

Eutanasia

Dr. Manuel Pérez F.
 Presidente Comité de Ética Clínica las Condes.
 Centro de Estudios de Ética Aplicada.
 Facultad de Filosofía y Humanidades
 Universidad de Chile.

MARCO TEÓRICO

La eutanasia, morir bien o arte del morir, se conjuga en la historia de Occidente con el arte de vivir, y formaba parte de la obligación de la praxis de la medicina desde su aparición en Grecia. Esta realidad, que la eutanasia fue constitutiva a la acción médica, debe tomarse en consideración para un correcto análisis de ella. En la reflexión de todo acto es necesario considerar su inserción cultural, social e histórica para lograr en forma adecuada su evaluación de buena, mala, correcta o incorrecta. Los recientes estudios hermenéuticos (interpretativos) del Juramento Hipocrático demuestran que éste no refleja la realidad de la prescriptiva hipocrática, sino que representa fundamentalmente la postura médica de orientación pitagórica, la que pasa con posterioridad a la historia como el paradigma de la ética médica gracias al impulso de la filosofía escolástica (1). Tanto para Platón, Aristóteles y el mismo Hipócrates, la eutanasia es un deber del médico en relación a la ausencia de posibilidad de curación o de la inutilidad del paciente desahuciado para realizar su actividad en beneficio del bien común de la polis (2).

Debe destacarse que la eutanasia *no representaba un derecho del paciente sino una obligación del médico*.

La interpretación del mundo y por lo tanto de la realidad se identificaba en la Grecia antigua con el concepto de *Physis* o Naturaleza, la cual representaba el Orden, dependiente en último término de la Ley Natural tributaria de la Ley Divina. Toda pérdida del orden de lo natural, como la enfermedad, era interpretada como un hecho malo, feo, en contra de la moralidad, en suma, una des-naturalización que atentaba contra el orden perfecto de la Divinidad. La eutanasia implicaba un actuar en contra de esa desnaturalización, la enfermedad, cuando el arte de la medicina era incapaz de solucionarla devolviendo la salud, en función de recuperar el orden universal.

La Ley Natural griega transformada en Roma en Derecho Natural (*iustitaturalismo*) prohibía el actuar en contra de la vida, dado que ella poseía por naturaleza un fin a realizar, el que dependía en último término de la voluntad de la propia naturaleza, expresada en su perfección

en la idea de Dios (Sacralidad de la vida, Séneca) (3). El derecho a la vida y su protección, dado su origen objetivo, en Dios, era protegido por la ley. La eutanasia representaba sólo una acción extrema para mantener el orden natural y divino, dado que la enfermedad era considerada un atentado al orden natural y por lo tanto a la ley de Dios. Especialmente si no tenía solución en manos del médico, el que a su vez contaba con los atributos de un sacerdote fisiológico.

La realidad medieval fue diferente debido al concepto de hombre como criatura, es decir, como creado por Dios a su imagen y semejanza, y por lo tanto imposibilitado de actuar en contra del moribundo, aún con la intención de misericordia. La enfermedad era considerada como una desgracia, en el sentido de pérdida de la vinculación con Dios y no como un desorden en el sentido griego. En este paradigma cultural la eutanasia fue prohibida. La Sacralidad de la vida se transforma en Santidad de la vida y paralelamente en un deber de obligación perfecta protegido por ley.

En la Modernidad aparecerá el concepto liberal expresado en el contrato social como génesis del Estado y la delimitación estricta entre espacio público y privado. El primero será regulado por el Estado y dependerán de él la regulación de los deberes de obligación perfecta expresados por la justicia y la no maleficencia, entendida como la protección al daño físico. El segundo, el privado, corresponde al ámbito del desarrollo de la persona como individuo portador del derecho inalienable de gestionar su propia vida en busca de su realización y felicidad como expresión de la beneficencia y la autonomía. Los deberes con el Estado son de carácter obligatorio y exigibles a través del derecho civil y penal. Los derechos privados no vinculan con exigencia y poseen sólo el límite de no interferir con los derechos de los otros. Constituyen los deberes de obligación imperfectos o

estrictamente morales.

