

Bioética: perspectivas históricas e ideológicas sobre Eutanasia

Dr. Manuel Pérez F.
Departamento de Neurología, Clínica Las Condes.

Antecedentes

Antecedentes

Actualmente la acepción predominante de la eutanasia es “la acción u omisión que permite, acelera o provoca la muerte de un paciente terminal o de un recién nacido con graves malformaciones, para evitar sus sufrimientos”. El concepto implica la intervención de un agente distinto del enfermo y que ella se realice por el bien de éste, movida por la compasión (1).

Eutanasia significa etimológicamente “buen morir”. La muerte entendida como uno de los principales “ritos de paso”(2), es decir, el cambio incontrovertible de una situación biológica a otra es acompañada de rituales explicativos, los que en último término pretenden asimilarla culturalmente intentando una ayuda al morir, es decir, la obtención de un “buen morir”, el que se expresará de acuerdo a la significación elaborada frente a este cambio irreversible (2).

El contexto cultural que envuelve a la eutanasia transforma en forma muy diversa su significado moral. Las culturas primitivas se inclinaban a evitar el dolor de los moribundos acelerando de diferentes maneras la aparición de la muerte. “humanizaban” la muerte, ayudando a su aparición. Aplicando esta misma intención, concebían que los niños minusválidos eran potencialmente portadores de discriminación y sufrimiento a lo largo de su vida, y por lo tanto podían ser eliminados, teniendo en cuenta que en la polis todo habitante cumplía con un rol determinado, no sólo para obtener su propia felicidad, sino para mantener el

orden social exigido (3). El aborto, antes de aparecer la “sensación de la vida” (etapas precoces del embarazo), era aceptado por Aristóteles. La aparición de la Medicina en Grecia nace junto con el intento de curar la enfermedad, “la institucionalización médica de la eutanasia”. A este respecto podemos citar a Platón, para el cual la ciudad natural o perfecta ha de estar compuesta de hombres sanos y, constituyendo la ciudad un cuerpo, debe deshacerse de sus miembros enfermos (función eutanásica de los médicos, la que se cumplía especialmente en la población no considerada ciudadana). “La medicina es apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y no tratar a aquellos incurables, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina” (Tratados Hipocráticos) (3).

En Grecia se apreció una cierta tensión entre el platonismo, el que pretendía aplicar la eutanasia a los inservibles (función social), y el hipocratismo, el cual la reservaba para los incurables (función médica) (4). Lo relatado no representaba el sentir mayoritario de la comunidad ni de la medicina, sino que expresaba la opinión de grupos socialmente aceptados y de elevada cultura. Recordemos que el propio juramento Hipocrático prohíbe tanto la prescripción de fármacos letales como la insinuación para lograr la muerte mediante el suicidio. Es obvio que las discrepancias descritas aparecen en una comunidad altamente aristocratizante, en la

cual los privilegios sólo eran destinados para los ciudadanos, lo que explica la diferente conducta moral entre ambos grupos. Durante la Edad Media, el pensamiento del mundo se mueve en general bajo la sombra de “la cruz”. El hombre es considerado criatura de Dios y, por lo tanto, no puede atentarse contra su vida, incluyendo la ayuda al morir por compasión, dado que la vida pertenece sólo al creador. Toda práctica eutanásica es prohibida, salvo la llamada interna, que refiere a la ayuda del alma del moribundo. Incluso se espera una muerte en estado de conciencia clara, que permita la preparación tanto para las cosas del mundo como para las con Dios. Sin embargo, existen opiniones aisladas, incluso en miembros de la propia Iglesia Católica, como F. Bacon, que plantea que “los médicos deben adquirir las habilidades de cómo puede el moribundo dejar la vida más rápida y silenciosamente” (5). A esto lo llamó la investigación sobre la eutanasia externa o la muerte fácil para el cuerpo” (3). Sin embargo, en el plano médico de las catástrofes -como lo eran en general las epidemias-, se aplicó la llamada “sangría suelta”, la que acababa tanto con el sufrimiento como con la vida del paciente. Hay que considerar que en esta maniobra predominaba el quehacer sanitario sobre el de la compasión.

