

ASPECTOS BIOÉTICOS Y DERECHOS HUMANOS DE LA EUTANASIA

Hanne-Lore SCHLÜTER S.*

Pocos debates en nuestros días suscitan tanta controversia como el de la eutanasia. El “hecho de provocar la muerte sin dolor a un enfermo incurable”, como la define el *Diccionario del español actual*, tiene tantos partidarios como detractores.

Max Charlesworth (1993), bioeticista australiano, sostiene que al no poder existir un consenso público sobre un conjunto de valores centrales en las sociedades liberales, también habrá pluralidad de posturas éticas.

Los temas relativos a la ética de la salud o ética médica, o incluso la supuesta bioética, se consideran con frecuencia como una abstracción del contexto político y social del que parten. Sin embargo, es obvio que las decisiones en estos temas serán radicalmente distintas, si se toman dentro de una sociedad liberal democrática, o bien dentro de otro tipo de sociedad no liberal, ya sea teocrática, autoritaria (utilizando este término de forma neutral), paternalista o ‘tradicional’. En una sociedad liberal el valor supremo es la autonomía personal, es decir, el derecho de uno mismo a elegir su estilo de vida propio.

Una frase acuñada por John Stuart Mill en el siglo XIX le da presencia a este valor: “*Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su mente, el individuo es soberano*”.

* Coordinadora del Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana.

Esta primacía que tiene la autonomía personal, dentro de una sociedad liberal, conlleva ciertas consecuencias. En primer lugar, en este tipo de sociedad existe un marcado contraste entre la esfera de la moralidad personal y la esfera de la ley. Esta última no se preocupa de asuntos de moralidad personal ni del cumplimiento de la moral. En segundo lugar, la sociedad liberal se caracteriza por un pluralismo ético que permite a sus miembros una amplia variedad de posturas religiosas (o no religiosas). En tercer lugar, dejando aparte el compromiso con la primacía de la autonomía personal, no existe un consenso social determinado sobre un conjunto de ‘valores esenciales’ o una ‘moralidad pública’ que deban ser salvaguardados y promovidos por la ley.

En una sociedad liberal cabría esperar que el valor de la autonomía personal fuera fundamental en el seno de los debates éticos.

De lo que se ha dicho hasta ahora es lógico deducir que en una sociedad liberal, basada en el principio de la autonomía moral del individuo, la ley no debería influir en evitar que en ciertas circunstancias la gente se quite la vida. En otras palabras, aunque el suicidio pudiera ser o no un pecado en determinados momentos, desde luego no debería ser un delito. Se tendría que demostrar que el suicidio lleva consigo un daño directo a otros y que era en algún sentido obvio un acto antisocial antes de que se convirtiera en delito. Por supuesto, algunos sostienen en campos consecuencialistas que incluso si el suicidio no es moralmente malo en sí mismo, su tolerancia legal establecería en efecto su aprobación y apoyo, y fomentaría el suicidio entre enfermos mentales, ancianos, etcétera.

Además, se defiende que la tolerancia legal del suicidio afectaría el respeto de la comunidad por la ‘santidad de la vida humana’, que es central en cualquier sociedad, y conduciría inevitablemente a ‘matar por compasión’ o peor. Pero en primer lugar, el hecho de que el Estado despenalice el suicidio no implica que ratifique el suicidio como moralmente aceptable, de la

misma manera en que la despenalización de la prostitución, la homosexualidad y el aborto no significaría que el Estado adoptara estas prácticas como moralmente aceptables. Lo que el Estado hace, en efecto, es declarar que el suicidio, como la prostitución y la homosexualidad, entran dentro del campo de la moralidad personal, y como tal no son asunto de la ley.

En segundo lugar, no es suficiente defender que simplemente proporcionar asistencia al suicidio, así como su despenalización, podría ‘posiblemente’ tener consecuencias nocivas para la sociedad en su totalidad. Se necesitaría demostrar empíricamente que estas consecuencias antisociales son significativamente probables.

La palabra eutanasia viene del griego, así: *eu*, bueno; *thantos*, muerte. “Buena muerte”, término que ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona, a petición suya, con el fin de minimizar su sufrimiento.

1) *Eutanasia pasiva*. Este es un término mal utilizado por los medios de comunicación y a lo único que se refiere es a la muerte natural, así se suspende el uso de los instrumentos de apoyo de vida o el suministro de medicamentos para que se dé una muerte completamente natural que no contraria en nada la ley natural.

2) *Eutanasia activa*. Este término se refiere a la muerte que se ocasiona de una manera directa para poner fin al sufrimiento del paciente.

El suicidio asistido se relaciona vagamente con la eutanasia; éste se produce cuando alguien le da información y los medios necesarios a un paciente para que pueda terminar fácilmente con su propia vida.

