

RELATORÍA

Eugenia MALDONADO DE LIZALDE*

A mediados de los sesenta renace la preocupación ética vinculada a cuestiones médicas, legales, políticas, sociales y morales, y se introduce muy evidentemente en la vida pública y en el programa filosófico contemporáneo.

Existe una mayor sensibilidad, junto con el mejoramiento de las condiciones de la existencia, sobre el valor de la vida entendida como manifestación de la personalidad humana, lo que desemboca en una reafirmación de la dignidad del sujeto que abarca hasta el momento de su propia muerte. El criterio tradicional del respeto a la vida humana, en virtud de su carácter sagrado, se acompaña con el criterio de si tal respeto se vincula a los conceptos necesarios de calidad —respeto, dignidad, autodeterminación y autonomía de los pacientes— que garanticen su humanización el campo de la medicina y de la disyuntiva vida-muerte.

Los debates sobre el suicidio, la eutanasia y el suicidio asistido médicamente, el aborto, las madres subrogadas y los derechos de la infancia, la clonación, la ética de la guerra y los debates sobre la alimentación de los pueblos que padecen hambre han abierto un espacio a la ética médica, en una relación directa de temas vinculados a la vida, la calidad de vida y la muerte.

* Investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Las cuestiones morales y éticas relacionadas con la ayuda o no ayuda que podrían prestar los médicos a los pacientes que desean morir con dignidad, tiene una importancia primordial para médicos, filósofos, interesados en derechos humanos, abogados y público en general. Se ha avivado el debate al presentarse casos que van más allá de la eutanasia pasiva u ortotanasia para llegar a la eutanasia activa y sus varias derivaciones.

Es importante que nos demos cuenta de que la ética aplicada tiene que crecer a la par que el desarrollo científico y tecnológico, las políticas sociales y las decisiones políticas y económicas, so capa de un terrible rezago humanístico.

Habrá que partir, en este cuestionamiento, de la base de que la vida no puede medirse sólo por su cantidad, sino por su calidad. El derecho a la vida coexiste con el derecho a no soportar tratos inhumanos.¹ Si suponemos que la vida tiene un origen de carácter sagrado, puesto que se basa en la doctrina de la creación del hombre por Dios, nos vemos enfrentados a una ética de carácter teológico que evoca el origen trascendente de la vida en cuanto ésta ha sido dada por Dios al hombre. Ello excluye toda consideración sobre la calidad de la vida, porque tiene un carácter absoluto que escapa a los designios humanos y pertenece a la divinidad. El principio de santidad considera la vida básica y la asocia a una concepción biologicista, sin atender a deficiencias humanas o físicas. A ello se contraponen el principio de calidad que parte del supuesto que la vida es un valor relativo que comprende todos los datos de la experiencia y comunicación humanas, y no sólo una visión acrítica de la vida como simple realidad biopsicológica. La calidad no se refiere a la consideración de la vida como inviolable, sino a algo graduable cualitativamente, no excluyente *a priori* de toda ponderación de otros intereses, como el valor de la vida misma, de las relaciones familiares, la responsabilidad social, etcétera, en la cual el dolor y el

1 Gimbernat Ordeig, Enrique, "Derecho a la vida y eutanasia", *Revista Mexicana de Justicia*, núm. 87, octubre-diciembre de 1987.

sufrimiento no son mesurables objetivamente ni están sujetos al tipo de juicios necesarios para dar forma a una política pública. Empero, el dolor, la insufribilidad del mismo, la humillación y la degradación persisten en el cierto tipo de pacientes a que haremos referencia.

