Suicidio asistido y eutanasia: ¿muertes dignas?

Ante los temas de actualidad sobre la muerte digna, el autor analiza cuáles son muertes eutanásicas y cuáles no.

Decálogo de "El Mundo"

Manuel González Barón es Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Paz. Director de la Cátedra de Oncología Médica y Medicina Paliativa de la Universidad Autónoma de Madrid.

Cada vez con mayor frecuencia, oímos hablar en los medios de comunicación sobre suicidio asistido, eutanasia, muerte digna...; y no pocas veces se advierte una notable confusión en quienes utilizan esos términos. Esa confusión "contamina" después necesariamente las encuestas que se hacen sobre estas cuestiones. Puede tener cierto interés, por tanto, empezar clarificando algunos conceptos.

La Asociación Médica Mundial, en 1987 definió la eutanasia como *"acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente"*. Más explícita y completa me parece la definición que dio la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* en el año 2003: *"conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico."* ¿Cuál es la diferencia entre la eutanasia y el suicidio asistido? En la eutanasia, es el médico (o otro sanitario dirigido por él) quien administra la inyección letal que provoca la muerte del enfermo. En cambio, en el suicidio asistido el paciente se causa a sí mismo la muerte, con la ayuda de alguien que le proporciona los medios; si quien le ayuda es un médico, se habla de *"suicidio medicamente asistido"*. Es preferible evitar el término *"eutanasia pasiva"* pues sólo crea confusión.

Interesa aclarar que no son conductas eutanásicas las siguientes:

1º) El respeto por parte del médico al posible rechazo del paciente a unos tratamientos que éste considera desproporcionados para su situación.

2º) La conducta del médico que evita aquellos tratamientos o pruebas diagnósticas que no considera indicados en un paciente, y que le ocasionarían más molestias que beneficios: es lo que se llama *"limitación del esfuerzo terapéutico"* (lo contrario sería caer en la obstinación terapéutica o diagnóstica).

3º) La administración (cuando sea necesaria para el control del dolor o de otro síntoma molesto) de dosis elevadas de fármacos, aunque pudieran acortar secundariamente la vida del paciente. Una variante de esta actuación es la llamada *"sedación paliativa"*.

Un documento de la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* definía la *"sedación paliativa"* como la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Evidentemente no hay que confundir la sedación, éticamente aplicada, con la eutanasia. Como se explica en ese documento, ambas difieren en el objetivo, la indicación, el procedimiento, el resultado y el respeto a las garantías éticas. En la sedación, la intención es aliviar el sufrimiento del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco sedante y el resultado el alivio de ese sufrimiento; en cambio, en la eutanasia la intención es provocar la muerte del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco letal y el resultado la muerte.

No supone ningún problema ético (sino que es un deber para el médico) proceder a la sedación de un enfermo, con su consentimiento previo, cuando se llega a la conclusión de que es el único recurso para controlar algún síntoma físico o psíquico de entidad (p. ej., disnea, dolor, delirium o distrés emocional), que no responda a otros tratamientos. Además de ponderar la dosis y el fármaco adecuados, conviene que el médico refiera en la historia clínica el motivo de la sedación, el modo en que se ha explicado al enfermo y la manera en la que ha prestado su consentimiento.

El concepto de *"muerte digna"* está ya tan manido que no dice casi nada. En cualquier caso, para la mayoría de las personas seguramente incluye las siguientes condiciones: morir sin dolor u otros síntomas mal controlados, morir a su tiempo natural sin que se acorte ni se prolongue de forma artificial el proceso de la muerte, morir rodeado del cariño de la familia y los amigos, morir con la posibilidad de haber sido informado adecuadamente, eligiendo (si es posible) el lugar (domicilio u hospital) y participando en todas las decisiones importantes que le afecten.

Una vez aclarados esos conceptos, podemos ya adentrarnos en lo que supondría la posible legalización de la eutanasia. En mi opinión, dicha medida sería una solución innecesaria y peligrosa para un problema que todavía está pendiente de resolver en muchos lugares: el de las personas que mueren en malas condiciones sin una atención médica adecuada y en un ambiente deshumanizado. Me parece un dramático error plantearnos la posibilidad de despenalizar la eutanasia cuando todavía hay muchos enfermos en nuestro país que no tienen acceso real a unos *Cuidados Paliativos* de calidad. Sugiero que (en este terreno) sigamos el ejemplo de Canadá: hace unos años, una enferma de ELA pidió la eutanasia a la Corte Suprema; se estudió el asunto a fondo en el Senado y la conclusión fue que no se debía debatir sobre la eutanasia hasta que todos los canadienses tuvieran acceso a unos buenos *Cuidados Paliativos*.