El manejo de la intimidad es realizado y la gestión del cuerpo, en lo que refiere a su salud y vida propia, depende exclusivamente del individuo.

El límite entre lo público y privado lo establece J. Stuart Mill (4) utilizando el concepto de transitividad o intransitividad de la acción. Los actos transitivos comprometen o involucran a otra u otras personas. Los intransitivos actúan exclusivamente en la persona que los realiza. Los primeros vinculan con los deberes para con lo público y los segundos son exclusivamente privados.

De esta manera, la gestión corporal y la decisión sobre la propia vida son actos intransitivos, perteneciendo solamente a la responsabilidad de quien los realice, es decir, son exclusivamente privados y por lo tanto no vinculan con el control del Estado.

La modernidad ha dado un giro completo al manejo personal de la vida y de la salud-enfermedad. Desde la visión del Naturalismo o de la Santidad-Sacralidad de la vida, ésta es regulada por la Ley Natural o Divina y posee un valor objetivo, un derecho a, el cual debe ser regulada por el Estado. En la visión liberal el manejo de la vida es un derecho personal y por lo tanto autónomo, con exclusión de todo control público o estatal.

De esta manera, el individuo sin dañar a otros, puede gestionar el límite de su terapia y el límite de su vida, realizando el suicidio, pero no puede actuar en la vida de los otros lo que implica la imposibilidad legal de la eutanasia, acto transitivo por definición.

Este pensamiento, nacido en la filosofía liberal, se ha mantenido hasta la actualidad en todos los países desarrollados con mayor énfasis en los de ascendencia anglosajona.

ESTADO ACTUAL

A partir de la segunda mitad del siglo XX, siglo al cual aún pertenecemos, se dan las condiciones de posibilidad de la

discusión y al mismo tiempo de reflexión acerca de la eutanasia, discusión que adquiere progresivamente relieve como aspiración de solución al conflicto de elección de las formas del morir.

El desarrollo exponencialmente progresivo de la medicina, expresión del avance de la ciencia, forma de conocer reconocido en nuestro período histórico como la mejor manera de aproximarse a la aprehensión de la realidad, entrega a la humanidad la perspectiva de un control progresivo de la enfermedad y de su expresión básica, el dolor. La idea del bienestar completo en este mundo invade al pensamiento contemporáneo y en esa aspiración incluso se representa la ausencia posible de la vejez y de la muerte. Desgraciadamente la interpretación técnico-científica de este mundo transforma la realidad en un actuar continuo y avasallador, donde la solución de todo conflicto con la vida misma, se plantea a través de la técnica como solución. Esta condición conduce inevitablemente al "sin sentido" de la existencia, realidad que en el pensar de Nietzsche representa el único fenómeno que la realidad humana no puede soportar. El "sin sentido" lleva inevitablemente a la presunción apresurada de imaginar incluso la desaparición de la muerte como fin natural de la vida, alejando esta realidad a través de la presunción de que ella ocurrirá siempre al otro. El yo reacciona frente a lo inevitable, transformándola en una presencia constante de muerte folletinesca expresada en infantiles y torpes expresiones en el marco de la entretenición, en forma gráfica o visual. Domino a la muerte porque la conozco diariamente en los otros y expresada con un contenido banal propiciado por los medios de comunicación.

Concomitantemente con la desaparición del peligro vital, dada la posibilidad del progreso, cuyos resultados interpretados por el pensar común aparentan una real solución, la que en realidad es sólo una mascarada de la realidad situada "frente a los ojos" (Heidegger), (5) aparece con

todo su esplendor la autonomía relacionada con la gestión del propio cuerpo, pensamiento ya expresado pero olvidado y puesto en manos de intermediarios religiosos o médicos. Primero niego la muerte en mí, y como eso no convence del todo, exijo el derecho de elegir como realizar mi propia muerte.

