
La Profesión Médica Ante el Suicidio Médicamente Asistido

LYNNETTE FÁBREGAS TROCHE, DMD; SANDRA M. FÁBREGAS TROCHE, RPh, MA, MS*

RESUMEN. Los profesionales de la salud, especialmente los médicos, se enfrentan con frecuencia a situaciones del final de la vida que alteran los procesos tradicionales para el cuidado del paciente. En una sociedad pluralista que ha logrado el que se reconozcan derechos para muchos sectores, el derecho a morir no parece ser la excepción. Este hecho ha llevado a la legalización del suicidio médicamente asistido en varios países. En este artículo se identifica la resolución que aprobó en 1997 la Asociación Americana de Estudiantes de Medicina en la cual se pronunció en relación al suicidio médicamente asistido. También se ofrecen algunas definiciones relacionadas

al suicidio y la eutanasia. Se ofrece una cronología de eventos que definen el movimiento del "derecho" a morir así como sus antecedentes históricos. De interés son los argumentos que se han pronunciado a favor y en contra del suicidio médicamente asistido y los resultados de los estudios de opinión que se han hecho a los médicos en relación al tema. Se identifica además la legislación que existe hasta el momento relacionada al suicidio médicamente asistido y la importancia de que en Puerto Rico se dialogue más sobre el tema. *Palabras clave.* Suicidio asistido, Eutanasia, Profesión médica, Bioética.

Llama la atención que tan reciente como 1997 la asociación americana de estudiantes de medicina (AMSA), que tiene más de 30 mil miembros, aprobara una resolución en la cual se adelantan a establecer por lo menos 14 criterios que sirvan de guía en la eventualidad de la legalización del suicidio médicamente asistido. Entre éstos, el criterio básico es que el paciente debe hacer una solicitud que sea voluntaria y libre de coerción de cualquier tipo. También debe evaluarse su estado de competencia y terminalidad. De importancia es que el sufrimiento del paciente sea intolerable tanto en el orden físico, mental como emocional y que como consecuencia sienta que su calidad

de vida es tal que no vale la pena. Es vital un período de espera específico. Con estos criterios lo que AMSA pretende es favorecer el suicidio médicamente asistido como una opción voluntaria y como último recurso en el cuidado del paciente (1). La resolución de AMSA en torno al establecimiento de criterios en caso de legalizarse el suicidio médicamente asistido es de interés particular ya que muchos de los futuros médicos puertorriqueños son miembros de dicha asociación. Creemos que esta es una iniciativa importante que debe generar una mayor discusión entre todos los sectores concernidos, muy especialmente el grupo compuesto por los profesionales de la salud.

En Puerto Rico todavía no se han publicado estudios que describan las percepciones y actitudes no sólo de los médicos sino de otros profesionales de la salud en relación al tema de la legalización del suicidio médicamente asistido. Mas aún, el debate público está casi ausente y no existen señalamientos en la literatura sobre la opinión de los futuros médicos y otros profesionales de la salud.

En este trabajo se señalan algunos antecedentes históricos que han contribuido al "movimiento de derecho a morir". Así también se examinan diferentes situaciones

De el Departamento de Ciencias y Tecnología, Recinto Metropolitano, Universidad Interamericana de Puerto Rico y la *Escuela de Farmacia, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Dirigir correspondencia a: Dra. Lynnette Fábregas Troche, Universidad Interamericana de Puerto Rico, PO Box 191293, San Juan, Puerto Rico 00919-1293, Tel. (787) 250- 1912 Ext. 2323, Fax (787) 250- 8736, E mail: lfabregas@hotmail.com

que han llevado a la consideración de permitir legalizar el suicidio médicamente asistido.

Definiciones y terminología. Uno de los problemas con que se enfrenta quien desee adentrarse en el debate sobre la eutanasia, es el de la enorme cantidad de nombres, tipos y subtipos que existen. El origen de este suceso estriba en que etimológicamente eutanasia sólo significa buena muerte, lo que es algo lo suficientemente ambiguo y neutro como para generar todo tipo de interpretaciones (2). Para los propósitos de este artículo, suicidio médicamente asistido se define como el acto de poner a disposición de un paciente con una enfermedad irreversible o terminal, que cursa con sufrimientos intolerables, los medios necesarios para que cuando así lo desee ponga fin a su vida. El paciente debe tener intactas las capacidades físicas y mentales necesarias para actuar por el mismo, sin ayuda y con plena consciencia.

