

Eutanasia: Aspectos éticos controversiales*.

RODRIGUEZ CASAS Rómulo César

La vida constituye un valor superior y es la base de sustentación para todos los demás valores.

La muerte como episodio final de la vida, es un evento tan natural y frecuente como el nacimiento. Como fenómeno biológico y como proceso clínico debería tener su lugar en la formación y en el bagaje de conocimientos del médico. Sin embargo, esto no es siempre así, con frecuencia el profesional de la salud se encuentra no preparado psicológicamente y médicamente para manejarlo, haciendo que su actuación en muchos casos no beneficie al paciente (1).

En tiempos pasados, la mayor parte de las personas morían en casa, en medio de sus seres queridos, con atención religiosa, sabiendo que iban a morir y con todas las facilidades para tomar las decisiones pequeñas o grandes. La ciencia y la tecnología médica, a cambiado la forma de morir que era tradicional, hoy la muerte se ha “hospitalizado”, produciendo una involuntaria deshumanización de la medicina (2).

La palabra eutanasia proviene de las voces griegas eu = bueno y thanatos = muerte, “Buena muerte”. Este término a evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona a petición suya, con el fin de minimizar el sufrimiento (3).

Dentro de la concepción de eutanasia, es conveniente diferenciar primeramente lo concerniente a:

1. Eutanasia voluntaria activa: Es sinónimo de matar. El médico accede al pedido explícito de un paciente competente, de realizar un acto que causa la muerte del mismo, la cual se produce usualmente inmediatamente, después de terminarlo. La acción del médico es tanto necesaria como suficiente (4,5)
2. Eutanasia voluntaria pasiva: Es el dejar morir. Es cuando el médico responde al pedido de un paciente competente de no aceptar un tratamiento sabiendo que al hacerlo, el enfermo morirá más rápido que si el médico no hubiese aceptado la solicitud y hubiera iniciado o continuado dicho tratamiento.

A esta forma de eutanasia se le describe como rechazo o interrupción de medidas de apoyo vital.
3. Suicidio asistido (por el médico): El médico provee de medicina u otras intervenciones a solicitud implícita de un paciente competente, comprendiendo que este intentará usarlas para cometer suicidio. La muerte no es el resultado directo de la acción médica, pues su participación es un componente necesario, pero no suficiente (4,5).

* Monografía de Doctorado en Medicina.
Tutor: Dr. Raúl León Barúa.

En la evolución histórica de la eutanasia vemos como en Grecia y en la Roma Antigua era frecuente que los enfermos sin cura se quitaran la vida o que incluso el médico les administrase veneno con ese fin (6). Posteriormente con la denominada Escuela de Cos, cuyo mayor representante fue Hipócrates; se inicia el estudio científico de la medicina y además sus miembros establecieron ciertos principios para la práctica de la medicina, que quedó plasmado en el juramento hipocrático, en el que juraba defender la vida, incluso la del moribundo.

Más adelante, el surgimiento del cristianismo ayudó a reforzar la tendencia hipocrática de respetar la vida y convirtió el rechazo a la eutanasia en tendencia mayoritaria.

En las últimas décadas del siglo pasado y en las primeras del presente, surgen teorías como la degeneración innata, el Darwinismo Social, exponen que hay unas vidas que no merecen vivirse, mencionando entre éstas, a los enfermos terminales, enfermos mentales, niños deformes, sociópatas, alcohólicos, etc. Como bien sabemos, el nacional socialismo alemán llevó a la práctica algunos de estos argumentos, terminando con el terrible genocidio judío, haciendo de la eutanasia un derecho del estado sobre la vida de los individuos.

En las décadas siguientes surgen algunas entidades en pro de la legislación de la eutanasia, como algunos intentos aislados, pero no es hasta la década de los 70 que surge en Holanda un movimiento de opinión pública que apoya la posición de los galenos que cometían eutanasia (4,7).

