

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

La eutanasia y sus argumentos. Reflexión crítica

Eduardo Rodríguez Yunta

Dr. En Biología Molecular y Profesor de Antropología Médica,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

En los últimos años ha habido un considerable debate acerca de la eticidad de permitir la eutanasia activa voluntaria y el suicidio asistido para enfermos terminales. Existe una tendencia a escribir en las revistas científicas en favor de aceptar la moralidad de la eutanasia en un esfuerzo de conquistar el consenso público para su legalización. De hecho, en países como Holanda la eutanasia ha sido descriminalizada desde hace tiempo; se han presentado leyes para su descriminalización en Australia y en los Estados Unidos en el estado de Oregon, y es motivo de debate en varios parlamentos a nivel mundial. El suicidio asistido significa que el médico provee los medios necesarios para que el paciente finalice su vida. La eutanasia activa significa que el médico administra personalmente una droga letal. La muerte se busca para finalizar una vida que ha llegado a ser intolerable por el sufrimiento a causa de que el paciente no quiere continuar viviendo o porque la vida ha adquirido tal condición mínima que no merece ser considerada digna.

El considerable avance de la Medicina en los últimos años ha llevado a evaluar si es obligatorio usar todos los medios posibles para mantener a una persona viva o si se ha de usar toda la terapia disponible, aun cuando hay pocas posibilidades de obtener algún progreso. Se discute la cuestión del derecho a morir con dignidad. Para algunos, morir con dignidad significa morir sin dolor por intervención médica directa o suicidio asistido. Cualquier muerte que sea acompañada por el sufrimiento es considerada como indigna en la mentalidad de la sociedad de hoy. En este contexto, la muerte sin dolor puede ser provocada por la administración de una droga con la intención de finalizar la vida y al mismo tiempo el sufrimiento. Esta intervención activa se selecciona porque acaba rápidamente con la vida del enfermo y se propone hacerlo cuando no hay posibilidad de curación y el enfermo ha manifestado su deseo de no continuar viviendo. Para muchos otros, el derecho a la muerte con dignidad implica la no aplicación o la interrupción de terapias de soporte vital para enfermos terminales, para permitir que el enfermo sucumba por la enfermedad, de esta forma liberándolo de la esclavitud del llamado "encarnizamiento terapéutico", que consiste en tratar al enfermo con terapias excesivas por no tener ya ninguna efectividad y someterlo a un prolongado sufrimiento.

Ha habido también un debate sobre el alcance del término eutanasia. El término ha sido dividido en eutanasia pasiva y eutanasia activa. En el contexto de la sociedad norteamericana, con el término de eutanasia pasiva se ha querido significar el favorecer el proceso de la muerte al remover el equipo de soporte vital o al terminar con los procedimientos médicos cuando estos son considerados vanos. Con el término de eutanasia activa se ha querido significar el provocar inmediatamente la muerte por la aplicación de un agente letal. Sin embargo, bajo el punto de vista de la ética profesional, se ha objetado que es irrelevante el terminar la vida del enfermo por acción o por omisión de un tratamiento que es considerado válido y necesario para que este

pueda vivir, ya que la muerte es provocada intencionalmente en ambos casos. Para evitar confusiones, la definición de eutanasia debe ser entendida más bien como el finalizar deliberadamente la vida de un enfermo que está sufriendo o tiene una enfermedad incurable, independientemente de que sea por acción o por omisión (1). En el caso de que la eutanasia sea llevada a cabo a través de una acción, se trata de eutanasia activa. En el caso de que se trate de la privación de una asistencia médica todavía válida y debida, se trata de eutanasia omisiva. Por otra parte, no hay que considerar que hay eutanasia en la mal llamada "eutanasia pasiva" al remover sistemas de soporte vital que no son terapéuticos y permitir que el enfermo sucumba por la enfermedad o en negarse a recibir un tratamiento médico que es considerado vano, ni hay eutanasia en la muerte provocada por el "efecto doble" de drogas que son dadas para aliviar el dolor pero pueden acortar la vida. No hay obligación de recibir o de prolongar un tratamiento que es considerado ineficaz por la profesión médica. Esta práctica es considerada como ética y legal siempre que la intención del médico sea aliviar el dolor y otros síntomas y no provocar la muerte (2).

En la presente reflexión voy a analizar los argumentos en favor de la eutanasia junto con una crítica de los mismos para emitir un juicio ético sobre si existe el derecho a cometer suicidio o de pedir una acción eutanásica para enfermos terminales.