En los últimos años varios grupos interdisciplinarios entre ellos médicos y filósofos argumentan que el término "suicidio" trae una connotación de morir solo y con vergüenza. Más allá, la frase suicidio médicamente asistido debe ser sustituida por muerte asistida por el médico ("physician-assisted death") ya que el término refleja su meta, que es promover una opción a los pacientes terminales que no puedan encontrar alivio mediante otros métodos de asistencia para el final de la vida (3).

Por otro lado parece haber un consenso entre las autoridades en bioética tanto Estados Unidos como en Europa sobre el uso del término suicidio médicamente asistido ("physician-assisted suicide") Entre las organizaciones norteamericanas que lo usan están: *the American Medical Association, American Medical Student Association, National Hospice Organization, Hemlock U.S.A., Americans for Better Care of the Dying, Euthanasia Research & Guidance, George Washington Center to Improve Care of the Dying and The American Academy of Hospice and Palliative Medicine.* Cuando se habla de suicidio médicamente asistido se hace obligado comentar sobre la eutanasia ya que ambos términos están relacionados con métodos de acelerar la muerte. Eutanasia se define como las acciones cuyo propósito es terminar deliberadamente con un paciente terminal o irreversible que padece de sufrimientos intolerables y pide expresamente que se ponga fin a su vida.

Los calificativos del término eutanasia son:

eutanasia activa - son acciones encaminadas a producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre.

eutanasia pasiva - consiste en la cesación de actitudes terapéuticas que prolonguen la vida de un paciente que se encuentra en situación

de enfermedad terminal o irreversible

eutanasia directa - se considera un sinónimo de eutanasia activa.

eutanasia indirecta - se refiere a la muerte de un paciente ocurrida como efecto secundario (no deseado ni buscado) del tratamiento del dolor producido por su enfermedad. Esto tradicionalmente se ha denominado "principio del doble efecto".

eutanasia voluntaria - la que se realiza a petición expresa del paciente.

eutanasia involuntaria - la que se realiza sin petición por parte del paciente (2).

El término eutanasia también se ha variado para evitar connotaciones negativas que para algunos autores tiene este término. Los neologismos sustitutivos de éste término son:

distanasia - se define como prolongación artificial de la vida biológica de un paciente irreversible o terminal mediante la tecnología médica. Los medios tecnológicos utilizados pueden ser ordinarios cuando proporcionan algún tipo de beneficio terapéutico al paciente, o extraordinarios cuando su beneficio es nulo, el mantenimiento de estos últimos se denomina encamizamiento terapéutico.

adistanasia - es la cesación de la prolongación artificial de la vida dejando que el proceso patológico termine con la vida del enfermo.

ortonanasia - buena muerte, en el sentido de la muerte en el momento biológico adecuado, su sentido es prácticamente igual al que etimológicamente tiene eutanasia, pero se ha propuesto dada las connotaciones negativas con las se ha ido cargando históricamente este último término.

cacotanasia - es acelerar deliberadamente la muerte de un enfermo sin que se medie expresa voluntad por su parte, equivale a lo que en ocasiones se denomina *eutanasia activa involuntaria* (2).

La razón principal de distinguir estos términos es porque hay diferencias en su estado legal y ético. La diferencias recaen en la motivación o la intención, o en relevar al paciente de los tratamientos que no se desean o no son de su beneficio.

Perspectiva histórica. Los argumentos que se han articulado hasta el día de hoy a favor y en contra para justificar o condenar tanto la práctica del suicidio médicamente asistido como la eutanasia ya se habían pronunciado antes de que existieran los avances biomédicos actuales.