Es a partir de ese momento y con el auge en los años siguientes que ha venido a tener el derecho de autonomía, dentro de la ética médica, que los movimientos a favor de la eutanasia han surgido con mayor fuerza y su intento por lograr la legislación de la eutanasia en los diferentes países, ha sido cada vez más intenso; incluso en muchos de ellos, apoyados por una fuerte corriente de opinión pública. Sin embargo, hasta el momento la eutanasia, no ha sido legalizada en forma completa y total en ningún país del mundo; es cierto, que en algunos se han dado ciertas legislaciones “permissivas” (por ejemplo Holanda), en otros incluso se ha dado marcha atrás en algunos aspectos que habían sido permitidos (por ejemplo Australia), esta “falta de legalidad”, a mi modo de ver refleja los grandes problemas y controversias éticas que hasta el momento no han podido ser del todo dilucidadas.

Es por ello, que en Derecho y Ética suelen darse casos de derechos conflictivos. El derecho de una per-

sona, cómo y cuándo morir (autonomía) parece entrar con colisión con otros valores significativos, como la salvación y la prolongación de la vida humana. En los conflictos morales, los que deciden los tribunales, no se resuelve el asunto moral conflictivo, pero los argumentos y las cuestiones que se invocan en las disputas jurídicas, reflejan las dimensiones éticas del problema (2).

En el presente trabajo intento exponer y dar alguna visión sobre algunas controversias y problemas éticos acerca de la eutanasia, por supuesto no es mi intención, ni mucho menos llegar a conclusiones a una problemática aún vigente para la humanidad; en todo caso esto intentará dar un punto de vista personal al respecto.

En todas las definiciones de Eutanasia que se han dado con anterioridad, se menciona a la competencia del paciente como un elemento que se hace la diferencia. Es por ello que desde el punto de vista ético, la eutanasia activa estaría permitida si se hace con el consentimiento pleno y claro del paciente, el cual es autónomo y por ende dueño de su vida (4).

Es en las últimas tres décadas que este principio de autonomía a desplazado a la beneficencia, como primer principio de la ética médica. Esto ha sido la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática. Como resultado de ello la relación entre el médico y el paciente es ahora más franca y abierta, y en ella se respeta más la dignidad de los pacientes (8).

Pero esto a su vez, significa que cuando todo los seres humanos que componen un grupo social viven de forma adulta y autónoma, hay mucha probabilidad, de que no solo en el mundo de la política, sino también en el de la moral y el de la religión, mantengan posiciones diferentes. De aquí derivaban dos consecuencias: La primera, que una sociedad basada en la libertad y la autonomía de todos sus miembros ha de ser por necesidad plural y pluralista, es decir que sus miembros no sólo tendrán opiniones políticas religiosas, morales, etc. distintas, sino que además se comprometerán a respetar las de todos los demás, a condición de que también éstos respeten las suyas. La segunda consecuencia es que además de plural esa sociedad deberá de ser secularizada, ya que resultará prácticamente imposible lograr la uniformidad en materia religiosa (9).

El principio de autonomía tiene su equivalente en lo que otros han dado en llamar el concepto de “Libre albedrío”, esto es, la libertad y capacidad plena para decidir nuestras acciones y plasmar nuestra conducta; en pocas palabras, la facultad de autodeterminación, pero

esta libertad, a su vez ya tendría sus bases en la evolución de la vida y por ende, éste “libre albedrío” ya estaría condicionado en parte en las personas, por hechos evolutivos (10,11).

Es en base a aquellos y otros aspectos que se ha dicho que la autonomía tiene restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas.

En las primeras se incluyen por ejemplo disfunciones cerebrales, traumatismos o falta de lucidez mental; mientras que en la segunda algunos hechos externos como la coerción, el engaño físico y emocional o la privación de información indispensable, hacen que la persona si bien tiene capacidad de autogobierno, no la pueda emplear en una acción autónoma.

El derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía, no es absoluto. Cuando ese derecho entra en conflicto con el de la integridad de otras personas surgen varias limitaciones. Una de ellas es el derecho del médico, como persona a su propia autonomía. El paciente no puede violar la integridad del médico como persona, si por ejemplo éste se opone por razones morales a la eutanasia; no se puede esperar que respete la autonomía del paciente y reprima su propia integridad. Esto en el futuro, se convertirá en un asunto de importancia cada vez mayor, a medida que se legalicen los procedimientos debatibles por razones morales, como la eutanasia voluntaria o el suicidio asistido. Sin embargo, pienso que ninguna normal legal podrá obligar al médico a condicionar o renunciar a sus principios éticos es decir a su integridad. Porque como sabemos, las normas legales son expresión de un momento o circunstancia política, social o económica, por lo tanto pueden ser cambiantes de acuerdo al tiempo o la circunstancias que primen en ese momento; Por el contrario los principios y normas éticas tienen una trascendencia mayor en la integridad de las personas.

