

LA VIDA IMPORTA: EL SUICIDIO ASISTIDO MÉDICAMENTE

Un aspecto fundamental de la ética médica tradicional se condensa en esta frase: “Primero, no hagas daño”. El Juramento Hipocrático original, pronunciado por los médicos a lo largo de varios milenios, compromete específicamente a estos profesionales a no suministrar a nadie sustancias mortales, aunque les sean solicitadas por el paciente. Es triste decirlo, pero actualmente a pocos graduados de medicina se les exige recitar este juramento. En vez de eso, se deja la puerta abierta para que los doctores participen en el suministro de drogas letales con la intención de poner fin a la vida humana e incluso lo promuevan. Para tales médicos, el principio de evitar hacer daño, honrado por tanto tiempo, se abandona en el momento en que se convierten en cómplices voluntarios del asesinato de sus pacientes.

A su vez, ha habido un profundo cambio de actitud en mi estado, Oregon, durante los quince años transcurridos desde que los votantes locales aprobaron por estrecho margen el suicidio asistido, un cambio que creo ha ido en detrimento de los pacientes, además de degradar la calidad de la atención médica y comprometer la integridad de mi profesión.

Desde que el suicidio asistido se convirtió en opción, al menos una docena de pacientes ha abordado el tema en mi consulta. La mayoría de ellos ni siquiera eran enfermos terminales.

Uno de mis primeros encuentros con este tipo de solicitud se produjo con un paciente de esclerosis múltiple progresiva. “Joe” estaba confinado a una silla de ruedas, aunque llevaba una vida bastante activa. De hecho, era un contratista muy productivo. Una vez le pregunté cómo afectaba su vida todo esto. Reconoció que la esclerosis múltiple era un desafío mayor y que de empeorar demasiado querría “simplemente terminar con todo”.

Le respondí: “Parecería que usted me dice eso porque en última instancia querría ayuda para suicidarse en caso de que las cosas empeoren”. Contestó afirmativamente, y parecía aliviado de que yo hubiera entendido su petición.

Le dije a Joe que entendía sus temores y frustraciones e incluso su creencia de que el suicidio asistido podía ser una buena opción para él. Pero, añadí, en caso de que su salud empeorara y se debilitara aún más, yo estaría en disposición de ofrecerle el mejor cuidado y apoyo disponibles. Le agregué que sin importar cuán débil llegara a estar, al menos para mí, su vida era y siempre sería valiosa de por sí. Por tanto, no le recomendaría, ni participaría, en su suicidio asistido. Joe me contestó, simplemente, “Gracias”.

La verdad es que no somos individuos aislados y autosuficientes. Cada ser humano es parte de una extensa red de relaciones interdependientes con otros humanos. La manera en que los médicos respondan a los pedidos de los pacientes por drogas letales puede tener un profundo efecto en las opciones del paciente, en la apreciación que él o ella tengan de sí mismos y de su valor inherente como personas. Cuando un paciente dice *Quiero morir*, tal vez simplemente quiera expresar *Me siento inútil*. Cuando un paciente dice *No quiero ser una carga*, podría realmente tratarse de una pregunta: *¿Soy acaso una carga?* Cuando un paciente dice *Ya he vivido bastante*, quizá realmente esté diciendo *Estoy cansado*. *Temo que no puedo continuar*. Y, finalmente, cuando un paciente dice *Bien podría estar muerto*, más bien estaría diciendo *Nadie se preocupa por mí*. Muchos estudios muestran que las

peticiones de suicidio asistido están casi siempre motivados por esas razones psicológicas o sociales.

Echemos un vistazo a las experiencias con suicidio asistido legal en Oregon.

No hay un solo caso documentado de suicidio asistido en Oregon debido a dolor intratable.



