

EUTANASIA. ELEMENTOS PARA UN DEBATE PENDIENTE

Asunción ÁLVAREZ DEL RÍO

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Definición*. III. *Comprender mejor la práctica*. IV. *Requisitos de cuidado profesional*. V. *Un caso de eutanasia*. VI. *Cómo se justifica la eutanasia*.

I. INTRODUCCIÓN

En primer lugar, agradezco a la doctora Olga Islas de González Mariscal y al doctor Sergio García Ramírez su invitación para participar en este Congreso y darme así la oportunidad de compartir algunas ideas que contribuyan a este difícil, pero necesario debate. Desde hace algunos años se ha empezado a discutir el tema de la eutanasia en México, sobre todo, en el ámbito académico. El Instituto de Investigaciones Jurídicas ha sido pionero en la organización de interesantes foros que han favorecido la reflexión y han ofrecido al público elementos para entender, desde diversas disciplinas, los argumentos a favor y en contra de la eutanasia.

Durante el año pasado el tema ocupó la atención de la opinión pública mexicana, gracias, por un lado, a la proyección de algunas películas extranjeras en las que los personajes pedían ayuda para morir porque consideraban indigna su condición y se encontraban incapacitados para quitarse la vida por sí mismos. Muchos de ustedes recordarán *Mar adentro*, la película sobre el español Ramón Sampedro, quien quedó tetrapléjico a consecuencia de un accidente y vivió así por 30 años sin obtener del Estado la autorización para recibir la ayuda que necesitaba para morir como quería. Finalmente una amiga le colocó una bebida con cianuro que él in-

girió con un popote y pasados veinte minutos murió en medio de grandes dolores.¹

Por otro lado, también el año pasado, aparecieron en nuestro país dos iniciativas de ley para enfermos terminales en las que se contemplaba esta forma de terminación de vida, lo cual contribuyó a mantener el tema, al menos por un breve tiempo, en la mesa de discusión. Si bien la Iglesia Católica declaró su total rechazo a la práctica afirmando que sólo Dios puede decidir el fin de la vida, algunas personas, entrevistadas en la calle, expresaron que la eutanasia podía ser una opción aceptable en ciertas condiciones.

En México no tenemos conocimiento, a través de los medios, de casos de eutanasia como los que ha habido en otros países. Sea de pacientes que solicitan la autorización judicial para que se les provoque la muerte, sea de personas perseguidas penalmente por haber dado esa ayuda. Esto no significa que aquí no se aplique la eutanasia, sino que se hace de manera clandestina. Mi impresión es que es poco probable que el debate avance por esa vía, pero somos sensibles a las experiencias que viven las personas en otros lugares porque en el fondo sabemos que cualquiera de nosotros podemos llegar a estar en una situación en que la muerte se vea como la mejor solución.

Sin embargo, como ustedes habrán notado, el debate que surgió sobre la eutanasia no ha prosperado en nuestro país como se requiere, lo cual puede deberse a varias razones. Una puede ser la influencia de grupos que, basados en creencias religiosas, no quieren que se discuta el tema y tienen el poder para presionar en ese sentido. Otra puede ser la dificultad que implica hablar de un tema que nos enfrenta con la muerte. No sólo nos recuerda un acontecimiento sobre el cual no queremos pensar, sino que nos hace considerar una acción que produce voluntariamente esa tan temida muerte.

La cuestión es que no podemos ignorar los datos que la realidad nos impone. Hay personas que padecen enfermedades o condiciones médicas que implican tal sufrimiento que consideran mejor morir. Algunas han

¹ Hace poco tuvimos noticia de un suceso parecido que tuvo lugar también en España. Un hombre de 53 años que sufría pentaplejía (un estado de lesión medular más agudo que la tetraplejía, porque a la parálisis de las extremidades se añade la incapacidad para respirar) murió tras recibir la ayuda que había solicitado. Véase *El País*, 8, 9, 10, 11 y 12 de mayo de 2006.