Por miles de años, filósofos y pensadores religiosos han tratado la ética del suicidio. En diversos períodos históricos ha sido proscrito por ley, sancionado de forma negativa por la sociedad y condenado por las religiones (4). Las discusiones sobre el suicidio médicamente asistido se han basado en principios amplios sobre deberes con uno mismo y la sociedad, así como las cuestiones fundamentales del valor de la vida humana. Por ejemplo, el Juramento Hipocrático exhortaba a los médicos a no administrar droga mortal alguna a quien lo solicitara, ni sugerencias a tales efectos. Este juramento se proclamó en una época donde los médicos proveían la eutanasia y suicidio médicamente asistido para enfermedades que iban desde infecciones de los pies y vesícula, hasta cáncer y senilidad. Es de suponer que el Juramento Hipocrático representaba un punto de vista minoritario en el debate de la comunidad médica griega sobre la ética de la eutanasia (5). Otros pensadores de la historia intelectual occidental han contribuido a esta discusión, extendiéndose desde Platón y Aristóteles en la Grecia antigua; San Agustín y Santo Tomás de Aquino en la Edad Media; y a Locke, Hume, y Kant, en los tiempos modernos (6).

Eventos que definen el movimiento del derecho a morir. El asunto de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido tiene un alcance humano y jurídico que afecta a la vida humana y el derecho personal del individuo a disponer de su propio destino. Esta situación se ha convertido en el centro de una intensa controversia pública en Estados Unidos y en otros países. En Estados Unidos, por ejemplo, en la década de los años '70, la gran discusión era si los médicos podrían retirar tratamientos de soporte vital. Los más notorios de éstos fueron los respiradores. El caso más representativo fue el de Karen A. Quinlan, joven estadounidense en estado de vida vegetativo cuyos padres consiguieron, después de un largo proceso jurídico, que se le pudiese desconectar el respirador (6). En la década de los años '80 surge La Sociedad Hemlock, fundada con el objetivo de promover la legalización del suicidio médicamente asistido para pacientes terminales. Su co-fundador y presidente- Derek Humphry, publica el libro en la década de los '80-*Let Me Die before I Wake*, en el cual se presentan historias de personas que narran y explícitamente revelan como las personas con enfermedades avanzadas o con condiciones incurables podían con la ayuda de un médico o amigos llevar a cabo un suicidio racional (7). Otra discusión de esa década era si los médicos podrían retirar la nutrición médica e hidratación, también los padres de Nancy Cruzan solicitan a la corte que cese toda ayuda artificial a su hija, joven en estado vegetativo persistente. Hasta el momento era el único caso de retirada de nutrición llevado al Tribunal Supremo de los Estados Unidos (6). Un

ejemplo dramático de un paciente suicida es el caso de Elizabeth Bouvia una cuadrapléjica con parálisis cerebral, con el deseo de morirse de hambre y de hacer uso de su propia morfina. Cuando la corte deliberó, ella cambió de parecer y comenzó a comer voluntariamente (6,8).

En 1988 la *Unitarian Universalist Association* se convirtió en el primer grupo religioso de Estado Unidos en defender la autodeterminación para morir y liberar de penalidad civil o criminal aquellos que bajo salvaguardas actúan para honrar el derecho del paciente terminal y así poder seleccionar el momento de morir (7). También para ese año se publica en el *Journal of the American Medical Association* el artículo anónimo "It's Over Debbie", en el cual se describe a un médico residente que suministra una inyección mortal a una paciente de cáncer (6). Es ya para la última década de los '90 que la polémica del suicidio médicamente asistido cobra más fuerza y urgencia. Se dan una serie de eventos fundamentales en el movimiento "derecho a morir". El médico Jack Kevorkian, impulsor del suicidio médicamente asistido se convierte para entonces en una personalidad conocida mundialmente al proporcionarle a sus pacientes la "máquina de la muerte". En este proceso es el mismo paciente quien se inyecta cloruro de potasio endovenoso para producir paro cardíaco o con una máscara de gas conectada a una botella. Su "colaboración" con la muerte comenzó en 1990 con el caso dado a la publicidad de la muerte de Janet Adkins quien tenía un diagnóstico de Alzheimer (7). Casi al mismo tiempo, el *New England Journal Of Medicine* publica un artículo escrito por el Dr. Timothy Quill en el cual admite haber ayudado a morir a "Dianne", paciente terminal con leucemia mielomonocítica, con una dosis letal de barbitúricos (9).