Argumentos en favor de la eutanasia y respuesta crítica

1. El argumento de la pobre calidad de vida. Aquellos que defienden la eutanasia, argumentan que en algunas circunstancias vivir es peor que morir, ya que el dolor y el sufrimiento causado por una enfermedad terminal pueden hacer la vida tan agonizante y difícil de llevar que la muerte puede parecer un "acto humanitario" y se considera racional que el médico ayude al suicidio como una forma de morir con dignidad (3). Para el enfermo terminal, el sufrimiento puede ir más allá del dolor como resultado de las condiciones en que se encuentra y estas hacer la vida insoportable, como por ejemplo: la progresiva pérdida de movimiento y actividad, la pérdida de libertad asociada con la dependencia de otros, molestias físicas como náuseas, vómitos o disnea, la incapacidad de tragar o de hablar, el miedo a morir, la incontinencia, la debilidad, la pérdida de la dignidad personal, la demencia (4). La vida pierde toda calidad y significado, de forma que la muerte es preferible.

Respuesta crítica: En el argumento de la calidad de la vida se confunde el valor de la calidad de la vida con la calidad que la vida tiene. La vida humana tiene un valor intrínseco en sí misma. La buena salud no puede dotar de dignidad a la vida humana, ya que la salud no posee vida en sí misma, más bien participa de la vida. La salud es un bien que se ha de disfrutar y cuidar, pero no es un bien absoluto al que haya que subordinar todo. La salud es para el ser humano y no el ser humano para la salud. La dignidad de la persona no desaparece por la enfermedad. Más bien, la pérdida de dignidad se imputa al enfermo por las reacciones de los profesionales de la salud y de la familia del enfermo a la apariencia externa que este ofrece. El enfermo mismo nos enseña con su estado que la salud, aun siendo muy importante, no es un valor absoluto. Juzgar qué calidad tiene una vida, tiene un fuerte carácter subjetivo. Muy fácilmente el profesional de la salud puede sustituir sin darse cuenta su concepto de calidad de vida con aquel que tiene el paciente. No es posible juzgar que a partir de conceptos existenciales individuales de la calidad de vida se pueda decidir el acabar activamente con una vida. El morir con dignidad no ha de entenderse como un

derecho a la eutanasia activa o el suicidio asistido, cuando uno se encuentra bajo una pobre calidad de vida por el dolor y el sufrimiento, sino como un derecho a morir en un entorno digno del ser humano, recibiendo de las personas cercanas contactos humanos sencillos y el derecho a no prolongar la vida por medio de una tecnología que no puede sanar. El sufrimiento no es solo causado por el dolor, a la persona se la ha de ayudar atendiendo a los valores que expresa que la hacen sufrir.

2. El argumento del respeto de la autonomía del enfermo. Los defensores de la eutanasia consideran que el respeto por la autonomía de las personas requiere el reconocer su derecho a decidir cómo vivir sus vidas. Esto incluye el proceso de la muerte y la habilidad de elegir el destino propio. De tal forma que se propone el derecho de evitar el sufrimiento intolerable ejerciendo un control sobre la forma de morir. Lo que está en juego es ser libre para tomar responsabilidades sobre la propia vida, parte de la cual la constituye la muerte. Cada persona tiene un nivel de tolerancia para el sufrimiento y por tanto no existe una respuesta objetiva que se pueda aplicar a todos acerca de cuándo la vida se hace insoportable. Por ello es necesario que el paciente se manifieste ejerciendo su autonomía. Algunos autores creen que existe el derecho a cometer suicidio y que no debe haber restricciones irrazonables sobre la forma en que uno puede ejercer este derecho (5). El Estado no tendría derecho a privar al paciente de su libertad de quitarse la vida. Battin ha argumentado que existe un derecho fundamental al suicidio, pero no hay igualdad en su distribución (6). El derecho del paciente a la autodeterminación ha sido un argumento central en favor de la eutanasia (7). Pero a menudo se asume, sin argumento, que esto implica el derecho del paciente a pedir que otra persona intervenga en su ayuda para procurar la muerte (8). Un enfermo terminal puede no ser capaz físicamente por sí solo de ejercitar la opción del suicidio. Se considera que los enfermos terminales serían discriminados a causa de su incapacidad, ya que las personas con capacidad física sí tendrían la opción. Se disminuiría además la ansiedad en futuros pacientes si saben que existe la posibilidad de que un médico les asista en el suicidio. Además, hay que considerar que aun con un adecuado cuidado paliativo hay casos en que no es posible evitar el dolor (9).

