

EL DESAFÍO DE LA EUTANASIA

Víctor M. PÉREZ VALERA

SUMARIO: I. *Presupuestos metodológicos subyacentes*. II. *Complejidad del problema eutanásico*. III. *Definición de la eutanasia y conceptos afines*. IV. *El problema de la mistanasia*. V. *¿Qué valor tiene la petición del paciente?* VI. *Los límites de la libertad y de la autonomía*. VII. *El derecho a morir con dignidad*. VIII. *Algunos aspectos jurídicos en Holanda, Bélgica y Estados Unidos*. IX. *La defensa jurídica de la vida: el Consejo de Europa y Francia*.

I. PRESUPUESTOS METODOLÓGICOS SUBYACENTES

A lo largo de nuestro ensayo subyace una antropología filosófica integral. Suponemos una concepción del hombre que valora todas sus dimensiones, lo corporal y lo espiritual, lo material y lo psíquico. Concebimos al hombre, inspirados en la psicología humanista de Víctor Frankl, no sólo como *homo faber*; ser creativo y productivo, no sólo como *homo amans*, ser que ama y que necesita ser amado, sino también como *homo patiens*, como hombre sufriente que puede sublimar y darle sentido al dolor y al sufrimiento. Rechazamos por consiguiente, las concepciones parciales del hombre, sean materialistas, biólogos o economistas. Admitimos la libertad humana como un gran valor pero limitado por la ética y el derecho justo, como lo reconoce el mismo John Stuart Mill. Consideramos la dignidad del hombre como un atributo de la persona más que como una cualidad que puede o no poseer, dependiendo de las circunstancias.

Seguimos como método de nuestra reflexión, aunque no hagamos alusión expresa a él, el método empírico generalizado del notable filósofo

contemporáneo Bernard Lonergan. Él señala como la raíz del conocimiento el deseo puro e irrestricto de conocer y de amar, y denuncia como graves obstáculos al conocimiento los prejuicios o sesgos generales, individuales o de grupo, así como las cegueras (scotosis) intelectuales y valorales. Después de estos prerequisites gnoseológicos se pasa al conocimiento a través de las etapas de experiencia, intelección, juicio y valoración, las cuales suponen en el sujeto estar atento, ser inteligente, ser razonable y ser responsable. El último nivel, el de valoración, incluye la deliberación, la evaluación y la decisión. Las limitaciones de tiempo y espacio nos impiden explicitar con más detalle los diversos aspectos de este método, así como su valoración.

II. COMPLEJIDAD DEL PROBLEMA EUTANÁSICO

Louis-Vincent Thomas, notable tanatólogo francés, decía que la eutanasia era un gigantesco iceberg. En efecto, el drama eutanásico está rodeado de gran oscuridad, confusiones y contradicciones, situaciones en extremo ambiguas y complejas.¹

Es importante, por consiguiente, no caer en polarizaciones y precipitaciones. Ante el candente tema de la eutanasia se requieren análisis finos, profundos y serenos sin prejuicios ni apasionamientos, que distorsionen el planteamiento y las soluciones de tan crucial problema. No se puede realizar una operación de retina o de ingeniería genética, en la que se requiere del rayo láser, con un cuchillo de carnicero.

La eutanasia se presenta como un enorme campo magnético en el que se desarrollan diversas tensiones y entran en juego múltiples valores y antivalores, de lo que resulta un complejo foco de conflictos. En los debates sobre este tema, algunas veces se presentan opiniones radicalizadas y polarizadas por prejuicios, sesgos y cegueras intelectuales y valorales.

Sin embargo, no se puede, ante el drama eutanásico, navegar en el mar de la neutralidad. Es necesario asumir una posición clara después de haber examinado lo más honestamente posible los pros y contras de las diversas opiniones.

¹ Hennezel, Marie de, *La tentación de la eutanasia*, México, Nueva Imagen, 2002, p. 25.

Además, la literatura en torno a la eutanasia es inabarcable: en la última década se han publicado cientos de artículos en revistas especializadas y decenas de libros en prestigiosas editoriales.²

Por consiguiente no es posible en este breve ensayo desarrollar de modo completo la problemática eutanásica en la última década. Nos ceñiremos por tanto, a tratar los puntos que consideramos básicos y aquellos en los que se ha puesto más énfasis en los últimos años.

III. DEFINICIÓN DE LA EUTANASIA Y CONCEPTOS AFINES

Ante todo conviene advertir que el oponerse a la eutanasia no significa caer en el extremo contrario de la *distanasia* o encarnizamiento terapéutico. Ésta consiste en tratar de evitar la muerte a toda costa, sin renunciar a ningún medio, aunque sea desproporcionado. La práctica distanáica también es éticamente reprochable, sobre todo cuando se realiza a ciencia y conciencia, y por afán de lucro. El médico debe estar atento para no dejarse llevar ni por la codicia, ni por la fascinación de la técnica médica.

En algunos casos, la tecnología médica se ha convertido en una amenaza para el enfermo terminal y ha contribuido a su “despersonalización”, y de este modo por reacción, ha llevado a ganar adeptos al movimiento eutanásico.³

La eutanasia se puede definir como la acción directa o la omisión dolosa que provoca deliberadamente la muerte del paciente terminal, con el objeto de poner fin a sus sufrimientos.

Es importante subrayar, que la eutanasia no debe confundirse con *a)* la abstención terapéutica y *b)* las acciones que para aliviar el dolor como efecto secundario acorten indirectamente la vida del enfermo. La abstención terapéutica se denomina *adistanasia*, y las acciones para aliviar el

² Entre las publicaciones recientes podrían mencionarse las siguientes: Gafo, Javier, *Eutanasia y ayuda al suicidio*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1999; Kiper, Jorge, *La justicia en la sociedad que se avecina. La eutanasia*, Argentina, Losada, 1997, t. II; en Urraca Martínez, Salvador (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996; Dworkin Gerald et al., *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Madrid, Cambridge University Press, 2000; Marcos del Cano, Ana María, *La eutanasia estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons, 1999; Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel, *Eutanasia y vida dependiente*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias, 2001.

³ Véase sobre este punto el libro reciente de Pessini, Leo, *Distanasia. ¿Hasta cuándo prolongar la vida?*, México, Ediciones Dabar, 2005.

dolor que incluyen el acompañamiento integral al moribundo se suelen llamar *ortotanasia*, y en medicina cuidados paliativos.

Es clave la distinción entre eutanasia y adistanasia, entre la acción y la omisión. Para subrayar y clarificar estas diferencias la doctora Ulla Quarnstrom,⁴ experta en eutanasia de la Universidad de Bergen, en Noruega, propone los términos “tomar la vida” y “dejar morir”. Dicha distinción está basada en perspectivas metafísicas (diferencia entre acción y omisión), morales (distinción entre omisión dolosa, culposa y razonable) y médicas (aceptación de los probables efectos secundarios de algunos analgésicos y rechazo del encarnizamiento terapéutico).

Por lo que respecta a la ortotanasia o “cuidados paliativos”, es importante la opinión del doctor Maurice Abiven, especialista francés en estas técnicas. Él está convencido de que lo más humano es una oposición razonada a la eutanasia. Nos dice que urge una innovación en la finalidad de la medicina: no sólo curar, sino ayudar en el morir, no sólo combatir el dolor, sino también ayudar a superar la angustia y la tristeza existencial ante la muerte; observa que existe cierta resistencia a esto entre muchos médicos que son, como todo mundo, también presa del miedo a la muerte. En más de 400 casos que él ha tratado, sólo en tres hubo petición de eutanasia. El doctor Abiven concluye su estudio, señalando que es importante crear un nuevo enfoque de la muerte en nuestra sociedad. Aceptar nuestra condición mortal, reinsertar la muerte en el hospital y en la vida, ayudar a manejar las vivencias del trance de la muerte.⁵ En Francia, siete de cada diez pacientes mueren en el hospital o en el asilo. Pero en general, los hospitales no están preparados para ofrecer cuidados paliativos. Y no obstante eso, por varios aspectos sociológicos los familiares

⁴ Ponencia inédita enviada al Primer Congreso Internacional de Tanatología y Suicidología, celebrado en San Luis Potosí, México, 1992.

