

# Editorial

## Ayudar a morir

A. Caralps

En el debate internacional sobre el derecho a morir y sobre la eutanasia, se han producido recientemente algunos hechos, que han sido publicados en revistas médicas del mayor prestigio y que considero de interés poner de relieve. Mi papel en esta carta es de mero expositor de la cuestión.

El Instituto de Ética Médica del Reino Unido, constituido por veinte miembros con la intención de asegurar un amplio espectro de opiniones, contestó finalmente por mayoría a una pregunta que se le había dirigido en repetidas ocasiones.<sup>1</sup> «Las vidas de un número creciente de enfermos, especialmente, pero no de todos, ancianos, están ahora siendo prolongadas por la medicina moderna en estados de coma, incapacidad severa o dolor, que se consideran no aliviables y de los que ellos buscan liberarse. Los médicos que atienden a estos pacientes tienen que decidir no sólo si están moralmente obligados a continuar el tratamiento que prolonga la vida, sino también si y en qué circunstancias es ético acelerar sus muertes con la administración de medicamentos hipnóticos».

Para contestar a esta pregunta, el Instituto consideró muchas publicaciones sobre la eutanasia y la práctica actual de Holanda, en donde no son perseguidos los médicos que admiten que han termi-

nado con las vidas de pacientes quienes, a la vez que sus familiares, lo han pedido por un dolor físico o mental terminal. La respuesta se refiere tan sólo a aquellos casos en que solicitan la ayuda para morir los enfermos que son competentes, no los niños, enfermos inconscientes o aquéllos que son incapaces de hacer una solicitud válida: tampoco se discute la ley ni los llamados testamentos vitales en que se expresan deseos por adelantado, ni las acciones de profesionales sanitarios distintos de los médicos. «Ayudar a morir» son los términos usados para significar el acto que un médico realiza con la intención deliberada de acelerar la muerte de un paciente afecto de una enfermedad terminal. La palabra «terminal» implica una enfermedad progresiva, cuyos síntomas dolorosos no pueden ser aliviados por ninguna modificación del tratamiento. Tales enfermos suelen estar próximos a la muerte, pero algunos de ellos pueden tener que enfrentar meses o aún años de creciente dolor o aflicción. El acto de ayudar a morir cuando el paciente lo solicita, puede ser descrito con otras palabras que el Instituto evitó deliberadamente, como suicidio asistido, homicidio solicitado o eutanasia activa. También rechazó la palabra matar, porque ésta se usa para indicar una acción violenta, más que para describir el acto benévolo que forma parte de un cuidado clínico misericordioso. Se discutieron las objeciones que habitualmente se enarbolan contra ayudar a morir y que son las cuatro siguientes. Si se aceptan estos casos, enfermos ancianos y frágiles con familiares sin escrúpulos se sentirían obligados a pedir la muerte para aliviar las cargas familiares; sin embargo, para el médico no sería difícil descubrir estas razones y por otra parte la depresión es un trastorno susceptible de ser tratado. Si los médicos tienen la opción de ayudar a morir, se reduciría la presión para descubrir mejores medios para controlar los síntomas de estos pacientes o de prever recursos para su cuidado; pero el fracaso a solucionar el su-

---

Jefe del Servicio de Nefrología.  
Hospital de Badalona «Germans Trias i Pujol».  
Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca.