podido elegir una salida digna y han contado con la ayuda que necesitan para hacerlo, sobre todo en los países en que se respalda el derecho de un paciente a decidir el final de su vida. Muchas otras personas hubieran querido contar con la misma ayuda para tener un mejor final y no pudieron por tratarse de una acción ilegal. Puede ser que algunos de los que estamos aquí (o alguna persona cercana a nosotros) también queramos, al final de la vida, que la eutanasia sea una opción abierta y segura. Por todo esto, me parece importante mantener la discusión para resolver si la eutanasia es una acción éticamente aceptable y si debe permitirse legalmente. A continuación quiero aportar algunos elementos que contribuyan a este debate.

II. DEFINICIÓN

En primer lugar, es importante que entendamos lo mismo cuando hablamos de eutanasia porque la gente piensa en cosas muy diferentes cuando escucha esta palabra.

“Eutanasia es el acto o método que aplica un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste para terminar con su sufrimiento”.

Por supuesto, existen otras definiciones de eutanasia y a cada país corresponde definir claramente las acciones que decide permitir y prohibir. La definición que propongo se inspira en la que se utiliza en los Países Bajos por el hecho de ser muy específica. Desde que se despenalizó la eutanasia en este lugar (lo que sucedió en 1984; se legalizó en 2002), fue necesario establecer muy claramente los límites de lo que podía permitirse legalmente, de manera que se requirió mucha precisión al definir la práctica.

Esta definición excluye muchas acciones con las que, equivocadamente, se confunde la eutanasia. Resulta inexacto llamar así una acción que provoca la muerte si la persona que la realiza no es un médico, si la persona que muere no padece una enfermedad o una condición médica que le cause sufrimiento, si la acción que causa la muerte va acompañada de dolor, y, sobre todo, si la muerte no se produce en respuesta a la solicitud de quien fallece.

La eutanasia también está permitida legalmente en Bélgica. En el estado de Oregon, Estados Unidos, lo que está permitido es el suicidio mé-

dicamente asistido. Esto significa que un médico puede ayudar a morir a un paciente, pero sólo proporcionándole una prescripción de una dosis letal de medicamentos que el enfermo debe tomar por sí mismo y se prohíbe la presencia del médico para ayudarlo. En los Países Bajos y en Bélgica no hay una diferencia entre estas dos prácticas, ni desde el punto de vista ético ni desde el punto de vista legal. El paciente elige la modalidad de ayuda que desee y si opta por el suicidio asistido, el médico *debe* estar presente para ayudar al enfermo si éste lo requiere.

III. COMPRENDER MEJOR LA PRÁCTICA

Una vez que tenemos una definición compartida de eutanasia, hay que tratar de comprender esta práctica antes de entrar al debate que nos permita decidir si debemos aceptarla. Para conseguir esto, nos puede servir conocer, por un lado, los procedimientos de seguimiento y control de la eutanasia y, por otro, visualizar la situación que vive un enfermo que busca esta opción de terminación de vida.

Esta información la podemos obtener de los países en los que la eutanasia es una alternativa legal. En ellos, no sólo se permite, sino que se *exige* hablar de ella con transparencia. Este es el caso de los Países Bajos en donde, desde que se hizo público, en 1971, el primer caso de eutanasia, el gobierno promovió el debate abierto sobre el tema.²

La experiencia holandesa es una referencia muy valiosa porque su debate sobre la eutanasia ha sido ampliamente documentado. Incluye las investigaciones encargadas por el gobierno para conocer lo más posible la frecuencia y la forma en que se aplica la eutanasia, los casos llevados a juicio que han influido en las modificaciones legales y han exigido resolver dilemas éticos sobre el sentido de la vida, el sufrimiento humano, los límites de la atención médica, la autonomía del paciente y la responsabilidad del médico, por citar algunos.

