

# BIOÉTICA: EUTANASIA

## Definición Legal y médica de la muerte

Durante muchos años, el concepto médico de 'muerte' era el mismo que el del público en general, o sea, la suspensión permanente de las funciones cardiorrespiratorias; el miedo a ser enterrado vivo hizo que en el pasado el lapso considerado prudente para afirmar la irreversibilidad del proceso se prolongara hasta por 72 o más horas, antes de certificar la muerte. En 1966, un grupo de médicos de la Universidad de Harvard propuso el concepto de 'muerte cerebral', que se fue modificando a lo largo de los años y que en la actualidad ya se acepta internacionalmente. En México, la Ley General de Salud (reformada el 26 de mayo de 2000) define la muerte de la manera siguiente:

Art. 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales.
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nonceptivos. Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- I. Angiografía cerebral bilateral que demuestra ausencia de circulación cerebral, o

- II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

De acuerdo con esta definición, el diagnóstico de muerte cerebral requiere ausencia de funciones de la corteza y del tallo, junto con falta de circulación cerebral; sin embargo, se ha propuesto que sólo se tome en cuenta la falta permanente e irreversible de las funciones de la corteza, como ocurre en sujetos descerebrados que conservan el automatismo cardiorrespiratorio. La situación del concepto médico de 'muerte' es todavía más compleja desde un punto de vista ético, porque agrega otras dos dimensiones que no existen en la ley: su oportunidad y su necesidad. Estas aseveraciones se aclaran en los párrafos siguientes.

### **Iniciar y suspender medidas de terapia intensiva en pacientes terminales**

Ocasionalmente (la frecuencia real se desconoce, pero debe ser rara), el personal de salud que trabaja en Unidades de Terapia Intensiva se enfrenta a dos tipos de casos:

- 1) el enfermo consciente en estado terminal de un padecimiento que no tiene remedio posible, que rechaza cualquier tipo de tratamiento porque prefiere morir a seguir sufriendo;
- 2) el enfermo en las mismas condiciones, pero inconsciente, acompañado por familiares cercanos que conocen sus deseos de terminar con su existencia.

Cuando el paciente ya no puede expresar su rechazo de todo tipo de terapia porque está inconsciente, pero sus familiares saben (por haberlo discutido con él cuando podía hacerlo) que ése era su deseo, el médico debe aceptarlo y no iniciar maniobras heroicas para prolongarle una vida indeseada. En estos casos, lo que prevalece es la voluntad autónoma del paciente, que debe respetarse por encima de cualquier otra consideración; el médico debe asegurarse de que el enfermo posee toda la información sobre las consecuencias de su decisión, pero ahí termina su responsabilidad.

## El suicidio asistido y la eutanasia

En términos generales se distinguen dos formas de eutanasia: la activa y la pasiva; el suicidio asistido es una variedad de la eutanasia activa. La diferencia entre las dos formas estriba en que en la eutanasia activa el paciente terminal fallece como consecuencia directa de una acción intencionada del médico, mientras que en la eutanasia pasiva la muerte del enfermo se debe a la omisión o suspensión por el médico del uso de medidas que podrían prolongarle la vida (vide supra). Naturalmente, no es necesario ser médico para practicar eutanasia, pero con frecuencia el médico está involucrado en situaciones en las que debe hacer una decisión al respecto.

Considerando los objetivos de la medicina, el dilema ético médico planteado entre el suicidio asistido y la eutanasia, por un lado, y su rechazo, por el otro, en casos que cumplen con las características de irreversibilidad y de solicitud consciente y reiterada de terminar la vida, sea por sufrimientos insoportables o por la anticipación de una muerte indigna precedida por la destrucción progresiva del individuo, en mi opinión debe resolverse en favor del suicidio asistido y la eutanasia. De esa manera se cumple con la función de apoyar y consolar al paciente, ya que no se le puede ni curar ni aliviar. No hay ninguna razón ética médica para que el médico se rehúse a contribuir con sus conocimientos a terminar con la vida de un paciente cuando éste ya no desea seguir viviendo por las causas mencionadas, o cuando su inconciencia no le permite solicitarlo pero los familiares cercanos conocen sus deseos. El rechazo de la eutanasia no se hace por razones de una ética médica basada en los objetivos de la medicina (aunque a veces así se señale), sino por otras que no tienen nada que ver con la medicina.