⁵ Abiven, Maurice, *Une étique pour la mort*, París, Desclée de Brouwer, 1995, pp. 143 y ss.; *cfr.* Hennezel, Marie de, *op. cit.*, nota 1, p. 24. El doctor Yves Camberlein, jefe del servicio de los cuidados paliativos del Instituto de Mountsouris afirma que no ha tenido más de 15 demandas de eutanasia en 15 años. La doctora Marie-Sylvie Richar de cuidados paliativos en la Maison Jeanne-Garnier cuenta con los dedos de una mano las peticiones de eutanasia durante 10 años. En un álgido debate con el ex senador Caillavet el doctor Desmichelles afirmó que en 15 años de experiencia nunca había tenido una demanda de eutanasia, que hubiera persistido después de un acompañamiento de calidad. Hay que promover la ética de los cuidados paliativos. El médico es sanador no suministrador de muerte.

envían a los moribundos a morir en los hospitales. En ellos muchas veces se practican pequeñas crueldades, las enfermeras están sobrecargadas de trabajo, las reglas del hospital todavía son rígidas e inhumanas, se vive la conspiración del silencio y del anonimato, la falta de privacidad.⁶

Por consiguiente, en la formación de un médico no son un lujo los cuidados paliativos. La eutanasia es una confesión de impotencia, pero también, a veces, de falta de capacidad y de apertura a soluciones alternativas. Como dice Hennezel “la confesión de impotencia es también un gesto de omnipotencia”, en cierto modo es más fuerte que la muerte, el poder suministrarla.⁷

Bernard Glorion presidente del Consejo de la Orden de los Médicos en Francia, ante el drama eutanásico reconoce que en buena medida los médicos son culpables: “La medicina responsable del fin del ciclo de una vida ha terminado por olvidar al hombre”.⁸

En efecto, algunos médicos oscilan entre el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia, aunque ésta la disfracen no con la prescripción de cocteles líticos, sino con el incremento exagerado de morfina y barbitúricos.⁹ Por consiguiente, convendría incluir en el currículo del médico asignaturas humanistas, cursos de tanatología y de ética profesional. Sólo el cultivo del acompañamiento integral al moribundo podrá vencer la tentación de la eutanasia.

IV. EL PROBLEMA DE LA MISTANASIA

Para poder situar la eutanasia en un contexto más amplio, conviene aludir brevemente a un problema social que se denominó “eutanasia social” y que actualmente de modo más adecuado se designa con el neologismo mistanasia.

Podemos distinguir tres categorías de situaciones mistanásicas: 1. Las personas que por motivos políticos, sociales y económicos permanecen al margen de la atención sanitaria. Son millones en América Latina los enfermos pobres que en fases avanzadas o terminales de su enfermedad

⁶ Hennezel, Marie de, *op. cit.*, nota 1, pp. 41-58.

⁷ *Ibidem*, p. 75.

⁸ *Ibidem*, p. 76.

⁹ *Ibidem*, p. 83.

no tuvieron acceso a los servicios médicos. Es lamentable la muerte miserable y prematura, sobre todo de niños y ancianos. A estas mistanasias por omisión hay que añadir las mistanasias activas como la política nazi que por motivos ideológico-políticos sacrificó millones de vidas en campos de concentración y en experimentaciones médicas denigrantes. 2. En la segunda categoría caen los pacientes que son víctimas de delitos culposos de los médicos: impericia, imprudencia o negligencia. En ocasiones la impericia se debe a falta de actualización, la imprudencia se puede manifestar en prescribir tratamientos sin examinar directamente al paciente, y la negligencia puede darse por pereza o desinterés del médico o por exceso de trabajo. 3. Un tercer tipo de mistanasia lo constituyen las malas prácticas de médicos o paramédicos que utilizan la medicina para deliberadamente dañar la salud y la vida de un paciente. En este caso estarían los ancianos a los que no les proporcionan alimentación o cuidados adecuados. También en esta categoría estarían los llamados “ángeles de la muerte” que por diversos motivos matan a los pacientes sin su consentimiento. Recientemente se enjuició a seis enfermeras búlgaras y un médico palestino acusados de contagiar deliberadamente el VIH a 426 niños en un hospital de Begasi, en Libia. También sería mistanasia dolosa la extirpación de un órgano vital a un paciente que aún no ha muerto con el fin de realizar un trasplante.¹⁰

Ante este conjunto complejo de situaciones mistanásicas ¿qué sentido tiene, en nuestro medio, postular la eutanasia? La reflexión del prestigioso médico español Diego Gracia, a este respecto, es muy acertada:

Si la sociedad primero pone a las personas en una situación de marginación e injusticia que es peor que la muerte y luego atiende con toda solicitud sus deseos de morir, me parece que tenemos razones para afirmar que esta sociedad ha envejecido en términos morales. La eutanasia resulta del todo injustificable si por ella entendemos la eliminación física de quienes ya han sido socialmente eliminados por el azar o la sociedad. En estos casos, la simple y sencilla eliminación física de los pacientes irrecuperables surge como un signo de envejecimientos moral.¹¹

¹⁰ Pessini, Leo, *Eutanasia ¿por qué abreviar la vida?*, México, Dabar, 2006, pp. 168-175.

¹¹ Gracia, Diego, “Historia de la eutanasia”, en Gafo, Xavier (ed.), *La eutanasia y el arte de morir. Dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 1990, pp. 13-20.

V. ¿QUÉ VALOR TIENE LA PETICIÓN DEL PACIENTE?

Como el concepto de eutanasia, también las peticiones de ella están surcadas de ambigüedades. ¿Cuál es el significado real de una petición concreta de eutanasia?, ¿cuál es el trasfondo verdadero?, ¿cuál es el deseo profundo que se expresa en esa petición?, ¿no son muchas veces, como en el suicidio demostrativo de los adolescentes, una petición de mayor atención, cuidado y ayuda?

El doctor Emmanuel Goldenberg, psiquiatra y psicoanalista francés, después de estudiar innumerables casos, piensa que en general el acto eutanásico no es una genuina demanda del enfermo. El enfermo pide ayuda, y si no comprendemos el sentido profundo de su petición, determinamos que desea la muerte.¹²

En efecto Louis-Vincent Thomas afirma que “pedir no es siempre desear, y menos aún querer”.¹³ Escuchar la ambivalencia de una demanda eutanásica conduce a evaluarla y a tomarla en serio, lo que no significa tomarla a la letra, ni menos llevarla a cabo. Puede ser un grito desesperado del enfermo de manifestar su vulnerabilidad, su soledad y abandono, y una demanda de acompañamiento y amor.

“No se trata —observa Hennezel— de hacerse eco de la queja del moribundo, de entretenerlo, sino de ayudarlo a salir y confrontar eso que todavía lo mantiene con vida a pesar de su voluntad de morir... se trata de demostrarle... que hasta los últimos instantes tiene importancia como ser humano para nosotros”.¹⁴

¿Cómo podríamos hacerle para que la muerte como lo enunciaba la doctora Kübler-Ross fuera la última etapa del crecimiento? Es posible —no es una utopía— dar a esa persona la vivencia de su dignidad y así atenuar la angustia de la última etapa de su vida. Así lo atestiguan Françoise Glorion y su equipo, Wouters y su asociación, Marie Hennezel y muchas personas más.