El “sin sentido” que conduce blandamente a la muerte negada exige como reivindicación el derecho absoluto de la forma del propio morir no aceptado. La eutanasia y el suicidio se transforman en la única forma de colocar las propias riendas de “mi vida” dada la imposibilidad de realizarla con sentido propio.

Nuestro siglo se inicia con la presencia indiscutida de la desigualdad en la distribución de la riqueza, tanto en el interior de los países como en la comparación de las naciones. El proyecto de vida individual se restringe no por falta de imaginación, lo que también constituye una realidad, sino fundamentalmente por la carencia de posibilidades de vida, referida al freno biológico del desarrollo individual dada la presencia de la injusticia y desigualdad de oportunidades, lo que se refleja entre otras múltiples variables en la enfermedad.

La condición de calidad de vida no humana estimula naturalmente al deseo de manejar personalmente la temporalidad de la existencia en relación a su posibilidad de desarrollo. El suicidio y la eutanasia son instrumentos puestos “a la mano” (Heidegger) (5) para poner término con subrayo personal a la impersonal vida no elegida.

A MANERA DE REFLEXIÓN

El deseo de control de la propia muerte aparece como un resultado similar a la “Crónica de una Muerte Anunciada” (Vargas Llosa), dadas las condiciones descritas. La pregunta que aparece es ¿cómo enfrentarlo y cómo solucionarlo? La respuesta exige dos niveles de aná-

lisis, personal y social. Para ambas es posible utilizar un intento Bioético de aproximación a la vida del hombre. Una aproximación ontológica y ética. “El hombre es persona y por lo tanto tiene valor y no precio. Todos los hombres merecen igual consideración y respeto”.

Por persona entenderemos a un ser que es fin en sí mismo (Kant), racional, y por lo tanto con dignidad universalizable, poseedor de autorreflexión y capacidad moral, autónomo y libre en la realización de sus actos. Si todos nos consideramos personas y pertenecemos como agentes morales a la comunidad ideal de comunicación que implica nuestra participación en toda decisión cuyos resultados nos afecten, no será imposible pretender una solución y real alternativa al deseo de manejar nuestra muerte mediante la eutanasia y el suicidio asistido.

Cuando el hombre enfrenta su muerte en condiciones que le hacen preferir la eutanasia, es debido a la ausencia de un trato digno al que es merecedor por el hecho de ser hombre.

El problema actual es la dignidad al “salir de la vida”. Con dignidad expresada en el debido cuidado, la eutanasia no es la solución del moribundo atormentado. Debido cuidado es la impronta de una medicina de excelencia, la que no busca la obtención de logros representados en el éxito terapéutico, sino que acompañar al paciente en el último acto personal expresado en la vivencia propia de su exclusiva muerte.

El problema a enfrentar no es la eutanasia, sino el porqué es solicitada. Nada solucionaremos si realizamos una Medicina que implique en su acción sólo la vertiente de la excelencia en su praxis en ausencia a la consideración de que el acto médico se realiza en un ser merecedor, por el hecho de ser hombre, de toda e igual consideración y respeto. Consideración y respeto en lo relacionado al

control del dolor, a la compañía, a la asistencia espiritual, a la consideración de sus familiares.

Debemos tener como elemento indispensable en toda acción médica la existencia frente a la enfermedad crónica de los cuidados paliativos.

A mayor consideración y respeto, expresado en acción médica, menor solicitud de eutanasia.

Lo expresado se resume en la terminología de actualidad como “muerte digna”.

CONCLUSIÓN

La eutanasia, en nuestras sociedades occidentales, es mayoritariamente rechazada dado que representa un acto transitivo cuya intención primaria es la de causar la muerte.

El intento de legitimar el suicidio asistido representa sólo el deseo de disminuir la transitividad del acto con el objeto de su aceptación legal. No es reconocido como figura legal.

