

Correspondencia

María Fernanda Sabio

Correo electrónico: msabio@uade.edu.ar

Recibido: 09.09.2011

Aceptado: 30.11.2011

¿Existe justificación moral para la eutanasia?

Autores: Alicia García Otero¹; María Fernanda Sabio²¹Médica oncóloga y magister en Ética Aplicada, Docente de Bioética en la Facultad de Medicina de la UBA. Miembro del Comité de Ética del Htal. Nac. Prof. Alejandro Posadas.²Profesora de Enseñanza Media y Superior en Filosofía. Docente de Bioética en la Facultad de Medicina de la UBA desde el 2001 al 2010. Profesora Adjunta de ética en la Lic. de Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes, miembro del Comité de Ética del Htal. Nac. Dr. Alejandro Posadas Doctoranda en la Facultad de Medicina de la UBA

Resumen

La asimetría existente en la praxis médica conlleva una vulnerabilidad de base por parte del paciente, ya que éste no cuenta con el conocimiento para comprender de manera acabada las consecuencias de dicha praxis. A esto se le debe añadir la expectativa generada por la medicina en las últimas décadas, expectativa que no siempre puede ser satisfecha. La imposibilidad de resolver algunas situaciones particulares de los pacientes, junto con el avance tecnológico, han dado como resultado situaciones conflictivas que han abierto el debate sobre la eutanasia.

En este artículo se exploran la especificidad de la praxis médica, los distintos tipos de eutanasia y la visión que los médicos tienen de esta práctica para, finalmente, responder la pregunta sobre la legitimidad moral de la eutanasia y el suicidio asistido.

Abstract: ¿Is there a moral justification for euthanasia?

The asymmetry in medical praxis involves patient vulnerability, since the patient does not have the knowledge needed to understand properly such praxis. We ought to add the expectation generated by medicine in the last decades and these expectations not always can be satisfied. The impossibility to resolve some patient situation and the technology progress have led to conflict situations giving rise to the euthanasia debate. In this paper we explore the specificity of the medical praxis, different types of euthanasia and medical view on this practice. Finally, we reply the question on euthanasia moral legitimacy and assisted suicide.

El médico y su praxis

La praxis médica es una actividad muy peculiar, ya que sus acciones afectan la intimidad y la integridad personal de los sujetos que requieren su servicio. De ella deriva una clase particular de relación humana, en la cual uno de los actores tiene un poder extraordinario que pone al otro en desventaja y, por tanto, lo hace vulnerable. La práctica médica tiene un matiz ético y otro técnico. La persona que requiere de ella debe ser considerada como un individuo que, en ese momento peculiar se transforma en un paciente (puesto que de algo padece) y nunca debería ser considerado un simple usuario.

La asimetría descrita persistiría en cualquier modelo ideal de relación médico-paciente que pudiera proponerse. Esto sucede porque en la toma de decisión médica -por más esfuerzo y buena voluntad que se ponga- si bien como personas todos los actores son igualmente dignos de respeto, en tanto poseedores de un saber y práctica especializados, los médicos gozan de un lugar privilegiado. Se puede y se debe intentar por todos los medios lograr un acuerdo, pero el médico seguirá siendo el único responsable de sus actos y de las consecuencias de éstos.

La medicina, a pesar de su progreso científico, continúa siendo un quehacer que no puede garantizar los resultados finales. Lo único que puede pro-

meter es emplear los mejores medios disponibles para intentar el éxito de la empresa que acomete. Por lo tanto, la toma de decisión se centra en la elección de los medios.

Dicha toma de decisión se realiza en base a un cálculo de probabilidades, por lo cual siempre, en mayor o menor grado, se mantiene una cuota de incertidumbre. Sobre datos estadísticos poblacionales que no se pueden extrapolar con rigor matemático a la situación particular de un caso determinado. Es por eso que la mal llamada “medicina basada en las evidencias” (la traducción correcta es “basada en las pruebas”) puede orientar acerca de lo que podría ser, pero es un grave error tomarla como el oráculo sagrado de lo que realmente es. La incertidumbre en medicina se arraiga principalmente en dos cuestiones: una es el azar y la otra, la más importante, el complejo entramado de múltiples variables (desconocidas y/o inimaginables) que configuran un amplio espectro de factores co-determinantes del proceso salud-enfermedad y la imposibilidad de saber (con absoluta seguridad) quién y cómo es realmente un determinado paciente¹. De este modo, el procedimiento de decisión, en primer lugar, toma en cuenta criterios relativos a las cualidades inherentes a los medios a fin de discernir la idoneidad de éstos. En segundo lugar, considera aspectos importantes de la enfermedad en sí (historia natural, estadio, pronóstico de la evolución con los distintos medios conocidos, etc.) con el fin de dilucidar las oportunidades que existen de controlar la dolencia. Por último, examina la condición particular del enfermo y su circunstancia.

