

La eutanasia

Una de las discusiones más intensas de las últimas décadas relacionadas con el fin de la vida es la que aborda la cuestión de la eutanasia y todas sus variantes. Las actitudes médicas frente al enfermo pueden ser de diferentes tipos. La eutanasia es entendida como la intervención de la medicina por acción u omisión con el objeto de suprimir la vida en forma prematura. Es distinta al suicidio asistido que responde a una petición del paciente. La eutanasia se basa en una decisión médica cuyo móvil es la piedad, aunque para muchos es una atribución exagerada de la libertad médica. Por ejemplo, cuando se administran fármacos en exceso para aliviar el dolor, siempre será una incógnita si el acto médico que produjo el deceso fue con intención o por “doble efecto”, quitar el dolor al mismo tiempo que se acelera el tramo hacia la muerte. Otro concepto que vale la pena aclarar es el de la distanacia, según la cual hay una exageración del valor de la vida e impide una muerte digna por el denominado encarnizamiento terapéutico. En la eutanasia predomina el deseo caritativo y en el otro extremo (distanacia) se sobrevalora la ciencia o los dogmas médicos para combatir la muerte con todo lo que esté al alcance y a pesar de todo. La ortotanacia pretende mantener el equilibrio entre ambas posiciones: ni matar ni impedir morir. Esta acción es regulada técnicamente e implica una relación consensuada entre la familia y el equipo profesional. En la ortotanacia se antepone la dignidad del paciente y sus deseos, y se diluye la responsabilidad directa del médico. Desde el punto de vista de Cibeiraⁱ, la eutanasia, el suicidio asistido y la distanacia incrementan el poder del médico cuando en realidad la ciencia, ante un pronóstico inexorable, adquiere connotaciones sociales en donde debe de intervenir en forma directa la familia, el comité de bioética y eventualmente la justicia.

La atención de la bioética contemporánea a los cuidados al final de la vida, tuvo su ímpetu inicial en la Suprema Corte de Nueva Jersey en 1976 con la decisión del caso de Karen Ann Quinlan. Después de una sobredosis de alcohol y droga entró en coma y se mantuvo con respirador y alimentos paraenterales (estado vegetativo). Permaneció en posición fetal durante nueve años llegando a pesar 34 kilos. La petición de los padres después de una larga lucha legal fue concedida el 11 de junio de 1985 cuando Karen tenía 31 años de edadⁱⁱ. La corte se basó en el principio al respeto de la elección autónoma sustentando su veredicto en la Primera, Cuarta y

Quinta Enmiendas de la Declaración de Derechos Civiles que se refieren al derecho de privacidad. El veredicto no le dio peso a los deseos de los padres de Karen o a sus médicos, la única persona con algún derecho legal a demandar era la misma Sra. Quinlan. Pero ella no estaba capacitada para proceder con la demanda ni había dejado directrices anticipadas previas al incidente. Al aplicar el ideal de la autonomía, la corte le dio la vuelta al problema central, al argumentar que si ella fuera competente tendría la opción de que le retiraran los aparatos, y no tenía porque perder ese derecho sólo por su incompetencia, y que su padre podía ejercer este derecho por ella, siempre y cuando actuara sobre lo que él creía que eran los deseos de su hija y por sus propios intereses. Desde este momento, el marco de la autonomía para conceptualizar las decisiones relacionadas con el final de la vida ha estado presente.

