



LA EUTANASIA, A 25 AÑOS DE LA “IURA ET BONA”

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema de la eutanasia, analizando distintos aspectos y disímiles puntos de vista sobre la misma, especialmente los que ofrece una mentalidad utilitarista y hedonista que ha ganado terreno en los últimos años, unida al liberalismo que exalta hasta la hipertrofia la autonomía de las personas. Las opiniones de la autora están basadas en una perspectiva personalista y cristiana.

Palabras clave: Eutanasia; muerte digna; sacralidad de la vida; Bioética y Derecho.

INTRODUCCIÓN

La mayor parte del debate actual sobre el final de la vida, oscila entre la Eutanasia y el Encarnizamiento terapéutico. El asunto se complica cuando no se trata del paciente sometido a tratamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), sino de pacientes con un riesgo más o menos mediato de muerte o dolor, o más aún, a personas con proyectos de vida severamente deteriorados. Tanto si se atrasa como si se adelanta ese momento único, personal e irrepetible, se pierden o se manipulan vidas y la comunicación con el enfermo. Como señala Jean François Malherbe, pensador católico de la Universidad de Lovaina: “*La Eutanasia y el Encarnizamiento terapéutico, son excesos simétricos de una misma tendencia*”...¹

Desde los tiempos primitivos, el hombre ha luchado contra la naturaleza por la supervivencia, por eso no se

Lic. Hilda Santiesteban Badía*

“A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin”.

Juramento hipocrático, siglo V a. C.

concebía la idea de proteger a los seres inútiles, enfermos o heridos; por tanto, es posible ver como desde el inicio de la Historia se practicaba la Eutanasia: En la Biblia, en el Libro Segundo de Samuel, se recoge la muerte dada por un almaecita a Saúl, a solicitud de éste. Platón, Epicuro y Plinio fueron los primeros filósofos defensores de la “muerte buena”. En La República, de Platón, puede leerse: “Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo”. Por su parte, Séneca razona que “es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento”. Y es conocido el hecho de que Cleopatra fundó con Marco Antonio, en Egipto, una Academia cuyo objetivo era lograr experiencias sobre los medios menos dolorosos de morir.

Desde mucho tiempo antes, durante el I milenio a.C., los celtas ya tenían esta práctica, con niños deformes y ancianos impedidos; también los masajetas, sardos, eslavos y escandinavos aplicaban la muerte a enfermos y personas de avanzada edad. En la Edad Media se llamó misericordia al puñal que servía para rematar a los heridos en los combates multitudinarios o en los llamados Juicios de Dios.

En nuestra época, el abominable legado de Hitler, quien defendió “el exterminio de la vida sin valor” y ejecutó un macabro plan de ejecución de miles de pacientes mentales, niños y adultos con defectos de nacimiento, ha marcado de connotación negativa cualquier disquisición sobre la eutanasia. Recientemente, entró en vigor en Holanda una ley que legaliza la acción de los médicos para poner fin a la vida de pacientes terminales (incluyendo niños) por motivos humanitarios, una práctica que ya era común en esa nación.

DESARROLLO

El término Eutanasia proviene de los vocablos griegos *eu*: bien y *thanatos*: muerte; interpretado textualmente: buena muerte. El mismo puede definirse como: una acción u omisión que, por su naturaleza o de modo intencional, procura la muerte con el fin de evitar el sufrimiento. El famoso político y pensador inglés Francis Bacon (en la foto), conocido defensor de esta forma de resolver el sufrimiento, es quien crea este vocablo en el siglo XVII (1623) en su obra “Tratamiento de las enfermedades incurables”.²

La pregunta ¿debe permitirse la eutanasia? surge desde esos tiempos. Al principio fue de carácter eugenésico (selectiva), pero luego su concepto etimológico se amplió al económico: se daba muerte a los seres enfermos o ancianos, que ya no podían aportar nada, sino que daban pérdidas; pero también se realizaba con un falso carácter piadoso, al darle muerte a pacientes con fuertes dolores, a los agonizantes o a los incurables.

El primer país donde se trató de legalizar fue Inglaterra, en 1936, con un proyecto de “Muerte Terapéutica”, aprobado en la Cámara de los Comunes; pero al llegar a la de los Lores, fue rechazada.