Respuesta crítica: El enfermo terminal se encuentra en una posición extremadamente vulnerable, de forma que su capacidad de autonomía se halla comprometida, sufriendo de depresión, ansiedad, miedo, rechazo o culpabilidad. El pedir la muerte no tiene por qué reflejar un deseo duradero, voluntario, pasado por la reflexión. En las condiciones en que se encuentra el enfermo terminal o casi terminal es muy difícil tener una conciencia clara para tomar decisiones, y la tendencia es a seguir casi ciegamente las indicaciones y sugerencias del médico. El enfermo podría desear la muerte por deficiencias en la atención médica, como el no poder aliviar el dolor, no por una decisión libre. Además no es lo mismo cometer suicidio que ayudar a un suicidio. Lo último es una forma de homicidio, aun cuando la razón por la que se haga sea por compasión. Aunque el intento de suicidio se haya descriminalizado, el Estado sigue teniendo interés en prevenir contra el suicidio, incluyendo la penalización de aquellos que ayudan a que otro se suicide. Por otra parte, tampoco tenemos derecho a cometer suicidio, simplemente porque la vida no nos pertenece por completo y, por tanto, nuestra autonomía se halla limitada. Nadie puede decir que se ha dado la vida a sí mismo. No todas las posibilidades acerca de la vida de uno mismo pueden ser consideradas como derechos que deben ser protegidos.

3. El argumento del principio de beneficencia o tener compasión por el que sufre (10). El médico actúa bajo el principio de beneficencia para aliviar el dolor y el sufrimiento de pacientes terminales. Bajo esta forma de pensar, la eutanasia es considerada un acto virtuoso. El no abandonar al enfermo ha sido parte del cuidado tradicional ejercido por el médico. Se juzga que el que el médico asista al enfermo en su suicidio es una forma de ejercer el principio ético de no abandonarlo (11). Hoy día, los médicos son considerados los candidatos lógicos para buscar ayuda en el morir, ya que para muchos enfermos terminales el asistir en la muerte es considerado como una extensión del rol del médico de aliviar el sufrimiento y como una forma de ejercer su cuidado, consistente con la profesión (12).

Respuesta crítica: La compasión de que hablan aquellos que defienden la eutanasia refleja una visión distorsionada de esta actitud. La verdadera compasión no puede ser eliminar al que sufre, sino buscar el aliviar la causa del sufrimiento. De otra forma, se devaluaría la vida de los enfermos. Además la compasión es una cualidad espiritual que significa "sufrir con", estar presente al que sufre, no se trata de un principio o una razón autojustificante. El elegir el suicidio asistido corta toda posible relación y los lazos que nos unen a las personas que nos acompañan en los momentos difíciles de la cercanía de la muerte. Además procurar la muerte por eutanasia no es competencia de la profesión médica. Asistir al suicidio no es consistente con el compromiso del médico a curar y tratar la enfermedad, va en contra de los códigos tradicionales de ética médica (promesa hipocrática, Asociación Mundial de la Salud). Aceptar esto llevaría a una desconfianza de las personas en general hacia los médicos. El profesional de la salud también tiene su autonomía y no debe ser presionado para actuar en contra de los valores profesionales.

4. El argumento de la experiencia positiva de la aceptación de la eutanasia en Holanda. Las personas en general y la profesión médica en ese país considera positiva la despenalización de la eutanasia, de forma que ningún médico que siga ciertas líneas puede ser penalizado por la justicia por cometer un acto eutanásico. Estas líneas son: el enfermo tiene que ser competente y pedir voluntariamente la muerte después de haber sido aconsejado; su sufrimiento tiene que ser insoportable, no puede haber forma de hacérselo soportable al enfermo, y el juicio del médico con respecto al diagnóstico y el pronóstico debe ser confirmado por otro médico.

Respuesta crítica: La experiencia de la eutanasia en Holanda ha demostrado la realidad del argumento de la "colina deslizante" (*slippery slope*). Se han dado pasos sucesivos en la relajación de criterios por los que la acción eutanásica es permitida. De aceptarse solo para enfermos terminales que hayan expresado su voluntad de terminar con la vida, se ha extendido a enfermos no terminales, a menores, a personas con el síndrome de Down, a pacientes con enfermedades mentales o con depresión severa o demencia, y se ha extendido a casos de eutanasia involuntaria bajo ciertas condiciones (13). Esta realidad devalúa el efecto positivo que se argumenta tenga la despenalización de la eutanasia.

5. El argumento de la disminución del estigma de culpa asociado al suicidio. El estigma público adosado al suicidio ha disminuido en los últimos tiempos. En muchas jurisdicciones el suicidio o el intento de suicidio es un acto que no está penalizado. Los estudios de investigación demuestran que la mayor parte de los suicidios resultan de enfermedades mentales transitorias, generalmente la depresión (14). Sin embargo, se argumenta que la razón por la que los enfermos

terminales desean acortar el proceso de la muerte es terminar con su sufrimiento. Esto hace surgir el concepto de suicidio racional.