Entre los documentos especialmente interesantes, están los informes anuales que realizan los cinco comités regionales que evalúan cada caso

² La eutanasia puso fin al sufrimiento de una mujer anciana que repetidamente había pedido a su madre (médico) que le provocara la muerte. Una interesante descripción del proceso que llevó a la legalización de la eutanasia en los Países Bajos se encuentra en Tulloch, G., *Euthanasia-Choice and Death*, Edinburg, Edinburg University Press, 2005, pp. 95-113.

de eutanasia (una vez realizada) para decidir si el médico que la aplicó se apegó a los criterios que señala la ley. Los comités están formados por un jurista, un médico y un experto en ética. Además de que estos informes permiten tener una aproximación de la frecuencia con que se aplica la eutanasia (porque no todos los casos son notificados), dan información sobre el tipo de médicos que la realizan, las enfermedades de los pacientes que la piden y los lugares en que se aplica. Por otro lado, estos documentos aportan un conocimiento muy valioso, desde el punto de vista cualitativo, porque en ellos se comentan los temas de discusión más sobresalientes durante el año y se describen los aspectos tomados en cuenta para evaluar cada uno de los requisitos que debe cumplir el médico. Al documentar esta evaluación, los miembros de los comités intercalan casos que sirven para ejemplificar aspectos que consideran de especial interés.

IV. REQUISITOS DE CUIDADO PROFESIONAL

Analicemos ahora los requisitos de cuidado profesional que evalúan los comités. Para este análisis tomaré como referencia su informe anual correspondiente a 2004:³

1. *El médico debe estar convencido de que la solicitud de eutanasia del paciente es voluntaria y bien meditada.* Esto significa que el médico también debe asegurarse que el paciente no pide la muerte como resultado de un estado de depresión o desesperación. Asimismo debe tener la certeza de que no ha habido ninguna forma de presión, por parte de las personas cercanas al paciente, para que pida la eutanasia. Por esta razón, los comités investigan cuándo y cómo hizo el paciente la solicitud.

Vale la pena mencionar que el médico necesita tener una relación cercana con su paciente para valorar éste y otros aspectos antes de decidir si debe responder al pedido que recibe. En los Países Bajos son médicos generales principalmente quienes aplican la eutanasia, lo que implica que conocen a sus pacientes después de muchos años. Por esta razón, no pueden recibir esta ayuda enfermos de otros países que lleguen a solicitarla.

2. *El médico debe estar convencido de que el sufrimiento del paciente es intolerable y no hay posibilidad de mejoría.* Este último aspecto (que

³ 2004 Annual Report. Conseguí este documento a través de la embajada de los Países Bajos de nuestro país. En la página www.toetsingscommissiесеuthanasie.nl se pueden consultar estos reportes en holandés.

no hay posibilidad de mejoría) puede establecerse objetivamente, aunque conviene aclarar que no quiere decir que un paciente tiene que recibir todo tratamiento paliativo disponible. El enfermo puede tener razones de peso para rechazarlo si considera indeseables sus efectos. Pensemos, por ejemplo, en la somnolencia y pérdida de conciencia que produce una dosis alta de morfina indicada para aliviar dolores.

Por lo que toca al primer aspecto, el sufrimiento intolerable, no hay duda que se trata de un elemento subjetivo que cambia de individuo a individuo en función de muchos factores como son el umbral al dolor, la personalidad y la historia individual. Hay pacientes que padecen la misma enfermedad y aparentemente sufren dolores y síntomas similares, pero quieren cosas diferentes: unos consideran preferible adelantar su muerte y otros encuentran sentido en seguir viviendo.

Lo que realmente importa, al considerar cualquier pedido de eutanasia, es la perspectiva del sujeto y se podría concluir que a nadie corresponde juzgar si el sufrimiento de otra persona es insoportable más que a ésta. Sin embargo, esto sí le corresponde al médico que recibe un pedido de eutanasia. Debe valorar y decidir si está de acuerdo con la percepción que le transmite su paciente, pues sólo si coincide con él podrá realizar una acción que pone fin a su vida. Para los comités es muy importante revisar en qué se basó el médico para considerar *palpablemente* intolerable el sufrimiento del paciente. Cabe aclarar que el sufrimiento puede ser físico o mental. Más adelante me referiré a una situación muy problemática que enfrentan los médicos en la cual el sufrimiento es exclusivamente psicológico.