Hitler, en 1933, promulgó la primera ley cuyo objetivo era eliminar a los menos aptos, al aprobar la “ley para la prevención de la prole con enfermedades hereditarias”. Con esta ley, en 6 años se esterilizó involuntariamente a 375,000 alemanes; también sirvió para legalizar el aborto en las mujeres que iban a ser esterilizadas. En la Alemania nazi, durante los años de la segunda guerra mundial, se practicó de forma masiva la eutanasia, pero en un principio la cámara de gas no fue destinada para eliminar judíos, sino que fue diseñada por médicos, para eliminar pacientes de los hospitales psiquiátricos, hasta que los mismos estuvieron prácticamente vacíos. Luego, unos cuantos pediatras siguieron con los niños discapacitados, más adelante le llegó el turno a los ancianos discapacitados, dando lugar a que antes de 1945 casi 300 000 alemanes fueran eliminados a través de esta vía³.

Al ser el hombre el único ser que nace con dignidad, merece todo el respeto a la misma. Y el respeto al moribundo, estriba en ayudarlo a enfrentar esta difícil situación. Las decisiones que pudiera tomar un enfermo en fase terminal con fuertes dolores, depresión, y necesidad de especiales cuidados médicos, no son del todo válidas

por la influencia negativa de estas situaciones. Es en estos estados en los que se solicita la Eutanasia. No puede tener un juicio correcto quien sufre; por tanto, aunque algunos enfermos la hayan solicitado, su decisión puede ser reversible, ya que a menudo, al ser tratados con atención siquiátrica, cuidados paliativos y apoyo familiar, se retractan de ello como demuestran estudios realizados (JAMA 285: 734, 2001). Muchas son las enfermedades que producen estados confusionales que no permiten al paciente hacerse juicios válidos; es más bien el grito desesperado de un ser que sufre pidiendo un cambio de actitud familiar, médica o humana. Por todo lo anterior, la decisión del enfermo de solicitar el fin de su vida no tiene una absoluta y objetiva validez.

Según expresa la doctora Berta Serret, en el libro *Bioética* desde una perspectiva cubana, “la eutanasia es una respuesta equivocada ante el dolor u otro tipo de sufrimiento inaguantable”. Y se afirma que es responsabilidad de los médicos ofrecer alternativas que ayuden a mitigar esas situaciones favoreciendo una muerte digna sin caer en la prolongación artificial desproporcionada de la vida mediante la tecnología médica⁴.

Parecería sencillo. Sin embargo, el desarrollo de la ideología liberal del capitalismo y sus concepciones sobre el respeto irrestricto a la individualidad y la privacidad, así como la tendencia al incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, sobre todo en el mundo desarrollado, ha condicionado que no pocas personas y familias, frente a situaciones personales particulares, reclamen a los facultativos procedimientos más radicales o intenten ejercerlos por cuenta propia⁴.

La comprensión del médico acerca de la angustia de la soledad, la ansiedad, el abandono familiar y la falta de atención de los pacientes es muy importante, ya que más que un deseo real de muerte, es la expresión de un síntoma de enfermedad médica o social; de ahí que deban estar bien claros en todo lo referente a la atención del enfermo. En un estudio publicado por la revista *New England Journal of Medicine* (342: 557, 2000), se demuestra cómo una buena actitud de familiares y médicos puede lograr cambiar la solicitud de muerte en los pacientes.

El término de “Eutanasia” no define la licitud de acortar la vida a un enfermo incurable; es un atentado contra la vida y la dignidad humana y esto si es ilícito.

Muchos autores han intentado una clasificación de la Eutanasia en base al papel del sujeto o paciente y el lugar que tiene en la toma de decisiones, también el lugar que le corresponde al médico, lo mismo en la toma de decisiones como en las acciones y situaciones que se analizan.

En el análisis de los temas importantes de la Bioética no caben visiones sesgadas. Cada analista debe ser honesto consigo mismo y evitar ideas preconcebidas a ultranza. Sin abandonar su óptica de lo que entiende por bueno para la persona humana, debe analizar de forma objetiva, plural y desprejuiciada el drama humano al que



Francis Bacon

se enfrenta. Tomando ideas de varios autores, es posible clasificar la eutanasia en:

Eutanasia Activa Heterónoma. Impuesta al paciente desde una posición vertical en la relación médico-paciente. Se basa en criterios antiguos de beneficencia y pide que consideren al enfermo incompetente para decidir, (se excluyen los casos de médicos asesinos en serie y los que sirvieron al nazismo). También puede estar sustentada por políticos utilitaristas, proclives al exterminio de enfermos incurables, inútiles, tardos, en base a colocar los gastos en enfermos con posibles mejores resultados.