¿Cuáles son los criterios inherentes a la calidad del medio terapéutico? Los criterios son: especificidad, eficacia, disponibilidad, riesgos posibles y el balance entre el daño y el beneficio. La especificidad alude al grado de precisión de sus indicaciones. La eficacia es la tasa de efectividad (acción positiva para alcanzar un fin) o probabilidad de éxito que posee un medio. La disponibilidad contempla la existencia del medio, accesibilidad al mismo y su costo económico. La ponderación cualitativa del balance entre el daño y el beneficio requiere que se incluyan los daños reales, que ocurrirán inevitablemente y los daños hipotéticos, que podrían ocurrir en forma aleatoria y el “mínimo seguro” de beneficio esperado.

El presunto grado de adecuación de un determinado medio –que superó las evaluaciones pre-

vias– a un enfermo en su contingencia específica, constituye el nudo gordiano del proceso de toma de decisión médica. El problema se presenta cuando existe un medio terapéutico aceptable, pero la singularidad global de la situación del paciente hace presuponer que el beneficio esperable será muy inferior al monto de las cargas que deberá soportar el enfermo, su familia o la sociedad. En esta contingencia, la aplicación de esa terapéutica implica un comportamiento médico inadecuado. Pero, ¿cuál es el beneficio esperable? La lista va desde la curación, pasando por la estabilización o mejoría de un proceso, hasta la abolición del dolor o la simple recuperación de la conciencia. Dentro de las cargas se incluyen²: el sufrimiento excesivo del enfermo, un alto costo económico que no podría ser solventado por la familia y la sociedad en su conjunto y la asignación no equitativa de los recursos sanitarios disponibles (humanos, insumos, tecnología).

Preferimos hablar de “grado de adecuación de un tratamiento”, en lugar de tratamiento ordinario-extraordinario, usual-inusual, apropiado-inapropiado, proporcionado-desproporcionado razonable-no razonable. El término *adecuación* puede dar una idea del encaje (*fit*) o encastre laborioso de las piezas de un rompecabezas (*puzzle*). Esta analogía es representativa de este procedimiento de evaluación. En cambio, los variados términos usados tradicionalmente por la bioética en su corta historia evocan, en el mejor de los casos, un mero cálculo matemático.

Tomar la decisión correcta no es sencillo. Es necesario tener una aptitud técnica solvente y una actitud personal dispuesta a reconocer (en el doble sentido de identificar y respetar) y servir a los mejores intereses del paciente para poder beneficiarlo. Todo esto, sin salir de un marco ético que contemple el respeto de la autonomía del paciente y la sumisión al principio de justicia.

La obligación moral del médico es “hacer lo que debe hacer, sí y sólo si, lo debe hacer” Entendemos por *hacer* tanto a las acciones como a las omisiones. Por cuestiones de distinta índole, pero quizás la más frecuente sea de sesgo psicológico, existe una inclinación a actuar positivamente siempre y una resistencia a abstenerse de realizar los actos que son los “acostumbrados”. Tanto el hacer, como el omitir, son actos cuyo valor moral dependerá de la relación de pertinencia que tuvieren con la contingencia práctica en que se efectivizasen.

Por ejemplo, cuando la eficacia de un medio resulta nula, ese tratamiento se transforma en inútil o fútil. Indicarlo o no suspenderlo, significa caer en la “futilidad terapéutica”. Por otra parte, hay que hablar de “futilidad terapéutica” si el resultado a conseguir implica una calidad de vida muy disminuida o bien entraña incremento de las molestias o sufrimiento (mayor daño que beneficio) del paciente, o bien, acarrea un alto costo económico (familiar o social) sin beneficio alguno o de un monto despreciable.

La relación apropiada entre el beneficio y el daño terapéutico secundario (por un efecto que está presente pero que no es deseado) es un tema de enorme preocupación médica en todos los casos clínicos. Sin embargo, existe acuerdo general respecto de que la muerte del paciente está moralmente justificada, si es un efecto secundario -conocido pero no buscado- de un medio terapéutico empleado para aliviar un sufrimiento intolerable.

Hacer el diagnóstico de futilidad terapéutica es una prerrogativa médica que, en general, se puede efectivizar sin mayores problemas. Pero no siempre es así, ya que se plantean ciertos interrogantes no resueltos. ¿Es necesario que esté comprobado que la enfermedad es intratable? ¿Es suficiente con que una enfermedad tratable no haya respondido al mejor tratamiento disponible? Si esto no es así, ¿cuántos fracasos se requieren? La lista continúa, pero lo importante es resaltar que no existe un criterio unificado para normativizar u orientar en este tópico.

Que los medios de que dispone la medicina no logren modificar el curso de una enfermedad –en el sentido de que no la pueda estabilizar, mejorar o erradicar en beneficio del paciente–, no significa que el médico esté autorizado a desistir de realizar todo tipo de tratamiento. Que deba omitir realizar intervenciones fútiles, no equivale a decir que debe abstenerse de realizar intervenciones con ese enfermo. Su deber es continuar invirtiendo su esfuerzo profesional en lograr el máximo bienestar del paciente. Por lo tanto, deberá asegurarse de que el paciente reciba todas las medidas terapéuticas con que cuenta la medicina para aliviar el sufrimiento y garantizar que se le brinden todos los cuidados necesarios. Este tipo de acciones médicas se engloban en los llamados “cuidados paliativos”.

Un acto médico que pueda beneficiar al paciente y siempre que el paciente lo acepte, conociendo a ciencia cierta el plan terapéutico y los efectos

negativos gravosos que necesaria o eventualmente ocurrirán, no es moralmente conflictivo. Pero, ¿qué sucede cuando ya no quedan más recursos y el paciente solicita eutanasia? En los últimos meses, se han dado a conocer dos casos de niñas muy jóvenes que han girado en torno a este tema.

En los apartados que siguen, se presentará una clasificación de eutanasia y luego los argumentos en torno a ésta.

Clasificación de la eutanasia

La clasificación de los distintos tipos de eutanasia presentada por Eduardo Rivera López³ fue tomar tres criterios éticamente relevantes que están contenidos en la estructura del *hecho moral* médico que culmina con la muerte o con la posible muerte del paciente.

Los criterios que el autor selecciona son:

- Voluntariedad del paciente.
- ¿Cómo prevé el médico las consecuencias de su comportamiento?
- Modo en que el médico anticipa la muerte del paciente.

El 2° punto, comportamiento médico que desemboca en la muerte del paciente, tiene dos enfoques: uno restringido (a), que contempla el comportamiento como la acción u omisión terapéutica, y otro amplio (b), que considera al comportamiento como la acción de aplicar, no-aplicar o suspender un tratamiento. Rivera López prefiere el enfoque más amplio y realiza las combinaciones posibles entre todas las variables de esos 3 criterios y al finalizar obtiene un listado que incluye 8 clases de eutanasia:

1) De acuerdo con la voluntariedad del paciente:

- Voluntaria (V): el paciente presta su consentimiento para que se le practique eutanasia.
- No voluntaria (NV): el paciente no presta su consentimiento, porque no es competente para hacerlo (niño, estado de conciencia perturbado o estado de inconsciencia).
- Involuntaria (I): el paciente no presta su consentimiento porque quiere mantener la vida o porque pudiendo hacerlo, no se le consultó.

2) De acuerdo con el comportamiento médico:

Acción - Omisión.

- Activa (A): dar determinada droga, desconectar determinado aparato.

- Pasiva (P): no dar determinada droga o tratamiento, no conectar un aparato.

Aplicar un tratamiento - No aplicar o suspender un tratamiento.

- Activa (A): es la conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente y consiste en dar una sustancia que provoque la muerte del mismo.
- Pasiva (P): es la conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente y consiste en no aplicar o suspender un tratamiento con el cual el paciente viviría más tiempo. Puede ser pasiva total: cuando el retiro de tratamiento de sostén vital es absoluto, incluso nutrición e hidratación (continuar con la administración de opiáceos no invalida la definición de total). En caso contrario es parcial.

3) De acuerdo con la previsión médica de la muerte:

Si el médico considera a la muerte como un medio para alcanzar un fin valioso o es una consecuencia previsible pero no buscada.