Respuesta crítica: El suicidio sigue considerándose un mal en la sociedad y cuando se tiene noticia de que alguien intenta suicidarse se toman medidas para prevenirlo. No importa cuán enferma una persona esté, el hecho es que todavía se encuentra entre los vivos y por lo tanto tiene el derecho a vivir. Los resultados de la investigación sugieren que el interés de los enfermos por la eutanasia se debe en la mayoría de los casos a depresiones o estrés psicológico, más que al dolor. Esto sugiere que la mayor parte del debate acerca de la eutanasia está siendo manipulado, ya que se enfoca en el dolor y se usa la eutanasia como una forma de liberarse del dolor, cuando de hecho el motivo principal por el que se pide la eutanasia no es el dolor **(15)**. El sufrimiento de origen psicológico puede ser tratado con el aconsejamiento adecuado y por intervención psiquiátrica o psicológica. Con el soporte adecuado, incluyendo el alivio del dolor, la terapia psicológica y espiritual, y la amistad, el enfermo puede morir de forma digna como miembro de la familia humana sin intervención eutanásica. Ninguna legislación presente permite el ayudar al suicidio a una persona que sufre de un período transitorio de depresión. Más bien, su depresión debe ser tratada. El legalizar la eutanasia contribuiría a hacer a la sociedad insensible al hecho del matar.

6. El argumento de la no diferencia moral entre matar y dejar morir. La distinción entre eutanasia "pasiva" y "activa" ha sido criticada por depender de concepciones de causación que son consideradas problemáticas y que se basan en la creencia de que la diferencia entre matar y dejar morir es relevante moralmente. El discontinuar las medidas de soporte vital y la eutanasia voluntaria activa son similares bajo el punto de vista del paciente en que su deseo fundamental es una muerte más rápida y más comfortable. Son también moralmente similares en que ambas son hechas con la intención de acabar con la vida **(16)**. Se argumenta que la intención es moralmente irrelevante en la evaluación de la moralidad de la acción. Por ejemplo, en el caso de dejar de alimentar artificialmente a un enfermo en coma, claramente se atenta contra su vida con la intención de acabarla, ya que la persona moriría de hambre. En el caso de discontinuar mecanismos de soporte vital y permitir que el enfermo muera, esto ocasiona días o semanas de sufrimiento. Bajo esta forma de pensar, la eutanasia activa parece ser preferible moralmente **(17)**. Para algunos, discontinuar la ventilación mecánica no puede ser considerado negarse a recibir un tratamiento, sino una petición de procurarse la muerte **(18)**. Para Patrick Hopkins **(19)** no existe una diferencia moral intrínseca que sea esencial entre una máquina que sustituya funciones orgánicas y órganos naturales del cuerpo; así que omitir un tratamiento, en que intervenga una de estas máquinas es una forma de matar, ya que priva a la persona de un órgano que puede solamente funcionar con la ayuda de una máquina o de tecnología médica y, por tanto, necesitamos poner a un lado nuestros prejuicios en contra de lo artificial y extender la opción de la buena muerte (eutanasia activa) a aquellos que han sido atrapados por la naturaleza al encontrarse en estado terminal. Si nuestra sociedad ha sido capaz de reconocer que la vida puede ser lo suficientemente irresistible bajo tratamientos de sostenimiento vital, tales como la ventilación mecánica o las máquinas de diálisis, y que estas intervenciones médicas pueden ser discontinuadas o abstenerse de ellas (lo que algunos llaman eutanasia pasiva), entonces también la vida puede ser lo suficientemente irresistible como para justificar la eutanasia activa.