3. *El médico debe informar al paciente de su situación, pronóstico y opciones de tratamiento, si es que las hay.* Esto incluye que el médico se asegure que su paciente ha comprendido suficientemente bien su situación. Sólo así puede hablarse de una decisión libre por su parte para pedir que se ponga fin a su vida. En el informe de los comités se comenta que no hubo ningún problema al evaluar este criterio. Resulta una consecuencia lógica del valor que se da a la comunicación abierta entre médico y paciente y, quizá, podría decirse, es una actitud deseada en una sociedad acostumbrada a enfrentar los problemas con transparencia.

Lo cierto es que en nuestro país tenemos mucho por avanzar en este aspecto. Debemos aprender a hablar de una manera menos ambigua y confusa de las situaciones difíciles y dolorosas en que la muerte es inevitable a

consecuencia de una enfermedad. Esto debe considerarse en la formación de los médicos para prepararlos a hablar de manera directa, pero también cercana, de esta realidad que enfrentan en su práctica. Y los demás, los que somos o seremos pacientes, debemos facilitar esta comunicación pues no es ninguna novedad que nos podemos enfermar y, mucho menos, que un día vamos a morir. Tendríamos que reflexionar en esto de vez en cuando para saber qué queremos en caso de padecer una enfermedad terminal y decir cómo queremos que nos traten.

4. *El médico debe haber discutido la situación con el paciente y llegar ambos a la conclusión de que no hay otra solución razonable.* Este requisito se relaciona muy directamente con los anteriores. Para que pueda cumplirse se necesita que médico y paciente mantengan una comunicación en la que se incluya el tema de la muerte, que el paciente pueda hablar de cómo la visualiza y de cómo quiere que sea el tiempo de vida que la antecede. No voy a extenderme más en esta condición de la relación que supone una gran confianza y cercanía. Voy a referirme a otro aspecto muy importante: el hecho de que la decisión de la eutanasia es compartida por el paciente y el médico. En los Países Bajos se considera esencial la participación del médico en la muerte asistida y ésta se decide como un acuerdo. Esto marca una diferencia con respecto a la concepción que predomina en los Estados Unidos, en concreto en Oregón, donde sólo se permite el suicidio médicamente asistido en el cual el acento está puesto en la autonomía del paciente. Por eso, en este lugar es indispensable que sea la misma persona que fallece quien realice la acción última responsable de su muerte y, como señalé, se prohíbe la presencia del médico.

Desde luego, es importante aclarar que en los Países Bajos los médicos nunca están obligados a cumplir con una solicitud de eutanasia. Esto es en un sentido general si consideran que tal acción va en contra de sus valores. Pero también en cada caso en particular en que deben tomar sus propias decisiones porque después deben dar cuenta de sus acciones.

5. *El médico debe haber consultado al menos a otro médico que no tenga conexión con el caso.* No debe tenerla ni con el paciente ni con el médico; ni en el presente ni en el pasado. De esta forma se garantiza mayor objetividad en la segunda opinión, la cual se considera un elemento esencial de control sobre la práctica de la eutanasia. El médico independiente debe ver personalmente al paciente y declarar por escrito si el médico responsable ha cumplido con los criterios ya mencionados.

El reporte del médico consultado es crucial para los comités. La descripción de la situación del paciente, de la forma en que éste expresó sus deseos y la exposición detallada de los aspectos que tomó en cuenta para establecer si el médico que aplicó la eutanasia actuó apegado a la ley, son muy útiles para que los comités entiendan y valoren mejor el caso.

En los últimos años el gobierno neerlandés ha desarrollado un proyecto que prepara médicos para que den esta segunda opinión capacitándolos en los aspectos médicos, éticos y legales relacionados con la eutanasia.⁴ Según el informe de los comités, como resultado de este proyecto, la calidad de la consulta del médico independiente y de su reporte ha mejorado notablemente.