Eutanasia Activa Autónoma. Se basa en una sobrejerarquización de la autonomía del paciente o de quienes respondan por él. El papel del médico está situado en una relación horizontal con el enfermo. La decisión es tomada por este (concediendo que sea totalmente libre en el proceso de la toma de decisión) y el médico se limita a ayudarlo y acompañarlo en mayor o menor grado.⁵

En el primer ejemplo no se tiene en cuenta la autonomía del moribundo, no se trata como persona, se trata como objeto, incluso como medio de implementar una voluntad aislacionista, segregando al desvalido, no aplicándose la beneficencia, sino una falsa piedad.

Tampoco se debe sobredimensionar la autonomía como sucede en el segundo grupo, pues el principio de autonomía no puede ser manejado sin responsabilidad ética, ni sin analizar real y objetivamente todos los valores que entran en conflicto.

El Testamento Vital es una manera de señalar el rechazo a determinadas terapéuticas, o la aceptación de la terminación de la vida antes de la aparición del conflicto o de la rotura del proyecto vital. También cabe

aquí el suicidio asistido. Se trata del cumplimiento de una decisión tomada sobre la base de los criterios establecidos por el paciente antes de vivir el conflicto, para lo cual recibe la ayuda del sistema de salud.

Otros autores prefieren la siguiente clasificación:

La Eutanasia activa (que se produce mediante una acción positiva como administrar una inyección letal). El médico ayuda a alcanzar la muerte mediante una acción concreta en el paciente. Algunos autores subdividen esta forma de eutanasia en directa e indirecta. En el primer caso, la muerte es provocada por un medicamento que tiene una reconocida acción mortal; y en el segundo, se utilizan narcóticos potentes y otras drogas con el objetivo de aliviar el dolor o deprimir el estado

de conciencia, a sabiendas de que tales sustancias adelantarán el proceso de muerte.

La Eutanasia pasiva (provocar la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o la supervivencia). Consiste en no aplicar ninguna medida terapéutica que pueda prolongar la existencia de un paciente.

Ambas formas pueden ser voluntaria o involuntaria, en dependencia de que se realicen o no a petición expresa del paciente.

Lo que se conoce como suicidio asistido, tiene lugar cuando el médico ofrece facilidades al enfermo para que ponga fin a su propia vida (recetar sobredosis de alguna droga), o cuando la acción de quitarse la vida es realizada por el propio paciente, ayudado por otra persona, ajena al sector de salud.⁶

De tales diferenciaciones asoman interrogantes como cuál es —si la hay— la diferencia moral entre acción y facilitación; si puede hablarse correctamente de homicidio o suicidio, en casos donde el componente compasivo es determinante y hasta qué límites el paciente o el doctor están obligados a impedir la muerte.

Ayudará mucho a ambos, tener un conocimiento integral con una visión holística del proceso de la muerte. En muchos casos hay que proteger al enfermo de una autonomía exagerada, que tiende a obviar unos valores para priorizar otros; pero también debe cuidarse del médico que quiere negar su condición de persona.

Si se define al fin y al cabo la eutanasia como: “el matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante procedimientos de apariencia médica, a personas que se tienen como destinadas a una vida atormentada por el

dolor o limitada por la incapacidad, con el propósito de ahorrarles sufrimientos o de librar a la sociedad de una carga inútil”, se puede clarificar la falsedad de expresiones como: selección neonatal, para designar el infanticidio que se aplica a ciertos niños malformados o deficientes, negándoles la alimentación y el tratamiento; suspensión de nutrición y líquidos, para disfrazar el dejar morir de hambre y de sed, como sucedió en el caso de Terry Schiavo; sólo cuidados de enfermería, para ocultar que alguien vigila los efectos de la administración de dosis masivas de hipnóticos hasta que llega la muerte; o morir con dignidad, que en caso de los pro-eutanasia, está dejando de ser el matar por compasión en casos extremos de dolor o inutilidad, para convertirse en la eliminación de paraplégicos, deprimidos o ancianos que viven solos y no pueden cuidarse, o de aquellos que demandan la libertad de ser matados sin dolor en el lugar, tiempo y modo que cada uno decida⁷.

Los cuidados paliativos sirven para aliviar y a veces suprimir el dolor, mitigando los efectos de la enfermedad y tratando de mantener la autonomía del paciente. Se ha demostrado que muchos enfermos que han solicitado la Eutanasia y han sido orientados a servicios que desarrollan cuidados paliativos, han retirado su solicitud después de estar varios meses recibiendo estos cuidados, ya que hay técnicas y fármacos capaces de aliviar y atenuar los dolores muy intensos.