El real desafío de nuestra medicina actual es el de acompañar al hombre en su “salida de la vida”, transformando este proceso en el último acto personal y digno, cuando el sujeto está consciente, siendo necesario para ello todas las maniobras destinadas al “deberido cuidado”, que mitiga el dolor físico y psíquico, permitiendo a la persona transitar normalmente este camino sin requerir la presencia de la eutanasia física. El “deberido cuidado” se extiende a los familiares y seres queridos del moribundo.

A MANERA DE PROPUESTA

Creemos que el problema no es la eutanasia propiamente tal, sino las causales personales y sociales que determinan en un momento su petición por parte del paciente. De esta forma la acción personal del médico y de las Instituciones de Salud es lograr en la mayoría de los casos una condición de “Muerte Digna”, la cual por sí sola alejará el conflicto frente a la petición de eutanasia.

Considerando que toda persona es merecedora de igual consideración y respeto, la acción médica orientará su acción en la base de este principio, lo que no sólo optimizará la praxis profesional, sino que alejará a la eutanasia como petición del paciente.

Debemos precisar que la Medicina prioriza el aspecto Ético de su acción frente al legal, lo que implica que sus respuestas frente a problemas como el de la eutanasia se orientará principalmente en la vocación moral de la profesión, la que en este caso coincide con el marco legal existente.

PRECISIONES TERMINOLÓGICAS (6)

Dado la connotación social y política que la eutanasia ha adquirido en el último tiempo, es necesario definir algunos conceptos:

- Eutanasia: Es la acción sobre el cuerpo del paciente con la intención de suprimir su vida por compasión, previa solicitud válida de éste o de su subrogante. Corresponde a la llamada eutanasia activa directa. Es un acto transitivo con la clara intención de matar. En los países que la aceptan exige el “deberido cuidado” previo como condición esencial.
- Eutanasia activa indirecta. Corresponde a la condición de doble efecto o del voluntario indirecto. Se remonta a la filosofía escolástica la que diferencia claramente la intencionalidad primaria del acto. La ayuda al bien morir se acompaña de una disminución del tiempo de vida. Clásico ejemplo lo constituye la sedación con opiáceos. La intencionalidad es aliviar y como efecto secundario se acelera la muerte. En la actualidad no representa conflicto ético de importancia. Requiere consentimiento.

- Eutanasia pasiva. Existe la clara distinción entre matar y dejar morir. Es sinónimo del antiguo desahucio. Si las medidas terapéuticas no son efectivas para salvar la vida se suspenden y son reemplazadas

por el cuidado. No reviste conflicto ético. De esta manera, en el momento actual, la discusión se centra sólo en la eutanasia activa directa o eutanasia a secas.

Todo conflicto moral se enmarca en el tiempo y en la cultura, y por lo tanto se encuentra en continuo cambio. Esto hace necesario que los agentes morales realicen en forma continua análisis racionales, pluralistas y laicos de los contenidos éticos a la luz del consenso de las diferentes sociedades.

El exacto momento de adquirir el estatuto de persona, como el de perderlo, probablemente no lo sabremos nunca. Lo importante es saber qué hacer con los dilemas éticos tanto del comienzo como del fin de la vida humana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1> Gracia, D. Salir de la Vida, en Gracia, D. Como Arqueros al Blanco. Triacastela. Madrid. 2004 pp. 401.
- 2> Gafo, J. La Eutanasia y El Arte de Morir. UPCM. MADRID 1990. pp23
- 3> Pérez, M. Salud y Enfermedad. Escrivábar, A., Pérez, M. y Villarroel, R. ed. Bioética, Fundamentos y Dimensión Práctica. Mediterráneo 2004. pp 179.
- 4> Stuart Mill, J. Sobre la libertad. Alianza. Madrid. 1984. pp 65.
- 5> Acevedo, J. Hombre y Mundo. Ed. Universitaria. Santiago de Chile 1984. pp 122.
- 6> Pérez, M. Eutanasia. Escrivábar, A., Pérez, M. y Villarroel, R. ed. Bioética, Fundamentos y Dimensión Práctica. Mediterráneo 2004. pp 383-386.