6. Finalmente, *el médico debe aplicar la eutanasia con el máximo cuidado y esmero profesional*. Para cumplir este requisito el médico debe elegir los fármacos y dosis de acuerdo con las recomendaciones emitidas por la Real Sociedad Farmacéutica holandesa. En algunos casos, los pacientes, en lugar de recibir una inyección, prefieren tomar la droga letal. Como ya mencioné, es muy importante que el médico los acompañe hasta que mueran para poder ayudarlos en caso de que se presente alguna complicación (por ejemplo, que el paciente vomite el fármaco).

Con el fin de tener una visión más completa de la práctica de la eutanasia, vamos a revisar otros datos interesantes que provienen del mismo reporte.

En 2004, los comités recibieron notificaciones de 1,714 casos de eutanasia, 141 casos de suicidio asistido y 31 casos en que había una combinación de los dos. Fueron 1,886 en total (podemos comparar esta cifra con la de 2003 que fue de 1,815 y la de 2002 que fue de 1,882).

En 1,646 casos (87%) quien notificó fue un médico general; en 188 fue un médico especialista, y en 52 un médico trabajando en una residencia de la tercera edad.

En 1,647 casos (88%) la enfermedad que padecía el paciente fue cáncer. En 24, enfermedad cardiovascular; en 63, enfermedad neurológica; en 34, enfermedad pulmonar; en 4, sida; en 73, otras; en 41, alguna combinación.

⁴ Proyecto de Apoyo y Evaluación de la Eutanasia en los Países Bajos (SCEN) por sus siglas en neerlandés. Con la profesionalización de la segunda opinión, el acento en el proceso de verificación se desplazó para darse antes de aplicar la eutanasia.

En 1,530 casos (81%) el paciente murió en su casa; 177 en el hospital; 65 en residencias de la tercera edad; 62 en centros de atención; 52 en otros lugares, como albergue (*hospice*) o en casa de algún familiar.

Del total de notificaciones (1,886), los comités consideraron que el médico no había actuado con el debido criterio en cuatro casos.⁵ En cada uno de ellos, los comités presentaron sus resultados al Ministerio Fiscal, a quien correspondía decidir si procedía o no enjuiciar al médico.

V. UN CASO DE EUTANASIA

Decía que para entender mejor la eutanasia (antes de discutir sobre ella) también sirve conocer de cerca la situación que vive un enfermo y los sufrimientos que enfrenta para elegir esta forma de muerte. Me apoyo nuevamente en el documento de los comités para ilustrar un caso reportado por un médico.

En 1990, una mujer de 55 años fue diagnosticada con cáncer de mama en el pecho izquierdo. Se le practicó una cirugía para extraer el tumor y después recibió radioterapia. En 1996, se le encontró cáncer en el pecho derecho y se le realizó una mastectomía y de nuevo recibió radioterapia. En agosto de 2002 se le encontró metástasis en huesos, piel y en las glándulas linfáticas. Se le dio tratamiento hormonal paliativo y quimioterapia. Se descartó la posibilidad de recuperación. Al aumentar el dolor, se le administró morfina por vía intravenosa, lo cual redujo el síntoma de manera razonable. La paciente sufría debido a su deterioro físico y a su dependencia y se esperaba que su condición empeorara. Ya no experimentaba ningún placer y su vida había perdido sentido. Su sufrimiento físico y mental le resultaba insoportable. Se habían agotado las posibilidades para aliviarlo y se encontraba extenuada.

En enero de 2004 su médico consideraba que la paciente moriría en unas semanas. La mujer solicitó la eutanasia, repitió su pedido en diferentes ocasiones y firmó una directiva de eutanasia. El esposo, la madre y los hijos de la paciente respetaban su deseo.

⁵ En el documento que revisé, se menciona la causa de un caso: no se cumplió adecuadamente el requisito de la consulta a un médico independiente porque el médico que dio la segunda opinión fue un anestesiólogo, el cual podía ser considerado parte del equipo de médicos responsables del paciente.