Respuesta crítica: Existe una relación especial entre el médico y el enfermo. Una omisión, si resulta en daño, puede traer responsabilidad legal. Si un enfermo competente se niega a recibir un tratamiento o a continuar con uno, el efecto legal es que el médico es absuelto de su deber de tratar al enfermo por el enfermo mismo. El médico deja de tratar al enfermo y la muerte resultante es causada por la enfermedad que tiene el enfermo. El médico por lo tanto no mata al enfermo, sino que deja que se muera. No puede ser prohibida la aceptación voluntaria de una muerte que la intervención médica solo puede posponer, ya que no hay posibilidad de curación. Una conclusión acerca de la causación simplemente refleja un juicio acerca de la forma correcta de asignar responsabilidades. Cuando una persona desconecta la ventilación mecánica de soporte vital sin autorización, está claro que causa la muerte del enfermo, pero cuando un médico sigue las directrices del enfermo de desconectar la ventilación mecánica cuando no hay esperanza de curación, no actúa equivocadamente, ya que no tiene el deber de continuar el tratamiento en contra del deseo del enfermo, aun cuando su acción está causalmente relacionada con la muerte resultante del enfermo. Además el derecho a poder negarse a un tratamiento médico esta basado en el derecho a resistirse a invasiones físicas que sean consideradas desproporcionadas, no en el derecho a acelerar la muerte, el cual no existe. A menudo en el diálogo existe una confusión entre la eutanasia pasiva y la eutanasia por omisión. La última lleva consigo responsabilidad moral, pero no la primera, ya que la muerte natural no es un homicidio y por tanto no es ni ilegal ni inmoral y no está sujeta a responsabilidad. Se acepta el discontinuar la ventilación mecánica después de la muerte cerebral total, el no aplicar terapias en el caso de un coma irreversible, excepto los cuidados considerados ordinarios, la no aplicación e interrupción de las "terapias de sustento vital" en el caso de enfermos terminales, el no emplear técnicas de reanimación cuando su aplicación es considerada inútil u onerosa por la profesión médica, el no emplear terapias ineficaces que aumenten el dolor o claramente desproporcionadas en relación a los costos humanos y la utilidad para el enfermo (20). En este sentido, sería provechoso el que se evitase el término de eutanasia pasiva mientras que se retiene el concepto de eutanasia omisiva, que implica un acto de negligencia. Un ejemplo de que la intención tiene su lugar en la vida moral es que cuando la persona no muere después de parar el tratamiento, a esta se la deja continuar viviendo. Esto no ocurre con el suicidio asistido. Una cosa es desear la muerte y actuar para que ocurra de forma activa y otra diferente desear la muerte y permitir que ocurra. Una cosa es respetar el deseo del enfermo de rechazar el tratamiento y otra el tomar su vida. No es simplemente una diferencia psicológica, sino moral. Matar constituye siempre una lesión del principio de no maleficencia, pero permitir morir, bajo ciertas condiciones, no constituye una lesión de este principio. El consentir que alguien muera de una enfermedad de la cual no es responsable y que no puede ser curada, es permitir que la enfermedad sea la causa de la muerte. La intención en permitir la muerte es por compasión y no por desear la muerte, mientras que la intención de la eutanasia activa es procurar la muerte como medio de ejercer la compasión. Continuar el tratamiento a un enfermo cuando no hay posibilidades de curación (tratamiento ineficaz) es una forma innecesaria de hacer sufrir al enfermo y por tanto va contra su dignidad (21). Un tratamiento ineficaz ya no produce ningún beneficio al enfermo, sino más bien daño (22). No es lo mismo ayudar a vivir a alguien que está viviendo que prevenir morir a quien está muriendo. Un tratamiento es considerado ineficaz si solo preserva la inconsciencia o no permite acabar con la dependencia de la unidad de cuidados intensivos. Cuantitativamente, un médico puede considerar infructuoso un tratamiento para el que los datos empíricos demuestran que tiene menos de un 1% de probabilidad de ser beneficioso para el paciente (23). El optar por el tratamiento o el dejarse morir no puede decidirse con absoluta certeza, simplemente porque no

existe una relación estricta y específica entre la etiología y la enfermedad. Nuestro conocimiento de una realidad empírica es siempre aproximado, probable. No podemos pedir al médico un grado absoluto de certidumbre en sus decisiones. Por lo tanto el enfermo está en su derecho de continuar con un tratamiento que es considerado ineficaz, ya que no existe una certeza absoluta. Para que una acción de omisión sea eutanásica, el tratamiento omitido o discontinuado debe haber sido considerado útil por la profesión médica.

7. El argumento de que el principio del doble efecto es una forma de eutanasia activa. A los médicos se les permite dar dosis en aumento de narcóticos cuando el dolor es severo o al menos se presume, siempre que la intención sea aliviar el sufrimiento, a sabiendas de que estas drogas pueden afectar la respiración y acelerar la muerte (24). Se argumenta que si la muerte de la persona que desea morir no es un mal que se inflige a la misma, entonces la doctrina del doble efecto no tiene relevancia para la permisividad de la eutanasia voluntaria.

Respuesta crítica: Se puede proveer un cuidado óptimo paliativo para aliviar el dolor a la mayor parte de los enfermos terminales (25). Las unidades de cuidado paliativo constituyen un ejemplo de cómo es posible proveer una existencia lo más confortable posible al final de la vida con cuidados de soporte que incluyen una atención integral a la persona. El legalizar la eutanasia desviaría los esfuerzos y los avances que se han logrado en el manejo del dolor y el cuidado paliativo hacia el camino fácil de acabar rápidamente con los enfermos difíciles por medio de la eutanasia. Por otra parte, el acelerar la muerte por intervenciones paliativas de manejo del dolor en pacientes terminales es aceptado ética y legalmente siempre que la intención del médico sea aliviar el dolor y otros síntomas y no el producir la muerte (26). Los médicos deben tener cuidado de no introducir drogas como la morfina en grandes dosis, sin darle tiempo al paciente de que desarrolle tolerancia, ya que puede deprimir la respiración. Una sedación desproporcionada, además, puede causar la interrupción de la alimentación y la hidratación del paciente, que morirá de hambre o sed en un estado de inconsciencia. En este caso, la eutanasia puede hacerse de una forma escondida y es efectuada por una acción u omisión que conduce a la muerte del paciente. A esta forma encubierta de eutanasia se la denomina "criptoeutanasia". Éticamente, el médico debe buscar el método de alivio del dolor que tenga menos riesgo de abreviar la vida y todavía liberar al paciente de sufrimiento innecesario.

