

# El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido

*The right to choose: euthanasia and assisted suicide*

Asunción Álvarez del Río

## Resumen

Este artículo empieza por aclarar qué se entiende por “eutanasia” y “suicidio asistido” y en qué se distinguen estas decisiones de otras que también se dan en el contexto de la atención médica al final de la vida. A continuación se revisan los lugares en que se permite la eutanasia o el suicidio asistido y se examina la situación legal en México. Se analizan algunos de los argumentos en contra de la muerte médicamente asistida y la relación de ésta con los cuidados paliativos, en específico, con la sedación terminal. Finalmente, se comenta el debate actual para decidir si extender los límites de la ley que permite a un médico ayudar a morir en dos situaciones: la de los pacientes con demencia y la de las personas de edad avanzada y mentalmente competentes que desean poner fin a su vida.

**Palabras clave:** Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, sedación terminal.

**Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S115-S118**

## Abstract

This paper begins by clarifying what is meant by “euthanasia” and “assisted suicide” and distinguishes them from other end-of-life medical decisions. The places in which euthanasia or assisted suicide are legally allowed are mentioned as well as the legal situation in Mexico. The paper then analyzes some arguments against physician-assisted death and its relation to palliative care, specifically to terminal sedation. Finally, we comment on the current debate to consider extending the legal scope of physician-assisted death in two situations: for patients with dementia and for very elderly mentally competent individuals who wish to end their life.

**Key words:** Euthanasia, assisted suicide, palliative care, terminal sedation.

**Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S115-S118**

## Introducción

En la discusión sobre la eutanasia y el suicidio asistido hay que empezar por ponernos de acuerdo en qué entendemos cuando hablamos de estas acciones y qué relación tienen con otras decisiones sobre el final de la vida que también se dan en el contexto de la atención médica.

Eutanasia es la acción que realiza un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a petición de éste.<sup>1</sup> Esta definición, así de específica, implica llamar eutanasia sólo a la acción que es voluntaria, activa y directa, y llamar de otra forma a otras decisiones que

se clasificaban como clases de eutanasia. Entonces, en lugar de hablar de eutanasia no-voluntaria cuando se causa la muerte de un paciente que no lo ha solicitado (porque no puede), hay que decir “terminación de la vida sin solicitud expresa” (o algo equivalente). Si se causa la muerte de un enfermo sin tomar en cuenta su voluntad (que sí podría expresar) o en contra de ella, hay que llamar a esa acción homicidio o asesinato, en lugar de “eutanasia involuntaria”.

Por otro lado, es preferible abandonar el término de “eutanasia pasiva” cuando se deja de dar o se retira un tratamiento con la consecuente muerte del paciente.

www.medigraphic.org.mx

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina.  
Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF, México.

Recibido para publicación: 2 enero 2013

Aceptado para publicación: 31 enero 2013

Correspondencia: Asunción Álvarez del Río

Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.  
Facultad de Medicina. Circuito Exterior Ciudad Universitaria. 04510, Coyoacán. México, DF, México.  
Tel: (5255) 56 23 23 00 ext. 43133, Tel. móvil: (5255) 5408 9074. E-mail: asun57@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Esta decisión recae en el médico cuando es éste quien considera que no se justifica un tratamiento porque no va a beneficiar al paciente, lo que corresponde llamar “limitación del esfuerzo terapéutico”. Pero puede suceder que el médico recomiende una intervención que considera que sí beneficiaría al enfermo, y éste la rechace, aun sabiendo que va a morir. Esta decisión se llama “rechazo del tratamiento por parte del paciente”. En muchos países se reconoce que no puede imponerse ninguna terapia a nadie; claro que esto no significa que no haya muchas personas viviendo en contra de su voluntad por recibir tratamientos que no quieren.

Ahora bien, un enfermo puede rechazar un tratamiento (sabiendo que va a morir) porque quiere evitar el sufrimiento adicional de los efectos secundarios, pero puede ser que lo rechace simplemente porque quiere morir y, en ese sentido, en los países donde no es legal la eutanasia (activa), ese paciente tiene suerte de que exista algo que se le puede dejar de dar. Por otra parte, no queda claro por qué en la mayoría de los países se establece una diferencia, en términos éticos, para considerar aceptable esa decisión y no la que implica ayudar a un enfermo que desea morir por el sufrimiento que padece, pero no hay tratamientos que retirarle, por lo que sólo puede morir si se le dan medicamentos que causen su muerte.