Según el médico que se consultó para que diera la segunda opinión, aunque la morfina calmaba el dolor de la paciente, ésta encontraba intolerable su situación. Padecía náusea y vomitaba con frecuencia. Apenas podía dar sorbos de agua y en la noche tenía alucinaciones, pero no toleraba el medicamento para controlarlas. La paciente era consciente de que su hígado había crecido en proporciones inmensas. También de que era completamente dependiente de otros. Al hablar con ella, el médico la encontró muy débil, pero lúcida. De acuerdo a su valoración, consideró que se cumplían todos los requisitos para aplicar la eutanasia.

El médico responsable inyectó los medicamentos letales y la paciente murió en su cama, acompañada por su familia.

Hasta aquí un relato, lo más objetivo posible, de una experiencia que implica un gran sufrimiento que, por definición, es subjetivo y en la que se aprecia cómo se mezcla el padecimiento físico y psicológico.

Había mencionado que hay pacientes en los que el sufrimiento intolerable es únicamente mental. La eutanasia puede justificarse en su situación mientras conserven la capacidad intelectual y emocional para tomar decisiones.

Es lo que ha sucedido a algunos pacientes con enfermedad de Alzheimer, quienes representan casos muy excepcionales que requieren una valoración muy especial. En 2004 se notificó uno. El sufrimiento del paciente se debía a que anticipaba, para un futuro próximo, la pérdida total de su personalidad y dignidad.⁶

VI. CÓMO SE JUSTIFICA LA EUTANASIA

Ahora que tenemos una definición precisa de la eutanasia y una idea clara de lo que significa aplicarla y controlarla, podemos entrar al debate sobre ella, cuyo objetivo entiendo que debe ser llegar a determinar si es

⁶ Es interesante señalar que en el caso reportado el médico debió consultar a tres especialistas, además del médico independiente que dio la segunda opinión porque este último consideraba que no se justificaba la eutanasia porque en la medida que avanzara la enfermedad el paciente sufriría menos porque estaría menos conciente de sus deficiencias. Pero precisamente era la anticipación de esta pérdida de control lo que le provocaba un sufrimiento intolerable y así lo entendió su médico, quien consultó a un psicólogo, a un médico de una residencia de la tercera edad y a un psiquiatra geriátrico. Estos le confirmaron su impresión de que el sufrimiento del paciente justificaba su pedido y que éste era voluntario y bien meditado, *op. cit.*, nota 3.

una práctica éticamente aceptable, si conviene legalizarla y, en su caso, bajo qué condiciones. No creo que el debate sea fácil ni que deba resolverse de forma apresurada. Por otra parte, sólo voy a dejar planteados algunos elementos que considero básicos para esta discusión.

Desde mi punto de vista, la eutanasia se justifica, en primer lugar, como una acción que reconoce el derecho de un enfermo a decidir cuándo y cómo morir en caso de padecer una enfermedad o una condición médica que le represente un sufrimiento intolerable sin posibilidad de mejoría. Esto significa que se respeta su autonomía para tomar decisiones sobre su vida (incluyendo su final) porque el enfermo es el dueño de ella. Por supuesto, no todas las personas piensan así y quienes consideran que su vida no les pertenece al grado de poder decidir su final, porque eso le corresponde a Dios o por otra razón, merecen el mismo respeto. Lo importante es que nadie pretenda imponer a otros sus propias creencias ni quiera impedir a otros que actúen de acuerdo a sus principios.