La ley no requiere que el paciente tenga un sufrimiento insoportable, o *ningún* sufrimiento dado el caso. La experiencia real en Oregon ha estado muy lejos de las imágenes que vemos en la televisión y la publicidad que seduce al público para que acepte el suicidio asistido. En anuncios de televisión difundidos a nivel de todo el estado, una mujer llamada Patty Rosen reclama haber matado a su hija con una sobredosis de barbitúricos debido a un dolor de cáncer intratable. Este reclamo fue luego cuestionado y se demostró que era falso. Incluso, de haber sido cierto, más bien indicaría un cuidado médico inadecuado, no un motivo para el suicidio asistido.

¿Qué hay de los posibles beneficios que recibirían los herederos de un “suicida”? Tales beneficios podrían concretarse en forma de bienes heredados, pólizas de seguros o sencillamente para verse libres de responsabilidades. Como no se requieren testigos en el momento de la ingestión, ¿quién diría que la sustancia mortal fue ingerida voluntariamente? ¿Quién sabe si un paciente cambió de idea pero esto fue ignorado por un “ser querido”? En realidad, todo el paradigma del suicidio “asistido” está abierto al “abuso contra personas mayores”.

El cambio de actitud dentro del sistema de salud mismo es también profundamente perturbador. Las personas con enfermedades serias se sienten con frecuencia temerosas de las motivaciones que pudieran tener los doctores y consultores. Hace algunos años se puso en contacto conmigo “Katherine”, una paciente con cáncer de vejiga. Le preocupaba que su oncólogo pudiera ser uno de esos “doctor muerte”. Katherine cuestionaba sus motivaciones, particularmente después de que ella consultara a un segundo oncólogo quien se mostró más optimista acerca de su pronóstico y opciones de tratamiento. Independientemente de cuál de los doctores estuviera en lo cierto, antes de que el suicidio asistido fuera legalizado no existían esos temores en la gente.

En Oregon, recibo regularmente información de que el *Medicaid* ya no cubre importantes servicios y medicinas a mis pacientes, incluso algunos analgésicos. Al mismo tiempo, el suicidio asistido está *totalmente cubierto y autorizado por el Estado de Oregon* (financiado con dinero de nuestros impuestos). Este servicio de salud “racionado” por el estado mismo, que es uno de los mayores aseguradores de salud de Oregon, está poniendo vidas en riesgo.

Bárbara Wagner, conductora de autobús retirada, aprendió esta lección por experiencia propia. Bárbara tenía cáncer de pulmón

en remisión. Cuando la dolencia reapareció, su oncólogo pretendía que se le administrara un medicamento que, estadísticamente, incrementaría en 45% sus probabilidades de seguir viva en un año. El Estado de Oregon le denegó este tratamiento, alegando que su pronóstico no era suficientemente bueno como para justificar la aplicación de un medicamento tan costoso para su cáncer. Pero, en la misma carta en que le negaban la cobertura para su medicamento, el estado le ofrecía cobertura total (100%) para un suicidio asistido. En vez de sentirse avergonzados por su discriminatoria carta de opinión, los funcionarios de salud, e incluso el gobernador, defendieron esta acción. ¿Qué implicaciones presagia esta actitud para la reforma nacional de salud? ¿Cuántas personas mayores con enfermedades graves o discapacidades serían etiquetadas como “no merecedoras de tratamiento” a consecuencia de medidas federales para ahorrar costos?

Hoy día, los promotores del suicidio asistido han tenido éxito difundiendo esta idea en el estado de Washington y continúan impulsando su legalización en numerosos estados. Recurriendo a eufemismos seductores para “asesinato de situación”, entre ellos *muerte con dignidad*, *opciones para morir* y *muerte asistida*, distorsionan deliberadamente la “atención terminal” y sus opciones, al tiempo que avivan las llamas del temor al sufrimiento intratable al borde de la muerte. Pretenden abogar por los pacientes alegando supuestas “garantías” en su favor. En realidad, las leyes de suicidio asistido en Oregon y Washington son severamente defectuosas y no ofrecen protección para los pacientes.