Por ello, tanto el médico como el paciente están obligados a respetar la integridad de la otra persona y ninguno puede imponer sus valores al otro.

Llevado a sus últimos extremos, el derecho de autonomía moralmente justificable, podría minar el carácter comunitario de la existencia humana. La autonomía convertida en un derecho absoluto, conduce al atomismo moral, al privatismo y a la anarquía. Los seres humanos, son animales sociales y no pueden realizarse sino en las relaciones sociales. La comunidad en que reside el paciente tiene también sus derechos morales. Esta dimensión comunitaria de la ética médica, está en peligro de verse comprometida si el impulso dado actualmente a la autonomía, no se modula y equilibra

de acuerdo con los derechos morales de las otras personas y la comunidad (12).

Por todo lo anteriormente expuesto, es que concuerdo con Pellegrino, cuando menciona que muchas de las deficiencias morales del concepto y principio de la autonomía, mejoran cuando consideramos el concepto más fundamental de integridad de las personas, del que la autonomía es una expresión parcial e incompleta.

La integridad es un concepto más complejo que el de autonomía. La integridad abarca la autonomía porque la pérdida de ésta impide que se obre como ser humano intacto y completo. Sin embargo, la autonomía no es sinónimo de integridad de la persona, ya que la integridad incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo. La autonomía es una capacidad de la persona total, pero no es el total de las capacidades de una persona. Podemos resumir las diferencias entre la autonomía y la integridad del siguiente modo: La autonomía es una capacidad inherente al hecho de ser persona racional. Es algo que tenemos o poseemos. Si no hemos desarrollado nuestra capacidad para emitir un juicio racional carecemos de autonomía y podemos perder la que tengamos al perder esa capacidad racional. Podemos disponer de varios grados de autonomía, según la interacción de impedimentos internos y externos en el funcionamiento de nuestra capacidad para elegir y actuar con autodeterminación. En esas circunstancias, nuestro derecho a la autonomía se puede trasladar a las decisiones de un sustituto moralmente válido o ha un documento tal como un testamento de vida, un poder notarial duradero o una orden médica. La transferencia de nuestra autonomía es una violación de una parte importante de nuestra humanidad, aunque no nos priva de nuestra condición de seres humanos.

Por otra parte, la integridad, es un asunto de existencia.

Es un atributo de todos los seres humanos, en pleno uso de sus facultades o no, adultos o niños, conscientes o inconscientes. No admite grados, ni se puede perder.

La integridad no es algo que tenemos, es parte de nuestro ser como humanos. No se puede transferir a nadie. Violar nuestra integridad es violar todo nuestro ser como criaturas humanas (12,13).

Desde este punto de vista, la restauración de la integridad de la persona, es la base moral de la relación del médico con el paciente.

Los principios de intimidad, autonomía y respeto a la integridad de la persona, son necesarios pero no totalmente suficientes para preservar la integridad de la

persona enferma en la transacción médica. Lo indispensable es la persona de integridad, la persona de entereza moral que respete los matices y las sutilezas del derecho moral a la autonomía. Por tanto el médico debe ser una persona que tenga la virtud de la integridad, una persona que no solo acepte el respeto de la autonomía de otros como principio o concepto, sino también en la que se puede confiar para que interprete su aplicación con la máxima sensibilidad moral. El médico nunca debe olvidar que automáticamente es un cómplice moral de cualquier política, acto o decisión que ponga en peligro la integridad y autonomía del paciente.

Por estas razones para tomar decisiones moralmente justificables, la decisión no debe ser tomada por el médico en lugar del paciente ni por éste independientemente del médico o de la comunidad. Desde el punto de vista fenomenológico, estos elementos de una decisión médica son inseparables. La condición moralmente óptima es aquella en la cual la decisión proviene del médico y del paciente. Por su parte, el médico debe tomar la decisión “por y con el paciente”; “por” no significa “en lugar del paciente”, sino “por sus intereses”.