La eutanasia y el suicidio asistido (las dos modalidades de muerte médicamente asistida) son acciones muy parecidas porque ambas tienen la clara intención de ayudar a causar la muerte de un paciente, que es lo que éste quiere. Se distinguen entre sí porque en el suicidio asistido el médico se limita a proporcionar a la persona los medios para que se suicide, pero no realiza la acción que causa la muerte. Es mejor hablar de suicidio médicamente asistido para distinguirlo del suicidio asistido, sin adjetivo, que sería la ayuda para que alguien se suicide, pero fuera del contexto médico (la razón por la que la persona quiere morir no proviene de una enfermedad y la persona que ayuda no es un médico). El único lugar en que el suicidio asistido está permitido es en Suiza,<sup>2</sup> siempre y cuando los motivos para ayudar a morir sean altruistas y no por interés personal de quien ayuda.

### **Lugares en que se permite la muerte médicamente asistida**

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido se permiten en Holanda, Bélgica y Luxemburgo. El suicidio médicamente asistido (pero no la eutanasia) se permite en los estados de Oregon, Washington y Montana en los Estados Unidos (prefieren hablar de “ayuda para morir”, *aid in dying*, porque el término “suicidio” suele asociarse, de manera peyorativa, a la muerte que se causa una persona no como resultado de una decisión racional sino por el efecto de una perturbación mental). En Colombia se podría aprobar pronto un proyecto de ley para regular la eutanasia, que fue autorizada en 1997 por la Corte Constitucional. En muchos otros países hay un debate importante para decidir si debe o no permitirse la muerte médicamente asistida: en los Estados Unidos,<sup>3</sup> Canadá,<sup>4</sup> el Reino Unido, Francia, España y Australia;

varios de ellos privilegian la modalidad del suicidio médicamente asistido.

En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que sólo añaden más sufrimiento, aunque la consecuencia sea que mueran, lo cual también da seguridad a los médicos de que no tendrán problemas legales por la muerte del paciente. Este paso se dio primero con la Ley de Voluntad Anticipada para el DF, vigente desde 2008. Después, a nivel federal se reformó la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos (un nombre más apropiado), pero su reglamento no ha sido aprobado, no porque se desaprobara: simplemente se desatendió.<sup>5</sup>

Ambas leyes establecen que el paciente que ya no recibe tratamientos curativos debe recibir cuidados paliativos, aun cuando estos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte. Las leyes prohíben la eutanasia y, aunque se entiende que los legisladores hayan decidido realizar los cambios de manera paulatina, es deseable que se deje abierta la puerta para aprobarla más adelante. Si bien en la mayoría de los casos la suspensión de tratamientos inútiles y los cuidados paliativos son suficientes para que la gente muera bien, no siempre se puede aliviar el sufrimiento físico o emocional, y en esas condiciones, hay pacientes que prefieren adelantar su muerte.

### **Cuidados paliativos y muerte médicamente asistida**

Un argumento en contra de la legalización de la eutanasia (y el suicidio médicamente asistido) es que los médicos perderían el interés en dar cuidados paliativos a sus pacientes si tienen la opción de ayudarlos a morir, y se desincentivaría el desarrollo de estos cuidados. Las investigaciones realizadas en los lugares donde se permite alguna forma de muerte médicamente asistida demuestran que los cuidados paliativos han mejorado notablemente. De hecho, Oregon es el estado de su país que mejor atención proporciona a los pacientes en el final de su vida.<sup>6</sup> En Bélgica, los cuidados paliativos se empezaron a desarrollar a principios de los 80, al mismo tiempo en que se empezó a discutir la legalización de la eutanasia, y ambas opciones se han visto como complementarias.<sup>7</sup>

También se ha argumentado que antes de permitir la muerte médicamente asistida en un lugar, debe asegurarse el acceso de todos los pacientes a los cuidados paliativos adecuados. Sin duda, debe trabajarse para que llegue un momento en que cualquier paciente pueda recibir la mejor atención paliativa, pero parece cruel argumentar a alguien que quiere terminar con su vida por el sufrimiento que padece que mientras la meta de cuidados paliativos no se alcance, tampoco se le puede ayudar a morir.