frimiento terminal mantendría sin duda la demanda de una investigación continuada. Pudiendo ayudar a morir se erosionaría la confianza de los enfermos en sus médicos; pero esto no parece haber ocurrido en Holanda y, por otra parte, lo que puede erosionar la confianza es el temor de que los médicos alarguen la vida contra los deseos del enfermo o puedan acabar con sus vidas sin su consentimiento. Finalmente, ayudar a morir por solicitud del enfermo, podría conducir a una pendiente inmoral hacia una no solicitada terminación de las vidas de enfermos inconscientes o mentalmente trastornados; pero ello parece improbable porque la desaprobación de la terminación no solicitada de la vida de los enfermos está fuertemente enraizada en los conceptos de la gran mayoría de médicos y de profanos. En definitiva, concluye el Instituto de Ética Médica, permitir que los médicos ayuden a morir, pero sólo en circunstancias convenidas y definidas, puede ser considerado un avance moral más que un declive. Un acuerdo público, explícito, sobre las circunstancias en que este acto de misericordia estuviera permitido, beneficiaría y protegería a los enfermos y a sus médicos. Incluso el conocimiento por parte de los enfermos de esta posibilidad, contrarrestaría su temor a encontrarse en situaciones extremas de dolor físico o mental sin posibilidad de terminar con el sufrimiento, lo que permitiría que ellos y sus médicos se concentraran mejor y más eficazmente en el alivio de los síntomas. Y, paradójicamente, permitir a los médicos ayudar a morir podría contemplarse como una forma de cumplir con su obligación de prolongar las vidas aceptables y dignas.

La decisión ética de ayudar a morir plantea la cuestión de si existe alguna diferencia moral entre terminar con la vida o dejar morir. La mayor parte de la gente contempla estas dos situaciones, que se acompañan del mismo resultado fatal, como separadas por un límite moral importante. Pero cuando la intención y el

curso de matar y dejar morir son equivalentes (en cada caso una buena intención y un curso fatal), son las circunstancias el factor más importante a la hora de evaluar moralmente el acto o la emisión.

¿En qué circunstancias, por lo tanto, estaría moralmente justificado que el médico ayudara a morir? En el informe se reconoce la naturaleza excepcional de la responsabilidad del médico. Los médicos consideran que aliviar el sufrimiento de sus pacientes es su primer y más gratificante deber. Esta es la principal razón de que contemplen desfavorablemente la inútil prolongación de una vida miserable y se planteen ayudar a morir. Pero para cumplir este aspecto de su deber los médicos tienen que tener en cuenta las seis reservas siguientes. El respeto a la autonomía del enfermo, o sea asegurar que lo que hacen por sus pacientes está de acuerdo con sus deseos. El deber de tomar en consideración con los enfermos el balance entre el beneficio y el perjuicio de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La justicia en la distribución de los recursos. Garantizar al enfermo que solicita que se termine con su vida que no hay duda alguna sobre el diagnóstico y el pronóstico, ni otras posibles medidas más eficaces de curar o aliviar. Pedir la colaboración de los miembros del cuerpo asistencial, de la familia y de los amigos del enfermo, de acuerdo con el juicio más escrupuloso y respetando por encima de todo la confianza y el deseo del enfermo. Y, finalmente, si el médico tiene profundas objeciones de conciencia, como ocurre por ejemplo con el aborto, debería remitir el enfermo al cuidado de otro médico.

Una importante y frecuente ocasión en que se duda sobre prolongar una vida es cuando el enfermo sufre una parada cardíaca. Antes, esta complicación era irremediablemente fatal, pero ahora la resucitación cardiopulmonar permite que muchos corazones puedan ponerse en marcha otra vez y la vida sea preservada. Pero cuando la vida del enfermo está

profundamente afectada, los médicos deciden a menudo «no resucitar» y colocan su deber de ahorrar el dolor terminal por encima de su deber de prolongar la vida. Esta situación es moralmente equivalente a ayudar a morir, a pesar de que esas decisiones son habitualmente paternalistas porque el enfermo no acostumbra a haber sido informado previamente sobre ello.

En la mayoría de los enfermos con enfermedad terminal, no se plantea la cuestión de ayudar a morir y los síntomas dolorosos suelen ser aliviados con el tratamiento. Pero si este alivio no es posible, el dolor es severo y el enfermo solicita que se acabe con su vida, el equilibrio del argumento moral se inclina hacia preguntarse por qué no ayudar a morir. Cuanto mayor es el dolor no aliviado, más ética es la decisión del médico de ayudar a morir si el enfermo lo desea. En tal decisión deben insertarse dos juicios de valor. El primero es que la enfermedad sea verdaderamente terminal, aunque la mayor o menor proximidad de la muerte no tiene porque afectar la moralidad de ayudar a morir si los enfermos tienen un dolor severo e irremediable. El segundo es poder atestiguar la realidad y la severidad del sufrimiento del enfermo.