Desde el punto de vista ético, la muerte debería ser considerada como parte integrante de la vida. Puesto que todo individuo tiene derecho a vivir con dignidad... también tiene el derecho de morir con dignidad... Para una ética humanista, la preocupación primaria del médico en los estadios terminales de una enfermedad incurable debería ser el alivio del sufrimiento.

Si el médico que atiende al enfermo rechaza tal actitud, debería llamarse a otro que se haga cargo del caso... La práctica de la eutanasia voluntaria humanitaria, pedida por el enfermo, mejorará la condición general de los seres humanos y, una vez que se establezcan las medidas de protección legal, animará a los hombres a actuar en ese sentido por bondad y en función de lo que es justo. Creemos que la sociedad no tiene ni interés ni necesidad verdaderos en hacer sobrevivir a un enfermo condenado en contra de su voluntad, y que el derecho a la eutanasia benéfica, mediante procedimientos adecuados de vigilancia, puede ser protegido de los abusos.

Por último, traigo a cuento el conocido caso de Nancy Cruzan. Después de un accidente automovilístico en 1983, Nancy cae en estado vegetativo permanente a juicio de los médicos. Los padres solicitan al hospital estatal que le quiten las sondas y la dejen morir de inmediato. Ante la negativa del hospital a hacerlo sin orden judicial previa, los padres formulan una petición a la Corte de Missouri, misma que fue autorizada para permitir a Nancy morir con dignidad. Ante la apelación del fallo por parte del tutor ad litem, la Corte Suprema del Estado de Missouri revoca la decisión del tribunal de primera instancia. Los padres apelan ante la Corte Suprema de Estados Unidos, y el 25 de junio de 1990, por cinco votos contra cuatro, el máximo tribunal rechazó la revocación del fallo de Missouri negando que Cruzan tuviera un derecho constitucional que, en esas circunstancias, pudieran ejercer sus padres. Finalmente, y después de presentar nuevas evidencias y testigos el 14 de diciembre del mismo año, el tribunal de primera instancia concede la petición. Nancy muere el 26 de diciembre.

Cada caso constituye una situación peculiar:

1. Consentimiento de un paciente competente en un marco jurídico que legaliza la “muerte asistida médicamente”;
2. Requerimiento de un paciente competente para que se le practique la muerte asistida en un marco jurídico prohibitivo;

3. No consentimiento de los padres y “enérgico rechazo” del paciente menor de edad en un marco jurídico prohibitivo alegando razones de conciencia;
4. Imposibilidad de consentimiento del paciente -con insuficiente manifestación de voluntad en vida- para que se le practique la “muerte asistida médicamente.”

### **Elementos para un debate bioético de la eutanasia**

En este apartado quiero desarrollar algunos puntos que permitan orientar el debate bioético sobre la eutanasia. Es decir, que nos ayuden a responder si se trata de una acción éticamente aceptable. Puesto que el suicidio médicamente asistido es una acción muy parecida a la eutanasia, también queda incluido en esta reflexión y me interesa resaltar lo que ambas prácticas tienen en común.

En primer lugar, las dos son opciones de terminación de vida a la que recurren algunos pacientes para ejercer, hasta el último momento de su vida, su libertad para decidir cuándo y cómo morir. En segundo lugar, las dos opciones requieren la ayuda de un tercero, específicamente de un médico (al menos hasta ahora así lo establecen las legislaciones en que estas acciones se permiten). Por tal razón, las dos se engloban bajo el término ‘muerte médicamente asistida’.