En los últimos años, dentro de la atención paliativa, ha ganado importancia el uso de la sedación a pacientes en fase terminal. Esta intervención puede ser leve o profunda, intermitente o continua, e ir o no acompañada de la suspensión de hidratación. Cuando se trata de una sedación profunda y continua, en la que se suspende la

hidratación al paciente (para no prolongar su situación), podemos hablar de sedación terminal, la cual tiene indicaciones precisas: 1) no hay otra forma de aliviar el sufrimiento del paciente, y 2) su expectativa de vida es menor a una o dos semanas. La sedación se considera una práctica médica normal, diferente a la eutanasia que, en los países en que se permite, se considera una causa de muerte no natural que debe reportarse para evaluar si el médico actuó de acuerdo con la ley.<sup>8</sup>

Es muy positivo que esta forma de sedación se pueda aplicar a los pacientes que padecen un sufrimiento extremo y, de hecho, sería poco ético no aliviar su aflicción cuando existen medios para hacerlo. Pero hay que reconocer que la distinción entre sedación terminal y eutanasia no siempre es muy clara (por ejemplo, si se aplica a un paciente que pide ayuda para morir donde la eutanasia es ilegal). Por otra parte, si con la sedación terminal se prevé que seguirá la muerte del paciente, ¿por qué sólo sería legítima esta intervención que no tiene la intención de causar la muerte si esto es precisamente lo que algunos pacientes quieren?, ¿por qué se consideraría legítimo anular la conciencia de la persona y causar su muerte personal y social, pero no la muerte completa que algunos pacientes desean? Finalmente, la preocupación sobre el posible abuso de la eutanasia aplica igualmente a la sedación terminal, sobre todo si se usa sin discutirla con pacientes que sí estarían en condiciones de hacerlo.<sup>9</sup>

En el contexto de la atención paliativa, una opción legal para los pacientes que desean poner fin a su vida pero no quieren o no pueden optar por la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es dejar de alimentarse e hidratarse (*voluntarily stopping eating and drinking, VSED*). Es una alternativa de la que se habla cada vez más abiertamente en otros países, se explica a los pacientes y familiares qué implica, qué deben esperar con ella y qué apoyo paliativo se les puede ofrecer para aliviar los síntomas que surjan.

### Algunos temas del debate actual

El primero se refiere al caso de los pacientes con demencia que solicitaron por adelantado que se les aplicara la eutanasia en caso de encontrarse en un estado avanzado de la enfermedad. Hay que tener en cuenta que cada vez existe más conciencia en la sociedad de que a medida que la expectativa de vida aumenta, es mayor la probabilidad de padecer demencia, y puesto que no existen tratamientos para ella, la eutanasia puede verse como una solución. En Holanda la ley contempla la solicitud anticipada, pero en la práctica los médicos no quieren aplicarla porque el paciente con demencia avanzada no guarda ninguna relación con la persona que pidió no vivir así y no tiene la menor idea de que alguien esté considerando su muerte. Se trata de una situación problemática porque quien expresó por anticipado su voluntad quería tener la tranquilidad de que no viviría en una situación de deterioro que temía. Los médicos, en cambio, sí están dispuestos a aplicar la eutanasia cuando un paciente se encuentra en la primera etapa de la enfermedad, entiende lo que implica que ésta

avance y puede expresar de manera clara y consistente su deseo de que se le ayude a morir. El médico puede comprobar que se cumplan también los otros requisitos legales: que el sufrimiento del enfermo sea intolerable (en este caso, emocional, por saber que avanza hacia su desintegración como persona) y que no existan alternativas de alivio.<sup>10</sup>