Los datos acerca de la opinión pública sobre la eutanasia en aquellos países en los que en 1998 se llevaron a cabo encuestas, dan apoyo a la eutanasia: 60% en Estados Unidos, 74% en Canadá, 80% en Gran Bretaña, y 81% en Australia.

El mejor remedio contra cualquier abuso sería establecer controles rigurosos sobre la determinación del consentimiento real o

implícito de los pacientes, en lugar de la prohibición total del suicidio asistido a petición del paciente. Ciertamente algunos hospitales de Holanda se esfuerzan por asegurar que los pacientes puedan tomar una decisión con conocimiento de causa sobre la petición de asistencia para acabar con la vida.

Cuando el mundo discute sobre la legalización de la eutanasia, mira a Holanda. El martes 10 de abril de 2001 Holanda se convirtió en el primer país del mundo en legalizar la eutanasia, luego de que el Senado aprobara una ley que la permite bajo ciertas condiciones. Para que la ley entre en vigor deberá ser firmada ahora por la reina Beatriz y comenzará a aplicarse en el segundo semestre de 2001, o a más tardar el 1 de enero de 2002. La vecina Bélgica debate desde hace meses la aprobación de una ley sobre este tema. Cuando Holanda se plantea cómo cuidar mejor a los enfermos terminales, tiene que mirar sobre todo la experiencia en otros aspectos, pues la aplicación de la eutanasia ha llevado a descuidar la medicina paliativa. Ahora quiere recuperar el terreno perdido y, con la profesionalidad y método característicos de la cultura holandesa, se han puesto en marcha cursos de cuidados paliativos para profesionales del sector sanitario y voluntarios que desean atender a enfermos terminales.

Desde ahora, quienes dispongan del “certificado de cuidados paliativos” podrán mostrar que están calificados para asistir a enfermos desahuciados en sus necesidades físicas, sociales y anímicas, para aliviarles en su dolor y acompañarles hasta el trance de la muerte. El curso también prepara a estos voluntarios y profesionales para ayudar a los familiares a sobrellevar la pérdida de la persona querida.

El gobierno holandés presupuestó para 1998 el equivalente a 1.5 millones de dólares para la investigación y el desarrollo de cuidados paliativos con el fin de ofrecer alternativas a la demanda de eutanasia. El Centro Nacional de Apoyo a Voluntarios Cuidadores de Enfermos Terminales recibió el encargo de desarrollar el material didáctico destinado al curso. El material ofrece información básica a quienes deseen asistir a moribundos en

hospitales o en sus propios hogares. A su vez, la organización forma personal docente para que organice estos cursos.

El hecho de que el gobierno holandés haya impulsado un “certificado de cuidados paliativos” no supone que intente dar marcha atrás en la práctica de la eutanasia. Según cifras oficiales, en 1995 la eutanasia se aplicó aproximadamente a 10,000 personas.

Desde 1992, Dinamarca autoriza al paciente aquejado de una enfermedad incurable a decidir él mismo la interrupción del tratamiento. En Colombia, el Tribunal Constitucional admitió la práctica de la eutanasia en 1977 para los enfermos en fase terminal que la reclamen expresamente. En China, el gobierno autorizó en 1998 a los hospitales a practicar la eutanasia para enfermos en fase terminal. En Estados Unidos de Norteamérica la ley federal prohíbe la eutanasia; sin embargo, estados como Oregon y Nueva York permiten la eutanasia médica con algunas reservas.

Se deduce de todo lo que se ha dicho que si el suicidio puede ser moral y legal; entonces asistir a una persona a que se suicide debería ser también moral y legal. Con esta perspectiva, sin embargo, el Estado tiene derecho a intervenir en el control de tales situaciones con la finalidad de asegurar que el paciente sea capaz de iniciar y consentir tal disposición con conocimiento de causa y no esté coaccionado ni por parte de miembros de la familia ni personal médico. De esta forma la ley, por lo menos en teoría, controla y regula los acuerdos efectuados entre pacientes que son enfermos terminales y sus médicos, con la finalidad de asegurar que tales acuerdos se guíen por una preocupación por la autonomía del paciente individual.

En una sociedad liberal que tiene minorías étnicas y religiosas dentro de ella, estas opiniones diferentes sobre la muerte y el morir, y si tenemos o no un derecho a morir como elijamos, tienen que tolerarse, por supuesto, y tanto los médicos como cualquier responsable de la salud deben ser sensibles a ellas para proporcionar tratamiento médico apropiado. Pero no hay

razón por la que en una sociedad liberal y multicultural los criterios de ciertos grupos religiosos se opongan al punto de vista liberal subrayado anteriormente, ni para que miembros de estos grupos exijan que se convierta en leyes vinculantes para todos su punto de vista particular. Podría ofender a algunos judíos ortodoxos o musulmanes que el suicidio sea despenalizado en nuestra sociedad, igual que ofende a algunos católicos que el divorcio o el aborto sean legalmente permitidos.