8. El argumento del deber de no imponer cargas pesadas a los parientes y seres queridos. John Hardwig ha argumentado que cuando la Medicina moderna nos permite sobrevivir por mucho más tiempo del que podemos cuidarnos a nosotros mismos, existe un deber o responsabilidad de morir en consideración a los seres queridos, en quienes recae el peso económico, para no imponerles cargas pesadas (27). En una sociedad en que la disponibilidad de recursos para la práctica médica se halla muy restringida, puede no ser ético el embarcarse en tratamientos extremadamente caros para enfermos terminales. David Thomasma considera que podría llegarse a considerar ético el pedir suicidio asistido o eutanasia por amor a los parientes cercanos, considerando que en la doctrina cristiana hay instancias en que matar está justificado y a que se puede considerar que la aceptación de Cristo de la cruz, o la aceptación de la muerte de los mártires, es un acto equivalente al suicidio, ya que pudiendo evitar la muerte, la aceptaron, donando su vida por los demás (28).

Respuesta crítica: Permitir que el médico asista al suicidio de enfermos terminales dejará un impacto en otras personas que sufren por enfermedad, edad o debilidad. Esto devaluaría las vidas de estas personas, que podrían verse presionadas a que ejerzan el suicidio asistido. Mayor presión es ejercida si existen dificultades económicas, pero el simple hecho de sugerir esto al enfermo es un signo de falta de generosidad. Los enfermos terminales perderían los lazos con las personas que les acompañan en los últimos momentos de la vida, tendrían que justificar su decisión de mantenerse vivos, en vez de aceptar que la familia y la comunidad tienen el deber de cuidar a la persona hasta el final, aunque resulte una carga y un sacrificio. El gesto de solidaridad que se pide a las personas que acompañan al enfermo es liberarlo de presiones extras, ya tiene suficiente con la enfermedad. Ayudar a descubrir, a través del sufrimiento, el significado de la vida en su condición presente, puede liberar al enfermo del sentimiento de abandono y desesperación que significa encarar la muerte. Para que un enfermo se sienta tratado con dignidad, debe tener confianza en que las personas que lo acompañan van a estar con él hasta el final y proteger su derecho a la vida. Tampoco se puede interpretar la aceptación voluntaria de la muerte de Cristo como un acto de suicidio. Como ha señalado Tristram Engelhardt (29), Cristo nos ha enseñado que la vida tiene como meta la unión con Dios y su cruz fue una forma de ofrecimiento a Dios. El suicidio, en cambio, es un acto en que la persona se vuelve sobre sí misma y busca la muerte sin perseguir dicha unión. Los mártires nunca aceptaron la muerte bajo la premisa de evitar una carga sobre ellos mismos o sobre sus parientes o hermanos en la fe. Al contrario, aceptaron con humildad la indignidad y el sufrimiento de su muerte por una causa superior, la unión con Dios. Este criterio no tiene nada que ver con la eutanasia o el suicidio.

Reflexión ética

Prácticamente todas las tradiciones religiosas consideran la vida como un don de Dios, que nos es dado y retirado en el momento que Él elige; el suicidio no puede ser nunca una opción ética. Ya Aristóteles afirmó (30) que el suicidio es un acto injusto y no puede ser permitido, no porque vaya en contra del individuo, sino porque va en contra de la comunidad. Además la vida humana tiene un valor y dignidad en sí misma a causa de que se trata de la vida de una persona. La vida física es constitutiva de la persona y condición para su existencia, es el valor fundamental de la persona y por lo tanto no puede ser valorado con criterios que son menores y relativos y tampoco puede ser declarada a la disposición de otros (31). Por otra parte, como cristianos, creemos que Dios sostiene a las personas en el sufrimiento y, por lo tanto, buscar activamente el final de la vida representa una falta de fe en la promesa Divina. El quitar la vida es usurpar la prerrogativa que tiene Dios sobre la vida de cada uno. También como cristianos tenemos la obligación de apoyar y estar con aquellos que sufren y creemos que el sufrimiento nos acerca a Cristo, identificándonos con su cruz y participando en la redención. Parte del problema con el debate actual sobre la eutanasia está en que no se da ningún valor al sufrimiento, cuando este puede ser ocasión para que la persona profundice en su propia existencia, se reconcilie y encuentre un sentido trascendente a su vida. El dolor y el sufrimiento es algo que no interesa, que no conviene, de lo que es mejor no hablar. El hombre de hoy tiene muy poca tolerancia ante el dolor, más bien lo teme. Este temor se debe a poner una excesiva preocupación en el cuerpo, olvidándose del ser espiritual, a poner como meta placeres momentáneos de la vida, y al progreso de la técnica, en que gracias al tratamiento del dolor por analgésicos y por el uso de la anestesia, el hombre de hoy está mucho menos familiarizado con el dolor que sus antecesores y, por tanto, le teme más. Ha llegado a rechazarse tanto el dolor, que se acepta más la muerte que el