Esta formulación preserva el derecho legal a la intimidad, el derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas (12,13).

A pesar de todos los argumentos éticos antes mencionados, en la práctica cuando un paciente con enfermedad terminal acompañada de gran sufrimiento, decide someterse a la eutanasia, es muy difícil saber con certeza si el paciente está en capacidad de dar un consentimiento informado y pleno para tomar una determinación libre, de tal importancia.

Ante esta situación, cabe preguntarnos: ¿Si cómo médicos, hemos agotado todas nuestras capacidades ante el paciente? ¿Acaso estamos emocionalmente mal preparados para aceptar la muerte, cuando esta es inevitable?. ¿Hemos realizado un manejo integral y racional de nuestro paciente terminal?.

El paciente terminal que adopta la eutanasia como último recurso para librarse del sufrimiento, en muchas ocasiones tiene comprometido su psiquismo, se deprime, puede alterar aún su raciocinio y por lo tanto disminuir su capacidad de elección; si tratamos su depresión y estado psicológico es posible que mejore su actitud mental desapareciendo las ideas de autodestrucción. De la misma manera si tratamos adecuadamente el dolor y la sintomatología de estos pacientes podremos haberles dado una gran ayuda (10).

Todas estas medidas al llevarse a cabo en el paciente terminal es lo que se ha denominado el cuidado paliativo óptimo, que es obligación y deber del médico conocerlo, enriquecerlo y practicarlo; pues no se trata de la administración mecánica y automática de medicación sintomática, o medidas de rutina o de tipo empírico, sino que por el contrario se trata del cuidado integral, multidisciplinario racional y comprometido de un ser humano en la etapa más crítica de su relación con el profesional médico.

Al respecto la organización mundial de la salud a propuesto 7 puntos en el cuidado paliativo, que redondean la idea del cuidado integral:

1. Cuidado activo y total.
2. Manejo multidisciplinario de la calidad de vida.
3. Control de los síntomas.
4. Mantenimiento de la función.
5. Soporte psicosocial y espiritual.
6. Soporte espiritual de la familia.
7. Atención integral del fin de la vida. (1)

Al final el médico debe distinguir claramente entre prolongar la vida y prolongar la muerte, si lo primero tiene sentido lo segundo no. El médico necesita mucha ecuanimidad para evaluar que debe hacerse o que no, buscando siempre el bien del paciente. El médico bueno, no es el que “hace hasta lo último” por el paciente; en medicina hay que saber hacer y no hacer, los “encarnizamientos terapéuticos” no tienen sentido (14).

Otro aspecto controversial es sobre el concepto de “calidad de vida” en los pacientes terminales, el cual arrastra consigo una carga de subjetivismo y un riesgo de arbitrariedad, que lo convierte en un tema bioético incómodo (13).

La calidad de vida solo es dimensionado en toda su magnitud por el propio paciente. Es por tanto difícil determinar la “calidad de vida de una persona”, porque contiene un elemento subjetivo que difiere de una persona a otra y hasta puede variar en una misma persona de un momento a otro. Por estas consideraciones, es que se ha intentado incluso cuantificar la calidad de la vida, mediante el empleo de fórmulas; pero esto no ha hecho más que hacer aún más obvias las distorsiones y discriminaciones que se producen, prejuzgando a favor de los jóvenes, de los que tienen menos lastres hereditarios y en general, de lo social y económicamente privilegiados (13).

Por ello fundar la decisión de un tratamiento en “la calidad de la vida” es éticamente más problemático que fundarlo en hechos objetivos referidos al pronóstico y

evolución de la enfermedad. Pese a la incertidumbre de hacer predicciones respecto a la evolución de un paciente, esta tarea se basa en información objetiva. Todas las cuestiones científicas tienen un grado de incertidumbre sus verdades son probabilísticas, antes que absolutas, pero la falta de certeza no hace que tales hechos sean menos objetivos.