- Directa (D): es cuando la muerte del paciente es un medio para lograr un fin valioso (terminar con el dolor y el sufrimiento del paciente).
- Indirecta (I): es cuando la muerte del paciente es sólo una consecuencia previsible pero no buscada, y es un efecto colateral de otro fin valioso (aliviar el dolor y el sufrimiento).

Si se analiza la variable involuntaria (I), nos encontramos con el hecho de que quitar o acortar la vida de alguien que se opone explícitamente a ello, no puede ser defendido. Además, muy pocos podrían apoyar que se ignore el principio de autonomía de algún paciente que explícitamente ha manifestado su opinión contraria. Es decir, arribamos a la conclusión de que dicha variable es moralmente inaceptable y sólo incrementaría la complejidad de esta descripción ética. Quedan entonces seis variables:

- Voluntaria (V) - No voluntaria (NV)
- Activa (A) - Pasiva (P)
- Directa (D) - Indirecta (I).

De cuya combinación surge una clasificación con 8 tipos de eutanasia.

Siguiendo a Rivera López, se pueden detallar los tipos de eutanasia en un orden inverso a la conflictividad que presentan (desde la práctica débil a la práctica fuerte de la eutanasia). Las que mencionamos en primer lugar son las que, en general, la mayoría de las personas aceptan.

1) Eutanasia Voluntaria Pasiva Indirecta (EVPI): es el caso en que el paciente presta su consentimiento para que no se realicen determinadas acciones y esto se lleva a cabo, por ejemplo para no hacer sufrir al paciente con dicho tratamiento (porque el tratamiento, en sí, es doloroso o produce algún tipo de sufrimiento). Esta conducta tiene como consecuencia previsible que el paciente vivirá menos tiempo del que viviría si el tratamiento se efectuara (no se aplica o se suspende uno ya instaurado).

Sin llamarla eutanasia, la tradición Cristiana siempre aceptó explícitamente esta práctica médica⁴ - Tristram Engelhardt Jr. dice que San Basilio (329 - 379) se oponía a la prosecución de los esfuerzos médicos con los pacientes desahuciados y consideraba que no había mal (moral) si los enfermos morían por efecto de los calmantes y además, en sus plegarias, rogaba a Dios que lo librara de una muerte inesperada - y en 1980, en una Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe (CDF), antiguamente denominado El Santo Oficio o Tribunal de la Santa Inquisición, lo confirmó al decir que:

“es lícito interrumpir la aplicación de tales medidas (desproporcionadas) cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellas.” El médico debe ponderar “si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos o molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos”⁵.

Aunque es evidente, por el contenido de la cita, que es el médico y no el paciente quien debe ponderar beneficios y sufrimientos o molestias.

Otra institución, la AMA (Asociación Médica Americana), en su Declaración de 1973, dice:

“El cese del empleo de los medios extraordinarios tendentes a prolongar la vida del cuerpo cuando existe evidencia irrefutable de que la muerte biológica es inminente, es decisión del paciente y/o de la familia inmediata”⁶.

Lo común en ambas declaraciones es que no figura la palabra eutanasia y cada una hace referencia a los medios desproporcionados o a los medios extraordinarios, aunque la AMA hace recaer la decisión sobre el paciente y/o la familia, y el documento eclesiástico, en el médico.

2) Eutanasia Voluntaria Activa Indirecta (EVAI): es el caso en que el paciente presta su consentimiento para que se le aplique algún tratamiento o droga con la intención de aliviar el

dolor o el sufrimiento, aún sabiendo que un efecto colateral previsible será su propia muerte en un tiempo menor, más corto que si no se aplicara el tratamiento.

La *doctrina del doble efecto* (San Agustín, 344-430) es consistente con esta práctica y fue refrendada explícitamente por Pío XII cuando en 1957 dijo:

*“si la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte alivio de los dolores y, por otra, abreviación de la vida, entonces es lícita”*⁷.

A esto se sumó, en 1980, la Declaración de la CDF:

“en este caso, en efecto, está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, simplemente, se intenta mitigar el dolor de manera eficaz usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina”.

La argumentación no es otra que la conocida como doctrina del doble efecto, esto es, la muerte sería una consecuencia no intencionada de una acción en sí misma moralmente inobjetable.

