que alcanzaran a describir todo aquello.

Hoy importa dar palabras a esa experiencia que sucedió en nuestro país, y que demuestra que todo ese misterio que rodea a la muerte y el dolor que significa la separación pueden acompañarse de la paz que supone elegir, de saber que incluso ante lo más temido se puede ser libre y así transformar la muerte en algo que puede asumirse. Pero no por esto deja de ser tremendo decidir la terminación de la propia vida; mucho más difícil todavía cuando los diálogos para reflexionar, para informarse, para prepararse y para asegurarse tal opción se ven obstaculizados por leyes que imponen la clandestinidad. No debería de ser así porque hay muchas personas que ven aproximarse un final de vida como el que tanto temía Estela y querían evitarlo, pero no cuentan con la ayuda para hacerlo. Hoy su esposo agradece que su hijo y él se hayan sentido acompañados por los amigos; no sólo asesorados, sino emocionalmente apoyados, pues de otra forma no hubieran podido, ellos mismos, acompañar a Estela. Al evocar ese día, el esposo asegura que ha sido el día más triste y a la vez el más bello que ha vivido.

VI. CONCLUSIONES

El debate sobre la eutanasia apenas ha comenzado en nuestro país, pero es tan necesario como en otros lugares. En México hay pacientes que piden a sus médicos que los ayuden a morir, tanto en las instituciones oficiales como en las privadas, y los médicos se ven obligados a responder de alguna manera a tales pedidos. Algunos responden dando la ayuda que les piden y aplican la eutanasia, a pesar de saber que actúan fuera de la ley y que asumen enormes riesgos por ello. Otros no responden al pedido de sus enfermos, quienes entonces se ven privados de la única ayuda que quieren recibir.

Cuando me preguntan si en México estamos preparados para discutir el tema de la eutanasia, no dudo en responder que sí. Reconozco que es un tema muy complejo por todos los elementos que intervienen en él: éticos, legales, religiosos, psicológicos, sociales, además de otros. Pero me parecería una triste derrota decir que no tenemos la capacidad para reflexionar, dialogar y buscar acuerdos sobre un tema que nos concierne a todos.

Desde luego, no es el único que está rezagado. El tema de la eutanasia debe pensarse dentro del contexto de todo lo que incluye la atención médica al final de la vida, y en ésta juegan un papel fundamental los cuidados paliativos, a los cuales todos los pacientes deberían tener acceso. La eutanasia será una opción cuando los cuidados paliativos no tengan nada más que ofrecer a un enfermo. Estamos lejos de lograr ese objetivo, pero debemos apuntar hacia él. Además de médicos y equipos interdisciplinarios expertos en cuidados paliativos, se necesitan cambios en la sociedad para admitir los límites de la medicina y nuestra condición de mortales. Se evitaría mucho sufrimiento si se reconociera a tiempo cuándo son inútiles los intentos de curar una enfermedad.

Si aceptamos que la muerte forma parte de la vida, si reconocemos que no sabemos cómo nos tocará pasar por ese ineludible desenlace, puede ser que a algunos nos sirva saber que, llegado el momento, podremos elegir cómo y cuándo pasar por él. Pero no debe olvidarse que admitir la eutanasia como una opción válida para quienes la quieran, seguirá permitiendo no elegirla a las personas que no la quieran para ellas. Se trata de respaldar la libertad de todas las personas para que puedan ejercerla hasta el final de su vida.