Ahora bien, tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido, a pesar de referirse a algo tan esperanzador como es tener la posibilidad de poner fin a un sufrimiento intolerable y mantener cierto control sobre la propia vida, son términos que se han asociado a situaciones y acciones valoradas de manera muy negativa. Y hay cierta explicación para que así sea.

Si bien la palabra ‘eutanasia’ significa ‘buena muerte’ en su sentido literal, se ha utilizado de diferentes maneras a través de la historia y, a veces, con implicaciones éticas completamente opuestas entre sí.

Así como ha servido para referirse a la muerte tranquila que resulta del acompañamiento espiritual del moribundo (sentido distinto al actual), también se ha utilizado para referirse a la muerte ocasionada a una persona discapacitada por la única razón de que alguien considera que no debe vivir, como sucedió en el régimen nazi en que el asesinato de individuos era presentado como eutanasia.

Por su parte, el suicidio médicamente asistido tiene el inconveniente de utilizar un término, 'suicidio', que suele identificarse, sobre todo en el ámbito médico, como una acción irracional que cometen pacientes psiquiátricos. Pero esto es justamente lo opuesto a lo que le sucede a un enfermo que pide ayuda para morir en el estado de Oregon, EUA, donde está permitido el suicidio médicamente asistido. Para que un médico pueda darle esa ayuda, necesita asegurarse de que el enfermo ha reflexionado profundamente en su condición antes de tomar la decisión de adelantar su muerte para terminar con su sufrimiento. El médico debe estar convencido de que la decisión del paciente es completamente libre, que no responde a un estado de depresión, desesperación ni algún tipo de presión.

No cabe duda de que las palabras tienen una carga emocional que influye en lo que pensamos y, muchas veces, sin siquiera advertirlo. En encuestas para explorar las actitudes ante el suicidio médicamente asistido, la respuesta es más favorable cuando se pregunta si se está de acuerdo en que el médico ayude a un paciente a "terminar con su vida," que cuando se pregunta si se está de acuerdo en que le ayude a "suicidarse".

Por todo esto, es muy importante entender lo mismo al hablar de eutanasia y suicidio médicamente asistido. Y, si hablamos de eutanasia, nos referimos a la activa, definida como el procedimiento que aplica un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, a petición de éste, para terminar con su sufrimiento. Por suicidio médicamente asistido entendemos el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado y en respuesta a su solicitud, los medios para suicidarse (como es una prescripción de barbitúricos) y es el paciente quien realiza la acción que pone fin a su vida.

Cuando se trata de reflexionar y discutir sobre cualquiera de estas formas de muerte médicamente asistida, es importante que el debate no quede en una defensa de valores e ideas en abstracto.

Que, por el contrario, se tenga presente lo que hay detrás del pedido de un paciente que busca ayuda para morir: un gran sufrimiento físico o emocional, o ambos a la vez, pero al mismo tiempo, una gran convicción de que, dadas las condiciones en que se encuentra, sabe muy bien que su mejor opción es poner fin a su vida. Creo que todos conocemos experiencias, más o menos cercanas, que demuestran que hay ocasiones en que morir es mejor que vivir.

### **La ética de la eutanacia**

Hasta aquí he mencionado al menos dos elementos que tienen que ver con el debate bioético de la muerte médicamente asistida: la posibilidad de elección ante la muerte y la importancia de aliviar el sufrimiento. Ahora quisiera analizar otras cuestiones que me parecen esenciales en esta discusión.

1. La primera es considerar el derecho del paciente a decidir la terminación de su vida y resolver si su autonomía llega al punto de justificar que elija el momento y la forma de su muerte. En otras palabras, si es dueño de su vida, al grado de decidir su final, cuando el sufrimiento que le impone una enfermedad le resulta intolerable.