3) Eutanasia Voluntaria Pasiva Directa (EVPD): es el caso en que el paciente presta su consentimiento para que se le interrumpa algún tratamiento con la intención de acortar su vida.

La eutanasia voluntaria *pasiva completa* es consistente con la EVPD, pero también, en el primer caso, se suspende la nutrición e hidratación. En ambos subtipos se pueden dejar analgésicos y sedantes.

4) Eutanasia Voluntaria Activa Directa (EVAD): es el caso en que el paciente presta su consentimiento para que se le administre alguna droga con la intención de terminar con su vida. La muerte es un medio para acabar con el sufrimiento del paciente.

Para completar el listado de la clasificación de eutanasia, sólo falta agregar los cuatro tipos posibles de eutanasia no voluntaria. Esto no es necesario, ya que sería redundante explicitar nuevamente los conceptos ya aclarados.

Sólo en los casos en que el paciente no sea competente (o esté incapacitado en forma definitiva o transitoria) para expresar su voluntad se podrá hablar de eutanasia no-voluntaria, aún cuando existiera un representante del mismo que dijera que el enfermo (de haber podido hacerlo) hubiera consentido en que su vida se acorte. Si el

representante dijese que el paciente no aceptaría acortar su vida, habría que hablar de eutanasia involuntaria, y sería una práctica moralmente inaceptable.

Los médicos y la eutanasia

Los actos médicos cuya licitud moral está ampliamente aceptada, tanto por la moral común como por la moral profesional, no deberían ser motivo de nuestra indignación cuando son llamados eutanasia.

En los setenta se acusaba a la praxis médica de mostrar un encarnizamiento terapéutico casi salvaje que provocaba la *distanasia*⁸, es decir la muerte médicamente asistida y con sufrimiento, de los pacientes. Con justa razón nadie aceptaba, para sí o para otros, la distanasia. En un clima de tensión signado por la desconfianza de la gente y la incomprensión de los médicos, circulaba una consigna categórica: “No a la distanasia. Sí a la eutanasia”. Pero existe una vía intermedia entre la eutanasia y la distanacia: la *ortotanasia*⁸: una muerte sin sufrimiento para el paciente y conservando su dignidad, sin que haya necesidad de quitarle la vida con el fin de lograrlo.

La ética médica contempla la ortotanasia al aceptar la legitimidad moral de algunos comportamientos que algunos pensadores como Rivera López como eutanasia y nosotros no por lo siguiente: 1. La EVPI es consistente con el RECHAZO DE TRATAMIENTO. Si el médico se niega a aceptarlo, su comportamiento es moralmente reprochable, ya que implica:

- *No respetar el principio de autonomía por obstinación terapéutica*, si es el caso de un paciente al que el médico considera (aunque esté equivocado) que el tratamiento podría dar algún beneficio.
- *No respetar el principio de autonomía por encarnizamiento terapéutico*, si es que insiste en su conducta sabiendo que no habrá el menor beneficio o sabe que el tratamiento, en sí, provoca dolor y sufrimiento.

2. La EVAI es consistente con la BUENA PRAXIS MÉDICA. El médico que se niega a realizarla por sus convicciones morales o porque cree dogmáticamente que la vida es sagrada y teme que su comportamiento pudiera acortar la vida del paciente, es condenable desde el punto de vista de la ética

profesional y de la justicia ordinaria. Que un médico no calme el dolor o el sufrimiento por una objeción de conciencia denota insensibilidad moral e impericia médica. Su acción podría ser considerada:

- *Mala praxis con encarnizamiento terapéutico.*
3. La EVPD es similar a la EVPI desde el punto de vista de la ética médica, ya que también se trata de un RECHAZO DE TRATAMIENTO.

- Negarse a realizar la variante *parcial* (con hidratación venosa y sonda naso-gástrica) implica *obstinación o encarnizamiento terapéutico*, agravado por el *incumplimiento* de respeto por el *principio de autonomía*. La buena praxis médica es consistente con la aplicación de *cuidados paliativos*.

- Negarse a la variante *total* (sacar hidratación venosa y sonda naso-gástrica si las tuviera el paciente) puede parecer *prima facie* diferente desde el punto de vista moral, pero de hecho para la ética profesional no existen diferencias.