Por último no debe confundirse la “calidad de la vida” con el concepto de “valor de la vida”, pues si la calidad es variable, el valor de la vida humana no lo es y siempre será independiente de la circunstancias. (14,15)

En relación al uso de medios ordinarios y extraordinarios en el paciente terminal, esto también ha generado algunas posiciones disímiles. Se ha dicho que para no faltar a la ética médica deben usarse los medios ordinarios, pero no hay obligación de usar los extraordinarios (16).

Pero en la práctica es muy difícil separar unos de otros, pues lo que antes fue extraordinario puede resultar en el presente ordinario, es decir que estos conceptos pueden cambiar circunstancialmente en el tiempo y lugar. Por ello en bioética los conceptos de ordinarios y extraordinarios, suplantaron a los de proporcionados y no proporcionados.

Hay 4 criterios que pueden servir para clasificar un recurso de extraordinario o no proporcionado para un paciente:

1. El sufrimiento que produce no compensa el beneficio buscado para el enfermo.
2. El beneficio obtenido no tiene significancia, si se evalúa dentro de la salud total del paciente.
3. El recurso tiene bajo porcentaje de efectividad.
4. El paciente, la familia, o la sociedad debe hacer una gran erogación para obtener el recurso (14)

Acordar el cese de medidas extraordinarias o desproporcionadas de mantención vital o suspender todo tratamiento cuando ya se ha restaurado el proceso de muerte, no son realmente concesiones hechas al movimiento pro-eutanasia, ya que no se dan los elementos básicos de un acto eutanático: falta la voluntad explícita y ratificada del paciente, y no se está realmente decidiendo la omisión o intervención que transforme una situación de vitalidad desesperada en uno de muerte

acelerada (13).

La gama de aspectos o cuestiones éticas controversiales en relación a la eutanasia, es por supuesto más amplia y vasta, de lo que me he referido. Mi intención ha sido sólo ocuparme de algunos de ellos, que a mi juicio son los más relevantes. La discusión y la confrontación al respecto queda abierta y deberá llevar a enriquecer las decisiones que en el futuro adopte la sociedad en su conjunto.

Mientras tanto, el médico debe empezar a asumir plenamente el rol que la sociedad le ha asignado en el cuidado del paciente, rol que incluye su activa participación en el proceso que antecede al final de la vida y durante el acto de morir.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Solidoro A. El Médico, La Muerte, y el Morir. Rev. Diagnóstico 1999; 38(1): 36-42.
2. Carrasco AM, Piskorz S. XVI Jornadas Nacionales de Derecho Civil. Comisión N° 9 . Etica y Derecho Civil. “Reflexiones para la muerte digna y los proyectos de ley en nuestro país - Argentina” - Internet.
3. Euthanasia and physician Assited Suicide. Internet.
4. Montori V. Medicina Ethica et Thanatos. Universidad Cayetano Heredia. Lima.1996.
5. Bernat J, et al. Patient Refusal and Hydratation and alternative to Physician - Assisted or Voluntary Active Euthanasia. Arch Intern Med 1993; 153:2723-28.
6. Emanuel EJ. The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. Ann Intern Med 1994; 121:793-802.
7. Miles SH et al. Race Hygiene and National Efficiency: The Eugenics of Wilhelm Schallmayer. JAMA 1989; 261:300-1
8. Llanos R. Bioética y Humanismo. Diagnóstico 1998; 37(6): 362 - 365.
9. Emanuel E. Euthanasia: Historical, Ethical and Empire Perspective. Arch Intern Med 1994; 154:1890-58.
10. León Barúa R. Bases Biológicas de la Etica Diagnóstico 1998; 37(5): 311-316.
11. D.D. Raphael. “Moral philosophy”. Oxford University Press. 1994. Pág. 91 - 114.
12. Bioética -Temas y Perspectivas. Publicación científica N° 527-OPS. 1990. Pag. 3-49.
13. Kottow M. Introducción a la Bioética. Obra editada por el Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad de Chile con el Auspicio del Programa Regional de Bioética de la OPS. 1995. Pág. 91 - 114.
14. Vélez LA. Etica Medica. Correo. 1996.
15. Cruz PA. Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y la eutanasia. Internet.
16. Declaración de la Comisión Central de Odontología de la OMS. Sobre la Eutanasia. Universidad de Navarra Departamento de Bioética. Marzo 1986.