Es claro que las opiniones se dividen. Está la de aquellos que piensan 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. Pero también la de quienes creen que nadie es dueño de su vida como para decidir su final. Ambas posiciones son respetables, de manera que lo decisivo en este punto es lo que cada paciente considere.

2. Si admitimos que hay pacientes que piensan que tienen el derecho a decidir el final de su vida, lo que sigue es preguntarse si un paciente tiene derecho a involucrar a su médico en su decisión.

Es frecuente escuchar que quien quiere suicidarse puede hacerlo sin comprometer a otros. Pero lo cierto es que quitarse la vida no es tan fácil, sobre todo si estamos pensando en alguien muy enfermo, deteriorado por su padecimiento y, quizá, hospitalizado, vigilado y acompañado la mayor parte del tiempo. Un enfermo así dispone de pocos medios para suicidarse, por lo que tendría que arriesgarse por una muerte seguramente violenta y además incierta. Nadie merece eso, pero menos un paciente que sólo busca terminar con el sufrimiento inevitable que le causa una enfermedad.

Se puede justificar que un paciente pida ayuda a su médico para morir por varias razones: a) porque no hay más alternativas de tratamiento ni manera de aliviar su sufrimiento; b) porque acepta el final de su vida, pero quiere evitar una situación indigna; c) porque quiere estar acompañado al morir y quiere un final que no signifique un sufrimiento adicional; d) porque quiere asegurar su muerte; e) en algunas ocasiones, porque está físicamente incapacitado para quitarse la vida por sí mismo.

3. Si se justifica que un paciente pida ayuda a su médico para morir, sigue preguntarse si el médico tiene algún deber de responder a esa petición tan especial. No se trata de un deber en sentido jurídico. En los lugares en que se permite la muerte médicamente asistida, los médicos nunca están obligados a responder a la solicitud del paciente si consideran que tal acción va en contra de sus valores. La pregunta se plantea en el sentido de un deber de solidaridad.

Para muchos médicos (y no médicos) ayudar a morir va en contra de la esencia misma de la medicina que debe encaminarse a curar y prolongar la vida de los enfermos cuando no puede curarlos. 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.

Cuando el médico ya no puede hacer nada para aliviar el sufrimiento que hace intolerable la vida del enfermo, éste sigue siendo su paciente y si le pide ayuda para morir, ésta será la única forma que le queda al médico de ayudarlo. A pesar de ser un aspecto cuya discusión sigue abierta, hay un reconocimiento general de que si se trata de permitir y legalizar la ayuda a morir, la mejor manera de controlar esta práctica es limitando a que sean los médicos quienes tengan la capacidad de realizarla. Sería más difícil de controlar si la facultad de producir la muerte se ampliara a individuos no médicos, quienes, de todas formas, necesitarían la asesoría y ayuda de un médico.

4. Finalmente, si hay pacientes que consideran que tienen el derecho a decidir y pedir ayuda a su médico para terminar con su vida, y hay médicos que están de acuerdo en dar esa ayuda, ¿no debe el Estado no sólo no impedir los derechos del paciente y el deber del médico, sino garantizarlos? Lo que está en juego es reconocer que en la sociedad en que vivimos, laica y pluralista, las personas quieren cosas distintas, durante su vida y al final de ella. Quienes no están de acuerdo con la opción de adelantar la propia muerte, deben aceptar que otras personas sí lo están y que lo realmente importante es garantizar que se respete la voluntad de unas y otras. Así, el paciente que tome la decisión de pedir ayuda para morir, podrá estar acompañado en todo momento y morir en las mejores condiciones sin arriesgar legalmente a nadie.

De ninguna manera se justifica. Tenemos que avanzar y estar a la altura de una sociedad que verdaderamente defiende el derecho de todas las personas a decidir lo que consideren mejor para el final de su vida.

#### **Referencia**

Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico. (2008). Eutanasia hacia una muerte digna.

Recuperado de

[http://www.foroconsultivo.org.mx/libros\\_editados/eutanasia.pdf](http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf)