

Dr. James S. Spiegel, Ética cristiana, Sesión 14, Eutanasia y suicidio asistido por un médico

© 2024 Jim Spiegel y Ted Hildebrandt

Les habla el Dr. James Spiegel en su enseñanza sobre ética cristiana. Esta es la sesión 14, Eutanasia y suicidio asistido por un médico.

Bien, el próximo tema que trataremos tiene que ver con cuestiones de cuidados terminales, eutanasia y suicidio asistido por un médico.

¿Cuándo, si es que alguna vez, es apropiado acelerar la muerte de alguien por su propio bien? Comenzaremos hablando de algunas definiciones básicas. Una de ellas es la frase “terminación del soporte vital”, que se refiere a permitir que alguien muera, ya sea retirando o negando el tratamiento médico.

El suicidio asistido por un médico es cuando un profesional médico, es decir, un médico, le indica a alguien cómo terminar con su vida mediante algún tipo de inyección letal. Y luego la eutanasia, que literalmente significa muerte fácil; en ese caso, un médico toma medidas directas para acelerar la muerte de un paciente. Esto también se conoce como eutanasia.

Entonces, ¿cuándo, si es que alguna vez, es apropiado ayudar a alguien a morir o acelerar directamente la muerte de alguien mediante una inyección letal? A continuación, se ofrecen algunos antecedentes legales. Recuerdo el caso de Karen Ann Quinlan de 1975, cuando yo era un niño pequeño, que estuvo en las noticias a mediados de los años 70 durante meses, si no años. En este caso, el tribunal dictaminó que los intereses del paciente prevalecían sobre la integridad profesional de los profesionales de la salud.

Hubo un conflicto sobre si esta mujer, Karen Ann Quinlan, debía ser mantenida con vida a pesar de que la gente de su familia quería que se le permitiera morir. Luego, en el caso Cruz Ann en 1990, el tribunal dictaminó que un paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento médico que le salve la vida, incluyendo comida y agua. En Washington versus Clucksburg y Vacco versus Quill en 1997, el tribunal dictaminó que no existe un derecho a morir protegido por la constitución.

En este caso, el tribunal no declaró ilegal el suicidio asistido por un médico, pero dejó que los estados decidieran al respecto. Y desde esos casos, nueve estados diferentes, al menos hasta el año pasado, han legalizado el suicidio asistido por un médico: California, Oregón, Vermont, Montana, Colorado, Hawái, Washington, Maine y Nueva Jersey, además del Distrito de Columbia.

Y en los últimos años hemos visto un aumento significativo en la cantidad de estadounidenses que están a favor de la legalización del suicidio con asistencia médica. Según una encuesta de Gallup de 2017, aproximadamente tres cuartas partes de los estadounidenses están a favor de que el suicidio con asistencia médica sea legal. A continuación, se presentan algunas distinciones importantes.

A menudo se recurre a estos medios o se los aplica en diversas cuestiones relacionadas con la atención terminal. Uno de ellos es la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios. Por medios ordinarios nos referimos a un tratamiento que ofrece beneficios razonables o significativos sin una carga excesiva para el paciente o una carga económica.

Aquí estamos hablando de cosas como antibióticos, transfusiones de sangre y sondas de alimentación. Son medios comunes. Al menos ahora, en la historia de la tecnología médica, estas cosas cambian porque lo que es extraordinario o exótico con el tiempo se vuelve rutinario y ordinario.

Hoy en día, las transfusiones de sangre y las sondas de alimentación, por ejemplo, se consideran algo común y corriente, cuando en un tiempo eran algo extraordinario. Pero hoy en día, los medios extraordinarios incluyen cosas como los trasplantes de órganos o los respiradores. Tal vez los respiradores se estén volviendo algo común y corriente.

Pero en este caso, estamos hablando de un beneficio relativamente pequeño o de una carga excesiva. En el caso de los trasplantes de órganos, por supuesto, se obtienen beneficios significativos, pero eso sin duda crea una carga financiera significativa.

Esto es extremadamente costoso. Otra distinción es la que existe entre retener y retirar un tratamiento que salva vidas. Se trata de la distinción entre abstenerse de administrar un tratamiento en particular, por un lado, y detener o suspender un tratamiento que ya se ha iniciado.

Y luego está la distinción entre matar y dejar morir. Se trata de la distinción entre provocar o causar activamente la muerte de alguien, en contraposición a permitir que la enfermedad, la lesión o el curso natural de la naturaleza maten a la persona. Por lo tanto, todas esas son distinciones importantes que señalaremos de vez en cuando a lo largo de este debate.

A la hora de tomar decisiones sobre cuidados terminales, esto es extremadamente importante no solo desde un punto de vista moral, sino también desde un punto de vista legal. Y podemos distinguir las diferentes posibilidades o escenarios, desde el mejor de los casos hasta el peor de ellos. Y empezando por algo llamado directivas anticipadas legales.

Estos son los mejores escenarios en los que no se producen complicaciones legales importantes, como cuando se tiene un testamento vital. Se trata de un documento legal en el que el paciente expresa sus deseos por adelantado con respecto a los cuidados terminales. Si me encuentro en una situación en la que no puedo tomar la decisión por mí mismo, esto es lo que quiero que se haga.

La persona puede estipular, a lo largo de un espectro de posibilidades, cuánto esfuerzo quiere hacer para preservar su vida. Por ejemplo, se puede hacer un testamento vital. Otra opción legal es lo que se denomina poder notarial permanente, en el que el paciente designa a alguien para que tome decisiones sobre su atención terminal, ya sea su médico de cabecera, su cónyuge u otro miembro de la familia.

Así que esos son los mejores escenarios posibles. A continuación, tenemos las directivas anticipadas verbales, que son un poco problemáticas, o pueden serlo desde un punto de vista legal. En ellas, el paciente da a conocer sus deseos de manera informal a sus amigos o familiares.

Y sobre esa base, los profesionales de la salud pueden tomar la decisión, o al menos dejar que eso les sirva de base para decidir cómo proceder con el paciente. Y, finalmente, si no se ha seguido ninguna de esas opciones y no sabemos lo que el paciente manifestó o lo que hubiera querido, entonces hay que recurrir a un juicio por poder, en el que se designa a alguien para que tome la decisión en nombre del paciente. Así pues, esas son las diferentes posibilidades en lo que respecta a las decisiones sobre cuidados terminales.

Siempre recomiendo que todo el mundo haga un testamento vital o al menos un poder notarial permanente. En cualquier caso, sobre todo cuando uno se va haciendo mayor y, sobre todo, en edad avanzada, conviene tener algún tipo de documento escrito que estipule cómo se quiere que se trate a una persona en una situación de cuidados terminales. Puede ahorrarle a su familia y a sus seres queridos muchas dificultades y estrés.

Ahora, permítanme hablar brevemente sobre algunos de los conceptos básicos de la anatomía cerebral, que entran en juego un poco en nuestra discusión aquí. Las tres divisiones anatómicas generales del cerebro incluyen el cerebro, también llamado el cerebro superior.

Esta es la parte del cerebro que controla la conciencia, la cognición, el pensamiento, los recuerdos, los sentimientos y las percepciones. Luego, el cerebelo controla la coordinación, los movimientos corporales, la postura, el equilibrio, etc. Luego, el cerebro inferior, el tronco encefálico, es el que gobierna lo que llamamos funciones vegetativas, la respiración, la frecuencia cardíaca y los ciclos del sueño.

Cuando se trata de definiciones importantes de la muerte, entran en juego estas distinciones anatómicas. Así, tenemos definiciones de muerte que abarcan todo el cerebro, donde el estándar o el criterio para la muerte es el cese completo de la función de todo el cerebro. Eso es lo que se necesita para la muerte.

Todo el cerebro tiene que dejar de funcionar, mientras que en las definiciones de muerte que se dan en el plano cerebral, basta con que cese la función del cerebro, la corteza cerebral, para que se produzca la muerte. Existen definiciones que no se refieren al cerebro que se han utilizado a lo largo de la historia, pero al menos en la cultura occidental no se utilizan ni se aplican tanto.

Las definiciones no cerebrales entienden la muerte en términos de una función corporal externa al cerebro, como la respiración y el flujo sanguíneo, o en términos de un evento metafísico, más prominentemente la idea del alma o el espíritu que abandona el cuerpo. Ahora bien, uno puede combinar un concepto no cerebral como la realidad metafísica del alma que abandona el cuerpo con una de las otras definiciones cerebrales, ya sea el cerebro completo o el cerebro superior. Y entonces, cuando se trata de la distinción entre muerte cerebral y lo que se llama un estado vegetativo persistente, o PVS, se puede ver cómo entran en juego estas definiciones de muerte.

La muerte cerebral se refiere, de nuevo, a cuando el cerebro entero ha dejado de funcionar, lo que se indica mediante un electroencefalograma plano. Pero un estado vegetativo persistente es cuando el cerebro superior ha dejado de funcionar, pero la función del tronco encefálico se mantiene. Una persona sigue respirando, su corazón sigue latiendo y todavía hay flujo sanguíneo, pero no hay conciencia, ni percepción, ni pensamiento.

Y aquí es donde la cosa se complica desde el punto de vista de la atención terminal porque, en muchos casos, es muy difícil saber si la persona puede salir de este estado comatoso. Y ha habido personas que han permanecido en estado de coma durante años y años, incluida Karen Ann Quinlan, el caso que mencioné antes. Creo que había sufrido algún tipo de sobredosis de drogas.

La pregunta era si le debían quitar la sonda de alimentación o si le quitarían el respirador. Creo que eso fue lo que hicieron. Y finalmente, después de muchas disputas legales, lo hicieron.

Y pensaron que moriría, pero siguió respirando por sí sola durante, creo, unos ocho o nueve años, pero permaneció en estado de coma. Pero ha habido personas que han permanecido en estado de coma durante 15 años. Incluso el tiempo más largo que he oído es 19 años. Esta persona ha estado en Europa del Este, creo que en Polonia, durante casi 20 años.

Y esto fue hace unos 15 años, cuando salió del coma. Y se creía que era imposible que se encontrara en estado vegetativo permanente. Y que su esposa estaba siendo realmente irracional al tener la esperanza de que volviera en sí.

Bueno, lo hizo. Y resultó que estaba en muy buena forma cognitiva. Así que, lo último que supe, no mucho después, unos meses después de que recobrara la conciencia, pasaban la mayor parte del día conversando.

Y ella le estaba contando los últimos casi 20 años de historia, todo lo que se había perdido mientras dormía. Así que, simplemente no se sabe. Y dependiendo de la extensión del daño al cerebro de una persona, los médicos pueden estar seguros de que, ya sabes, una persona, si recupera la conciencia, no tendrá mucha capacidad cognitiva, si es que tiene alguna.

Pero en muchos, muchos casos, eso simplemente no se sabe. Y si la persona va a despertar del coma, incluso los médicos más informados y experimentados pueden equivocarse en su pronóstico. Por eso, el PBS es una fuente de mucha controversia y dificultad cuando se trata de estos casos terminales o, aparentemente, casos de cuidados terminales.

Veamos ahora algunos de los argumentos, pros y contras en lo que respecta a la eutanasia. Y, en concreto, lo que solía llamarse eutanasia activa, en contraposición a la eutanasia pasiva. Ésa era una distinción que los especialistas en ética médica solían hacer al debatir estas cuestiones.

Pero la eutanasia pasiva se refiere a la suspensión o retirada del soporte vital. Por la forma en que se ha desarrollado el debate, se reconoce que eso en realidad no es eutanasia. Para que algo sea una verdadera eutanasia, tiene que ser activa, o se está haciendo algo para acelerar la muerte de la persona.

Por lo tanto, hoy en día, se entiende que la eutanasia se refiere a lo que antes se llamaba eutanasia activa. Pero, a veces, resulta útil, para que quede claro, llamarla eutanasia activa, para comunicar claramente que estamos hablando de una situación en la que se hace algo activamente para acelerar la muerte de una persona. Por eso, James Rachels escribió un artículo clásico, ahora clásico, hace muchos años en defensa de la eutanasia, o eutanasia activa.

Sostiene que una vez que se decide que se debe permitir que un paciente muera, matar al paciente puede ser una cosa moralmente apropiada o preferible, acelerando la muerte de la persona cuando sabemos que la muerte es inevitable. Por lo tanto, habla de algunos ejemplos en los que matar a la persona parece preferible a dejarla morir, como, por ejemplo, una persona que sufre un cáncer terminal, cáncer

de páncreas en etapa 5. He conocido a personas, he tenido colegas que han muerto de cáncer de páncreas, que es una de las formas más graves y agresivas de cáncer.

No conozco a nadie que se haya recuperado de eso. Estoy seguro de que ha sucedido en algunos casos si se detecta lo suficientemente temprano. Pero en todos los casos que he conocido, la persona finalmente murió y, hacia el final, en muchos casos de cáncer, el sufrimiento es insoportable.

Y sabes que la persona se va a ir; es solo cuestión de tiempo. Tal vez sepamos que faltan días o incluso horas. ¿Por qué permitir que la persona sufra en agonía cuando sabes que se irá muy pronto? Ese es el punto.

Entonces, ¿no es más humano apresurar la muerte de la persona? Existe la vieja frase: Creo que había una película con este título: Matan caballos, ¿no? Hacemos esto para ser misericordiosos y humanos con un animal, así que ¿por qué no cuando se trata de seres humanos? Entonces, Rachel usa un experimento mental, una ilustración, para reforzar su argumento aquí. Entre Smith y Jones, hay dos personas en cada caso. Tienen un sobrino del cual pueden recibir una herencia significativa si este niño muere. Y Smith está cuidando a su sobrino cuando oye a su sobrino caer en la bañera, golpeándose la cabeza, cayendo boca abajo al agua; y sabe que si su sobrino se ahoga, recibirá una enorme herencia.

Cuando el niño empieza a salir del agua, Smith le sujeta la cabeza y lo ahoga. Ahora, Jones, está en la misma situación. Su sobrino también se cae, se golpea la cabeza en la bañera y cae de bruces al agua.

En este caso, Jones tiene la mano sobre la cabeza de su sobrino de modo que, si el niño empieza a despertarse, él estará listo para empujarle la cabeza hacia abajo, pero el niño nunca despierta y se ahoga sin ninguna intervención de Jones. Entonces, la pregunta es, ¿quién hizo algo peor? Y Rachel argumenta que ambos hicieron algo igualmente malo. Jones no lo hizo mejor solo porque no mantuvo la cabeza de su sobrino bajo el agua ni lo tocó de ninguna manera.

No hizo nada activamente para matar a su sobrino, pero aun así fue igualmente incorrecto porque se estaba asegurando de que su sobrino muriera. Por lo tanto, hay una especie de paridad en términos de evaluación moral aquí entre dos situaciones que son idénticas, excepto que en un caso, hay actividad en curso, y en el otro, es pasiva. Entonces, si matar y dejar morir son moralmente equivalentes en este caso en el lado del mal, entonces ¿por qué no serían moralmente equivalentes en el lado del bien cuando estás matando o dejando morir por una buena razón? Así es como James Rachel está tratando de impulsar nuestras intuiciones aquí con respecto al seguro activo y pasivo de que una persona en una situación de cuidados terminales muere.

¿Por qué, sin embargo, tendemos a pensar que matar es peor que dejar morir? Reconoce que esa es una actitud general que tiene la gente. Tendemos a ver el asesinato activo como peor que dejar morir a alguien. Su respuesta a eso es que, por lo general, se hace de manera menos responsable.

Cuando escuchamos casos de personas asesinadas, casi siempre se trata de un contexto en el que matar es incorrecto y se trata de un asesinato. Pero aquí estamos hablando de contextos en los que matar sería moralmente aceptable y la intención es buena: es por el bien de la persona que muere.

No es contra su voluntad, al contrario de lo que suele ocurrir cuando escuchamos en las noticias casos de personas asesinadas. Por lo tanto, nuestras actitudes deben ajustarse según el contexto, las intenciones y los propósitos involucrados. En muchos casos, estar en sintonía con la voluntad de la persona que está muriendo o se encuentra en una situación de cuidados terminales.

Cuando eso es lo que quieren y el sufrimiento insoportable es lo que acompañará su existencia continuada si no se acelera su muerte, debemos considerar esto desde una perspectiva más comprensiva según Rachel y otros defensores de la eutanasia. Por lo tanto, refuerza su argumento con un par de puntos más. Estos son solo argumentos generales que Rachel y otros han utilizado para defender la eutanasia.

La aceleración activa de la muerte de alguien por su propio bien. Existe un argumento utilitarista que señala que la eutanasia produce mayor felicidad y menos dolor en general. En muchos casos, nuevamente, es una acción misericordiosa en términos de maximizar el placer y minimizar el dolor para la persona que está muriendo.

Y para los amigos y familiares que no quieren ver a sus seres queridos aliviados del dolor, especialmente del dolor y la agonía insoportables, existe el argumento de la Regla de Oro. Si te preguntas a ti mismo, si estuvieras en una condición terminal, fuera seguro o casi seguro que ibas a morir, y te retuerces de agonía, ¿no preferirías que te mataran? A veces, en conversaciones informales, la gente plantea esa pregunta.

¿Preferirías morir así o así? Si pudieras controlar tu destino, ¿cómo preferirías morir? Y, en general, la respuesta de la gente es: "Me gustaría algo muy rápido y lo menos doloroso posible". Entonces, si eso es una indicación de preferencia personal, entonces, cuando aplicamos la Regla de Oro a personas que están en situaciones de cuidados terminales, ¿no implica eso que, en algunos casos, es apropiado recurrir a la eutanasia? Rachel continúa respondiendo al argumento sobre la posible recuperación. Simplemente, no sabemos con certeza, en muchos, muchos casos, si una persona puede recuperarse.

Y, después de todo, un diagnóstico puede ser incorrecto. Los médicos son falibles. Hacen pronósticos e incluso diagnósticos que a veces no son precisos.

Entonces, ¿no es ese un punto a favor de que la línea de acción más sensata sea intentar mantener con vida a la persona durante el mayor tiempo posible? La respuesta de Rachel a eso es que, aunque los médicos a veces se equivoquen, no significa que nunca sepan cuándo un caso es desesperado. Y simplemente tenemos que analizarlo caso por caso. Y si los médicos dicen que varios médicos que están atendiendo a un paciente en particular están seguros de que no es posible la recuperación, entonces esa sería una situación en la que sería moralmente apropiado considerar la eutanasia, según Rachel.

En el lado negativo, se pueden esgrimir varios argumentos en defensa de la opinión de que la eutanasia siempre es un error. Hace muchos años, un especialista en ética médica llamado Ronald Munson escribió un artículo bajo el seudónimo de J. Gay Williams, que sostiene una opinión que personalmente coincide más con la de Rachel. Pero cuando estaba preparando esta antología, creo que era una antología de ética médica, no pudo encontrar un artículo adecuado que defendiera la postura contraria a la eutanasia, así que escribió uno él mismo y luego decidió utilizar este seudónimo probablemente porque no quería que lo identificaran tanto con los argumentos en contra de la eutanasia.

Lo cual es interesante. He visto muchos argumentos y artículos muy bien escritos por personas como Leon Kass que están en contra de la eutanasia, pero este es el artículo más conocido y ha sido incluido en antologías docenas, si no decenas, de veces. He utilizado múltiples textos de ética en la enseñanza de la ética a lo largo de las décadas, y este artículo de Gay Williams y este artículo de Munson están en cada uno de ellos.

Pero es sucinto y comunica los argumentos con claridad y, en su mayor parte, con cierta fuerza. Pero según Munson, a quien llamaremos por el seudónimo de Gay Williams, la eutanasia es incorrecta; es inherentemente incorrecta y errónea desde el punto de vista del interés propio y de los efectos prácticos. Por lo tanto, elegir no administrar un tratamiento que salve la vida, señala, incluso a un paciente moribundo que está siendo asesinado o que se está muriendo debido a alguna lesión o enfermedad, eso no es eutanasia porque es la lesión o la enfermedad la que está matando a la persona.

Entonces, él está afirmando lo que señalé antes, que en el caso de la eutanasia no es necesario hacer una distinción entre lo activo y lo pasivo. Hablamos de la aceleración activa de la muerte de la persona. Entonces, primero, tenemos un argumento de la naturaleza. Él dice que cada ser humano tiene una inclinación natural a seguir viviendo y nuestros cuerpos están estructurados para nuestra supervivencia.

Este es básicamente el argumento de la ley natural, del que ya hemos hablado. Según la teoría de la ley natural, la noción de un telos, o un plan de diseño particular, es evidente en todas las cosas que vemos en la naturaleza, incluidos nuestros propios cuerpos; nuestros cuerpos están estructurados para la supervivencia, y los diversos órganos que funcionan dentro de nosotros, y todas las cosas que hacen, sus funciones, preservan nuestras vidas, todo lo que nos rodea, anatómicamente, fisiológicamente, demuestra esta inclinación a seguir viviendo. Y la eutanasia viola eso, y contradice ese telos que es tan evidente en todos los seres vivos, incluidos los seres humanos.

La eutanasia viola este objetivo natural de supervivencia. Como él mismo lo expresa, va en contra de la naturaleza y de nuestra dignidad. Y existe un argumento de interés propio, que se refiere al hecho de que cuando a uno se le practica la eutanasia, eso descarta la posibilidad de recuperación. Es una decisión permanente y no hay vuelta atrás.

Por eso, la eutanasia puede ir en contra de nuestros propios intereses. Si ha habido un diagnóstico erróneo, si puede surgir algún tipo de tratamiento nuevo mientras la persona está viva, o si puede producirse algún tipo de recuperación espontánea, o incluso un milagro de Dios, al acelerar la muerte de la persona, le hemos impedido potencialmente seguir viviendo durante meses o años. Este tipo de cosas surgen en el contexto de la pena de muerte, de la que hablaremos, como argumento en contra de la pena de muerte.

Como siempre es posible que en un caso determinado la sentencia sea errónea y que se trate de una persona inocente, quienes están en contra de la pena de muerte suelen utilizar este argumento como razón para no aplicar la pena capital. En este caso, se aplica una lógica similar. Siempre es posible que se esté equivocado en el diagnóstico o el pronóstico.

Entonces, ¿por qué no tomar una decisión que sea en el mejor interés de la persona, en términos de al menos mantener abierta la posibilidad de que pueda vivir, incluso por muchos años? Un tercer argumento es un argumento de efectos prácticos que se refiere al impacto que la práctica generalizada de la eutanasia podría tener en la comunidad médica. La idea es que la práctica rutinaria de acelerar la muerte de los pacientes por su propio bien o para sacarlos de su miseria podría debilitar el compromiso de los profesionales de la salud para salvar vidas.

Saben que siempre es una opción. Ven a una persona con un dolor intenso. Parece imposible.

Por lo tanto, si esta opción está siempre disponible, es posible que se recurra a ella, no solo de manera rutinaria, sino en situaciones en las que realmente no está justificada y en las que una persona tiene muchas más posibilidades de sobrevivir de

lo que cree. Por lo tanto, la preocupación es que los profesionales de la salud podrían no trabajar tan duro para curar a los pacientes que están gravemente enfermos, y esto podría tener un efecto perjudicial en la industria de la salud en general.

Entonces, J. Gay Williams se preocupa por una especie de pendiente causal resbaladiza, y trabaja con el concepto de suicidio asistido por un médico en esta pendiente causal. Desde quitarse la vida, si lo aprobamos, hasta el suicidio, que es menos controvertido que estos casos de suicidio asistido por un médico y eutanasia, porque en el caso del suicidio, simplemente la persona se lo hace a sí misma. Pero a partir de ahí, si lo aprobamos, eso hará que sea más probable que aprobemos el suicidio asistido por un médico y que deleguemos a otros para que lo hagan por nosotros mismos o que nos demos instrucciones para auto-eutanasiarnos.

El siguiente paso es que otras personas lo hagan por el paciente, en conjunción con el deseo o la elección del paciente o en consonancia con él. De ahí a la eutanasia involuntaria, en la que se desconoce la elección o preferencia de la persona, o tal vez incluso se vaya en contra de sus deseos. Si es por su propio bien, ¿qué importancia tiene su propia preferencia? Y luego de ahí, finalmente, al deber de morir, no sólo la opción o la aceptabilidad moral de la eutanasia, sino una persona que tiene el deber de morir, donde la preocupación es que esto se vuelva tan generalizado y común en nuestra cultura, que las personas de cierta edad, que son una carga financiera particular para una familia, se genere una especie de actitud en la familia o en toda la sociedad de que esas personas son, como solían decir los nazis, unos comedores inútiles.

Abuela, abuelo, ya es hora de que se vayan. Han vivido mucho tiempo y son básicamente una carga para nosotros. No es que alguien diga eso, pero lo que se supone es que se hagan un favor a ustedes mismos y a todos nosotros y nos dejen tomar este camino.

Tienes la obligación moral de ir. Ésa es la preocupación. Seamos claros, pero es una preocupación general que muchos académicos antieutanasia han señalado.

En respuesta a esto, pasaremos a la Biblia y la eutanasia. En respuesta a esto, alguien como James Rachels diría que si hacemos esto con cuidado y si somos sensibles a este tipo de preocupaciones, podemos evitar rodar por esta pendiente resbaladiza y mantener la debida consideración y respeto por los propios deseos y anhelos de las personas. Si mantenemos el foco en la autonomía de la persona que está muriendo, entonces no tendremos que preocuparnos por los casos de eutanasia involuntaria que van en contra de los deseos de la persona, y mucho menos del deber de morir.

Éstos son algunos argumentos bastante habituales contra la eutanasia. Bien, la Biblia y la eutanasia. Veamos algunos argumentos a favor y en contra de la eutanasia.

Algunos sostienen que es moralmente significativo que la Biblia defienda el alivio del sufrimiento y la misericordia, que este es un hecho que crea una presunción a favor de acelerar la muerte de una persona, que existe un sufrimiento extremo, que simplemente se está cumpliendo una norma bíblica general de mostrar misericordia a las personas y tratar de aliviar el dolor. Además, la muerte en las Escrituras se considera deseable. Un salmo dice: Preciosa a los ojos del Señor es la muerte de sus santos.

Y Pablo dice en Filipenses 1: “Para mí el vivir es Cristo y el morir es ganancia”. Entonces, ¿estos pasajes bíblicos también crean una presunción a favor de la eutanasia o el suicidio asistido por un médico en algunos casos? En tercer lugar, a veces se señala que el sexto mandamiento contra el asesinato no es absoluto. Permite excepciones.

Sabemos, al menos la mayoría diría, que una excepción a esto es el homicidio en defensa propia, ciertamente desde un punto de vista bíblico, la pena capital, que se practicaba ampliamente en los tiempos del Antiguo Testamento en el antiguo Israel. Esto fue ordenado por el mismo Dios que dijo: No matarás. Dijo: Mata a los que matan.

Aplicar la pena de muerte a los asesinos, violadores, etc., así como la guerra justa. En muchos casos, a Israel se le ordenó salir y matar a grupos enteros de personas. En el Antiguo Testamento, Dios ordenó que se matara a muchos.

Así pues, es evidente que el mandato de no matar del Decálogo está condicionado. Por tanto, la cuestión no es sólo matar o no matar, sino cuándo es apropiado matar. Así pues, el defensor de la eutanasia puede argumentar que ésta es otra de esas excepciones.

Así como puede ser aceptable matar en casos de legítima defensa, de guerra justa o de pena capital, puede ser aceptable matar y acelerar la muerte de una persona cuando sufre un dolor insoportable en un caso terminal. Esos son argumentos bíblicos que a veces se esgrimen en defensa de la eutanasia. En cuanto a los argumentos en contra de la eutanasia, el principio más central al que se apela aquí es la santidad de la vida, la idea de que la vida humana es sagrada, que somos creados por Dios y a su imagen, y que Dios es quien nos dio la vida.

Él nos dio vida, Él sustenta nuestra vida y Él preserva nuestra vida. Somos propiedad de Dios.

No somos dueños de nosotros mismos. Pablo lo dice. Por lo tanto, la idea es que el derecho a la vida no es algo que podamos renunciar a él.

Hablamos del derecho a la vida. Dios te dio este derecho a la vida, pero no tienes derecho a ignorarlo porque Dios es tu dueño. Eres propiedad de Dios.

Este argumento lo planteó Sócrates en uno de los diálogos de Platón, en el sentido de que suicidarse es una ofensa a Dios y, por extensión, estoy seguro de que Sócrates diría que la eutanasia, supongo que diría esto, o el suicidio asistido por un médico, porque se está destruyendo la propiedad de Dios. Pero al menos la idea básica está en Sócrates. Si no en Platón, que en realidad era un defensor del infanticidio en algunos casos.

Por lo tanto, habría cierto desacuerdo en este punto, suponiendo que Sócrates y Platón no estuvieran de acuerdo. En segundo lugar, la eliminación intencional de una vida humana inocente está prohibida en las Escrituras. Se argumenta que, a menos que se hagan excepciones explícitas en las Escrituras, se trata de una prohibición que debe respetarse.

En la Biblia no se reconoce ninguna excepción en el caso de la eutanasia, mientras que las otras excepciones que he señalado en relación con la guerra justa y la legítima defensa, como la pena capital, sí se mencionan explícitamente. En las Escrituras no se estipulan excepciones de este tipo en lo que respecta a una persona que padece una enfermedad mortal o una lesión grave que pone en peligro su vida.

Y, por último, que el sufrimiento tiene valor. Esto se enfatiza en varios lugares diferentes de las Escrituras. En el primer capítulo de Santiago, en 1 Pedro y en otros lugares, debemos tenerlo presente.

El sufrimiento tiene valor en términos de formación del carácter y oportunidades para que otros consuelen a la persona que sufre, así como también en la perspectiva bíblica general sobre la vida, la muerte y el más allá. La idea es que la muerte no es natural.

Es un enemigo que hay que vencer, algo contra lo que hay que luchar y resistir. En numerosos pasajes de las Escrituras se hace hincapié en ello.

Existe un viejo poema de Dylan Thomas: No entres dócilmente en esa buena noche. Enfurécete, enfurécete contra la muerte de la luz. El poema continúa diciendo que debemos resistirnos a la muerte.

Dylan Thomas estaba angustiado por la muerte de su padre y por el hecho de que no se resistiera ni luchara para seguir con vida. Eso le causó mucha angustia porque quería que su padre viviera. Es algo natural tratar de mantenerse con vida.

Mucha gente habla de una muerte digna. Quienes utilizan esa frase tienden a hacerlo desde el punto de vista de la eutanasia. De algún modo, lo más digno es sucumbir voluntariamente a la muerte.

El argumento también se puede aplicar desde el otro lado. Caer luchando es lo digno. Esa es la esencia de este argumento.

Debemos resistir y luchar contra la muerte. Es un enemigo al que hay que resistir. Así le pasó a mi propio padre.

Le practicaron eutanasia. Tenía enfisema. En un momento dado, él personalmente quiso que le practicaran eutanasia.

Me dijo que llamara a Jack Kevorkian, el doctor de la muerte, para que pudiera aplicar su máquina de suicidio a mi padre. Su enfisema se complicó con una neumonía. Esto fue en 1997.

Mi familia estaba un tanto dividida. Lo habían llevado a casa y lo habían puesto bajo cuidados paliativos, básicamente esperando a que mi padre muriera. Yo había pasado bastante tiempo en la comunidad médica, cinco años trabajando para un veterinario.

Yo era un poco técnico. Además, trabajé un par de años como empleado de seguros para algunos médicos neumólogos. Pasé mucho tiempo en hospitales y atendiendo a personas en distintas etapas de su fallecimiento.

Muchos se recuperarían inesperadamente. Sabía que era posible que un paciente cuya situación parecía desesperada se recuperara. Pensé que podría sucederle a mi padre.

Lo habían enviado a casa. Le administraban morfina solo para aliviar el dolor. La mayoría de los miembros de mi familia habían perdido la esperanza de que muriera en cuestión de tiempo.

Pensé, sobre todo, en si podríamos conseguir que comiera mejor. No comía nada en el hospital. Había perdido mucho peso.

Pensé que necesitaba recuperar fuerzas. Le dije: "Te daré lo que quieras. Lo que quieras comer, te lo conseguiré".

Necesitamos hacerte más fuerte y tienes una oportunidad. Empecé a darle comida y a seguir dándole morfina, que aliviaba el dolor lo suficiente como para que pudiera recuperar el apetito. Mi madre y uno de mis hermanos se sentaron conmigo y me dijeron: "Sabes, te estás mintiendo a ti mismo".

Tu padre va a morir. No hay manera de que se recupere. Yo les dije: "Bueno, ya lo he visto antes". Ellos dijeron: "No, tu padre se está muriendo". Fueron muy inflexibles conmigo. Les dije: "Déjenme hacer esto. Tiene hambre. Voy a seguir alimentándolo". ¿Qué pasó? Bueno, se hizo cada vez más fuerte y se recuperó. Vivió otros cuatro años. Mientras tanto, su fe realmente creció. Estaba leyendo los Evangelios.

Fue algo asombroso de ver, su lento surgimiento espiritual. Fueron años muy valiosos. Mi madre y mi hermano admitieron más tarde: "Bueno, tenías razón, Jim".

Nosotros pensábamos que no había ninguna posibilidad. Sus médicos pensaban que no había ninguna posibilidad. Francamente, yo pensaba que había muy pocas posibilidades.

Pero en ese 1% de posibilidades, actué para intentar que la posibilidad fuera lo más fuerte posible. Por la providencia de Dios, mi padre se recuperó y vivió cuatro años más. Como mencioné, fue muy importante para él espiritualmente.

Nunca se sabe. Puede parecer una esperanza contra toda esperanza. Incluso puede parecer una tontería tener esa esperanza.

Pero Dios puede hacer cosas asombrosas. La clave, en ese caso, fue la transformación. De hecho, hasta el día de hoy, cada vez que escucho esa palabra, la asocio con algo bueno.

Como eso era fundamental para mantener a raya el dolor y mantener el apetito de mi padre, de modo que pudiera comer y fortalecerse, no recuerdo que tuviera síntomas graves de abstinencia por eso. No sé hasta qué punto era adicto a eso, si es que lo era.

Pero el uso de narcóticos, a pesar de que vivimos en una época en la que nuestra nación tiene un problema importante de adicción a los opiáceos, puede ser una gran bendición para las personas que sufren dolores insoportables, ya que utilizan opiáceos, narcóticos fuertes, para reducir el dolor. Pero ¿qué sucede en una situación en la que el uso de narcóticos puede realmente acelerar la muerte? He aquí otra situación personal en la que me encontré.

Un año o dos antes de que mi padre enfermara gravemente, en 1997, la tía de mi madre se estaba muriendo. Tenía unos 91 o 92 años. Estaba en sus últimos estertores y sus riñones estaban dejando de funcionar.

En ese momento, si es que sabes que la persona está a punto de morir, ya está. El médico le preguntó a mi madre si podía darle a mi tía unos narcóticos muy fuertes que acelerarían su muerte. Mi madre no sabía qué era lo mejor en ese caso, así que

me refirió al médico y me preguntó si podíamos hacerlo. Solo necesitamos su permiso.

Le preguntamos si esto aceleraría su muerte. Le pregunté cuánto tiempo. Me respondió que no lo sabía, ocho, diez, doce horas. Entonces lo pensé y le dije que lo hiciera.

Así lo hicieron, y mi tía abuela murió más tarde ese día. Lo que hice cuando me hicieron esa pregunta fue aplicar algo llamado el principio del doble efecto, que tiene una larga historia en la ética cristiana, particularmente en la ley natural, la tradición católica romana, como algo útil para tomar decisiones en situaciones en las que un curso de acción particular puede tener efectos buenos y malos o malos. ¿Cuándo, si es que alguna vez, está bien tomar ese curso de acción sabiendo que habrá resultados mixtos en términos de bien y mal? Y esa fue seguramente la situación aquí con mi tía abuela.

Según el principio del doble efecto, tales acciones sólo se justifican si cumplen ciertas condiciones. Así, en el primer caso, el mal no debe ser el medio para producir un buen efecto. En segundo lugar, el mal no puede ser intencional directamente.

En tercer lugar, debe existir una razón proporcionada para realizar el acto a pesar de sus malas consecuencias. Por lo tanto, los beneficios previsibles deben ser al menos tan grandes como los daños previsibles. Ese es el principio del doble efecto.

En el caso de mi tía abuela, administrarle estos fuertes narcóticos que acelerarían su muerte cumple la primera condición de que el mal no debe ser el medio para producir el buen efecto. El buen efecto es que su dolor se reduce. El mal es que muere más rápidamente, pero ese no es el medio para producir el buen efecto.

El medio es el narcótico en sí. El mal de que ella muera un poco antes es una consecuencia colateral. En segundo lugar, no es algo que se pretenda directamente.

El objetivo de darle estos narcóticos era matar el dolor o reducirlo drásticamente. No era... El objetivo no era matarla o matarla más rápido. Así que no era intencionado directamente.

En tercer lugar, la razón proporcionada para realizar este acto de administrarle los narcóticos era que su dolor se reduciría drásticamente. Y estamos hablando de sólo unas horas. No estamos hablando de quitarle la vida o acelerar su muerte meses o años antes de que hubiera muerto de otra manera.

Y como de todos modos apenas estaba consciente, en realidad solo gemía, gemía y se retorció en la medida en que estaba consciente, fue pura experiencia de dolor.

Acelerar su muerte unas horas se compensa claramente con el beneficio de sacarla del dolor. Así que ese fue un juicio que hice basado en el principio del doble efecto.

Alguien podría cuestionarlo, pero en cualquier caso, es un principio muy útil que se aplica en muchos casos de cuidados terminales, así como en otros contextos. De hecho, cuando hablemos sobre el bienestar y los derechos de los animales en una lección aparte, señalaremos cómo el principio del doble efecto es útil en ese contexto.

Así pues, con esto concluye nuestro debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido por un médico. Les habla

el Dr. James Spiegel en su enseñanza sobre la ética cristiana. Esta es la sesión 14, Eutanasia y suicidio asistido por un médico.