La reglamentación legal de la eutanasia activa (en forma de suicidio asistido o de la determinación de los médicos de terminar con la vida de un paciente por compasión) en los Países Bajos ha desatado profundos debates sobre las modalidades que puede adquirir el final de la vida. Como hemos visto, la eutanasia alude profundamente a la autoimagen y a la imagen del mundo del hombre, a la comprensión de la enfermedad y la muerteⁱⁱⁱ. La experiencia en Holanda ha sido interesante, a pesar de que la ley prohibía la eutanasia y el suicidio asistido, en la práctica, las autoridades en general no actuaban en contra de los médicos involucrados y en los pocos casos en que lo hacían las penas aplicadas eran muy leves. En un estudio realizado en 1995 se encontró que de 9700 solicitudes anuales de eutanasia activa voluntaria se llevaron a cabo 3200, y en ese mismo lapso se realizaron 400 suicidios asistidos voluntarios y 900 casos de eutanasia no solicitados. Además en cerca de 25000 casos, la muerte era acelerada debido a los tratamientos contra el dolor y otros problemas. En 27000 casos la muerte ocurrió debido a la suspensión o a la falta de iniciación del tratamiento, en total estos 58000 casos constituían el 43% de todas la muertes anuales en Holanda^{iv}. Con estas cifras la Real Sociedad Médica de Holanda en 1997 hizo una propuesta al gobierno para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido en adultos mayores de 17 años, a lo que los Ministerios de Justicia y Salud, Bienestar y Deportes respondieron ese mismo año estableciendo cinco comités regionales para evaluar retrospectivamente todos los casos comunicados de esos episodios, y empezaron a trabajar en diciembre de 1998. Cada comité estaba formado por un médico, un abogado y un experto en

ética, y su función específica era revisar todos los casos en los que la solicitud fue hecha por un enfermo competente. Los casos detectados fueron enviados a un comité que centralizó la información para realizar la evaluación de la eutanasia. En 1999 el gobierno introdujo la propuesta para legalizar el suicidio con ciertas condiciones, entre las que se incluyó que los comités permanecieran en funciones y que sus conclusiones fueran obligadas para las autoridades penales, o sea, que los médicos ya no serían sujetos de otra evaluación por parte de los fiscales locales. Con la legalización de la eutanasia en abril de 2001, esta dejó de ser considerada un crimen u homicidio desde el punto de vista legal, posibilitando a los médicos y a la sociedad su práctica en el marco de una reglamentación ética y jurídica rigurosa, secular y laica.

En 1998, en el Estado de Oregon (EEUU) se legalizó el suicidio asistido por médicos y al parecer otros Estados han considerado la discusión sobre el tema. La ley busca asegurarse de que la acción de quitarse la vida sea libremente elegida por individuos competentes en pleno uso de sus facultades y no como un acto de desesperación ante ciertas circunstancias adversas. La ley de Oregon incorporó procedimientos legales elaborados y fastidiosos para evaluar cada caso, pues lo que se busca no es si la decisión es sabia o no, sino que la elección realmente sea de la persona que lo solicita^v. En este sentido, la ley se fundamenta en el principio de la autonomía y responsabiliza claramente al paciente sobre su propia decisión.

El Acta de Muerte y Dignidad de Oregon especifica un elaborado procedimiento consistente con los más rigurosos estándares del voluntarismo. Entre los requisitos están dos solicitudes orales de fármacos letales con por lo menos quince días de diferencia, una solicitud escrita con dos testigos seguida de un período de quince días de espera, una evaluación de que el paciente es capaz de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y finalmente la oportunidad de que pueda rescindir la solicitud en el momento en que lo desee. Antes de prescribir los medicamentos letales el médico debe informar al enfermo terminal sobre las alternativas del suicidio (como los cuidados paliativos, etc.) y explícitamente darle al individuo en cuestión la oportunidad de desistir antes de cumplirse el período de quince días. Como podemos apreciar en este procedimiento, los otros están ausentes y la decisión se centra exclusivamente en la

elección racional del paciente, no hay consenso ni discusión abierta del tema. Algunos de los argumentos en contra de la ley que despenaliza la eutanasia, se basan en el temor de que el derecho de morir se convierta en el deber de morir, o que la eutanasia sea practicada por los médicos sin la voluntad explícita de los pacientes moribundos, lo que, como hemos visto, constituye un abuso. Este último temor está considerado en el diseño procedimental de la Ley de Oregon. Además esta ley estipula que las drogas letales sean autoadministradas, y no aplicadas por los médicos u otras personas cercanas, con lo que se pretende afianzar la decisión voluntaria del suicidio.