Con todo, es Patrick Verspieren el que, después de haber observado cuidadosamente el medio hospitalario, hace un análisis más profundo de

¹² Goldenberg, Emmanuel, “Du sens d’une mort échangée”, *Partir, L’accompagnement des mourants*, Entretiens avec E. Hirsch, París, Cerf, 1986, pp. 51-69.

¹³ Louis-Vincent, Thomas, *La muerte*, Barcelona, Paídos, 1991, p. 96.

¹⁴ Cfr. Hennezel, Marie de, *op. cit.*, nota 1, p. 99.

este punto. Para Verspieren la petición de eutanasia puede conllevar cuatro ambigüedades.¹⁵

La primera ambigüedad consiste en la confusión entre los medios y los fines. Cuidadosas encuestas en hospitales geriátricos y de enfermos terminales, revelan que las personas que solicitan la eutanasia la piden condicionalmente, “si llegara a sufrir demasiado”.

Estos ancianos consideran la eutanasia como un medio para evitar el sufrimiento extremo. Lo que piden es no ser abandonados en este sufrimiento. Esto crea todo un reto para los que atienden al enfermo. Sin más, darle la muerte al paciente sería tomar como fin lo que él pedía como medio, se asumiría su petición a la letra, sin comprender su verdadera demanda.

Una segunda ambigüedad consiste en que en algunos pacientes una parte de su yo quiere la muerte, la otra no la quiere. Muchos médicos advierten este lenguaje contradictorio. El paciente quiere y a la vez no quiere que se le dé la muerte. Si el que atiende al enfermo le da la muerte, él fue el que eligió uno de los dos aspectos de la voluntad del paciente y desatendió el otro. Estos impulsos contradictorios en nuestro interior los expresa brillantemente John Keats en su carta a un amigo: “día y noche, ansió que la muerte me libere de estos dolores, y también deseo que la muerte se aleje, porque lo destruiría todo, incluso esos dolores que son mejor que nada. La tierra y el mar, la debilidad y la decadencia separan, pero la muerte es la separación definitiva”.¹⁶

La tercera ambigüedad tiene que ver con la firmeza de la petición. ¿El que pide morir lo pide con un deseo constante o sólo de manera transitoria? ¿Esta voluntad persistiría si se le proporcionara atención y se le ayudara con cariño a aceptar sus limitaciones?

A este propósito, recordemos que las etapas por las que pasa el moribundo en los estudios de Kübler-Ross y Paul Sporken nos ponen en alerta para no tomar la determinación de un estado de ánimo pasajero por la auténtica voluntad del interesado.

La cuarta ambigüedad se evidencia ante las siguientes interrogantes. ¿El que invoca o desea la muerte quiere morir o pide ser matado? No es lo mismo, ¿lo piden de inmediato o para después? Algunos enfermos in-

¹⁵ Verspieren, Patrick, *Le paradoxe euthanasie*, pp. 89-98.

¹⁶ Keats, John, “Carta a Charles Brown”, en Forman, Maurice B. (ed.), *The Letters of John Keats*, Oxford, Oxford University Press, 1931, p. 224.

terrogados responden: no ahora no, sino cuando sea necesario. Así, frecuentemente el acto de pedir ser matado no es una voluntad firme y estable o al menos no una demanda irrevocable.¹⁷

Otro aspecto no muy claro a este propósito, se refiere a la lucidez y libertad con la que un enfermo terminal puede hacer una decisión responsable. En un estudio realizado mediante pruebas de razonamiento de Piaget a 63 enfermos graves, entre 45 y 75 años, considerados normales mentalmente, comparado con otro grupo de 28 adultos sanos de alrededor de 80 años, se descubrió que el grupo de enfermos graves presentaba resultados muy pobres en las pruebas de razonamiento, equivalentes a los obtenidos en niños menores de 10 años.¹⁸

Sin embargo, sería simplista afirmar, declara el doctor Abiven, que todas las demandas de eutanasia sean falsas demandas. Pero también sería honesto afirmar, que el testimonio de los médicos que se dedican a los cuidados paliativos, concuerda en que casi la totalidad de las peticiones cesan cuando se proporciona un adecuado tratamiento del dolor y un acompañamiento integral.¹⁹

Verspieren concluye su estudio diciendo que para la mayor parte de los seres humanos la vida aparece todavía como un valor, aun cuando esté marcada por múltiples pruebas.

¹⁷ Marie Hennezel considera que, en general, la ejecución de las eutanasias dejan una *tristeza permanente* en el fondo del corazón, a pesar de cierto alivio (Hennezel, Marie de, *op. cit.*, nota 1, p. 15) Henrie Caillavet es senador francés defensor de la eutanasia. Cuando su padre de 86 años le pidió la eutanasia él la realizó, pero confesó: “ese fue un momento terrible, un recuerdo muy difícil de llevar, a pesar de que no me arrepiento de nada”. Así mismo reconoce que él no le pediría lo mismo a sus hijos. Tampoco —él añade— lo haría con mi madre, la mujer que me dio la vida. Eso no es posible (*ibidem*, pp. 119-131). El médico Gilbert Desfosses jefe de un equipo móvil de cuidados paliativos afirmó en el debate “Morir con dignidad” (10 de mayo de 1999) “esas personas que matan... están marcadas de por vida... una persona que ha practicado la eutanasia no sale indemne...”. Algunas enfermeras que han practicado la eutanasia son perseguidas por fantasmas que como las *Erinias* de la tragedia griega son perturbadoras del sueño (*ibidem*, p. 157). El doctor Vincent Meininger es más tajante: la eutanasia es “de una violencia psicológica extrema” (*ibidem*, p.158).

¹⁸ *Cfr.* Cassell, Eric J., *Ann. Intern. Med.*, núm. 134, 2001, p. 1120-1123.

¹⁹ Abiven, Maurice, *op. cit.*, nota 5, p. 144.

VI. LOS LÍMITES DE LA LIBERTAD Y DE LA AUTONOMÍA

Las discusiones en torno a la eutanasia entre los años treinta y los ochenta del siglo pasado, giraban más bien alrededor del motivo de piedad ante el sufrimiento del enfermo terminal. También se observaba en esos años que el dolor y el sufrimiento son fenómenos muy *sui generis* en los que entran varios factores subjetivos que no pueden medirse desde fuera. En otras palabras, nos encontramos ante una variable negativa y opresora, pero indeterminada e indeterminable. Al parecer en ninguna área de la práctica médica se podría tomar una decisión tan drástica e irreversible como la eutanasia sobre la base de síntomas indeterminables.

Finalmente se ponderaba lo contradictorio que resultaba defender la eutanasia en una época en la que habían progresado tanto las técnicas de los cuidados paliativos y en la que se vislumbra todavía un progreso mayor.

Por todo lo anterior, en la última década, las sociedades eutanásicas han enfatizado mucho más otros argumentos, entre los que destacan: el valor de la libertad (autodeterminación) y de la autonomía del paciente.

No pretendemos elaborar aquí un tratado sobre la libertad, pero si parece oportuno hacer algunas observaciones. Ya John Stuart Mill, aunque de tendencia utilitarista, observaba en su célebre ensayo *On Liberty*, que las sociedades civilizadas no concedían el derecho a venderse a sí mismo como esclavo, si bien esta prohibición limita la autodeterminación. Él escribe: “no hay libertad que permita alienar la libertad”. En otras palabras Stuart Mill sostiene que “somos libres para ser libres, no libres para ser esclavos”, lo cual además de establecer que no existe una libertad absoluta, insinúa que la verdadera libertad debe ser orientada por los valores.