Sostenemos que en el caso de la ENVPI (total), la decisión médica de no realizarla puede ser comprensible por dos razones –una principal y otra secundaria– que se aplican tanto a los enfermos en coma como a los que son incompetentes pero conservan la percepción sensorial. La razón fundamental es que, en teoría, el paciente en coma *no sufre* (condición necesaria por definición para la eutanasia) y, en forma secundaria, porque no todos los médicos están dispuestos a considerar al sufrimiento de la familia como una causa suficiente (frente a la sacralidad de la vida) y a aceptar que la vida de sus enfermos se acorte. En los pacientes que están conscientes, los cuidados paliativos pueden ser suficientes para aliviarlos.

Es irrelevante para nuestro objetivo hablar de las otras variantes de eutanasia (las no voluntarias), ya que salvo la EVAD y el SA que son actos de eutanasia, los comportamientos analizados no pueden ser considerados eutanásicos. Sino que se trata de ortotanasia.

La diferencia entre matar y dejar morir

El problema radica en que si la clasificación de eutanasia presentada es aceptada, llevará inevitablemente a sostener que es incoherente aceptar la eutanasia pasiva y rechazar la EVAD y el SA, ya que no existe diferencia moral entre matar y dejar morir, cuando aquel que deja morir puede evitarlo. Por lo tanto, si no existiera dicha diferencia moral,

también se debería aceptar la eutanasia activa. Teóricamente, el argumento empleado choca con las intuiciones morales compartidas por los profesionales de la salud, al menos en Argentina.

Sin embargo, en la práctica médica, el matar y el dejar morir son valorados en forma absolutamente diferente. Cuando un médico, por impericia, imprudencia o negligencia actúa incorrectamente (no hace lo que debería hacer) y el paciente muere por eso, el colectivo médico no dice “*X dejó morir a su paciente*”, dice “*X mató a su paciente*”, aunque no hubo una acción directa que llevase implícita la intencionalidad de matarlo. Lo que hizo fue “omitir” acciones debidas, o bien realizar acciones “incorrectas”. Cuando un médico actúa correctamente, dentro de lo que señala la ética médica, y el paciente muere, no pensamos que *lo dejó morir*, sino, que *el médico a pesar de haber hecho un buen uso de las herramientas médicas de que se dispone y haber hecho todo el esfuerzo médica y humanamente posible, no pudo impedir que su paciente muriera*. Es muy común que el médico *no pueda impedir que la gente se muera*. Ese *dejar morir* a sus pacientes (en forma independiente a que padezcan sufrimiento o no) es, de facto, una realidad irremisible dentro de la *práxis médica y, de hecho, el médico implicado en este comportamiento de “dejar morir”, lo asume como correcto. Si no fuese así, se vería obligado a abandonar el ejercicio de su profesión*.

Matar es considerado incorrecto y, salvo algunas excepciones justificadas, tiene sanción moral y penal. Esto no nos autoriza a decir que entonces, “para los médicos siempre es correcto dejar morir y es incorrecto matar” porque no estaríamos diciendo la verdad. Ya vimos que es “correcto dejar morir cuando se hace todo lo que se debe hacer”, por lo tanto, generalmente la ética profesional avala al médico que deja morir a sus pacientes, pero no lo respalda si dejó morir a un solo paciente que podría haber vivido si no fuese porque hubo una intervención médica incorrecta (mala praxis).

Matar es incorrecto, está mal, porque quitar la vida a otro supone la expropiación del preciado bien de ese otro que es la condición necesaria para “ser” e implica su destrucción definitiva. Matar produce un daño sin reparación posible.

Pero históricamente, se ha tolerado que en muy escasas y determinadas circunstancias alguien mate. Los casos más comunes son: matar en defensa propia, la condena a muerte, la guerra y

la EVAD. Es posible aceptar que es correcto que los médicos dejen morir a sus pacientes, pero ¿es correcto que un médico mate a un paciente en algún caso? ¿Podría la ética médica justificar que los médicos maten a determinados pacientes?

¿Existe justificación moral para la eutanasia?

Existen evidencias de que la eutanasia ha estado presente en toda la historia de la humanidad, sin que ello causase alboroto de la opinión pública. Existía una tácita justificación del homicidio compasivo. La extensa difusión y masiva adscripción de las comunidades de occidente al dogma del cristianismo trajo aparejada la censura moral del suicidio y también de la EVAD (no así la EPI que fue aceptada). El SA y la EVAD fueron propuestas como parte de los programas del Estado por parte de Platón y Tomas Moro. Sir Francis Bacon creía que la EAD era una obligación de los médicos (deber profesional).