La clásica palabra “desahucio”, con la que el médico reconocía la imposibilidad de curación de la medicina, dejando el paso expedito a la muerte, implica una concepción del límite de lo humano frente al desarrollo natural de lo que debe por fin acontecer expresando una alta consideración moral con el enfermo, la familia y el mismo. Este desahucio, como veremos, es asimilable al de eutanasia pasiva. Durante el siglo XX, hasta la segunda guerra mundial, se realizaron eutanasias sin el consentimiento de las víctimas (Eutanasia activa, directa e involuntaria, la que se ha considerado siempre por la humanidad como un crimen carente de toda justificación) (6). Incluso se hizo popular, basados en diversas teorías, pro-

poner esta práctica especialmente en pacientes considerados “muertos” debido a su imposibilidad de pensar. Adquirió cierta importancia elitista el pensamiento de un darwinismo social, que abogaba por la eutanasia de los discapacitados física o psíquicamente. Además existió la tendencia de hacer responsable al Estado de todos aquellos individuos no productivos, al igual que a de su responsabilidad sobre las muertes sucedidas durante las guerras.

También se plantearon discusiones fundamentalmente académicas frente a tesis psicólogos de autores que avalaban la aplicación de la eutanasia por motivos médicos, étnicos, económicos y sociales. Desde la segunda mitad del siglo XX aparecen en el escenario social conceptos que obligan a una clara definición en relación a la eutanasia, la cual se transforma en un hecho aceptado o rechazado en relación a posturas que intentan una fundamentación basada en la enfermedad, la autonomía, la calidad y cantidad de vida y la justicia.

a.- AUTONOMÍA EN MEDICINA (NO CIVIL NI POLÍTICA) (7)

Se refiere al derecho de todo hombre para decidir libremente sobre su cuerpo, especialmente en relación a la enfermedad, al conocimiento de la misma y la aceptación o rechazo del tratamiento ofertado. La autonomía es considerada tardíamente en Medicina, y por lo tanto, penetra con gran fuerza aliándose a otros movimientos de reivindicación social, especialmente en lo que se refiere a minorías postergadas o discriminadas. El derecho sobre el propio cuerpo implica obviamente decisiones con respecto a la muerte propia. El suicidio, anteriormente estigmatizado, es aceptado como una realidad y, para muchos, como un auténtico y basal derecho. El aumento de expectativa de vida y con ella de la vejez, de enfermos incurables, del dolor físico y psíquico, del dominio de la soledad en el moribundo, del traslado de la muerte a los hospitales, llevaron a plantear que

la ayuda activa para “una muerte digna” debe ser un derecho ciudadano exigible a la Medicina. Si debo morir, debo poder hacerlo cómo y cuándo quiera. No se pide, se exige la eutanasia activa voluntaria. Obviamente esta petición es más fuerte en los países anglosajones (recordemos que D.Hume en el siglo XVIII aceptaba el suicidio como un derecho). Debemos tener en claro que la eutanasia activa es equivalente a matar y el hecho de matar no permite la justificación de la compasión (colocarse en el lugar del otro). El no matar es un deber de obligación perfecta y es exigido desde lo social expresado en la ley (código penal) y de aplicación universal. Disminuir el sufrimiento del otro es un deber imperfecto y propiamente moral, es decir, decidido por cada cual y no exigible por la sociedad.

b.- SACRALIDAD Y CALIDAD DE VIDA (8)