Al analizar la petición de muerte en un enfermo, es obligado brindarle apoyo afectivo, acompañarlo, oír sus quejas, ayudarlo los momentos finales, orientar a la familia en estas difíciles circunstancias. En una palabra, aunque cueste, entregarse con amor y compartir el sufrimiento. Muchas formas de acercamiento a la solicitud de Eutanasia son en realidad rechazo a la distanasia o encarnizamiento terapéutico, llamado también “cuidados no proporcionados”, sin darse cuenta que pueden rechazar aquellos tratamientos no justificados o inútiles. Las formas actuales de eutanasia, a juicio de la autora, nacen del temor a la muerte y la incapacidad para afrontarla.

En el no. 149 de la Carta de los agentes sanitarios se propone la consideración siguiente:

“El enfermo que se siente rodeado por la presencia amorosa, humana y cristiana, no cae en la depresión y en la angustia de quien, por el contrario, se siente abandonado a su destino de sufrimiento y muerte y pide que acaben con su vida. Por eso la eutanasia es una derrota de quien la teoriza, la decide y la practica”⁸.

El doctor José Ramón Acosta, Master en Bioética y Profesor Titular del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, se declara en desacuerdo tanto con la eutanasia como con el suicidio asistido: “Son actos que desde el punto de vista moral implican a otra persona, al médico, para quien el principio de beneficencia es el sentido básico de la profesión. Pudiera alegarse que lo que es bueno para el médico no lo es para quien quiere liberarse. Habría que analizar el criterio de qué es el bien”⁹

Cabe preguntarse: ¿beneficia la eutanasia a la práctica de la Medicina? ¿La engrandece o la disminuye?

La eutanasia limita a la Medicina, al enajenarla del cuidado del moribundo, como si fuese incapaz de asumir el reto que éste representa. Sustrahe la atención de puntos cardinales del quehacer médico, como el alivio del dolor (que tanto ha progresado). Disminuye la calidad de la relación médico-enfermo afectando la comunicación entre ambos. Obvia el papel de los cuidados paliativos y desconoce lo que puede recibir en cuanto a vida adicional, a vida recuperada, que puede ganar el moribundo, tanto en las distintas instituciones -hospitales u hospicios- como en el hogar.

El camino de la comprensión y ayuda al moribundo comienza mucho antes de la certeza de la muerte: en la comunicación, base del consentimiento informado para la aceptación o rechazo del tratamiento.

En muchos países ya se está viendo una voluntad de legalizar la Eutanasia, sin tener en cuenta los problemas que dichas leyes pueden causar una vez establecidas. En muchos lugares, los debates sobre el tema alinean a las personas en base a criterios económicos, políticos o religiosos.

En el caso de Holanda, específicamente, se plantea un caso de auténtica legalización de la eutanasia solicitada, aunque limitada a casos de enfermedad grave e irreversible, acompañada de sufrimientos y a condición de que esa situación sea sometida a una verificación médica que se presenta como rigurosa, aunque ya existía desde hacía algunos años, una reglamentación (Declaración de Róterdam, 1981), que eximía de castigo al médico que practicara la eutanasia a petición del paciente. El proceso de empequeñecimiento de la familia nuclear y el aumento de personas que viven solas, ha generado que la cuestión de la dependencia se haya hecho allí un disvalor más agresivo. Es en ese contexto que el desenlace a través de una muerte prevista y planificada ha adquirido fuerza para lograr una legislación favorable.

El principal argumento que esgrimen a favor de la eutanasia ha sido siempre la necesidad de respetar la autonomía de los pacientes: Un hombre libre puede elegir su propia muerte. Ahora bien, al esgrimir el citado principio de autonomía, se exaspera el concepto de libertad individual, llevándolo más allá de sus confines racionales, y esto no puede justificar la supresión de la vida propia o ajena; al suprimirla se destruyen las raíces mismas de la libertad y de la autonomía de la persona¹⁰.

En Cuba, la práctica de la eutanasia no es admitida ni tiene aceptación legal, bajo la consideración de que los médicos no podrán convertirse nunca en instrumento de muerte, pues su misión es preservar y no destruir vidas. En nuestro país los médicos, tanto ateos como creyentes, rechazan mayoritariamente la eutanasia.