Es significativo que tanto la experiencia de Holanda como la de Oregon no sugiere el desliz inminente de la pendiente resbaladiza, pues las solicitudes han sido poco numerosas. En Oregon 21 personas eligieron terminar con su vida ingiriendo medicamentos letales prescritos por un médico (0.33% de las 6365 muertes en 2001 por padecimientos similares) y esta cifra se ha mantenido relativamente estable (entre 16 y 27 al año), lo que descarta la teoría de la pendiente resbaladiza. Por lo tanto, autores como Lee, concluyen que no hay razón para ponerse en el camino de quienes están convencidos de los beneficios de la legalización de la eutanasia. Quienes se oponen al suicidio asistido por médicos deberían enfocar sus esfuerzos en ayudar a descubrir los posibles significados y esperanzas que ofrece la vida, y a cuidar con amor y compasión a quienes experimentan el sufrimiento, así como abstenerse de amenazar a los médicos con castigos legales si actúan en contra de sus convicciones ideológicas y religiosas relacionadas con la eutanasia.

En México, el tema de la eutanasia se comenzó a discutir en el senado de la república en junio de 2007 cuando la comisión de salud presentó una iniciativa para permitir la terminación voluntaria de la vida bajo ciertas condiciones. Sus defensores sostienen que no se contraponen a los principios religiosos y consiste en que a los enfermos en fase terminal se les dejen de suministrar los medicamentos o se les retiren los aparatos que los mantienen con vida artificialmente. El proyecto denominado "Ley del Derecho a la Muerte Digna" busca reformar el Código Penal Federal y crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo para aquel paciente que le haya sido diagnosticada una muerte segura en un máximo de seis meses,

además de que él o su familia haya dado su consentimiento. La eutanasia pasiva consiste en que a un paciente terminal se le dejan de suministrar medicamentos o le sean retirados los aparatos que le mantienen con vida, mientras que en la eutanasia activa se busca provocar directamente la muerte del enfermo. En ambos casos se cuenta con la asistencia del personal de salud, de la familia o de otros significativos. Cabe hacer notar que los principios que sustentan la argumentación de la propuesta de ley siguen siendo los de la elección racional y la autonomía de las personas adultas, aunque en el lenguaje de los políticos que sustentan la propuesta se habla de la familia y la dignidad. Se espera que la iniciativa se discuta y se apruebe en 2007, ya que cuenta con el apoyo de la mayoría de los partidos representados en el Congreso de la Unión y con la anuencia de la Secretaría de Salud que depende del poder ejecutivo^{vi}. No obstante ya hay voces conservadoras que abogan por los cuidados paliativos y no por la eutanasia^{vii}.

ⁱ Cibeira JB. Medicina y Bioética en el Siglo XXI. Ediciones Lumier. Buenos Aires. 2004:106.

ⁱⁱ Cibeira JB. Medicina y Bioética en el Siglo XXI. Ediciones Lumier. Buenos Aires. 2004:110.

ⁱⁱⁱ Von Engelhardt, Dietrich. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. En Von Engelhardt, Dietrich, et.al. (eds.) Bioética y Humanidades Médicas. Editorial Biblos. Academia Argentina de Ética en Medicina. Buenos Aires. 2004:205-215.

^{iv} Pérez Tamayo, Ruy. Ética Médica Laica. Fondo de Cultura Económica. México. 2002: 210.

^v Lee, Daniel E. Physician- Assisted Suicide: A Conservative Critique of Intervention. Hastings Center Report 33, 2003(1): 17-19.

^{vi} El Ministro de Salud en México respalda la propuesta para legalizar la muerte asistida. Agencia EFE. 18 de junio 2007. <http://mx.news.yahoo.com/s/19062007/38/nacional-ministro-salud-m-xico-respalda-propuesta-legalizar-muerte-asistida.html>

^{vii} Ramos, Jaqueline. Se pronuncia Construye por cuidados paliativos y no por eutanasia. Notimex. 30 de junio 2007. <http://mx.news.yahoo.com/s/30062007/7/mexico-pronuncia-construye-cuidados-paliativos-eutanasia.html>