Otro tema ampliamente debatido es el de las personas de edad avanzada (“cansadas de vivir” o que “han completado su vida”) que quieren ayuda para morir pero no padecen una enfermedad grave que esté causando un sufrimiento intolerable, así que no cumplen los criterios legales que permiten a un médico aplicar la eutanasia. El interés de personas en edad avanzada de contar con medios eficaces para suicidarse de manera segura y sin violencia también se ha manifestado en otros países. En el Reino Unido se fundó en 2009 la Society for Old Age Rational Suicide, SOARS (Sociedad por el Suicidio Racional para Personas de Edad Avanzada), aun cuando en este país la muerte médicamente asistida no está permitida en ningún caso. En Holanda, donde sí se permite y se ha mantenido un cuidadoso análisis de lo que sucede en la práctica para revisar sus límites, es donde más se discute si debería permitirse aplicar la eutanasia a estas personas. Vimos que en este país la experiencia demostró que aunque la idea de pedir por anticipado la eutanasia para cuando se llegara a un estado avanzado de demencia parecía adecuada en teoría, no funcionó en la práctica. Para el caso de las personas de edad avanzada, la revisión iría en el sentido de ver si los límites actuales pueden extenderse. De hecho, esto ha sucedido desde que se despenalizó la eutanasia en 1984. La principal causa por la que los pacientes la solicitaban era por padecer un sufrimiento físico, pero se reconoció que también podía ser psicológico o emocional, siempre y cuando estuviera causado por una enfermedad o condición médica. Después de todo, esta es la razón de que sean médicos los que aplican la eutanasia. Como médicos, mantienen una relación profesional con sus pacientes, son responsables de su atención y pueden valorar su sufrimiento. Por lo mismo, no queda tan claro que los médicos ayuden a personas que desean morir por razones que no provienen de una enfermedad o condición médica. Sin embargo, el caso de los ancianos que prefieren morir antes de avanzar hacia una condición de deterioro podría llegar a quedar incluido dentro de los límites de la ley que permite la eutanasia, porque muchas de las condiciones que presentan debidas a su vejez pueden ser diagnosticadas médicamente. Como señala la Real Asociación Médica Neerlandesa (KNMG), a medida que la gente envejece, sufre una serie de problemas físicos que se van acumulando y empeorando: pérdida de la vista, del oído, fatiga, dificultad para caminar, incontinencia, entre muchos otros. Además de otro tipo de pérdidas: de habilidades, de actividades placenteras, de recursos financieros, de la pareja o los amigos que fallecen, por mencionar algunas. Todos estos son factores que al sumarse pueden causar un sufrimiento intolerable.<sup>10</sup>

## El papel de los médicos

En la discusión sobre la conveniencia de legalizar la muerte médicamente asistida, sobre todo por parte de quienes argumentan que debe permitirse, es común defender, casi exclusivamente, el derecho de los pacientes a decidir su muerte. Sin duda, éste es el punto de partida, pero el elemento controvertido no es ese, sino que se pida a otro, a un médico, que participe en una acción que consiste en causar o ayudar a causar una muerte. Desde luego, hay razones de peso para que un médico esté dispuesto a dar esa ayuda tan especial, pero entre los médicos las opiniones se dividen: hay quienes sienten que ayudar a morir en ciertas condiciones puede ser un deber moral y quienes creen que un médico nunca debería dar esa ayuda.

Lo cierto es que, según encuestas en diferentes países, mientras hay un apoyo mayoritario de la población para permitir la muerte médicamente asistida, la mayor parte de los médicos se oponen y, sobre todo, la mayoría de las asociaciones médicas.<sup>4</sup>

Hay que reconocer que se entiende la oposición de los médicos porque se da por hecho que a ellos les corresponde aplicar la eutanasia o ayudar a un paciente a suicidarse. ¿Por qué ellos, que eligieron su profesión para luchar por la vida? La respuesta es que en el acuerdo de la sociedad de que en ciertas condiciones muy especiales se debe permitir ayudar a morir, el consenso es que esta ayuda se dé a pacientes que están sufriendo por su enfermedad y no a cualquier persona que por diferentes razones desea terminar con su vida. Por tanto, los más indicados para ayudar a morir son los médicos, no sólo porque tienen acceso y conocimiento para usar los medicamentos que causan una buena muerte, sino porque la decisión de un paciente de adelantar su final se da en el contexto de la relación médico-paciente cuando su médico no puede ofrecerle nada más para evitar su sufrimiento.