Pero en una sociedad liberal éticamente pluralista ninguno de ellos tiene derecho a pedir que el Estado intervenga en temas dentro del ámbito de la moralidad privada. Pueden, como dice Mill, objetar y discutir entre ellos y con el resto de la sociedad, e intentar persuadirles, pero no pueden invocar a la ley a reconocer y ratificar oficialmente sus criterios en contra de criterios ajenos.

Los casos considerados hasta ahora han tenido que ver principalmente con pacientes competentes que han sido capaces de tomar decisiones autónomas sobre cómo acabar con la vida, o de nombrar a apoderados y darles instrucciones claras para que puedan tomar decisiones por ellos. La posición moral en tales casos está clara, aunque podría estar lejos de serlo en la práctica real, y la postura del Estado y la ley, por lo menos en una sociedad liberal, está también clara.

Pero la situación pasa a ser mucho más compleja en aquellos casos en los que la gente no puede tomar decisiones autónomas por sí misma ni designar ni nombrar a apoderados, y en los que otro tiene que tomar una decisión por ellos.

Algunos han sostenido que la prueba objetiva más sólida sobre el “mejor interés del paciente” es la calidad de vida que el sujeto pueda tener. Debe señalarse que la noción de ‘calidad de vida’ tiene varias connotaciones diferentes.

En primer lugar se define en términos del sufrimiento y angustia que ocasionaría al sujeto (neonato disminuído, enfermo de Alzheimer, estados de coma profundos, etcétera) la prolongación de su vida mediante tratamiento activo. En el segundo, se

define en términos de lo que el sujeto elegiría si le fuera posible, lo que implica que algunas formas de vida son tan ‘terribles’ que nadie elegiría continuar viviendo. En tercer lugar, se define de forma más general el término de ‘los mejores intereses del sujeto’, lo que implica que podría convenirle no prolongar su existencia mediante tratamiento activo. Sin duda estas tres definiciones se superponen en la práctica. Se ha mostrado que pacientes individuales (por decisión propia, a través de alguien designado con poderes o por una decisión imputada a ellos) deben tomar la decisión final sobre cómo acabar con la vida, y no un médico o algún agente externo que tome decisiones basándose en alguna prueba médica ‘objetiva’ sobre el grado de valor o calidad de la vida de un paciente, o en el hecho de que la prolongación de la vida de un paciente sería una carga social y económica.

Algunos han visto la admisión del derecho a morir como el primer paso en una pendiente resbaladiza que terminará inevitablemente en algo como el programa de eutanasia nazi en los años treinta, cuando 275,000 personas fueron juzgadas con una base objetivamente ‘científica’, como ‘socialmente inútiles’ y en consecuencia asesinados por personal médicamente calificado en hospitales y sanatorios. El personal médico no ordenó expresamente matar a estos pacientes sino que simplemente dio permiso para hacerlo. Estos centros fueron el prototipo de los campos de exterminio posteriores para los judíos y otras personas ‘racialmente inferiores’. Pero un ‘derecho a morir’ que se basa en todos los niveles en la autonomía moral del individuo está totalmente en contra de tal postura. Estamos en una pendiente resbaladiza sólo cuando nos alejamos de considerar la decisión de acabar con la vida de uno como una decisión moral que pertenece al paciente individual, y que está basada en su derecho a la autonomía moral, y la vemos ante todo como un asunto médico o científico o como un tema social. Por lo tanto, en una sociedad liberal, cualquier legislación que dé expresión al ‘dere-

cho a morir' debe estar relacionada esencialmente con el derecho autónomo del paciente a controlar el final de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- CHARLESWORTH, Max, *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge University Press, 1993.
- , *The Ethics of Happiness*, Geelong, Deakin University Press, 1991.
- FIBLA, Carla, *Debate sobre la eutanasia*, España, Planeta, 1999.
- FOOT, Philippa, "Euthanasia", *Death and Decision*, editado por Ernan McMullin, Washington, American Association for the Advancement of Science, Selected Symposium 18, 1978.
- MONTÓN, Carmen, *El derecho a morir bien atendido*, Aceptensa, Servicio 88/98.
- PROCTOR, Robert, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1989.
- STUART MILL, John, *On Liberty*, editado por R. B. Mc Callum, Oxford, 1946.
- VAN DER MAAS, Paul J. *et al.*, *Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life*, *The Lancet*, 8338, 1991.
- VER PIETER ADMIRAAL, "Is There a Place for Euthanasia?", *Bioethics News*, Monash University, vol. 10, núm. 4, 1991.
- VERSPIEREN, Patrick, *Face a celui qui meurt*, París, Desclée de Brouwer, 1984.
- WATCHER, Maurice A. de, "Active Euthanasia in the Netherlands", *Journal of the American Medical Association*, vol. 262, 1989.
- WEIR, Robert, *Selective Treatment of Handicapped Newborns*, Nueva York, Oxford University Press, 1984.