Esto no obstante, las modernas concepciones individualistas propugnan una autonomía absoluta del hombre. En esta visión de la libertad existe un derecho a privarse de la vida, pero como tal derecho no es suficiente para legalizar la eutanasia, la Hemlock Society pretende extender ese derecho a los profesionales de la salud o a las personas que se presten a proporcionar esa ayuda. Como puede observarse están también en estos casos implicados los profesionales de la salud, y su actuación debe ser evaluada no sólo en razón de intereses personales, sino en función, sobre todo, del bien común y del *ethos* profesional.

Una enfermera en un debate en torno a la eutanasia dijo que se exige que se respete la “libertad” del paciente de acabar con su vida, pero que

no se respeta la libertad de la enfermera. “Ustedes tienen el derecho de suicidarse —ella subrayó— pero no pueden pedirme a mí que yo los mate. Pienso que es respetar al otro el no pedirle que cometa tal acto”.²⁰

Bernard Lapointe médico responsable de la unidad de cuidados paliativos del hospital de Notre Dame de Québec asegura que como en el mito de Esculapio el poder destructivo de la medicina amenaza el orden del mundo. La prohibición de matar no es sólo religiosa, sino también psicológica. Tiene sus raíces en lo profundo de nuestro inconsciente. Si se nos autoriza a matar, perderíamos la confianza de nuestros pacientes, se destruiría nuestra profesión... Por lo demás el conflicto de libertades no puede resolverse arrojando al otro a un callejón sin salida. Toda libertad tiene un límite y supone una responsabilidad ¿Acaso tenemos libertad con L mayúscula, absoluta?²¹

Estos enfoques individualistas de la libertad tienen su fuente de inspiración en Kant, pero lo curioso es que este autor rechaza expresamente el “derecho” al suicidio y a la eutanasia:

Si para escapar a una situación dolorosa, se destruye él a sí mismo, hace uso de una persona *como mero medio* para conservar una situación tolerable hasta el fin de la vida. Mas el hombre no es una cosa; no es, pues, algo que pueda usarse como *simple medio*; debe ser considerado, en todas las acciones, como fin en sí. No puedo, pues, disponer del hombre, de mi persona, para mutilarle, estropearle, matarle.²²

La autonomía externa aunque es generalmente respetada por el derecho, también es justa y frecuentemente limitada por algunas normas jurídicas. Estas limitaciones son fundamentalmente impuestas en aras del bien común de la sociedad, y a veces incluyen el no ocasionarse daños a uno mismo: de este modo se prohíben, el homicidio consensual, el duelo, los sacrificios humanos consentidos, la donación de órganos vitales no duales aun por motivos altruistas, el uso de determinadas drogas, etcétera.

Aplicando estas consideraciones a la eutanasia voluntaria, caigamos en la cuenta que cuando el derecho prohíbe esta acción no quita al individuo totalmente su libertad de elección. En primer lugar existe la opción

²⁰ Cfr., Hennezel, *op. cit.*, nota 1, p. 147.

²¹ *Ibidem*, pp. 150-156.

²² Kant, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Barcelona, Planeta-De Agostini, 1997, pp. 78 y 79.

de renunciar al tratamiento, en segundo lugar se puede elegir el uso de drogas analgésicas, que incluso como efecto secundario puedan acortar la vida, y finalmente la opción discutible y controvertida de procurarse a sí mismo la muerte.

En el caso de la eutanasia, subyace una sutil pero gran contradicción: no puedo transferir mi soberanía a otro sin perderla. El permitir a otra persona matarnos es la más radical abdicación de la soberanía.²³ Ningún defensor serio de las libertades civiles y del derecho a la autodeterminación debería considerar esta posibilidad como razonable.

Quedaría, finalmente, por considerar si el enfermo terminal actúa con plena libertad o sufre diversos tipos de presiones. Veamos algunos ejemplos. En los años ochenta el médico alemán Julius Hacketal estableció en Munich una clínica eutanásica que denominó Eubios y editó un filme para justificar su práctica. Marie Hennezel analizó cuidadosamente la película, se trata de una mujer con cáncer en el rostro: en ningún momento la mujer pide que se le mate, sino expresa su sufrimiento y su desesperanza. En ningún momento hay muestras de compasión o de ternura por parte del médico. Más aún Hacketal no la escucha, la interrumpe, la manipula.²⁴

Otro documental alemán, *La muerte por demanda*, fue analizado críticamente por Herbert Hendin en su libro *Seducido por la muerte*. Cees un hombre con SLA (enfermedad neuromuscular) pide la eutanasia. Él y su esposa después de algunos titubeos aceptan ser filmados. Allí también aparece la pregunta clave ¿está usted seguro de querer la eutanasia? Es la esposa la que responde. La eutanasia es orquestada por el médico y la esposa.

En Canadá se presentó en 1994 un caso similar. Sue Rodríguez aceptó ser filmada en su muerte. Comenzada la filmación ¿tenía libertad de cambiar su decisión? Al parecer ella se salió del guión cuando respondió sonriente a la pregunta sobre si deseaba morir: “¡No!, yo no tengo deseo alguno”.²⁵

23 En un documento conjunto de la Iglesia anglicana y católica presentado el 7 de julio de 1993 al Comité de la Cámara de los Lores se señala: “El derecho a la autonomía personal no puede exigir una acción a otra persona. Los pacientes no pueden exigir ni deben estar en condiciones de exigir que los médicos colaboren para provocar su muerte...” Kiper, Jorge, *op. cit.*, nota 2, p. 201.

24 Hennezel, Marie de, *op. cit.*, nota 1, pp. 101-103.

25 *Ibidem*, pp. 224-226. Véase también Lorda, P. S. y Vidal, A. C., “Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida”, en Urraca Martínez, Salvador (ed.), *op. cit.*, nota 2, p. 332.

VII. EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

Los defensores de la eutanasia acuñaron primero la expresión “derecho a morir”. Con esta expresión se pretendía convertir el suicidio y la eutanasia en un derecho civil. No deja de ser curioso que a un hecho natural e inevitable como la muerte se le quisiera incluir entre los derechos humanos. En un segundo momento se creó el slogan “derecho a morir con dignidad”. Pero ¿qué es la dignidad?, ¿puede ésta perderse con el dolor o el sufrimiento?

La doctora Renné Sebag-Lanoë, jefe del servicio de gerontología y cuidados paliativos del hospital Paul-Brousse, en un interesante artículo titulado *El precio de la dignidad (Etudes, septiembre 1993)* nos dice que el anciano vive situaciones difíciles, penosas, dolorosas y la pérdida de la autonomía exterior, pero que esto no significa que haya perdido su dignidad.

Hay una dignidad intrínseca, propia del ser humano, pero también existe una dignidad subjetiva que depende de la autoestima. Aunque ésta no es la dignidad esencial, también es importante, y en buena parte depende de la atención y cariño que se brinde al paciente. Esta dignidad puede incrementarse, e incluso afirma Hennezel, que ante una persona en estado de coma puede continuar la comunicación en un nivel muy profundo, de inconsciente a inconsciente.²⁶

En efecto, se puede hacer mucho para mejorar la calidad de vida de los enfermos, y mucho depende de cómo se aborde la enfermedad, la dependencia y la aproximación de la muerte. El gran principio —afirma la doctora Sebag-Lanoë— es el respeto por la persona, sin importar su edad, estado de salud o de dependencia.

Este aprecio de la dignidad del enfermo conduce a proporcionarle cuidados eficaces, personalizados y respetuosos. Cuidados médicos de calidad con atención especial a la autonomía, al dolor y a la depresión. Este trato cariñoso y respetuoso se manifiesta en pequeños detalles que son de gran importancia.

