

## Apuntes sobre la eutanasia<sup>1</sup>

Dr. Alejandro Goic G<sup>2</sup>.

### *Notes on euthanasia*

*In the Judeo-Christian tradition, human life is held to be sacred, a semblance of the divine and a gift from God which the individual cannot dispose of at his or her own will. Hence, these monotheistic religions have made of the crime of murder a transgression of God's own commandment not to kill and have extended the applicability of this commandment to the practice of euthanasia and suicide. On the other hand, some non-religious traditions offer plausible reasons favoring euthanasia. This is a delicate matter for physicians, since the Hippocratic tradition forbids euthanasia and because as care-givers they must also bear the psychological, moral and emotional burden of carrying it out. Physicians are trained to preserve life but not to bring it to an end. As human beings, they must always respect the principle of nonmaleficence, and as physicians they must always respect as well the principle of beneficence. It is difficult to accept the fact that ending a human life can be an act of beneficence. In order to differentiate between passive and active euthanasia, the concept of proportionality of medical acts must be brought into consideration. For instance, using high doses of opiates to alleviate pain or withholding the use of an extraordinary method of treatment are not passive acts aimed at ending the life of a terminally ill patient, but medical acts that are reasonable, judicious and proportionate to the condition and irreversibility of a patient's illness. Therefore, so-called passive euthanasia cannot be considered the same as euthanasia. On the other hand, medically assisted suicide is a deceitful form of active euthanasia. The aim of this act is to cause death and the physician is morally responsible for such a death, since he is providing the means for bringing a human life to an end. Many times the desire to die expressed by terminally ill elderly and helpless patients is a request for help and an expression of reproach against a society that allows for their abandonment and neglect. (Rev Méd Chile 2005; 133: 371-5)*

**(Key-words:** *Euthanasia, active; Euthanasia, passive; Principle-based ethics; Suicide, assisted; Terminal care)*

Recibido el 2 de noviembre, 2004. Aceptado el 5 de noviembre, 2004.

<sup>1</sup>Ponencia en el Panel: Eutanasia ¿un hecho inevitable? XXVI Congreso Chileno de Medicina Interna. Viña del Mar, Chile. 26-29 de octubre, 2004.

<sup>2</sup>Profesor Titular, Universidad de Chile. Presidente de la Academia Chilena de Medicina.

En el tema de la eutanasia, la cuestión central es dilucidar si al médico le estaría moralmente permitido causar la muerte de un enfermo en forma prematura o dejar que se produzca o, incluso, si sería obligatorio hacerlo en ciertas circunstancias, y, por consiguiente, si también

debería estar jurídicamente permitida o ser impuesta. En la mayor parte de los países, la eutanasia no está legalmente autorizada y no deja de ser un dato digno de atención que, hasta ahora, la mayoría de las asociaciones médicas se han pronunciado en contra de ella. La legitimidad o ilegitimidad moral de la eutanasia ha sido largamente debatida por filósofos, teólogos, eticistas y médicos, y sigue siéndolo hoy en día<sup>1-6</sup>.

La posición de las personas respecto a la eutanasia está muy marcada por las tradiciones

*Correspondencia a:* Dr. Alejandro Goic G. Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Av. Independencia 1027. Santiago de Chile. E-mail: alejandrogcoic@terra.cl

**Tabla 1. Eutanasia: argumentos religiosos en contra**

- La vida es un regalo de Dios y sólo puede ser tomada por Dios.
- Los seres humanos son valiosos porque son hechos a imagen de Dios.
- Todas las vidas humanas son igualmente valiosas.
- El proceso de morir es espiritualmente importante y no debe ser perturbado.

**Tabla 2. Eutanasia: argumentos no religiosos en contra**

- Al aceptar la eutanasia se acepta que algunas vidas son menos valiosas que otras.
- Podría no estar en el mejor interés de un paciente.
- Afecta los derechos de otras personas no sólo los del paciente.
- Un cuidado paliativo adecuado la hace innecesaria.
- Permitirla conducirá a un cuidado menos riguroso para el enfermo terminal.
- Expone a personas vulnerables a presiones para dar término a su vida.
- Es el comienzo de una pendiente resbaladiza que favorece eventuales abusos.
- Da mucho poder a los médicos.
- No hay una manera de regularla adecuadamente.