La mejor forma de combatir la eutanasia es aprender -y enseñar- a morir con dignidad y en plena capacidad de relación. No es ni la condena ni la aprobación mecánica, porque no convencen. Cabe preguntarse además, si la

eutanasia como forma de acercamiento al hecho de la muerte, no disminuye en realidad la autonomía de la persona, porque limita su capacidad de relación, sus posibilidades reales para crear nuevos ámbitos relacionales o mejorar aquellos previamente dañados o disminuidos.

Una de las cosas más destructiva en la Eutanasia es su daño a la capacidad de comunicación, rasgo por demás principal de la persona humana; es por eso que el médico y los familiares que estén junto al moribundo deben saber acompañar, consolar, no dejar que el enfermo se aísle, que se le vea como alguien con el que se pierde la posibilidad de comunicación.

La vida humana es tan preciada, que son múltiples los casos de supervivencia en situaciones extremas. Basta con citar dos hechos para preguntarnos ¿por qué?: en 1972 un avión de la Fuerza Aérea Uruguaya se estrelló en los Andes a 3500 metros de altura con 45 pasajeros, solo 16 sobrevivieron a una agotadora jornada de más de 70 días. Víctor Frankl, sobreviviente de los campos de concentración nazi, ha investigado a sus homólogos, buscando el factor común que les permitió salir vivos de este genocidio. En ambos casos los sobrevivientes tenían la idea de vivir a pesar de las dificultades, un proyecto de vida, amaban y deseaban seguir viviendo, nada los detuvo en la lucha por la supervivencia y lo lograron. Se enfrentaron al sufrimiento y sus organismos se adaptaron a condiciones extremas que muchos no resistieron. Sin embargo, a menudo no se aprecia la vida en situaciones difíciles, como puede ser una enfermedad, obviando que el organismo tiene mecanismos para sobreponerse a ello¹¹.

CONCLUSIONES

Más que sentar pautas, se puede concluir este trabajo con estas palabras del Santo Padre Juan Pablo II: "La tarea que se impone a la comunidad cristiana en semejante contexto socio-cultural es más que una condena simple de la eutanasia, o el puro intento de impedir su eventual difusión y posterior legislación. El problema de fondo es ante todo este: ¿cómo ayudar a los hombres de nuestro tiempo, a tomar conciencia del carácter inhumano de algunos aspectos de la cultura dominante, y a re-descubrir los valores más preciosos avalados por ella?"¹²

Por último, no resulta ocioso recordar que, en la Declaración sobre la eutanasia (Iura et bona, 1980), publicada hace más de un cuarto de siglo por la Congregación para la doctrina de la Fe, se señala que la Eutanasia es:

- Ofensa a la dignidad de la persona humana.
- Crimen contra la vida.
- Atentado contra la humanidad.



1 Francois J. El silencio de la muerte. Ediciones San Pablo, 1978

2 Martín Rodríguez, Tebelio; Notario Castro, Carlos M.; Rogés Machado, Rolando. El Final de la vida. Grupo de Reflexión Bioética. Centro Juan Pablo II.

3 Mosso Gómez, L. Eutanasia: una visión histórica.

4 Serret Rodríguez, B. La atención al paciente terminal. En: Bioética desde una perspectiva cubana. p.158-164.

5 Martín Rodríguez, T; Notario Castro, C M.; Rogés Machado, R. El Final de la vida. Grupo de Reflexión Bioética. Centro Juan Pablo II.

6 Serret Rodríguez, B. La atención al paciente terminal. En: Bioética desde una perspectiva cubana. p.158-164.

7 Herranz, G. Eutanasia o Medicina. Texto base de la intervención en el V Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina, Murcia, mayo de 1989.

8 Academia Pontificia para la vida. Respetar la dignidad del moribundo. Ciudad del Vaticano, 9 dic. 2000.

9Alonso Porro, I. Deshojando la margarita. Artículo sobre Eutanasia publicado en la Rev. Bohemia Digital. 2005.

10 Academia Pontificia para la vida. Respetar la dignidad del moribundo. Ciudad del Vaticano, 9 dic. 2000.

11 Martín Rodríguez, T, Notario Castro, C, Rogés Machado, R. El Final de la vida. Grupo de Reflexión Bioética. Centro Juan Pablo II.

12 SS Juan Pablo II Euthanaise, probleme de culture et de

* Licenciada en Información Científica. Diplomada en Bioética por la Pontificia Universidad de Chile. Responsable de Información Científica del Centro Juan Pablo II y compiladora de la publicación "Cuadernos" de esta institución. Reflexión realizada en ocasión del 25 aniversario de la Declaración "Iura et bona", de la Congregación para la Doctrina de la Fe, sobre la eutanasia.