En segundo lugar, la eutanasia se justifica porque se entiende como una acción que se da en el contexto de la atención médica cuando se han agotado las alternativas para curar o aliviar a un enfermo. Un paciente que se encuentra en tales condiciones y reflexiona sobre su situación puede llegar a la conclusión de que lo mejor para él es adelantar su muerte y pedir ayuda a su médico porque quiere que ésta sea “lo mejor posible”. ¿Qué puede contribuir a tener una muerte así? Estar acompañado al morir, tener un final que no signifique un sufrimiento adicional, tener la seguridad de que se puede poner un límite a lo intolerable cuando se decida y, saber que la muerte será segura cuando se elija el momento. En algunas ocasiones, un enfermo pide que le ayuden a morir simplemente porque está físicamente incapacitado para quitarse la vida por sí mismo.⁷

La cooperación del médico se entiende como un acto de solidaridad hacia el paciente. Los médicos que están dispuestos a aplicar una eutanasia lo hacen porque consideran que es la última forma en que pueden cumplir con su deber de poner fin al sufrimiento del paciente. Pero, además, se entiende que sus creencias y valores no les impiden realizar una

7 Saber que la eutanasia es una opción real permite a muchas personas vivir la última etapa de la vida sin temor, sabiendo que tienen una salida si las condiciones finales son insostenibles. Véase Torbjörn Tännsjö, K., “Moral Dimensions”, *BMJ*, núm. 331, 2005, pp. 689-691.

acción que, en circunstancias excepcionales, tiene la intención de causar la muerte de otra persona.

Ahora bien, si la eutanasia se concibe como una acción concertada entre un paciente y un médico, como un acuerdo que se basa en el respeto a la autonomía del paciente y en la solidaridad del médico, hay que preguntarse cuál es la mejor forma de realizar esta práctica en una sociedad determinada. ¿De manera clandestina o con el respaldo del Estado? Es decir, si se reconoce que la eutanasia es una acción éticamente aceptable, ¿se justifica que los médicos que la realicen se arriesguen a ser perseguidos como criminales o que los pacientes que la pidan no cuenten con un médico dispuesto a darles la única ayuda que quieren recibir?

Finalmente, quiero comentar una actitud que suele presentarse cuando se discute la eutanasia. Hay personas que se declaran enfáticamente en contra de ella y pretenden que su punto de vista sea el único que cuente. Esto puede pasar con cualquier tema de discusión, pero me parece importante ver qué más sucede cuando se trata de la eutanasia. En algunos casos, las personas simplemente creen que deben evitar que se permita algo que consideran inaceptable. Pero a veces, algunas personas (supuestamente seguras de querer excluir la eutanasia como una opción para ellas) parecen sentirse cuestionadas por el hecho de que otras sí la quieran y, como solución, pretenden exigir que nadie tenga la opción de elegir lo que ellas no quieren, pero otras personas sí.

Esto pensé al leer sobre la discusión que tuvo lugar recientemente en el Reino Unido a propósito de una iniciativa de ley para permitir el suicidio médicamente asistido. En su intervención, una baronesa habló de su delicada condición física, de las innumerables fracturas de huesos que había padecido a lo largo de su vida, así como de los terribles dolores que soportó hasta encontrar la ayuda adecuada de los cuidados paliativos. Ahora le aterraba pensar lo que hubiera podido decidir si hubiera existido una ley como la que se estaba considerando.⁸

Se puede entender la inquietud de esta mujer. Sin embargo, el temor que algunas personas sienten ante sus posibles decisiones no puede ser una razón para prohibir a otras que tomen las propias y actúen de acuerdo a ellas, sobre todo si las han tomado después de una importante reflexión y las han asumido con toda responsabilidad. Pero además, la posible

⁸ Baroness Chapman. Véase Charter David, *The Religious and the Righteous Unite in a Moral Crusade*, en www.timesonline.co.uk, 13 de mayo de 2006.

decisión que ahora asustaba a esta baronesa seguramente no hubiera sido tal, sino un impulso provocado por la desesperación y la eutanasia o el suicidio asistido le habrían sido negados bajo leyes tan cuidadosas como la de los Países Bajos, la de Bélgica o la de Oregon. Como debe serlo cualquiera que regule la muerte asistida.

Dejo abierto el debate con estos elementos. El reto que tenemos es encontrar el mejor acuerdo sin perder de vista el valor que queremos dar a la libertad en nuestra sociedad.