En diciembre de 1991, la legislación federal conocida como *Patient Self-Determination Act* determinó que los proveedores del cuidado médico en los hospitales, casas de salud, organizaciones de hospicios y otros que reciben fondos de Medicare y Medicaid deben tener por escrito sus políticas y procedimientos. También deben ofrecer información escrita al paciente sobre el derecho de validar o rechazar tratamiento médico, investigar sobre la presencia de directrices anticipadas, registrar las preferencias del paciente en el expediente médico, y desarrollar políticas institucionales con respecto a la práctica de estas directrices. En los EE UU todos los estados tienen amplios poderes de formular sus propias reglas en los casos de "derecho a morir" (10,11).

La situación legal del suicidio médicamente asistido. Las cuestiones sobre la muerte y el morir se han convertido en materia para un juicio constitucional (12) y en el mundo se han elaborado muy pocas leyes para regular la eutanasia o suicidio médicamente asistido. En el Código Penal de

Puerto Rico, el artículo 90 dispone penas para toda persona que deliberadamente permita, ayude, aconseje, incite o coaccione a otro a cometer suicidio. La realidad es que todavía en la Isla el debate público en cuanto al tema del suicidio médicamente asistido es prácticamente inexistente. En una ocasión, un rotativo local de amplia difusión, publica un titular en el que afirmaba la “Posible Aprobación a la Ley de la Eutanasia”. En realidad se trataba del Proyecto del Senado 182 en el cual se “perseguía reconocer el derecho de los familiares o tutor legal de un paciente en estado vegetativo persistente a rechazar todo artefacto mecánico o tratamiento artificial que prolongue la vida de dicho paciente”.

Por otro lado la Federación Puertorriqueña de Bioética trabaja en una medida que incluya las personas que estén en condición terminal de salud y la de pacientes que no han hecho un testamento vital y necesitan un juicio sustitutivo sobre tratamientos fútiles (13).

En Holanda, la eutanasia es ilegal, sin embargo desde 1984 la Sociedad Médica Holandesa estableció guías oficiales de consulta. En 1991 se estableció un proceso de notificación para el suicidio médicamente asistido. Se indica que el médico no puede ser acusado de provocar suicidio médicamente asistido si cumple con cuatro directrices básicas:

- el paciente debe haber pedido morir de forma clara, voluntaria y reiterada.
- debe padecer dolores insoportables e imposibles de aliviar hay que consultar con un segundo médico.
- informar de la muerte a las autoridades legales y a la fiscalía estatal como parte de un procedimiento de notificación desarrollado que permite la investigación del caso y se asegura de que se han seguido las guías de consulta. A pesar de estas normas se han informado varias irregularidades en el seguimiento de las guías establecidas (14,15).

En el Territorio del Noroeste de Australia la Ley de Derechos del Enfermo Terminal de mayo de 1995 autorizó el suicidio médicamente asistido bajo estrictas condiciones. Entre estas condiciones estaba que el paciente debía ser mayor de 18 años, padecer una enfermedad incurable que acabaría con su vida sin una intervención extraordinaria y ser examinado por tres médicos expertos. Uno de éstos médicos debe ser un psiquiatra, a fin de determinar que el paciente no sufre de una depresión mayor que pueda tratarse médicamente. Este acto permitía que los médicos prescribieran y administraran sustancias mortales a pacientes terminales que así lo solicitaran (16). Sin embargo, en marzo de 1997 el Parlamento de Australia resolvió derogar la ley, (17)

poniendo fin a la efímera vigencia del estatuto que había llegado a reconocer al suicidio médicamente asistido como una modalidad terapéutica.

Al comienzo de la década de los ‘90 existía en Estados Unidos un limbo legal, ya que el suicidio médicamente asistido ocurría sin sanción pública, guías de consulta y sin ningún escrutinio independiente. La disposición del médico para asistir en la muerte de un paciente podía depender de su actitud hacia el riesgo legal y autoridad así como la naturaleza apremiante de la solicitud del paciente (18). Pronto surgieron los defensores y los detractores del suicidio médicamente asistido, cada grupo con diferentes argumentos. Los defensores utilizan la autonomía del paciente como primer argumento ético básico para el suicidio médicamente asistido. Se reconoce el derecho legal de los pacientes de perseguir su autonomía, privacidad y libertad. Este derecho justifica el poder de rechazar tratamientos de soporte vital. Mientras que el filósofo Dan Brock demanda que este derecho debe extenderse para permitir a los individuos a controlar la manera, las circunstancias, y el tiempo y forma de morir (19). Otras líneas de discusión planteadas por los defensores del suicidio médicamente asistido son: una situación física que provoque angustia severa en el moribundo que no se pueda aliviar (18); es indigno mantener una situación de enfermedad que lleve a la dependencia (19); el médico tiene la obligación moral de utilizar medios terapéuticos para aliviar el sufrimiento de sus pacientes (18).

Los detractores del suicidio médicamente asistido argumentan que éste viola la ética médica (20). Postulan que los médicos están éticamente obligados a cuidar siempre a sus pacientes, a no abandonarlos nunca y esto es igualmente cierto cuando la curación es imposible e incluso cuando la muerte está cercana (22). Otros argumentos en contra son: que asistir en el suicidio de un paciente es admisión de incompetencia, que el acto de la muerte se podría trivializar si el suicidio médicamente asistido se practica de forma rutinaria (18), puede desencadenar en una situación de pendiente resbaladiza (“slippery slope”) (20). Ambos grupos difieren en su predicción de las consecuencias sociales, comenzando así un toque constante de los medios de comunicación. La discusión pública se ha centrado en el deseo por el control del tiempo y la manera de la muerte. La propuesta hasta el momento para legalizar el suicidio médicamente asistido en los Estados Unidos restringe la práctica a aquellos pacientes que son competentes, que sufren, y que tienen una enfermedad terminal (18). Las tentativas en varios estados de los Estados Unidos de aprobar legislación permitiendo el suicidio asistido fallaron por márgenes estrechos en los últimos años de 1980 y

principios de los años 1990. Varios grupos de médicos han acudido a las cortes para argumentar sobre el suicidio por sobredosis de medicamentos en el contexto de la relación médico-paciente, que debe tener la categoría de derecho constitucional (22).

Al presente, ningún médico en la nación americana ha sido procesado por participar en suicidio asistido (23). La jurisprudencia de los Estados Unidos trató la aplicación del suicidio médicamente asistido en 1996. La Novena Corte del Circuito de Apelaciones con jurisdicción sobre California, Alaska, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, Oregón, y Washington y la Segunda Corte del Circuito de Apelaciones con jurisdicción en Nueva York, Connecticut y Vermont resolvieron, en decisiones independientes y con distintos fundamentos, que las disposiciones estatales que prohíben la asistencia en el suicidio son anticonstitucionales cuando se le aplica a médicos que prescriben fármacos letales a enfermos adultos y competentes en estado terminal (24). Esta decisión fue llevada al Tribunal Supremo para que emitiera su decisión. Los jueces de la Corte Suprema de los Estados Unidos dictaminaron en junio de 1997 que los pacientes que padecen de enfermedades incurables no tienen derecho constitucional a la ayuda de un médico si deciden suicidarse (22). La mayoría de la corte requirió a todos los estados el asegurarse de que sus leyes no obstruyan la disposición del cuidado paliativo adecuado, especialmente para aligeramiento del dolor y otros síntomas físicos que padecen los pacientes terminales (25). Sin embargo, la decisión del Tribunal Supremo no supone en absoluto el final de la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. La decisión devolvió estas cuestiones a las legislaturas de los estados, reflejando así el disgusto del Tribunal Supremo para sustituir sus voluntades por la voluntad democrática de la gente (26). Alrededor de 21 estados estudian en sus respectivos congresos leyes sobre diversos aspectos del tratamiento a enfermos terminales (27). Los ciudadanos en el estado de Oregón aprobaron el Acta de la Muerte con Dignidad mediante el referéndum del 16 de noviembre de 1994 donde se legalizaba el suicidio médicamente asistido bajo condiciones limitadas, pero se obtuvo un interdicto de la Corte para demorar la implementación de la medida. En noviembre de 1997 los ciudadanos de Oregón volvieron a votar por la medida y fue aprobada por una relación 60:40. Siendo así el primer estado de la nación en legalizar el suicidio médicamente asistido. La ley permite que los médicos prescriban pero que no administren las dosis mortales para acelerar la muerte (28).

Otras provisiones del estatuto de Oregón son: que el paciente debe hacer una petición a su médico, que el paciente debe entonces ser referido a un médico para

consulta y así confirmar por escrito el diagnóstico, la capacidad mental, y la determinación que él está tomando una decisión informada. Los pacientes que puedan estar sufriendo de depresión deben ser referidos para consejería. El paciente debe reiterar el pedido de asistencia para el suicidio por lo menos 15 días después de la petición inicial. Esta segunda petición se debe acompañar por una petición escrita que sea atestiguada por dos individuos. Cuarenta y ocho horas después de ésta petición escrita, el médico puede escribir una prescripción letal para que el paciente pueda terminar con su propia vida (28). A finales de agosto de 1998, oficiales estatales ya habían reportado ochos muertes por suicidio médicamente asistido (29).

En Canada, el suicidio médicamente asistido es prohibido por el código criminal federal. Sin embargo, existe una excepción en ese Código para la provincia de Columbia Británica, ya que en dicha comunidad existe un clima más liberal. Se espera que los médicos que practiquen allí tengan esto en consideración.

En 1993, el Ministerio de Columbia Británica estableció guías de consulta para ayudar a codificar estas excepciones. Las guías de consulta indican que un médico facultativo no estará sujeto al procesamiento criminal para el suicidio y la eutanasia a menos que haya una probabilidad sustancial de ser convicto y el interés público lo requiera. Los factores específicos que se considerarán incluyen la importancia de utilizar el profesional apropiado y estándares éticos dentro de las profesiones del cuidado médico, del interés de la sociedad en la protección de personas vulnerables, y del interés de la sociedad en la protección de la santidad de la vida humana (17).

En la República de Colombia, la Corte Constitucional autorizó en Mayo de 1997 la práctica de la eutanasia activa. Esta práctica tomaba en consideración que el paciente padeciera una enfermedad terminal, que estuviera en pleno uso de sus facultades mentales y que autorizara este procedimiento. (30,31).

Actitudes de los profesionales de la salud hacia la legalización del suicidio asistido. Por lo menos diez estudios se han realizado en los Estados Unidos en los cuales se han encuestado a los médicos en relación a sus actitudes y experiencias con el suicidio médicamente asistido y la eutanasia. Aunque se ha encontrado que algunos de estos estudios tienen algunos fallos que pueden llevar a desconfiar de los resultados (5).

Con el apoyo de las cortes al suicidio médicamente asistido se reflejan las peticiones de los médicos que iniciaron los casos legales así como las encuestas que demuestran que una gran proporción de médicos apoya la legalización del suicidio médicamente asistido (32-35). Una proporción pequeña de médicos está dispuesta a proporcionar tal ayuda y una proporción incluso más

pequeña aún, está dispuesta a inyectar una dosis letal de medicamento con el intento de matar a un paciente (eutanasia voluntaria activa). Estos datos de las encuestas revelan que hay una brecha entre las actitudes y comportamiento de los médicos. De el 20 al 70 por ciento de los médicos favorecen la legalización del suicidio médicamente asistido, pero del 2 al 4 por ciento favorece la eutanasia activa voluntaria y aproximadamente del 2 al 13 por ciento han ayudado realmente a pacientes a morir proporcionando una prescripción o administrando una dosis letal. La encuesta mas reciente dirigida a médicos a nivel nacional, indica que una proporción sustancial de los médicos en los Estados Unidos reportan que han recibido peticiones para suicidio médicamente asistido y eutanasia y que cerca del 7 por ciento de los encuestados los ha realizado al menos una vez (36).