**Tabla 3. Eutanasia: argumentos a favor**

- Las personas tienen derecho a decidir cuándo y cómo morir.
- Es cruel e inhumano negar a alguien morir cuando está sufriendo de modo intolerable.
- La muerte no es una cosa mala, de modo que adelantarla no es malo.
- Debe permitirse cuando está en el mejor interés de todos los involucrados y no viola los derechos de nadie.
- Puede proporcionar un modo costo-efectivo de atender personas que están muriendo.
- De todos modos ocurre en la práctica, de modo que es preferible que esté regulada.

morales. Para la tradición moral judeo-cristiana, la proposición fundamental con respecto a la eutanasia es que toda vida humana es sagrada, es algo dado por Dios, por lo que no podemos disponer de ella; de allí la consecuencia normativa de no matar<sup>2</sup>. Los principales argumentos religiosos en contra de la eutanasia son los señalados en la Tabla 1.

También se esgrimen argumentos en contra de la eutanasia que no son de carácter religioso, como los que se muestran en la Tabla 2.

Corrientes filosóficas que se sitúan fuera de las tradiciones religiosas, tienen un punto de vista favorable a la eutanasia, poniendo el acento sea en evitar el sufrimiento o en la autonomía de las personas<sup>3</sup>. Algunos de los argumentos que se dan a favor de la eutanasia se resumen en la Tabla 3.

Cada uno de los argumentos que se utilizan tanto en pro como en contra de la eutanasia, algunos más sólidos y otros más débiles, merecerían un análisis particular, ya que admiten diferentes observaciones. Sin embargo, esto excedería el objetivo de esta presentación.

Lo que me propongo más bien es comentar algunos puntos específicos que me parece pueden ser de interés para la discusión del tema.

1. En primer lugar, es del todo evidente que para las personas que adhieren a las religiones cristiana o judía, el rechazo a la eutanasia es absoluto (así como lo es el suicidio). Esta posición es coherente con la creencia en que la vida es dada por Dios y de ello deriva su santidad, lo que para los creyentes constituye un argumento decisivo para oponerse categóricamente a la eutanasia. Aun para los no creyentes, la influencia cultural de estas religiones se hace sentir en el modo que enfrentan el tema. La pregunta es si existen argumentos válidos que no sean de índole religiosa para oponerse o favorecer la eutanasia.

2. En segundo lugar, y por varias razones, para los médicos, el tema de la eutanasia es más delicado y sensible que para quienes no lo son.

Una primera razón es que para los médicos la eutanasia ha estado explícitamente prohibida conforme a la tradición hipocrática de más de dos milenios: «*No daré a nadie aunque me lo pida ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia*». Esta sentencia está ligada al principio bioético contemporáneo de no-maleficencia.

Una segunda razón, es que una cosa es pronunciarse en abstracto sobre la eutanasia y, otra, tener que aplicarla en la vida real. Son los médicos y no los filósofos o bioeticistas los llamados a llevar a cabo la eutanasia en situaciones concretas, con la consiguiente carga moral, psicológica y emocional que ello significa. Parece duro y agravante para la medicina visualizar un médico que, intencionadamente, da término a la vida de otra persona, porque aparece contradictorio con su propósito más esencial que es precisamente la preservación de la vida humana. Al respecto, se ha argumentado que, en conformidad con el principio de beneficencia, también es un objetivo de la medicina evitar el sufrimiento en enfermos irrecuperables, por ejemplo, a través de la eutanasia. Sin embargo, la medicina dispone de recursos terapéuticos poderosos que permiten aliviar los dolores y angustias de los enfermos terminales, sin necesidad de transgredir su propósito central. Podrán haber excepciones, pero en la práctica, es difícil imaginar una situación clínica en que el médico no pueda hacer nada por aliviar a un paciente de sus sufrimientos, que no sea provocándole la muerte.

Una tercera razón es que el médico ha sido formado y entrenado para salvar vidas y no para darles término. Por eso le es difícil aceptar que el alivio del sufrimiento se tenga que lograr a costa de dar término intencionado a la vida de una persona; nos parece que esto es lo que marca exactamente el límite de lo que el médico puede legítimamente hacer para evitar el sufrimiento de un enfermo.

3. El principio bioético de no-maleficencia es un principio moral negativo que dice lo que no podemos ni debemos hacer, por ejemplo no matar, en tanto que la beneficencia es un principio moral positivo: dice lo que se debe hacer, por ejemplo, ayudar al prójimo. El principio de beneficencia no puede especificar a cuánta beneficencia estamos obligados, lo que dependerá de la generosidad o virtud de cada cual. Es claro que no matar debe ser de cumplimiento obligado para todos y no puede quedar sujeto a la generosidad de las personas, en tanto que ésta no es exigible a todos por igual y en todas las circunstancias.