Inicialmente, en Grecia, la vida se consideraba parte de la physis o naturaleza, la cual era regida y ordenada por la ley natural y ésta por la divina. A esto se refiere Séneca en carta a Lucilo, en la que expresa “la sacralidad” y no la santidad de la vida. Es por lo tanto, imposible dado esta concepción, el intervenir en la vida misma. El concepto de calidad de vida es muy reciente -datando del siglo XX-, y fue utilizado inicialmente por la industria, en lo referente a la calidad de materiales, y luego por la economía y la sociología, que buscan un indicador utilizable para medir el impacto en la forma de vida de las poblaciones y su eventual “calidad” en relación a determinadas acciones realizadas en ellas. En medicina, el término “calidad de vida” se introduce en relación al avance de la técnica que obliga a plantearse un límite para su aplicación en el paciente, asociándose a expresiones como futilidad terapéutica, tratamientos extraordinarios en relación a ordinarios, y límite de la medicina curativa para dejar paso al carácter paliativo de la misma. Su relación con la autonomía del paciente se hace evidente. Encuestas realizadas en Estados Unidos demuestran que la

capacidad de movilización, los dolores extremos y el cansancio debido a la enfermedad, el autocuidado y la posibilidad de comunicación intersubjetiva de los pacientes, son elementos considerados para calificar la “calidad de vida”, es decir, si ésta vale o no la pena de ser vivida, o de mantener el esfuerzo para lograr su prolongación.

Para D. Gracia, la base de toda Ética y, por lo tanto, de toda formulación Bioética, es el concepto de “Sacralidad de la vida humana” planteado con carácter formal y, por ende, universal. El respeto por la persona humana en su contenido material es de carácter cultural e histórico y, en consecuencia, variable. El “Qué” del respeto es universal, El “Cómo” de ese respeto y la conceptualización material de hombre, respeto, etcétera, es variable y constituye en último término, la “calidad de vida” que cada comunidad debe decidir. Debe aspirarse a alcanzar en todo momento el más alto nivel para ese respeto, lo que constituye en definitiva el acto moral. De esta manera, no contraponen los conceptos de sacralidad y calidad, sino que los yuxtaponen.

El no matar se correlaciona con el concepto de calidad de vida de carácter público o de deberes perfectos, también llamados “ética de mínimos” y que obligan incluso en forma coercitiva. La beneficencia de disminuir el sufrimiento del moribundo no puede entonces aplicarse, ya que ella representa un deber de realización privada y por ello supeditada a la concepción de respeto público por la vida humana en cuanto a su integridad.

JUSTICIA

Constituyendo parte importante de la urdiembre social en la que se plantea el problema de la aceptación o rechazo a la eutanasia, está la falta de equidad y justicia de los medios de producción, de igualdad de posibilidades, de la diferencia y discriminación en la distribución de la salud, y el evidente mayor poder de los que ostentan la riqueza. Estas razones in-

fluyen poderosamente en que los pacientes que solicitan la ayuda médica para morir representen en su mayoría a los grupos desposeídos en los que se hace notoria la escasez de recursos sanitarios para controlar el dolor, la prácticamente ausencia de medicina paliativa para ellos, la carga económica imposible de sobrellevar para los mismos pacientes y su grupo familiar, la soledad acentuada de la pobreza y el desinterés de la sociedad en plantear una real solución.

De esta manera, elementos causales netamente economicistas basados en la desigualdad pueden participar en forma muy importante en la aparente solución que ofrece la eutanasia para sobrellevar sus sufrimientos.

FORMAS DE EUTANASIA (1)

El acto mismo de eutanasia puede realizarse de las siguientes maneras:

a.- EUTANASIA PASIVA: Lo que define fundamentalmente a la eutanasia pasiva es la ausencia de intencionalidad de matar por parte del médico o personal de salud. La ayuda al bien morir se plantea definiendo en forma acertada el límite del acto terapéutico y, por ende, la futilidad o inutilidad de prolongarlo. Este tipo de eutanasia permite que la muerte aparezca en forma natural y por lo tanto, comparable al antiguo desahucio. Evita de esta manera todo tratamiento desproporcionado o extraordinario. A manera de ejemplo, podemos pensar en la abstención de diálisis en paciente con cáncer terminal. En ningún caso debe asimilarse al sólo dejar morir, pues desde el momento en que aparece la decisión de no hacer nada activamente en el sentido del curar, aparece la obligación del cuidar físico, psíquico y espiritual. Paradojalmente puede convertirse en el período de la enfermedad que más obligue a actuar. Lo dominante es la mantención de la dignidad del paciente. Es el despliegue total del “buen morir”. Si el paciente se encuentra en condiciones psíquicas de darse cuenta de su estado, es

mandatorio el trato prudencial con la verdad de su estado, siendo el objetivo final, si éste puede lograrse, la aceptación del moribundo y la vivencia de la proximidad de la muerte y de esta misma, como último acto propio y original del paciente.