Los estudios en los Estados Unidos demuestran consistentemente la existencia de una práctica subterránea, ilegal, indocumentada y no regulada, falta el beneficio de una segunda opinión y que no se procesa legalmente (23). Entre las limitaciones de estas encuestas incluyen las definiciones inconsistentes de eutanasia y suicidio médicamente asistido. Puesto que las actitudes de los médicos hacia las alternativas al suicidio médicamente asistido no se han estudiado, hay un vacío en cuanto a conocimiento sobre la prioridad que los médicos ponen al suicidio asistido. La buena voluntad de los médicos de asistir a los pacientes a morir parece ser determinada por varios factores como: creencia religiosa, valores personales, especialidad médica, edad, lugar de la práctica, y la perspectiva en el uso de recursos financieros (37).

No se puede categorizar fácilmente a los pacientes que solicitan suicidio médicamente asistido o eutanasia. Algunas encuestas de médicos han procurado determinar retrospectivamente el predominio y naturaleza de éstas peticiones. El dolor, SIDA, y los desórdenes neurodegenerativos son las condiciones más comunes de los pacientes que solicitan ayuda en morir. Hay una amplia variedad en la edad de éstos pacientes, pero muchos son personas jóvenes con SIDA. De los datos disponibles, que son muy limitados, los factores que más comúnmente están implicados en las peticiones para la ayuda a morir están: la preocupación por la pérdida futura de control en la que sean o conviertan en una carga a otros o que no puedan cuidarse, y miedo al dolor severo (5).

Otras consideraciones. En la sociedad actual, en que todavía se cuestionan afortunadamente los valores fundamentales de la vida humana vemos como la cultura puede estar influyendo en el modo de considerar el sufrimiento y la muerte. También es notable como la medicina ha aumentado su capacidad de curar y de prolongar la vida en determinadas condiciones que a veces

ponen problemas de carácter moral. Por ello, muchos se cuestionan con angustia acerca del significado de la ancianidad prolongada y de la muerte, preguntándose consecuentemente si tienen el derecho de procurarse a si mismos o a sus semejantes una "muerte dulce", que serviría para abreviar el dolor y sería, según ellos, más conforme con la dignidad humana. Queda como reto para diferentes organizaciones tanto de los profesionales de la salud como de consumidores, el dialogar más sobre asuntos del final de la vida que pueden verse afectados a la luz de las tendencias mundiales que promueven el "derecho a morir". La sociedad puertorriqueña no debe quedarse ajena ante cuestiones tan urgentes. Entre los cuestionamientos principales que deberían plantearse es si existe o no un derecho a la muerte y si es la profesión médica quien debe ayudar a los pacientes a morir.

Abstract

Health care professionals, specially physicians, are frequently exposed to end of life situations that interfere with the traditional processes patient care. The right to die has become an important movement that calls for self-determination with outcomes related to the legalization of physician assisted suicide in various countries. In this paper the 1997 resolution approved by the American Medical Student Association is examined in relation to the criteria to be considered in situations of legal assisted suicide. Some arguments regarding the legalization of physician-assisted suicide as well as its impact in the contemporary practice of medicine are also identified. A description of current legislation in the area is exposed. Presently there is no legislation regarding physician-assisted suicide in Puerto Rico.

Referencias

1. American Medical Student Association. Constitution and bylaws and structure, function and internal policy and preamble, purposes and principles. 1996-1997. p. 139-140.
2. Simón P, Couceiro A. Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis. En: Urraca S, editores. Eutanasia hoy: un debate abierto. Madrid: Editorial Noesis; 1996. p.313-354.
3. Harker T. A rational acceptance of physician-assisted dying. Health policy forum. AMSA 1997; 3:2-4.
4. Kottow MH. Introducción a la bioética. Chile: Editorial Universitaria; 1995. p.157.
5. Emanuel E. Whose right to die? The Atlantic Monthly. 1997 March; 279 (3):73-79.
6. Devettere RJ. Practical decision making. In: Health care ethics. Washington, DC: Georgetown University Press; 1995. p.100-102. p.240-241, p.359-385.
7. Vanderpool HY. Doctor and the dying of patient in american history. In: Weir RF, editors. Physician-assisted suicide.