En otra publicación se ha discutido recientemente el «suicidio asistido».<sup>2</sup> Las circunstancias inhabituales de casos que han recibido una gran publicidad, como la máquina del suicidio del Dr. Kevorkian con la que la enferma Janet Adkins terminó con su vida, no deberían ocultar el sufrimiento profundo y genuino, ni desautorizar el deseo de liberación que motiva que algunos enfermos piensen en el suicidio.<sup>3</sup> El rechazo repetido y firme de la profesión médica a asistir al suicidio para servir a una escrupulosidad profesional que es sorda a las necesidades expresadas por los pacientes, que sienten temor y ansiedad pensando en que las enfermedades crónicas y debilitantes serán prolongadas por la tecnología médica y que ellos tendrán poco o ningún control sobre su aplicación. La gente parece

perder la fe en sus médicos con motivo de su insistencia paternalista y a veces cruel en mantener la vida a cualquier precio.<sup>4</sup> Un debate público y profesional podría resultar en la limitación eficaz del suicidio asistido a casos evidentemente apropiados, y en un aumento del respeto público hacia los médicos. El rechazo de los médicos a enfrentarse con sus pacientes al nivel de la comprensión personal de la vida y de la muerte, es un reflejo de cuán estéril y tecnológica ha llegado a ser nuestra profesión. El apoyo humano, la consecución del bienestar y el verdadero respeto por los deseos terapéuticos de los enfermos, permitirían reducir la demanda de un suicidio asistido o de la eutanasia. Sin embargo, en algunas circunstancias cuidadosamente definidas puede ser adecuado reconocer la inevitabilidad de la muerte de un ser afectado por un sufrimiento insoportable y ayudar a hacer más fácil este tránsito. El debate sobre algunos casos que se han hecho públicos como el de Kerverkian-Adkins o el de Nancy Cruzan (que se describe más adelante), ha mostrado un deseo sustancial de la población de controlar más las circunstancias de la muerte. Estos temas merecen un análisis profundo y comprensible y no deberían ser menospreciados por reglas inflexibles que a menudo tienen poco que ver con los deseos de los enfermos a los que pretenden servir.

En otro orden de cosas, en los Estados Unidos de Norteamérica se ha abierto una polémica sobre la decisión del Tribunal Supremo de Missouri, refrendada por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, de oponerse a los deseos de los padres de una mujer, Nancy Cruzan, en estado vegetativo como consecuencia de un accidente de circulación, que solicitaban que se suspendiera la alimentación por sonda y, en consecuencia, que se la dejara morir, cumplimentando así el deseo expresado previamente por la afectada de no desear vivir en estas condiciones. El Tribunal de Missouri solicitó una prueba «clara y convincente» de estos

deseos y prescindió de la opinión expresada por los padres. En un escrito firmado por treinta y seis destacados especialistas en Bioética<sup>5</sup> se estimula a los enfermos a hacer testamentos vitales en los que expongan cómo desean ser tratados en situaciones terminales en que estén inconscientes, y a designar como representante legal a algún familiar o amigo con quien el médico pueda hablar de cuestiones particulares relativas al cuidado sanitario en estas circunstancias.

#### **Bibliografía**

1. Institute of Medical Ethics Working Party on the Ethics of Prolonging Life and Assisting Death. *Lancet* 1990; 336: 610-613.
2. Cassel CK, Meier DE. *N. Engl. J. Med.* 1990; 323: 750-752.
3. Angell M. *New York Times*. June 14, 1990; A 14.
4. Anónimo. *New York Times*. Feb. 20, 1990; A1.
5. Aunas GJ et al. *N. Engl. J. Med.* 1990; 323: 686-687.