Se puede sostener sin mayor dificultad que el homicidio es moralmente incorrecto. Pero hay por lo menos tres circunstancias en las que se han presentado argumentos para justificarlo moralmente: matar en defensa propia, cuando el Estado castiga algún tipo de delito con la "pena de muerte" y cuando se mata al enemigo en una guerra. Es decir, cuando la profesión del homicida contempla la obligación de matar, o cuando es la única forma de salvar la propia vida que resulta amenazada. Lo primero sucede con los sujetos que integran un ejército (regular o irregular) y los miembros de las fuerzas que protegen la seguridad interna de un país (policía).

¿Podría también justificarse la EVAD y el SA? Porque el problema no es si existe o no diferencia moral entre "matar" y "dejar morir", sino que la cuestión es determinar si se puede justificar moralmente la EVAD y el SA.

Es cierto que los cuidados paliativos son el mejor método para minimizar los pedidos de EVAD, pero no alcanzan para eliminarlos totalmente. Existen pacientes cuyo "sufrimiento y desesperación total" tiene una enorme magnitud (no necesariamente por dolor físico) y nada ni nadie puede aliviarlo. Para esos casos, los paliativistas recurren a la llamada "Sedación Final", es decir al viejo "cóctel lítico". En tales circunstancias en que no hay dolor físico, sino sufrimiento y una prolongada

desesperación incontrolable, sería más exacto hablar de EAD, aunque la relación causal directa habitualmente queda enmascarada por un período de coma medicamentoso de algunas horas.

La ética de la praxis profesional acepta abiertamente la eutanasia pasiva y la indirecta, y tradicionalmente, no puso ningún énfasis en que tenía que ser voluntaria. Por fuera de los códigos escritos, esporádicamente se realizan actos encubiertos de EAD. Se hace una escasa cantidad de EAD, porque es ínfimo el número de pacientes que requieren (y requerirán en el futuro) la EVAD como única solución efectiva.

Tanto en la EVAD como el SA, el profesional mata para ayudar a su paciente a morir lo antes posible, y la legitimidad o ilegitimidad moral es tan válida en un caso como en el otro. Sea EVAD o SA es el médico el que mata, el médico se transforma en un arma sin la cual el paciente no podría morir.

Entonces ¿hay diferencia entre la EVAD y el SA? Una diferencia es subjetiva. Para algunos médicos puede ser problemático ayudar a morir a alguien que elige morir pero que en el último momento, cuando ya se haya inyectado la droga letal, cuando todo sea definitivamente irreversible, capte una mirada de terror que anuncia demasiado tarde, que el paciente, en ese segundo, cambió de deseo. En el caso del SA la cosa es diferente, es el paciente el que tiene que tomar la droga letal o lo que fuera. Siempre hay más tiempo para ejecutar la decisión final.

La otra razón por la cual nos inclinamos en favor del SA es el hecho de que el paciente tiene un absoluto control sobre su muerte. El argumento de la "pendiente resbaladiza" sobre eventuales abusos, no debe ser tomado como anuncio apocalíptico, pero tampoco puede ser desestimado como un delirio de fanáticos para asustar a la gente. Contra el abuso médico individual, no existen defensas posibles. Pero el SA es un modo de defender a los pacientes de eventuales políticas abusivas referidas a la EVAD que imponga un Estado.

Bibliografía

1. Sabio JC. Medicina basada en las evidencias, Revista Nuestro Hospital (Htal. Nac. A. Posadas) 2000; 3: 19-21.
2. Manzini JL. Bioética paliativa. La Plata. Ed. Quirón. 1997, Pág. 57.
3. Rivera López E. Aspectos éticos de la eutanasia, Revista Análisis Filosófico, 1997; 17: 193-5.

4. Engelhardt T Jr., Smith A. End of life: the tradicional Cristian view. *The Lancet* 2005; 366: 1045.
5. Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe, disponible en: <http://www.muertedigna.org/textos/euta41.html>
6. Citado en Rivera López E., 2005.
7. Discurso a de Pio XII las Congresistas de la Unión Internacional de las Ligas Femeninas Católicas, 11 de septiembre de 1947 (AAS 39 [1947], p. 483).
8. Gómez Sancho M. *Medicina Paliativa: en la cultura Latina* Madrid. Arán Ediciones S.A. 1999