Sin embargo, pienso que el médico en el ejercicio de su rol, y a diferencia de los que no

son médicos, está siempre sujeto con similar fuerza y exigencia a ambos principios morales. En efecto, como cualquier otra persona, el médico está obligado siempre a respetar el principio de la no-maleficencia –no hacer daño intencionado a los enfermos– pero, a diferencia de otras personas, está sujeto también siempre al principio de beneficencia –actuar en el mejor beneficio del enfermo–, porque ayudar es el propósito específico de la medicina. En la práctica de su profesión al médico se le exige la máxima generosidad y virtud y, en ninguna circunstancia, podría negarse a prestar ayuda a un enfermo.

4. Otro asunto particularmente relevante se refiere a la diferenciación entre eutanasia activa y pasiva. Algunos autores sostienen que desde un punto de vista moral no existe una diferencia entre matar activamente a un paciente o permitirle pasivamente que muera. Se argumenta que ambos tipos de eutanasia no diferirían, dado que el resultado es el mismo: la muerte del paciente por razones humanitarias. Este argumento no nos parece correcto. Desde luego, choca al sentido común que sea moralmente lo mismo matar activa y deliberadamente a un enfermo terminal, que dejar de utilizar determinados procedimientos terapéuticos excepcionales cuando son inútiles y añaden sufrimiento. El primero, es un acto médico contrario al principio de no maleficencia, en tanto que, el segundo, es un acto de carácter beneficente.

A mi juicio, el tratamiento habitual de este tema es equivocado y, más bien, debe enfocarse desde el punto de vista de la proporcionalidad de los actos médicos<sup>7</sup>.

En efecto, el deber técnico y ético del médico es utilizar siempre métodos diagnósticos y terapéuticos proporcionados a la condición y expectativas de recuperación de un paciente. Esto es válido, en general, para cualquier tipo de pacientes y es particularmente así en el caso de los enfermos terminales. Cuando un sujeto joven, por lo demás sano, tiene una insuficiencia respiratoria aguda grave y decido colocarle un respirador mecánico, estoy indicando un procedimiento terapéutico proporcionado a la condición del enfermo y la potencial reversibilidad de su enfermedad. Del mismo modo, cuando en un enfermo terminal en condición irreversible un médico decide no utilizar un llamado «método extraordinario de

tratamiento» o retirarlo si lo está utilizando, está aplicando correctamente el principio de proporcionalidad terapéutica que debe guiar su acción médica y no está dejando de usar un tratamiento con la intención de que el enfermo muera. En otras palabras, no es una omisión, una actitud pasiva, sino una acción médica racionalmente determinada. Algo similar ocurre cuando, por ejemplo, en un enfermo terminal el médico utiliza dosis elevadas de un opiáceo para aliviarlo de un dolor intenso y rebelde: la acción proporcionada es utilizar la dosis que sea necesaria con el fin de ayudar al enfermo en su sufrimiento, aun cuando tal dosis pueda acelerar la muerte (principio del doble efecto o teoría del voluntario indirecto). La intención del médico no es que el enfermo muera, sino que se alivie de sus dolores. Por las razones antedichas es que, en estos casos, la denominación de eutanasia me parece inapropiada, ya que no se trata de una eutanasia –entendida como el término intencional de la vida, por otra persona, a solicitud de la persona que está muriendo– sino de una conducta terapéutica proporcionada, médicamente lógica y juiciosa, coherente con la condición terminal del paciente y su irrecuperabilidad.

A mi juicio, entonces, hay una sola eutanasia: la llamada eutanasia activa, en tanto que la llamada eutanasia pasiva no es eutanasia. Es simplemente una conducta terapéutica del médico que utiliza medicamentos para atenuar el sufrimiento derivado de la enfermedad y evita el uso innecesario de métodos extraordinarios de tratamiento que, en este caso, además de agregar sufrimiento no tienen indicación por padecer el paciente de una afección terminal e irreversible. Por otra parte, está respetando el proceso natural de la muerte. Por consiguiente, la eutanasia pasiva no es eutanasia ni tampoco es pasiva.