La eutanasia pasiva no entra en problemáticas directas con la moral, pero habitualmente sí con una adecuada aplicación de la beneficencia, si no se realizan las acciones señaladas en el párrafo anterior. No hacer en lo terapéutico curativo exige mucho quehacer en el dominio de los deberes imperfectos o ética de máximos. Debe tenerse en cuenta que la eutanasia pasiva implica la aceptación del paciente o de los subrogantes, lo que obliga a una máxima prudencia y oportunidad para obtenerlo.

Es necesario destacar, por su frecuencia, la llamada “orden de no resucitación”. Esta se refiere a la indicación de no realización de maniobras de reanimación cardiorrespiratorias en pacientes considerados como terminales, en el supuesto que prolongar su vida de la forma descrita constituye un acto terapéutico extraordinario. Estas maniobras conllevan en muchas oportunidades a ingresar al paciente a unidades de tratamiento intensivo y la aplicación de respiradores artificiales. Además, por rápida y efectiva que sea la resucitación, en pacientes terminales se agrava su estado basal y se viola su dignidad de merecer un mejor morir. Este tipo de orden requiere de consentimiento informado.

Grandes dilemas se producen en pacientes con grave e irreversible daño cerebral que no se encuentran en condición de muerte encefálica. ¿Se les alimenta? ¿Se les hidrata? La opinión anglosajona predominante es suspender incluso estos apoyos mínimos, dado que si el enfermo no sufre y está condenado a morir, toda ayuda es por definición fútil y justificada sólo desde el emotivismo (9). En nuestro medio, habitualmente se mantienen esos apoyos basados en consideraciones de carácter especialmente cultural. “Lo mínimo es el pan y el agua”.

Otro problema de no menor envergadura se suscitara en pacientes en estado neurovegetativo o con daños severos de la función psíquica en aquellas comunidades que aceptan el concepto de muerte neocortical como expresión de la muerte del individuo total. Hasta el momento no existe jurisdicción que avale este postulado y por lo tanto, los pacientes descritos deberán recibir cuidados paliativos en la forma anteriormente especificada. Sin embargo, debemos estar preparados para ese tipo de situación.

Como hemos visto, el problema de la eutanasia pasiva es de gran complejidad y de aplicación diaria en el ejercicio de la medicina, planteando siempre dilemas de toma de decisiones que deben ser prudentiales y profundamente meditadas por los clínicos.

b.- EUTANASIA ACTIVA DIRECTA: En este caso, el agente de la eutanasia activa actúa directamente en el moribundo con la intención de suprimir su vida. A manera de ejemplos, pueden utilizarse dosis de fármacos letales o el retiro de medidas de apoyo, las cuales eran absolutamente necesarias para mantener la vida. Esta acción puede realizarse con el consentimiento del paciente, si sus condiciones psíquicas así lo permiten (eutanasia directa voluntaria), o sin requerir su consentimiento (involuntaria). En ambos casos existe la clara intención de matar por compasión. La eutanasia directa voluntaria se encuentra despenalizada en Holanda, lo que significa una figura legal diferente a su aceptación legal directa. Para realizarse se exige la petición del paciente frente a dos médicos diferentes -uno de los cuales no es el tratante y la consiguiente aceptación de ambos- los que reconocen que el que la solicita es portador de enfermedad incurable, no encontrándose impedido por enfermedad psíquica. Se requiere un tiempo de reconsideración del paciente en relación a su petición y la mantención de ésta. Con posterioridad, y en día y lugar fijado por paciente y médico tratante, se procede a

la eutanasia, la que se realiza mediante fármacos, previa sedación. El médico redacta el certificado de defunción y lo envía a las autoridades correspondientes, las que lo aceptan sin problema. Es obvio que para justificar este procedimiento, la autonomía posee en ese país y en general en los de origen anglosajón una extraordinaria importancia.