dolor o el sufrimiento. El proceso contemporáneo de no aceptación del sufrimiento está dando como resultado la aceptación social de la eutanasia. El sufrimiento, sin embargo, da lugar a una experiencia espiritual y se puede encontrar significado a la vida que queda cuando uno se enfrenta a una enfermedad que no tiene curación (32). La espiritualidad fortifica a la persona que sufre y la capacita para aceptar la condición en que se encuentra. El dar sentido al sufrimiento da sentido a una vida sufriente que tiene poca capacidad para relacionarse.

Aun considerando que la vida pueda llegar a ser irresistible, la cuestión final es que la vida no puede ser tomada y el suicidio no es ético. La cuestión que surge es si los creyentes tienen el derecho de extender sus propias creencias personales a la población entera, incluyendo ateos, agnósticos y aquellos que se rigen por lo secular. Mi argumento es que en este caso los creyentes sí tienen este derecho porque se trata de algo que compete a la vida misma, independientemente de la religión y, por tanto, es posible encontrar una solución racional. Tanto los creyentes como los no creyentes han de estar de acuerdo en que la vida y la muerte no nos pertenecen por completo, nos han sido dadas. No todo es autónomo en el ser humano. No nos damos la vida a nosotros mismos, la hemos recibido de nuestros padres y nos debemos a ellos y a la sociedad a la que pertenecemos. Por lo tanto, no tenemos un dominio absoluto sobre nuestra vida y no podemos tomarla. Este argumento refuerza todos los argumentos críticos en contra de la eutanasia, ya que la calidad de la vida no puede tener mayor valor que la vida misma, la autonomía del enfermo no puede ser absoluta en cuanto se refiere a su vida misma, la verdadera compasión no puede consistir en eliminar al que sufre, el sufrir no puede ser razón suficiente para aceptar el suicidio, el dejar morir está en el contexto de aceptar la muerte como un proceso de la vida misma, y aliviar el dolor y el sufrimiento es ayudar a la vida. Tratar el cuerpo como si fuera un objeto que puede ser destruido viola la dignidad intrínseca de la persona. Tenemos la responsabilidad y el deber de cuidarnos los unos a los otros hasta el final de nuestra vida. Debemos distinguir entre poseer algo como la vida y el hecho de poder asumirla. Nuestra vida la hemos recibido, no es un objeto que podamos poseer, más bien somos responsables de lo que hacemos con nuestra vida, somos capaces de tomar opciones y esta posibilidad nos hace ser capaces de asumir nuestra vida. Somos seres personales vivientes pero no poseemos nuestra vida como si fuera un objeto.

1 La Congregación para la Doctrina de la Fe en su *Declaración sobre la Eutanasia*, del 5 de mayo de 1980, define la eutanasia como "una acción o una omisión que por propia naturaleza o en su intención, procura la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor".

2 Ver Emanuel, E. J. "A Phase 1 Trial on the Ethics of Phase 1 Trials". *Journal of Clinical Oncology* (1995) 13: 1049-1051. Y President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. Washington, DC, US Govt Printing Office (1983).

3 Ver Brock, D. W. "Voluntary Active Euthanasia". *Hastings Center Report* (1992) 22: 10-22.

4 Ver McKhann, C. F. "Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes". *Important Advances in Oncology* (1996). V. T. DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, p. 271.

5 Ver Gunderson, M. "A Right to Suicide does not Entail a Right to Assisted Death". *Journal of Medical Ethics* (1997) 23: 51-54, p. 51.

6 Ver Battin, M. P. *The Least Worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*. New York: Oxford University Press (1994), pp. 280-282.

7 Ver Callahan, D. "When Self-determination Runs Amok". *Hastings Center Report* (1992) 22: 52-55. Y Jochemsen, H. "Euthanasia in Holland: An Ethical Critique of the New Law". *Journal of Medical Ethics* (1994) 20: 212-227.