5. Respecto al «suicidio médicamente asistido», que sus defensores fundamentan en el deber ético del médico de no abandonar de su enfermo, a mí me parece moralmente indefendible. En general, el derecho al suicidio se basa en la autonomía de la persona, pero la autonomía no es un valor absoluto y debe estar balanceada con otros valores éticos que la sociedad ha abrazado. Al margen del juicio moral que nos pueda merecer el suicidio

como acto humano, el suicidio de una persona, asistido por el médico me produce la impresión de que es una manera hipócrita de eutanasia activa: aunque no es el médico quien directamente pone término a la vida del paciente, es cómplice directo de su muerte al proporcionarle, en su rol de médico y utilizando sus conocimientos técnicos, los medios eficaces para su autoeliminación. Al modo de Pilatos se lava las manos, pero la intención moral es lo que definitivamente importa, por lo que en estos casos, el médico es tanto o más responsable de la muerte de la persona que el propio enfermo que comete suicidio. El suicidio es un acto privado ligado al principio de la autonomía, del cual responde moralmente la persona que se suicida, en tanto que administrar los medios para que una persona se suicide es un acto ligado al principio de la no maleficencia, que nos prohíbe provocar daño intencionado, en este caso el daño vital máximo: ayudar eficazmente a terminar con la vida de una persona. Por mucho que se argumente en contrario, es difícil aceptar que provocar la muerte de un sujeto sea un acto de beneficencia. Me parece incongruente la posición de quienes no aceptan la eutanasia activa y, en cambio, favorecen el suicidio asistido por el médico, ya que ambos actos comparten el mismo propósito y vulneran el principio de no-maleficencia. En el caso del enfermo terminal, el deber ético de no abandono de un enfermo, es ayudarlo a sobrellevar sus sufrimientos hasta el fin de su vida. El médico dispone de muchos recursos para aliviar los dolores y angustias de los enfermos, sin necesidad de provocarle la muerte en forma intencionada, sea directa o indirectamente.

Finalmente, quiero decir que el deseo de morir que expresan los enfermos y los ancianos, no pocas veces esconde un mensaje al mismo tiempo de reproche y de petición de ayuda, como el siguiente: *«considerando el abandono en que me encuentro, la falta de preocupación y atención que se me brinda, es mejor que me muera»*. Esto es particularmente cierto para los enfermos y ancianos más modestos que carecen de los recursos económicos necesarios para que se le brinde una atención que les permita sobrellevar con mínima dignidad sus dolencias. El cuidado del enfermo terminal y de los ancianos, es sumamente, comple-

jo y de un alto costo económico y emocional. Es un deber de la sociedad implementar los mecanismos que posibiliten una atención de salud oportuna y eficaz, como ser la promoción de un servicio social eficiente, la instalación de unidades de cuidados paliativos en los centros asistenciales, la atención multiprofesional y la extensión de los cuidados paliativos al hogar, que les permita a los enfermos y ancianos desvalidos morir en paz rodeados de sus familiares. Estas medidas de apoyo social y humano y el uso de recursos terapéuticos proporcionados a la condición de los pacientes, evitando el empleo de métodos extraordinarios de trata-

miento en pacientes con enfermedades irreversibles, parecen ser más humanas y éticamente aceptables que la eutanasia activa y su variante, el suicidio médicamente asistido.

A mi juicio, aceptar la eutanasia activa significaría para la medicina un retroceso ético de 2.500 años. Según la antropóloga Margaret Mead, el Juramento Hipocrático es un documento revolucionario no sólo para la medicina sino también para la historia de la cultura humana, al separar para el médico, por primera vez, el poder de curar del poder de matar que ostentaban los hechiceros.

#### REFERENCIAS

1. GRACIA DIEGO. *Dilemas éticos en los confines de la vida: suicidio asistido y eutanasia activa y pasiva*. Editorial Códice Ltda.: Santa Fe de Bogotá, Colombia. 1998.
2. EMANUEL, EZEKIEL J. The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Ann Intern Med* 1994; 121: 793-802.
3. TUGENDHAT, ERNST. El problema de la eutanasia desde la perspectiva filosófica. En: Tugendhat E. *Problemas*. Editorial Gedisa: Barcelona. 2000.
4. Declaration on Euthanasia. Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. Rome, May 5, 1980. <http://www.vatican.va/>
5. Task Force on Life and the Law. *When Death is Sought. Assisted Suicide and Euthanasia*. Chapter 5. The Ethical Debate. <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/patient/chapter>
6. BBC Religion and Ethics. Euthanasia. <http://www.bbc.co.uk/religion/ethics/euthanasia/>
7. GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO. Sobre la proporcionalidad de los actos médicos y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 95-107.