La eutanasia directa activa no voluntaria no es aceptada en ninguna comunidad.

En nuestro medio, la eutanasia directa activa voluntaria e involuntaria es penada por la ley, debido al carácter de obligación perfecta que posee el mandato de no matar.

Hay que hacer notar que existen autores que plantean posturas basadas en una autonomía "fuerte", cuya aplicación implica la solicitud y la aceptación de la eutanasia. (véase P. Singer) (10).

c.- EUTANASIA ACTIVA INDIRECTA O FENÓMENO DEL DOBLE EFECTO: Este tipo de eutanasia se ve ejemplarizado claramente en el siguiente ejemplo: en un paciente portador de intenso y mantenido dolor, el médico indica fármacos para su alivio, los cuales pueden al mismo tiempo que aliviar, acelerar el proceso de morir. Es claro que la intención inicial del agente no es el de producir la muerte, sino el de aliviar. Este tipo de eutanasia no implica problemas éticos, pues la intencionalidad que guía la acción es de completo beneficio para el paciente. (11).

d.- SUICIDIO ASISTIDO: En este caso el agente no actúa directamente produciendo la muerte en el moribundo, sino que, como su nombre lo indica, lo asiste para que el paciente ejecute las maniobras necesarias para provocar su muerte. Es obvio que esta acción será siempre voluntaria por parte del solicitante. La intención del agente será la de ayudar a producir la muerte, pero en este caso no realizándolo directamente con "sus propias manos". Desde un punto legal, este acto implica una responsabilidad diferente al de la eutanasia, pues se trata de una acción intransitiva por parte del asistente, es decir, su acción no se

transfiere directamente a la víctima. El acto mismo es efectuado por el paciente, siendo de este modo también un acto intransitivo, pues se refiere sólo a sí mismo.

El suicidio asistido, dada la intencionalidad por parte del agente de participar, aunque intransitivamente en la muerte, atenta contra el mandato de no matar. Hasta el momento no existe legislación que permita su realización.

BIBLIOGRAFÍA

- 1> Eva, P. "Eutanasia", en "Anales de la Universidad de Chile". Sexta serie, 1998. Ed Universitaria. 1998. pp. 57-62.
- 2> Gracia, D. "La Eutanasia", en Gracia, D. "Ética y Vida", III tomo. Ed. El Buho. Bogotá. 1998.
- 3> Gracia, D. "Historia de la Eutanasia", en Gafo, J. (Ed.), "La eutanasia y el Arte de Morir", UPCM, Madrid, 1990. pp. 14-15.
- 4> Gracia, D, en Gafo, ob.cit. pp. 25.
- 5> Gracia, D, en Gafo,ob.cit pp. 23.
- 6> Gracia, D. en Gafo, ob.cit. pp 25.
- 7> Gracia, D. "De la Bioética Clínica a la Bioética Global". En Acta Bioethica. AñoVIII, n°1, 2002. pp. 27-39.
- 8> Gracia, D. "Ética y Calidad de Vida", en Gracia, D. "Ética y Vida", Tomo I, Ed. El Buho, Bogotá.1998. pp. 155-174.
- 9> Emanuel, LI. "Reexamining Death. Hastig Center Report, 1995; 255; n°4:27-35.
- 10> Singer, P. "Ética Práctica", Segunda Edición. Cambridge University Press. Inglaterra. 1995. pp. 250-263.
- 11> Von Engelhardt, D. "La Eutanasia entre el acortamiento de la Vida y el apoyo a Morir: Experiencias del pasado, Retos del presente". Acta Bioethica. AñoVII, n°1, 2002. pp. 64-65.