Así, abordamos el controvertido tema de las decisiones relativas al final de la vida, bien sea que el paciente pueda quitársela por sí mismo, como es el caso de suicidio, bien sea que necesite ayuda de otra u otras personas: la eutanasia. En el caso del suicidio, hay otras situaciones en que la enfermedad o la incapacidad pueden impedir la auto-inflicción de la muerte, por lo que se vuelve indispensable, entonces, el auxilio de terceros. Por lo general, y en el mejor de los casos, esas “otras personas” son médicos, y la moralidad de los actos individuales de eutanasia y del auxilio médico al suicidio, así como la legalización o despenalización de tales conductas, constituye una de las más candentes cuestiones del debate ético-moral-social contemporáneo.

Es absolutamente indispensable que tengamos siempre en mente que el tema epónimo debe circunscribirse a los enfermos terminales o desahuciados, o bien, a aquellos aquejados de dolencias que hagan su vida insufrible e intolerable, que pueden o deben tener la oportunidad de escoger su muerte y no verse obligados a sufrir un encarnizamiento terapéutico, respetando así, en su caso, el “testamento vital” o “biológico” del *moriturus*. Este testamento vital debe ser voluntario, serio, consciente y reiterado: deben ser examinadas con cuidado las circunstancias en que se solicita auxilio médico, bien al suicidio asistido, bien a una eutanasia pasiva directa, y debe de ponerse en marcha, a la vez, un sistema de vigilancia administrativa y médica en relación con estas peticiones para evitar rigurosamente todos los abusos posibles; a la vez es necesario que se compruebe que no hubo coerción hacia el paciente, bien familiar bien económica, o bien falta de capacitación y/o información pertinente y actualizada del médico tratante, mismo que debe asesorarse de un

psiquiatra para descartar cuadros agudos de depresión que, de alguna manera, influyen en la decisión del paciente en cuestión.

En circunstancias muy concretas, muy bien reglamentadas, se dice que “es moralmente permisible —y debería serlo desde un punto de vista legal— que los médicos faciliten los conocimientos y/o los medios necesarios para que los pacientes serios, responsables, conscientes e informados puedan quitarse la vida”.²

Evidentemente la instigación al suicidio y la eutanasia plantean el problema de la disponibilidad de la vida humana. La vida humana como tal es un derecho, más nunca se ha dicho que sea un deber, salvo cuando la obligación de vivir es compatible con la admisión de que mi vida no me pertenece sino a una entidad superior; cuando es un don divino, por consecuencia, el suicidio es ilícito. Pero la tesis católica de que es Dios y no el hombre el que puede disponer de la vida, carece de fundamento ético fuera del marco religioso estricto y no puede ser compartido por los ateos, por ejemplo, que son tan ciudadanos —pacientes en potencia— como los demás.³

Otro factor que hay que considerar es la autonomía del paciente. La eutanasia, desde los albores de la cultura occidental hasta el régimen nazi, se basó en motivos sociales, políticos, económicos, médicos o eugenésicos, que rara vez tuvieron en consideración la voluntad de los pacientes.

Hace más o menos tres décadas, con el auge de los derechos humanos, ha quedado muy claro que en el mundo occidental no se tiene derecho en ningún caso a eliminar (*Vernichtung*) a enfermos o minusválidos.

El debate actual reside en saber si los pacientes terminales pueden no solamente rechazar el tratamiento que consideren, piensen o estimen innecesario o perjudicial, sino incluso solicitar que se ponga fin a su vida, ya que de no hacerlo se causa un

2 Dworkin, R. *et al.*, *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Madrid, Cambridge University Press, 2000, p. 12.

3 Gimbernat Ordeig, Enrique, *op. cit.*, nota 1, p. 140.

daño cuádruple, según lo señala el maestro Floris Margadant: los sufrimientos propios del paciente, la tensión emocional para el paciente y su familia, el daño patrimonial para la familia del paciente y el daño para la sociedad que nace del hecho de que a menudo se ocupan instalaciones costosas y escasas, que deberían ser ocupadas para casos de mayor perspectiva vital.⁴

Dworkin⁵ señala lo siguiente:

Nuestra sociedad está basada en el principio de la competición y la juventud, se margina a ancianos y enfermos crónicos de modo sistemático. Pasada la barrera de los 65 años el hombre va sufriendo en sus carnes un conjunto de marginaciones o muertes progresivas, la muerte laboral, la muerte familiar (los ancianos no puede vivir en el seno de la familiar nuclear y por tanto han de vivir solos o ir a residencias, etcétera). Cuando a todo esto se añade la invalidez biológica y la enfermedad, no puede extrañar que los pacientes puedan verse en situaciones tan trágicas que ellos consideren peores que la misma muerte. Éstos son los casos en que suelen pedir la eutanasia. No lo harían si vivieran de otro modo, sin depender de los demás, sin sufrir tanta soledad, sin verse excluidos del mundo de los vivientes. La sociedad tiene el deber de reparar esta tremenda injusticia haciendo por ellos todo lo que esté en su mano...

Ahora bien, el debate se centra no sólo en casos de enfermedades terminales acompañadas de atroces sufrimientos, sino incluso en el supuesto de inválidos tetraplégicos, con gran sufrimiento psíquico y moral. La encuesta de King & Roser, en 1990, demuestra que hay situaciones peores que la muerte; no son variantes relevantes la religión, la edad o la clase social, sino la movilidad física, el dolor, el agotamiento, la capacidad-incapacidad de cuidar de sí mismo, así como la humillación e indignidad que pueden presuponer ciertos tratamientos médicos o cuidados

4 Margadant, Guillermo F., "Eutanasia", *Lex*, año 3, núm. 14, 1988, p. 6.

5 Dworkin, R. *et al.*, *op. cit.*, nota 2, p. 14.

terapéuticos para los pacientes *in extremis*, desahuciados o incapaces.

Así, la polémica se entabla entre la protección oficial a la vida humana *vs.* el derecho de autodeterminación del paciente; así como el riesgo del acortamiento de la vida *vs.* las ventajas de la calidad de la atención médica paliativa, ya que actualmente, salvo el Reino de los Países Bajos, en el Territorio Norte de Australia (en 2000 se dejó en suspenso la legislación relativa; en una población de 168,000 habitantes por 53 votos contra 58) y en el estado de Oregon, Estados Unidos (Acta de la Muerte con Dignidad, 1993), la eutanasia activa, suicidio asistido u homicidio consentido continúan siendo objeto de sanciones penales.

La orientación actual reconoce el derecho del individuo a rechazar el tratamiento médico e incluso el derecho de dejarse morir, así como la correlativa obligación de parte del médico de respetar la voluntad del enfermo. Lo que implica una disponibilidad del bien de la salud o de la vida característica del principio de la personalidad. Bajo este punto de vista nos encontramos ante una paradoja: la medicina con sus enormes adelantos ha contribuido a aumentar los límites de la vida, pero también a alejar a la muerte de forma artificial o artificiosa.

Una perspectiva humanista, metafísica o no, laica o religiosa, radica en reconocer al ser humano una dignidad intrínseca que convierte al sujeto en “un fin en sí mismo” y nunca como un objeto medio. Kant decía, con absoluta razón, que el hombre es un fin en sí mismo y no un instrumento para alcanzar un fin social. Con ello nuestra propuesta es no el estudio entre la viabilidad de la vida y la muerte, sino entre un sufrimiento prolongado e innecesario o no; la muerte de todas maneras habrá de llegar.

Es necesario poner de relieve que hoy en día parece existir mayor sensibilidad en cuanto al mejoramiento de las condiciones de vida, y sobre el valor de la vida entendida como manifestación de la personalidad humana, lo que desemboca necesaria-

mente en una reafirmación de la dignidad del sujeto extendida hasta el momento de su propia muerte.

Así pues, este Debate nos convoca a la respuesta de una pregunta “¿Existe, entonces, la posibilidad ética de solucionar positivamente el problema médico, sociológico y jurídico de quien desea morir y solicita ayuda a tal efecto?”.