- Indianapolis: Indiana University Press; 1997. p.33-66.
8. Annas GJ. Death by prescription. *N Engl J Med* 1994;331:1240-1243.
 9. Quill TE. Death and dignity: a case of individualized decision making. *N Engl J Med* 1991;324: 691-694.
 10. White BD, Siegler M, Singer PA, et al. What does Cruzan mean to the practicing physician? *Arch Intern Med* 1991;151: 925-928.
 11. Greco PS, Schulman KA, Lavizzo-Mourey R, et al. The patient self determination act and the future of advance directives. *Ann Intern Med* 1991;115: 639-643.
 12. Kass LF, Lund N. La muerte ante los jueces: la ayuda al suicidio, los médicos y la ley. *Commentary (Dic.)* 1996: 17-29.
 13. García P. Posible aprobación a la ley de la eutanasia. *El Nuevo Día* 1997, 20 de marzo.
 14. van der Mass PJ, van der Wal G, Haverkate I, et al. Euthanasia, physician assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med* 1996;335: 1699-1705.
 15. van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM, et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996;335: 1706-1711.
 16. Ryan CJ, Kaye M. Euthanasia in Australia. The Northern Territory rights of the Terminally Ill Act. *N Engl J Med* 1996;334: 326-328.
 17. Phillips P. Views on assisted suicide from several Nations. *JAMA*, 1997;278:969-970.
 18. Miller FG, Quill TE, Brody H, Fletcher JC, Gostin LO, Meier DE. Regulating physician- assisted death. *N Engl J Med* 1994;331: 119-123.
 19. Brock D. Physician-assisted suicide is sometimes morally justified. In: Weir RF, editors. *Physician-assisted suicide*. Indianapolis: Indiana University Press; 1997. p.86-106.
 20. Byok IR. Physician-assisted suicide is not acceptable practice for physicians. In: Weir RF, editors. *Physician-assisted suicide*. Indianapolis: Indiana University Press 1997. p.107-135.
 21. Gracia D. Eutanasia: estado de la cuestión. En: Urraca S, editores. *Eutanasia hoy: un debate abierto*. Madrid: Editorial Noesis. 1996. p. 273-292.
 22. Annas GJ. The bell tolls for constitutional right to physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 1997;337: 1098-1103.
 23. Quill TE, Meier DE, Block SD, Billings JA. The debate over physician-assisted suicide: empirical data and convergent views. *Ann Intern Med* 1998;128: 552-558.
 24. Angell M. Euthanasia in the Netherlands. Good or bad? *N Engl J Med* 1996;335:1676-1678.
 25. Burt RA. The Supreme Court speaks—not assisted suicide but constitutional right to palliative care. *N Engl J Med* 1997;337: 1234-1236.
 26. Lavery JV, Singer PA. The “Supreme” decide on assisted suicide: what should a doctor do? *Can Med Assoc J* 1997;157: 405-406.
 27. Dylan A. Facing the final exit. *The Lawyer Magazine* 1997 Sept; 83:48-52.
 28. Josefson D. US sees first legal case of physician assisted suicide. *Br Med J* 1998;316: 1037.
 29. Associated Press. Oregon has recorded 8 doctor-aided suicides. *Washington Post* 1998, August 19.
 30. Gutiérrez J. Eutanasia activa en paciente terminal. *Revista Colombiana Médica* 1997; 28: 26-30.
 31. Kovaleski SF. Columbia Debate Court ruling that legalizes mercy killing. *Washington Post* 1997, August 18, 1997; Sect. A15.
 32. Ganzini L, Fenn DS, Lee MA, Heintz RT, Bloom JD. Attitudes of Oregon psychiatrist toward physician-assisted suicide. *Am J Psychiatry* 1996;153: 1469-1475.
 33. Doukas DJ, Waterhouse D, Gorenflo DW, Seid J. Attitude and behavior on physician-assisted death: a study of Michigan oncologist. *J Clin Oncol* 1995; 13: 1055-1061.
 34. Cohen JS, Fin SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington state. *N Engl J Med* 1994;331:89-94.
 35. Back AL, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Physician assisted suicide and euthanasia in Washington state. Patient request and physician response. *JAMA* 1996;275:919-925.
 36. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill TE, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998; 338:1193-1201.
 37. Portenoy RK., Coyle N, Kash KM, et al. Determinants of the willingness to endorse assisted suicide. a survey of physicians, nurses and social workers. *Psychosomatics* 1997; 38:277-287.
-