No es fácil, dice Marie Hennezel, ayudar a los médicos y a los familiares a superar la “peligrosa piedad” que no soporta la lenta agonía y presiona para adelantar la muerte. Ella ha visto los extraordinarios efectos saludables que ocasiona una suave caricia en la mejilla, la silenciosa presencia, amorosa y tranquila al lado del enfermo... Si se valorara la

²⁶ Hennezel, Marie de, *op. cit.*, nota 1, p. 137.

afectividad en el ámbito sanitario las demandas de eutanasia y la tentación de practicarla disminuirán notablemente.

En la compasión existe ternura, lo que no significa sensiblería o sentimentalismo. Ternura en griego es *storge*, fuerza. En efecto, ella es un sentimiento que proporciona fuerza, que sostiene.²⁷

El sufrimiento y la angustia son ingredientes de la vida, ellas generan la capacidad de compasión. Según Silverman y Broker expertos en clínica del dolor, la ansiedad, el temor y la preocupación ocasionan mayor percepción del dolor, pero si los pacientes reciben atención y cuidado perciben menor sensación de dolor.²⁸

Así pues, la dignidad es algo inherente a la condición humana, cualesquiera que sean las circunstancias de la existencia. Dignidad significa la grandeza y el valor que hacen al ser humano único, irrepetible, original, sin copia; es inalienable, indisociable de la humanidad misma, no depende de la existencia o carencia de determinadas cualidades que no constituyen o suprimen el valor de la persona. Kant decía que la dignidad es el valor de la persona, lo que se halla por encima de todo precio.

Verspieren advierte que se debe hablar con más cuidado y no confundir las alteraciones del cuerpo o de la personalidad con la pérdida de la dignidad. El anciano que sufre graves deficiencias de ninguna manera ha perdido su dignidad de hombre, de persona, de ser humano.

En efecto, todos aspiramos a la paz y rechazamos la violencia, aunque a veces no caigamos en la cuenta que difícilmente puede encontrarse un acto más violento que suprimir la vida de un ser humano.

No perdamos de vista que el primero de los derechos fundamentales del hombre es el derecho a la vida y el respeto a su dignidad. Estos derechos radican en la raíz más profunda del ser humano y no son por consiguiente concesiones del Estado, ni su vigencia está sujeta a encuestas de opinión, al voto de la mayoría parlamentaria o al consenso social.

Definitivamente el “derecho a morir” no es un derecho humano fundamental. Recientemente la señora Diane Pretty afectada de una severa parálisis solicitó a los jueces británicos que autorizaran a su esposo a aplicarle una inyección letal. La petición fue denegada porque las leyes de Inglaterra penalizan la eutanasia. Entonces la señora Pretty acudió a la

²⁷ *Ibidem*, p. 193.

²⁸ *Cfr.* Urraca Martínez, Salvador, “Eutanasia y aspectos humanos en el morir”, en Urraca Martínez, Salvador (ed.), *op. cit.*, nota 2, p. 174.

Corte Europea de Derechos Humanos, aduciendo los artículos 2o. y 3o. de la Convención de Derechos Humanos, que prohíben “los tratamientos degradantes e inhumanos” y pidió la condena del Gobierno del Reino Unido por privarla de su derecho a morir. La Corte de Estrasburgo rechazó la demanda por considerar que los artículos citados pretenden salvaguardar el derecho a la vida y no pueden interpretarse en el “sentido diametralmente opuesto”, como un supuesto derecho a la muerte.²⁹

VIII. ALGUNOS ASPECTOS JURÍDICOS RECIENTES EN HOLANDA, BÉLGICA Y ESTADOS UNIDOS

En los últimos años nos encontramos con algunos proyectos legislativos y con algunas legislaciones que tienen que ver con el problema que tratamos. Entre los proyectos legislativos conviene destacar el de Henri Caillaud, del 6 de enero de 1978, en el que proponía, ante el senado francés, una ley sobre eutanasia plagada de ambigüedades.

Un poco después en Italia, el diputado socialista, Loris Fortuna presentó un proyecto de ley, el 19 de diciembre de 1984, oscuro y confuso que ponía al enfermo terminal en la pendiente de la eutanasia. Dos años más tarde el senador Adriano Bompiani propuso un proyecto de ley para proteger los derechos del enfermo. Ahí se consideraba a la eutanasia “la más grave manifestación de la cultura de la muerte”.³⁰

En 1988 el senador socialista español Cesáreo Rodríguez Aguilera propuso la despenalización de la eutanasia al sugerir la abrogación del artículo 409 del Código Penal español que sanciona la ayuda al suicidio con pena de 6 a 12 años de prisión, y de 12 a 20 si la ayuda llega al grado de ejecutar él mismo la muerte.³¹

Holanda es un caso especial, el 18 de octubre de 1972 se formó una comisión de 15 miembros para estudiar la posible legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. El informe final fue concluido el 19 de agosto de 1985, en él 13 de los 15 miembros de la comisión se inclinaban a que bajo ciertas circunstancias la eutanasia no se tipificará como delito. Igualmente se opinaba que ella fuera realizada exclusivamente por médicos.

²⁹ Cfr. Rosa, Giuseppe de, “A proposito di Eutanasia e di «Diritto a morire»”, *La Civiltà Cattolica*, núm. 3646, mayo de 2002, pp. 361 y ss.

³⁰ Monge, Fernando, *¿Eutanasia?*, Madrid, Editorial Palabra, 1989, p. 26.

³¹ *Ibidem*, p. 29.

Con base en este informe se presentó en noviembre de 1991 una propuesta de ley, la cual se discutió en marzo de 1992 y se convirtió en el esquema básico de la Ley del 10 de abril de ese año. Allí se autorizaba al médico a ejecutar la eutanasia bajo ciertas condiciones: previa consulta a un comité de médicos, enviar un informe al fiscal que explicara los antecedentes del caso y la modalidad eutanásica elegida para que el fiscal, asesorado por un médico, emitiera un informe.

Finalmente, el 9 de febrero de 1993 se aprobó por 91 votos contra 45 que el médico pudiera ejecutar la eutanasia activa bajo las siguientes condiciones: petición clara y reiterada del paciente afectado de una enfermedad incurable y con sufrimientos insoportables, que el médico debiera consultar con un colega y con la familia del paciente, y que enviara al médico legista municipal la respuesta por escrito a un cuestionario de 23 preguntas.

Con todo, el artículo del Código Penal que sanciona la eutanasia ni se abrogó ni se derogó.

Una encuesta realizada en la Universidad Libre de Ámsterdam a seis meses de la reforma, entre 521 médicos, reveló que una cuarta parte de ellos no dirigió el informe a la fiscalía, y uno de cada 10 ni siquiera consultó a otros médicos.³²

Un grupo de adultos minusválidos protestaron ante esta semidespenalización frente al Parlamento holandés: “sentimos que nuestras vidas están amenazadas... nos damos cuenta de que suponemos un gasto muy grande para la comunidad... mucha gente piensa que somos inútiles... nos damos cuenta, a menudo, de que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte... nos resulta peligroso y aterrador que la nueva legislación incluya a la eutanasia”.³³

El proyecto legislativo no se detuvo en la sola despenalización. El pasado 10 de abril de 2001 el Senado de Holanda legalizó la eutanasia voluntaria activa y directa, en medio de grandes protestas. La amplia plaza situada enfrente del Parlamento de la Haya estaba completamente llena por miles de manifestantes que se oponían a esta legislación. Para mu-

³² Niño, Luis Fernando, *Eutanasia, morir con dignidad*, Buenos Aires, Universidad, 1994, pp. 235 y 236.

³³ Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, *La Eutanasia*, Madrid, Ed. PPC, 1993, p. 47.

chos, como el arzobispo Adrianus Simonis de Utrech, éste fue un “mar-tes negro” para Europa y para el mundo. Él piensa que no se consideró suficientemente la injusta presión que esta ley puede ejercer en la conciencia de muchos médicos, paramédicos, y enfermos terminales. Se teme, además, que esta legislación “contagie” a otros países. En efecto, el 16 de mayo de 2002 se legalizó la eutanasia en Bélgica. Existen algunas diferencias entre la ley holandesa y la belga. Ésta, utiliza el término eutanasia, la holandesa, en cambio, recurre a expresiones descriptivas. En la ley holandesa se legaliza también el suicidio asistido, en cambio en la ley de Bélgica no se aborda este tópico. En Bélgica, al médico se le exige la consulta de un colega, como también en el caso de Holanda, pero en Bélgica existe la obligación de consultar a otro médico más, si se prevé que la muerte natural no sucedería a corto plazo.

El médico que practicó la eutanasia debe informar a la Comisión Federal de Control y Evaluación, cuya composición y funcionamiento se describen detalladamente en los artículos 5o. al 13. El artículo 14 establece claramente que la práctica o participación en la eutanasia no se puede imponer a nadie. Así mismo el artículo 15 declara que para los efectos en los contratos y particularmente en los seguros, la eutanasia legal se considera como muerte natural.³⁴

El Código Penal se modificó de la siguiente manera:

Artículo 293

1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una multa de la categoría 5.

2. El acto al que se refiere el párrafo 1o. no será considerado una violación a la ley si lo lleva a cabo un médico que haya atendido a los requisitos de la debida diligencia establecidos en el artículo 2o. de la Ley sobre la Cesación de la Vida a Petición y el Suicidio Asistido (Procedimientos de Revisión) y si el médico notifica al patólogo municipal sus acciones en conformidad con las disposiciones del artículo 7, párrafo 2o. de la Ley del Funeral y de la Cremación.

³⁴ Cfr. Elizari, Javier, *El derecho abre las puertas a la eutanasia*, Moralia 25, 2002, pp. 144-146.

El artículo 294 tiene el siguiente texto:

Artículo 294

1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta.

2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con multa de categoría 4. El artículo 293 párrafo 2o., se aplicará, *mutatis mutandis*, a éste.

Parece oportuno hacer algunos breves comentarios a esta nueva legislación.

Ante todo, como ya hemos observado varias veces a lo largo de nuestro estudio, la liberalización de la eutanasia afecta seriamente el ethos médico. La experiencia de la fragilidad humana ha demostrado que una vez practicada la eutanasia fácilmente se convierte en un hábito. Y esto mina la confianza del paciente en el médico y se genera un miedo cerval que hace todavía más difícil la recuperación de la salud. Esto pasó en Holanda hace varios años y está pasando actualmente. Otorgar al médico el poder de matar recrearía una variedad de muerte legal y degradaría el ejercicio de la medicina.

En efecto, la famosa antropóloga Margaret Mead nos traza a grandes rasgos un breve bosquejo de la función del médico: entre los pueblos primitivos la función del médico y del hechicero la desempeñaba la misma persona, ella tenía el poder de curar y el poder de matar. Con el advenimiento de la cultura griega ambos poderes quedaron claramente separados. En nuestro tiempo la perspectiva es preocupante: la sociedad intenta de nuevo, con el aborto y la eutanasia, regresar al médico el poder de matar. Ojalá la sociedad proteja al médico de esta peticiones.³⁵

En segundo lugar consideramos que si se toma en serio el segundo requisito sobre el dolor y el sufrimiento difícilmente se autorizaría algún caso de eutanasia. A este respecto la doctora Cicely Saunders comenta “el sufrimiento sólo es intolerable cuando falta cuidado”.³⁶

³⁵ Mead, Margaret, *Human Life Review*, Nueva York, núm. II, 1988, p. 63.

³⁶ Citado por Pessini Leo, *op. cit.*, nota 3, p. 292.

En tercer lugar conviene señalar que una encuesta del departamento de Geriátría del hospital de la Universidad de Utrecht revela que un 46% de los pacientes pide la eutanasia para eludir el dolor, y otro 46% para evitar el estrés que ocasiona el pensar en la muerte. Es terrible que la eutanasia se convierta en remedio para la depresión.³⁷

La investigación del caso holandés realizada por Hebert Hendin, psiquiatra estadounidense, reveló perfiles dramáticos: muchos pacientes fueron “liberados de sus sufrimientos” sin su consentimiento (según el reporte Van der Maas en cerca de 1000 casos). Incluso una religiosa fue sacrificada porque según el médico sus convicciones religiosas le impedían demandar la muerte. También se ha aplicado la eutanasia a personas que sufrían psicológicamente, cuyo estado de salud física era bueno. Asimismo se ha aplicado a enfermos crónicos que hubieran podido vivir varios años. Supuestamente la eutanasia aumenta el poder de los pacientes, en realidad, ha aumentado el poder de los médicos, y los ha convertido en tanatócratas, según expresión de Ziegler.³⁸

En suma, los requisitos que señala la ley holandesa (artículo 2o.) para no sancionar al médico que realiza la eutanasia están surcados de ambigüedades; se exige:

Petición voluntaria y meditada de parte del paciente. Ya hemos aludido a lo difícil que resulta interpretar la petición del enfermo, que además puede ser víctima de estados depresivos y presiones.

Dolor insoportable sin posibilidad de mejora. Existen diversos tipos de padecimientos, ¿cómo se puede con certeza saber si son insoportables? Es prácticamente imposible medir el dolor y determinar si es soportable o no. Precisamente la medicina paliativa hace soportable el dolor como lo manifiestan el doctor Robert Twycress de la Clínica MacMillan de la Universidad de Oxford, entre otros muchos, y los recientes reportes, al respecto, de la Asociación Médica Británica y de la hospedería St. Christopher's de Londres.

Irreversibilidad de la enfermedad. No sólo se dan con cierta frecuencia errores en los diagnósticos, sino también, aunque raramente, curaciones extrañas fuera de toda expectativa. Si estamos contra la pena de muerte debido a la falibilidad de los jueces, deberíamos estar contra la eutanasia debido a la falibilidad de los médicos.

³⁷ Kiper, Jorge, *op. cit.*, nota 2, p. 22.

³⁸ Hennezel, Marie de, *op. cit.*, nota 1, pp. 230-233.

El consentimiento informado que se supone posee el paciente adolece de la falibilidad del médico de que hemos hablado.

La consulta y opinión de otro médico fue de las normas que más frecuentemente violaron los médicos holandeses.

Finalmente, *se pide al médico matar con el máximo cuidado y esmero profesional*. Es curiosa esta estética de la muerte: rápida, eficaz e incruenta. ¿Se pretende que un desenlace así no ocasione dolor, sino alegría y paz? El comentario de Philippe Ariès es muy pertinente: “Acabamos de ver cómo la sociedad moderna privó al hombre de su muerte y cómo sólo se la restituye si no la utiliza para perturbar a los vivos. Recíprocamente, prohíbe a los vivos que se muestren emocionados por la muerte de los otros, no les permite ni llorar a los difuntos ni demostrar extrañarlos”.³⁹

El miedo a ser sacrificado sin su consentimiento, ha ocasionado que alrededor de 60 mil pacientes holandeses se adhieran a la Asociación Alemana del paciente que les indica cuales hospitales son *seguros*.⁴⁰

Si del continente europeo pasamos al americano, observamos que en el estado de Oregón se realizó en 1994 un referéndum sobre la eutanasia, en el que el “sí” triunfó por escaso margen 51% contra 49%. Sin embargo, en el referéndum de noviembre de 1997 el “sí” alcanzó 60%. Con anterioridad, otros referendos Washington y California habían dado como resultado el rechazo a la eutanasia por escaso margen.

Con base en el referéndum de 1994 se elaboró la Ley Oregón Death with Dignity Act, que, sin embargo, al parecer no ha entrado en vigor debido a las discusiones que se han suscitado sobre su constitucionalidad. A este respecto conviene añadir que en abril de 1997, el Congreso de los Estados Unidos prohibió al gobierno federal recaudar fondos para la práctica del suicidio asistido.

En contraste con lo anterior, conviene destacar algunas consideraciones del informe New York State Task Force on Life and The Law realizado en 1994.

- El Estado debe prevenir los errores y abusos que sucederán de forma necesaria si se autorizara a los médicos a realizar la eutanasia.

³⁹ Hidalgo, Adriana, *Morir en occidente*, Buenos Aires, 2000, p. 213, citado por Andruet, Armando S. (h), *Bioética, derecho y sociedad*, Argentina, Alveroni, 2004.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 234.

- La legislación de la eutanasia supone una amenaza para un número mayor de personas que podrían someterse a esta opción por presiones y coacciones.
- La legislación de la eutanasia no protegería a individuos vulnerables, enfermos terminales e incompetentes.
- Los médicos podrían ejercer coacciones sobre sus pacientes o dejarse presionar por los costos sanitarios.
- Se embotarían nuestras percepciones morales de respetar la vida.
- Es difícil trazar un límite en un tema en que existe una tendencia a evaluaciones subjetivas.⁴¹

IX. LA DEFENSA JURÍDICA DE LA VIDA: EL CONSEJO DE EUROPA Y FRANCIA

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa publicó en 1999 la famosa recomendación 1418 sobre la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos incurables y moribundos. Allí afirma claramente que “el deseo de morir de un enfermo incurable o moribundo no puede nunca constituir un fundamento jurídico de su muerte a manos de un tercero”.⁴²

En el espíritu de esta recomendación el mismo organismo europeo editó el documento 10,455 sobre el acompañamiento de los enfermos al fin de la vida, el 9 de febrero de 2005. En este documento de 35 páginas no sólo se rechaza la práctica de la eutanasia, sino que se exhorta a los países miembros a, “conforme al principio de promover los derechos y la dignidad del hombre... poner en práctica una verdadera política de acompañamiento al fin de la vida, que no despierte el deseo del enfermo de poner fin a sus días”.⁴³

Sin duda estas y otras razones aducidas por el Parlamento del Consejo de Europa influyeron en los legisladores franceses, ya que según una encuesta de la ADMD sólo 6.9% de los parlamentarios franceses están a favor de una ley que despenalice la eutanasia. El mismo ex senador Henri Caillavet que tanto luchó en pro de la eutanasia, recientemente declaró:

⁴¹ Cfr. Serrano y Ruiz-Calderón, José Miguel, *op. cit.*, nota 2, pp. 26 y 27.

⁴² <http://assembly.coe.int/documents/workingdocs/doc03/fdoc9923.htm>.

⁴³ <http://assembly.coe.int/documents/workingdocs/doc05/fdoc10455.htm>.

“Personalmente yo me inclino por el modelo alemán. La prohibición de matar debe continuar, pero en caso de un *estado de necesidad*, cuando los sufrimientos son intolerables, cuando el paciente no puede continuar con su vida y reclama la muerte, un espacio de seguridad jurídica debe ser garantía para los médicos que recurran a la eutanasia”. Se pretende dar a los médicos *seguridad jurídica*, pero no caen en la cuenta que esa ley *daría inseguridad* a los pacientes más vulnerables y más débiles. Trivializar la eutanasia y legalizarla indiscriminadamente sería una catástrofe.⁴⁴

Robert Badinter a quien se debe la abolición de la pena de muerte en Francia se ha expresado con claridad: “El sólo valor de la ley en este dominio es el de proclamar el respeto por la vida”...luego, citando a Portalis añadió: “es necesario ser cauto en cuanto a las novedades legislativas... existen ciertos dominios en que la ética es preferible a la ley”.⁴⁵

Semejante al razonamiento de R. Badinter es la reflexión del doctor Diego Gracia: “No debemos obcecarnos pensando sólo en las leyes. Los pueblos se salvan o se hunden por algo anterior a las leyes y que constituye su fundamento, los usos y costumbres, los hábitos morales, los ideales de vida... (el médico) debe promover el respeto a los pacientes. Pero lo que no debe hacer nunca es intervenir activamente en procesos que tengan por objeto poner fin a su vida”.⁴⁶

En esta línea se manifestó recientemente el legislador francés. Veamos con más detalle esta interesante legislación. Después de unas sesiones tumultuosas en el Senado y un debate profundo y sereno en la Asamblea Nacional el 22 de abril de 2005 se publicó en Francia la nueva ley “relativa a los derechos de los enfermos y al fin de la vida”. Los debates parlamentarios habían sido precedidos por una intensa campaña mediática a favor de la eutanasia.⁴⁷

⁴⁴ Hennezel, Marie de, *op. cit.*, nota 1, p. 212.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 214.

⁴⁶ *Cfr.* Gracia, Diego, “Eutanasia: estado de la cuestión”, en Urraca Matínez, Salvador (ed.), *op. cit.*, nota 2, p. 291. Véase también su declaración ante la Comisión del Senado Español (Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel, *op. cit.*, nota 2, p. 16).

⁴⁷ Para este apartado véase www.assembly.coe.int/ y Verspieren, Patrick, “La loi sur la fin de vie. De l’émotion à la pondération”, *Études*, núm. 4034, octubre de 2005, pp. 329-340.

Se ponderaban desmesuradamente los casos límite y sobre todo el caso de Vincent Humbert, tetraplégico que había dirigido al presidente de la República una emotiva carta pidiéndole su derecho a morir. A la postre el 24 de septiembre de 2003, su madre le inyectó una perfusión tóxica. Vincent pasó a cuidados intensivos, pero el doctor Chaussoy puso fin a la terapia y le aplicó una inyección letal. Algunos medios de comunicación presionaban a los legisladores a encontrar una “solución jurídica” que beneficiara a las dos personas implicadas en este hecho.⁴⁸

Por principio el gobierno francés se opuso a legislar en un ambiente de tanta tensión emocional y decidió crear una comisión que acumulara información en torno al “acompañamiento al fin de la vida”. Los 31 diputados de esta comisión sostuvieron algunas reuniones tensas e infructuosas. El tacto y talento de Jean Lecontti, presidente de la comisión, encaminó la reflexión a un terreno en el que se superaron los prejuicios emocionales y partidistas. Se decidió escuchar las opiniones de más de 80 expertos de diversas orientaciones. El resultado fue una obra de más de 900 páginas de gran riqueza de información y reflexión. Fue necesaria una comisión que realizara una síntesis que concluía con dos principios: “respetar la vida y aceptar la muerte”. También se visitaron los Países Bajos en donde la eutanasia está bajo ciertas condiciones legalizada, e igualmente tuvieron contacto con unidades de cuidados paliativos. Al aceptar la complejidad del problema se logró superar los *slogans* superficiales, las actitudes simplificadoras y la ridiculización de las posiciones contrarias. Así, en un ambiente calmado y sereno se vio que no se podían dejar las cosas como estaban, pero tampoco convenía legalizar la eutanasia.