Cuando se plantea la posibilidad de legalizar la eutanasia, se insiste en que será sólo para casos extremos y tomando medidas para evitar posibles abusos. La experiencia, sin embargo, demuestra que si se admite la eutanasia para casos excepcionales, poco a poco se va aplicando también en casos no tan extremos. Así en Holanda la justicia se ha ido haciendo cada vez más permisiva con casos que no cumplen los requisitos legales. Veamos sólo algunos ejemplos: en 1994 el Tribunal Supremo no penalizó al Dr. Chabot, que ayudó a suicidarse a una mujer sana pero desesperada porque sus dos únicos hijos acababan de fallecer; en 1994 una médico facilitó la bebida letal a un paciente de 71 años sin ninguna enfermedad importante, y el fiscal no consideró necesario procesarla; en el año 2002 el Tribunal Supremo holandés no puso ninguna pena al médico que practicó la eutanasia a Edward Brongersma, que (con 86 años pero físicamente sano) la solicitó alegando *"no tener ganas de vivir"*... Aunque la ley holandesa no permitía lícitamente la eutanasia de menores de 12 años, en noviembre de 2005 se ayudó la eutanasia para niños de cualquier edad.

En los cuatro estudios oficiales que se han ido publicando sobre la práctica de la eutanasia en Holanda, se cuentan cada año por centenares los casos de eutanasias efectuadas por los médicos sin que hubieran sido solicitadas por los enfermos. Los médicos las justifican con razones como *"baja calidad de vida"*, *"facilitar la situación a la familia"*, *"acortar los sufrimientos del paciente"* o *"poner fin a un espectáculo insoportable para médicos y enfermeras"*. En 1997 una prestigiosa revista médica (JAMA) publicó el caso de una paciente holandesa con cáncer de mama a la que su médico aplicó la eutanasia sin su consentimiento, alegando que también podría haber vivido una semana más y él necesitaba esa cama libre...

En una carta de un grupo de minusválidos holandeses de Amersfoort se decía: *"sentimos que nuestras vidas están amenazadas. Nos damos cuenta de que suponemos un gasto muy grande para la comunidad. Mucha gente piensa que somos inútiles. Nos damos cuenta a menudo de que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte"*. A este peligro se refirió el 18.V.01 en el parlamento alemán el entonces Presidente Federal Johannes Rau: *"cuando el seguir viviendo sólo es una de dos opciones legales, todo aquel que imponga a otros la carga de su supervivencia estará obligado a rendir cuentas, a justificarse"*. Por otra parte, numerosos estudios demuestran que en estos pacientes graves hay una alta incidencia de depresión, que en la mayoría de los casos no es diagnosticada ni tratada adecuadamente.

También nos puede hacer reflexionar lo que escribía hace unos años un enfermo de Esclerosis Múltiple en el *National Post* de Toronto: *"Si una persona sana presenta tendencias suicidas, recibe ayuda e incluso se la somete a un tratamiento psiquiátrico hasta que pase la crisis. (...) Pero si es un enfermo incurable o un discapacitado, la discusión gira automáticamente en torno a expresiones como: muerte digna , libertad de elegir la propia muerte : acto de autonomía y autodeterminación . ¿Por qué esa diferencia?"* Aunque parezca lo contrario, en la eutanasia la decisión definitiva no la toma el paciente sino el médico, que es quien juzga sobre la calidad de vida del enfermo y, por tanto, sobre si su petición es "razonable" o no.

Algunos argumentan que la eutanasia es un derecho de la autonomía individual, que no afecta a otras personas. En mi opinión, pierden de vista su incidencia en la protección del bien común. A diferencia del suicidio, en la eutanasia interviene necesariamente una tercera persona, que además es un médico. Legalizar la eutanasia significa reconocer a una persona (el médico) el derecho a disponer de la vida de otra persona (el enfermo que se la pide). Esto tiene unas consecuencias evidentes: una sociedad en la que los médicos no sólo curan y alivian sino que también matan, es una sociedad menos humana (y, desde luego, menos segura para muchos enfermos). Sería un cambio de unas consecuencias incalculables pues modificaría la regla más básica de una sociedad civilizada: no matarás unos a otros.

Quienes tenemos larga experiencia en la atención de enfermos con cáncer sabemos que muchas peticiones de eutanasia son un grito, una llamada, una petición de ayuda por la soledad, el miedo, la desatención, el dolor mal controlado, la falta de cariño o de compañía. Por eso suelo repetir que cuando un paciente dice *"Doctor, no quiero vivir..."*, se trata de una frase inacabada cuya versión completa es: *"Doctor, no quiero vivir así"*. Así, en cambio: esa "así" es donde tienen su papel fundamental los *Cuidados Paliativos*. Y sólo en donde una sociedad verdaderamente solidaria debe centrar sus esfuerzos para ayudar a morir con dignidad a quien está llegando al final de su vida: cuidándolo de tal manera que no le quepa la menor duda de que, aunque *esté muy deteriorado* por la enfermedad que padece, no ha perdido ni un ápice de su dignidad.

Phoca PDF

A ese empeño dedicó su vida Cicely Saunders [1]la pionera de los *Cuidados Paliativos* y con unas palabras suyas quiero acabar este artículo: *"TU importas porque eres tú, y tú importas hasta el último momento de tu vida. Nosotros haremos todo lo que podamos, no sólo para ayudarte a morir apaciblemente, sino también para ayudarte a vivir hasta que muereas"*. Esto es mucho más digno para todos.

Phoca PDF