Por ejemplo, se presupone que los pacientes que acceden al suicidio se hallan en su sano juicio. Pero, 25% de los pacientes que recibieron indicaciones de sobredosis letales sufrían depresión. Muchos otros tenían ansiedad. La práctica, supuestamente, debe ser supervisada por funcionarios estatales; sin embargo la única información reportada en los estados de Oregon y Washington procede de informes de segunda o tercera mano de los médicos que recetaron las drogas. La mayoría de los doctores, cerca del 90%, ni siquiera estuvo presente en el momento en que sus pacientes ingirieron las sobredosis, por tanto, realmente ni se enteraron de los resultados.

Compartir la intención suicida de otro y ayudarle a realizarla mediante el llamado “suicidio asistido” significa hacerse colaborador, y algunas veces autor en primera persona, de una injusticia que

nunca tiene justificación, ni siquiera cuando es solicitada. “No es lícito –escribe con sorprendente actualidad san Agustín– matar a otro, aunque éste lo pida y lo quiera y no pueda ya vivir... para librar, con un golpe, el alma de aquellos dolores, que luchaba con las ligaduras del cuerpo y quería desasirse”. La eutanasia, aunque no esté motivada

por el rechazo egoísta de hacerse cargo de la existencia del que sufre, debe considerarse como una falsa piedad, más aún, como una preocupante

*“perversión” de la misma. En efecto, la verdadera “compasión” hace solidarios con el dolor de los demás, y no elimina a la persona cuyo sufrimiento no se puede soportar. El gesto de la eutanasia aparece aún más perverso si es realizado por quienes – como los familiares– deberían asistir con paciencia y amor a su allegado, o por cuantos –como los médicos–, por su profesión específica, deberían cuidar al enfermo incluso en las condiciones terminales más penosas. Juan Pablo II, *Evangelium vitae* (El Evangelio de la vida), 66*

Lo cierto es que las únicas garantías son las que protegen a los doctores. En esencia, a los médicos de Oregon y Washington se les ha concedido “licencia para matar” acompañada de una garantía de protección. La práctica ha sido rodeada de secreto. A medida que transcurren los años, cada vez se documentan menos detalles. No hay sanciones específicas por dejar de informar. No existen “evaluaciones de pares”, a nadie se le permite evaluar si la solución era apropiada, ni las complicaciones que pueden suceder, o incluso si el caso realmente tuvo lugar. De hecho, a los doctores se les *prohíbe* registrar el suicidio asistido como causa de muerte en el certificado de defunción. En lugar de ello, la ley *requiere* que el médico indique falsamente como causa de muerte la presunta enfermedad terminal subyacente.

La falta de supervisión y de salvaguardas para los pacientes están acordes con los puntos de vista de muchos que promueven el suicidio asistido y que algunos individuos carecen de “dignidad” debido a su condición física o mental y, sencillamente, no valen la molestia o los gastos incurridos en satisfacer sus necesidades. Estas personas están equivocadas.

En contraste, la doctrina católica reconoce el valor inherente a toda vida humana. Somos ciertamente hechos a imagen y semejanza de Dios. Como católicos celebramos y defendemos la santidad de la vida en todas sus etapas naturales. Cada uno de nosotros, sin importar edad, raza, capacidades físicas o mentales o estatus económico, tiene un valor intrínseco. No hay etapa de la vida que sea insignificante. Cuando se respeta cada vida; cuando los médicos, los familiares y otros encargados del cuidado, responden generosamente a las necesidades de personas vulnerables cuidando de ellas, todos nos beneficiamos.

El doctor William L. Toffler es profesor de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregon y cofundador/director nacional de la Fundación Médicos pro Educación en Cuidado Compasivo.

SECRETARIAT OF PRO-LIFE ACTIVITIES
United States Conference of Catholic Bishops
3211 Fourth Street NE • Washington, DC 20017-1194
Tel: (202) 541-3070 • Fax: (202) 541-3054
Website: www.usccb.org/prolife

Excerpt from *The Gospel of Life* (1995) is used with permission of Libreria Editrice Vaticana. All rights reserved.
Models used for illustrative purposes only. ©Veer Images. All rights reserved.
Copyright © 2012, United States Conference of Catholic Bishops, Washington, D.C.