No está de más, sin embargo, profundizar en esta controversia. Analizar, por un lado, lo que justifica y lo que implica que sean médicos quienes ayuden a morir y, por otro, si se justificaría y qué implicaría decidir que no sean médicos quienes lo hagan.

## Conclusión

Para concluir, quiero compartir una reflexión. Dentro de algunos años, ¿50?, ¿100?, las personas que volteen a ver cómo se muere en las primeras décadas del siglo XXI verán con extrañeza que un paciente que se daba cuenta que no había marcha atrás en su enfermedad, que sabía que lo que seguía sólo significaba más sufrimiento, que quería hacer uso de su libertad para decidir el momento y la forma de su muerte no contara (más que en unos escasos lugares) con la única ayuda que quería para morir acompañado y sin dolor cuando lo decidiera.

Hay que reconocer que en este momento, en la mayoría de los países, sólo se respalda legalmente la voluntad de las personas que no quieren la eutanasia (o el suicidio asistido) para ellas. Al mismo tiempo, cuando se discute la conveniencia de legalizar estas acciones, muchas de estas personas reaccionan como si la legalización impli-

cara que ya no se va a respetar su voluntad porque ellas van a tener que pedir la eutanasia. Es evidente que no, pero esa suposición debería permitirles tener una idea de lo que implica la situación actual para las personas que no pueden contar con la opción que sí quieren. Lo mismo puede decirse de los médicos. Actualmente hay médicos que no están dispuestos a ayudar a un paciente a morir, pero también hay médicos que están dispuestos a hacerlo.

Las razones por las que las personas mantienen una u otra posición ética con relación a la eutanasia no deben estar en discusión porque son tan válidas unas como otras. Lo que no es válido es querer imponer a otros las convicciones personales o impedirles que actúen de acuerdo con las suyas. Las sociedades necesitan políticas que garanticen el respeto a la voluntad de todos los ciudadanos.

El siguiente paso puede ser más difícil: pasar de reconocer que la muerte médicamente asistida debe ser una opción legal para quien la quiera a establecer y definir con mucha claridad bajo qué condiciones se puede permitir. ¿Qué pacientes pueden recibir esa ayuda?, ¿en qué momento?, ¿qué criterios se deben reunir?, ¿quién debe proporcionar la ayuda?, ¿cuál será el mejor método de control para que no se abuse de la práctica?, por mencionar algunas preguntas. Tenemos la experiencia de algunos lugares, que es invaluable, pero corresponde a cada país encontrar sus respuestas. Reconocer que se trata de una tarea muy compleja debería ser un incentivo para no postergarla más.

## Referencias

1. Álvarez del Río A. *Práctica y ética de la eutanasia*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2005.
2. Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia: allowing a role for non-physicians. *BMJ*. 2003; 326: 271-273.
3. Angell M. May Doctors Help You to Die? *The New York Review of Books*. October 11, 2012.
4. Schüklenk U, van Delden JJM, Downie J, et al. End-of-life decision-making in Canada: the report by The Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics*. 2011; 25: 1-73.
5. Foro Consultivo de Ciencia y Tecnología, Colegio de Bioética, A.C. *Eutanasia: hacia una muerte digna...* México, D.F.: Foro Consultivo de Ciencia y Tecnología, Colegio de Bioética; 2008.
6. Goy ER, Jackson A, Harvath T, et al. Oregon hospice nurses and social workers' assessment of physician progress in palliative care over the past 5 years. *Palliat Support Care*. 2003; 1: 215-219.
7. European Association for Palliative Care. *Palliative care development in countries with a euthanasia law*. [Internet]. Disponible en: <http://www.commissiononassisteddying.co.uk/wp-content/uploads/2011/10/EAPC-Briefing-Paper-Palliative-Care-in-Countries-with-a-Euthanasia-Law.pdf>
8. Rietjens JAC, et al. Terminal Sedation and Euthanasia. A Comparison of Clinical Practices. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 749-753.
9. Battin M. Terminal Sedation: Pulling the Sheet over Our Eyes. *Hastings Center Report*. 2008; 38: 27-30.
10. Youngner S, Kimsa GK. *Physician-assisted death in perspective. Assessing the Dutch experience*. New York, USA: Cambridge University Press; 2012.