En Francia han contribuido a profundizar el tema de la muerte las reflexiones de filósofos, historiadores y sociólogos. Entre los primeros destaca la influencia de la filosofía personalista de Emmanuel Mounier, y entre los segundos sobresalen los estudios de Philippe Ariès. En nuestras sociedades ya no se vive de cara hacia la muerte, sino que ésta se ha convertido en tabú, se le rechaza y se le considera inaceptable. La muerte se ha desplazado del hogar al hospital. Allí se le oculta y a veces se le manipula. Se pasa del “dejar hacer”, “dejar pasar” al encarnizamiento terapéutico. Existe desconcierto en las familias y confusión, así como falta de

⁴⁸ Puede verse la historia y cuatro reflexiones de este caso desde diversas disciplinas en Pessini, Leo, *op. cit.*, nota 10, pp. 216-230.

claridad entre algunos juristas e incluso entre médicos sobre el término eutanasia y sobre los límites legítimos de la abstención terapéutica.

El reporte francés constata también la desaparición de los ritos funerarios, la deformación de las visiones religiosas y las concepciones individualistas de la libertad y de la autonomía.

Es obvio que la legislación francesa no pretende responder a todos los interrogantes, ni solucionar todos los problemas, pero descartada la legalización de la eutanasia, juzga indispensable clarificar los términos del debate, subrayar los derechos del enfermo y aportar modificaciones legales y deontológicas que propicien cuidados razonables que disminuyan o hagan tolerables los sufrimientos de los enfermos. Ante todo se distingue el acto deliberado de provocar la muerte de la razonable abstención terapéutica o del empleo de analgésicos que puedan influir en la duración de la vida.

Al precisar los conceptos del debate se concluyó que la antigua terminología de eutanasia “directa”, “indirecta”, “activa” y “pasiva” genera más confusión que claridad. El reporte francés define a la eutanasia como “un acto deliberado practicado por un tercero, destinado a provocar la muerte de un enfermo para evitarle sufrimientos”.

La misión parlamentaria francesa ha considerado las experiencias holandesas y belgas. En estos países, después de algunos años de prácticas eutanásicas permisivas en determinadas circunstancias, éstas fueron despenalizadas: en Holanda en abril de 2001 y en Bélgica en mayo de 2002. Uno de los principales objetivos de estas reformas legales era el poner fin a las eutanasias clandestinas. La misión francesa llegó a la conclusión que este objetivo no se logró en los Países Bajos. Entre otros estudios conviene hacer referencia a los artículos de un autor holandés H. Jochemsen publicados en *Laennec*, una prestigiada revista francesa de ética médica.

Con todo, se discutió la posibilidad de modificar el Código Penal francés para despenalizar la eutanasia en circunstancias muy precisas. Pero se concluyó que sería muy difícil precisar esas circunstancias y que se corría el grave riesgo de abrir un camino que fuera más allá de lo que pretendía el legislador.

Existía, además, una propuesta del Comité Nacional de Ética de introducir una “especie de eutanasia de excepción”. Es decir que el enfermo pudiera someter su caso a una comisión de expertos, que pudieran cam-

biar las reglas jurídicas considerando el caso concreto. Esta propuesta fue muy criticada pues aparecía la fragilidad del razonamiento jurídico de esta demanda.

Se observó que ningún médico, jurista o paramédico que trabajara con moribundos, de los consultados, aconsejó la despenalización de la eutanasia. Lo anterior no impide ni al Ministerio Público ni a los tribunales el ponderar las circunstancias atenuantes de cada caso. Se adujeron, además, en contra de la despenalización argumentos de más envergadura: primero la repercusión que la despenalización de la eutanasia traería para los enfermos en general y para los enfermos terminales en particular, la angustia que podría suscitarse en ellos y, en segundo lugar la vulneración de la relación de confianza médico-paciente.

Quedaba al legislador francés una tarea importante: enfatizar y fortalecer los derechos del enfermo. La Ley del 4 de marzo de 2002 sobre los Derechos del Enfermo establecía que “ningún acto médico o tratamiento podría practicarse sin el consentimiento de la persona, y que este consentimiento se podría retirar en cualquier momento”. Sin embargo, se pedía al médico no sólo que se consagrara al cuidado de su paciente, sino que intentara convencer a éste de que aceptase los cuidados que se juzgaran indispensables. Podría existir una sutil contradicción entre ambos mandatos, pero sobre todo se apreciaba que el médico permanecía sin protección jurídica. La nueva Ley del 22 de abril de 2005 en el artículo 5o. hace consciente al médico de su deber de informar al paciente de su estado de salud y de las consecuencias de su elección al rechazar el tratamiento. Asimismo el médico debe escribir en el reporte médico la decisión del enfermo.

El médico puede tratar de convencer al enfermo de que acepte los cuidados indispensables y se puede ayudar para ese fin de otro miembro del cuerpo médico, pero sobre todo se le pide al enfermo reiterar su decisión después de un tiempo razonable. Todo esto debe escribirse en el reporte médico.

En cualquier caso el médico tratará de salvaguardar la dignidad del enfermo y procurará ayudarlo atendiendo a la calidad del fin de su vida, proporcionándole cuidados paliativos. Sin embargo, la ley reconoce la libertad de rehusar todo tratamiento e incluso la alimentación artificial.

Especial atención se presta, en la nueva legislación, a evitar el encarnizamiento terapéutico. Con este fin se enunció un principio general, se

señalan tres criterios sobre la abstención o interrupción del tratamiento y se prevén algunos modos de proceder. Se debe evitar todo “encarnizamiento terapéutico”, ya que el médico no debe dejarse llevar por una obsesión irracional de curar. ¿Cuándo se puede considerar irracional una terapia? El tratamiento se puede interrumpir o no empezar cuando resulte inútil, desproporcionado o que no tienen otro objeto sino mantener artificialmente la vida. En estos casos el médico puede pedir la opinión de otros médicos y debe consultar a la persona de confianza designada por el enfermo, a los familiares del enfermo y las directivas que éste haya señalado, si ya no es capaz de expresar su voluntad.

Estos procedimientos son obligatorios y pretenden evitar, por un lado las decisiones unilaterales, solitarias y precipitadas, y por otro preparar a la familia del enfermo a la aceptación de la muerte.

Como estos casos pueden ser muy complejos la legislación reenvía en varias ocasiones al código sanitario, al Código de deontología médica y a las normas de “buena práctica” elaborados por la autoridad competente. Con todo, permanecen algunos puntos ambiguos, ¿la alimentación básica puede ser obstinación irracional?

La comisión se preocupó también por los cuidados paliativos. El miedo al sufrimiento es uno de los grandes temores en la fase terminal de la vida; por consiguiente, es importante crear una nueva cultura de los cuidados paliativos y reforzarla con normas concretas para que los hospitales puedan dar servicios adecuados en esta línea.

En caso de enfermedad grave o incurable expresamente la ley autoriza tratamientos para aliviar el dolor que como efecto secundario puedan abreviar la vida, el enfermo debe ser advertido de este riesgo. Con esto se le dio carta de ciudadanía al principio de doble efecto, que por lo demás desde hacía tiempo era de uso corriente la moral cristiana. Este principio requiere varias precisiones que podrían desarrollarse en el Código Deontológico.

En suma, la tradición jurídica francesa ha hecho honor a su prestigio al elaborar una ley sabia y razonable sobre un tema tan complejo como el de la eutanasia. En la elaboración de esta ley se supieron superar las presiones mediáticas y los enfoques meramente emocionales y, de ese modo, de manera ponderada se preservó el valor de la vida, se atendió, mediante los cuidados paliativos, a la dignidad del enfermo, y se evitaron los extremos de la eutanasia y la distanacia.

No podemos concluir este ensayo sin advertir que la norma jurídica concreta no puede desligarse de los grandes principios éticos, ni de los grandes principios jurídicos que establecen los derechos humanos fundamentales, entre éstos, está el derecho a la vida. No proteger ésta, heriría de muerte un punto neurálgico básico y fundamental del orden social, y por tanto, también del sistema jurídico.