8 Ver Gunderson, M. "A Right to Suicide Does not Entail a Right to Assisted Death". *Journal of Medical Ethics* (1997) 23: 51-54.

9 Ver Quill, T.E., Cassel, C. K., Meier, D. E. "Care of the Hopelessly Ill: Potential Clinical Criteria for Physician-Assisted Suicide". *New England Journal of Medicine* 327 (1992): 1380-1384.

10 Ver Lowy, F., Sawyer, D. M. y Williams, J. R. "Canadian Physicians and Euthanasia: 4 Lessons from Experience". *Canadian Association Journal* 148 (1993): 1895-1899.

11 Ver Quill, T.E., Cassel, C. K. "Nonabandonment: A Central Obligation for Physicians". *Annals Internal Medicine* (1995) 122: 368-374.

12 Ver McKhann, C. F. "Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes". *Important Advances in Oncology* (1996). V. T: DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, p. 271.

13 Ver *Euthanasia in the Netherlands*, 4th Edition, Royal Dutch Medical Association, Utrecht (1995). Y Netherlands, Rummelink Commission, *Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands: Results of an Inquiry and the Government's View*. Netherlands: Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs (1991).

14 Ver McKhann, C. F. "Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes". *Important Advances in Oncology* (1996). V. T: DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, p. 269.

15 Ver Emanuel, E. J. "Pain and Symptom Control. Patient Rights and Physician Responsibilities". *Pain and Palliative Care* (1996) 10: 41-55.

16 Ver McKhann, C. F. "Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes". *Important Advances in Oncology* (1996). V. T: DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, p. 271.

17 Ver Rachels, J. "Active and Passive Euthanasia". *New England Journal of Medicine* (1975) 292: 78.

18 Ver Lowe, S. L. "The Right to Refuse Treatment is not a Right to Be Killed". *Journal of Medical Ethics* (1997) 23: 154-158.

19 Hopkins, P. D. "Why Does Removing Machines Count as "Passive" Euthanasia?". *Hastings Center Report* (1997) 27: 29-37.

20 A este respecto se consideran cuidados ordinarios la hidratación, la alimentación, la higiene corporal, la medicación y la limpieza de las heridas. Estos cuidados deben ser considerados un derecho del paciente, así como el no incrementar el sufrimiento del paciente en la fase terminal de la enfermedad, incluso para pacientes en estado persistente vegetativo, ya que son todavía personas. Ver la *Declaración del Comité Provida de los Obispos de los Estados Unidos* "Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Considerations" (1998). Y discurso del Papa Juan Pablo II en ocasión de la visita *ad limina* de los Obispos de California, Nevada y Hawaii.

21 Esto ha sido aseverado por la *Declaración sobre la Eutanasia*, de la Congregación para la Doctrina de la Fe.

22 Ver Jonsen, A.R. "Clinical Decisions to Limit Treatment". *Annals Internal Medicine* (1980) 93: 764-768.

23 Ver Schneiderman, L.J., Jecker, N.S., Jonsen, A. R. "Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications". *Annals Internal Medicine* (1990) 112: 949-954.

24 Ver McKhann, C. F. "Is There a Role for Physician-Assisted Suicide in Cancer? Yes". *Important Advances in Oncology* (1996). V. T: DeVita, S. H. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, p. 272.

25 Ver Patterson, W.B., Emanuel, E. J. "Ethics Rounds: Euthanasia and the Care of Cancer Patients". *Journal of Clinical Oncology* (1994) 7: 1516-1521.

26 Ver Emanuel, E. J. "A Phase 1 Trial on the Ethics of Phase 1 Trials". *Journal of Clinical Oncology* (1995) 13: 1049-1051. Y President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. Washington, DC, US Govt Printing Office (1983). Esto ha sido también afirmado por el Magisterio (*Evangelium Vitae* III, 65).

27 Hardwig, J. "Is There a Duty to Die?". *Hastings Center Report* 27, no 2 (1997): 34-42.

28 Ver Thomaas, D. C. "Assisted Death and Martyrdom". *Christian Bioethics* (1998) 4: 122-142.

29 Ver Engelhardt Jr., H. T., "Physician-Assisted Death: Doctrinal Development vs. Christian Tradition". *Christian Bioethics* (1998) 4: 115-121.

30 *Ethics to Nicomachus*, V, 11: 1138a 12-15.

31 El Magisterio ha valorado la eutanasia como "una grave violación de la Ley Divina, ya que matar deliberadamente es inaceptable moralmente para la persona humana" (*Evangelium Vitae*, Nú 65).

32 "El sufrimiento es una llamada a manifestar la grandeza moral del hombre, su madurez espiritual" (Carta Apostólica *Salvifici Doloris* VI, 28).