

EUTANASIA: NUEVAS PERSPECTIVAS ÉTICO-JURÍDICAS

Víctor M. PÉREZ VALERA*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Eutanasia y conceptos afines*. III. *¿Qué valor tiene la petición del paciente?* IV. *¿Cuáles son los límites de la libertad y de la autonomía?* V. *¿Hay un derecho a morir con dignidad?* VI. *Algunos aspectos jurídicos recientes*.

I. INTRODUCCIÓN

Louis-Vincent Thomas, notable tanatólogo francés, decía que la eutanasia era un gigantesco iceberg. En efecto, el drama eutanásico está rodeado de gran oscuridad, confusiones y contradicciones, situaciones en extremo ambiguas y complejas.¹

Es importante, por consiguiente, no caer en polarizaciones y precipitaciones. Ante el candente tema de la eutanasia se requieren análisis finos, profundos y serenos, sin prejuicios ni apasionamientos, que distorsionen el planteamiento y las soluciones de tan crucial problema. No se puede realizar una operación de retina o de ingeniería genética, en la que se requiere del rayo láser, con un cuchillo de carnicero.

La eutanasia se presenta como un enorme campo magnético en el que se desarrollan diversas tensiones y entran en juego múltiples valores y antivaleores, de lo que resulta un complejo foco de conflictos. En los debates sobre este tema, algunas veces se presentan opiniones radicalizadas y polarizadas por prejuicios, sesgos y cegueras intelectuales y valorales.

Sin embargo, no se puede, ante el drama eutanásico, navegar en el mar de la neutralidad. Es necesario asumir una posición clara después de haber examinado lo más honestamente posible los pros y contras de las diversas opiniones.

* Universidad Iberoamericana.

¹ Hennezel, Marie de, *La tentación de la eutanasia*, México, Nueva Imagen, 2002, p. 25.

Además, la literatura en torno a la eutanasia es inabarcable: en la última década se han publicado cientos de artículos en revistas especializadas y decenas de libros en prestigiosas editoriales.²

Por consiguiente, no es posible en este breve ensayo desarrollar de modo completo la problemática eutanásica en la última década. Nos ceñiremos, por tanto, a tratar los puntos que consideramos básicos y aquellos en los que se ha puesto más énfasis en los últimos años.

Trataremos, pues, de responder a las siguientes interrogantes: ¿Qué es la eutanasia? ¿Qué valor tiene la petición del enfermo? ¿Cuáles son los límites de la libertad y de la autonomía? ¿Qué significa morir con dignidad? ¿Cuáles son los riesgos de la legalización de la eutanasia? ¿Qué alternativas hay al homicidio piadoso? ¿Qué novedades han surgido en el ámbito jurídico?

II. EUTANASIA Y CONCEPTOS AFINES

Ante todo conviene advertir que el oponerse a la eutanasia no significa caer en el extremo contrario de la distansia o encarnizamiento terapéutico. Ésta consiste en tratar de evitar la muerte a toda costa, sin renunciar a ningún medio, aunque sea desproporcionado. La práctica distanástica también es éticamente reprochable, sobre todo cuando se realiza a ciencia y conciencia, y por afán de lucro. El médico debe estar atento para no dejarse llevar ni por la codicia ni por la fascinación de la técnica médica.

En algunos casos, la tecnología médica se ha convertido en una amenaza para el enfermo terminal y ha contribuido a su “despersonalización”, y de este modo, por reacción, ha llevado a ganar adeptos al movimiento eutanásico.³

² Entre las publicaciones recientes podrían mencionarse las siguientes: Gafó, Javier, *Eutanasia y ayuda al suicidio*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1999; Koper, Jorge, “La justicia en la sociedad que se avecina”, *La eutanasia*, Buenos Aires, Losada, 1997, t. II; Urraca Martínez, Salvador, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996; Dworkin, Gerald, *et al.*, *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Madrid, Cambridge University Press, 2000; Marcos del Cano, Ana María, *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons, 1999; Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel, *Eutanasia y vida dependiente*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias, 2001.

³ Véase sobre este punto el libro reciente de Pessini, Leo, *Distansia. ¿Hasta cuánto prolongar la vida?*, México, Dabar, 2005.

La eutanasia se puede definir como la acción directa o la omisión dolosa que provoca deliberadamente la muerte del paciente terminal, con objeto de poner fin a sus sufrimientos.

Es importante subrayar, que la eutanasia no debe confundirse con, la abstención terapéutica o con las acciones que para aliviar el dolor, como efecto secundario acorten indirectamente la vida del enfermo. La abstención terapéutica se denomina adistanasia, y las acciones para aliviar el dolor que incluyen el acompañamiento integral al moribundo se suelen llamar ortotanasia, y en medicina, cuidados paliativos.

Es clave la distinción entre eutanasia y adistanasia, entre la acción y la omisión. Para subrayar y clarificar estas diferencias, la doctora Ulla Quarnstrom,⁴ experta en eutanasia de la Universidad de Bergen, en Noruega, propone los términos “tomar la vida” y “dejar morir”. Dicha distinción está basada en perspectivas metafísicas (diferencia entre acción y omisión), morales (distinción entre omisión dolosa, culposa y razonable) y médicas (aceptación de los probables efectos secundarios de algunos analgésicos y rechazo del encarnizamiento terapéutico).

Por lo que respecta a la ortotanasia o “cuidados paliativos”, es importante la opinión del doctor Maurice Abiven, especialista francés en estas técnicas. Él está convencido de que lo más humano es una oposición razonada a la eutanasia. Nos dice que urge una innovación en la finalidad de la medicina: no sólo curar, sino ayudar en el morir, no sólo combatir el dolor, sino también ayudar a superar la angustia y la tristeza existencial ante la muerte. Él observa que existe cierta resistencia a esto entre muchos médicos que son, como todo el mundo, también presa del miedo a la muerte. En más de cuatrocientos casos que él ha tratado, sólo en tres hubo petición de eutanasia. El doctor Abiven concluye su estudio señalando que es importante crear un nuevo enfoque de la muerte en nuestra sociedad. Aceptar nuestra condición mortal, reinsertar la muerte en el hospital y en la vida, ayudar a manejar las vivencias del trance de la muerte.⁵ En Francia, siete de cada

⁴ Ponencia inédita enviada al Primer Congreso Internacional de Tanatología y Suicidología, celebrado en San Luis Potosí, México, 1992.

⁵ Abiven, Maurice, *Une étique pour la mort*, París, Desclée de Brouwer, 1995, pp. 143 y ss. Cfr. Hennezel, *op. cit.*, nota 1, p. 24; El doctor Yves Camberlein, jefe del servicio de los Cuidados Paliativos del Instituto de Mountsouris, afirma que no ha tenido más de 15 demandas de eutanasia en 15 años. La doctora Marie-Sylvie Richar, de Cuidados Paliativos en la Maison Jeanne-Garmier, cuenta con los dedos de una mano las peticiones de eutanasia durante 10 años. En un álgido debate con el ex senador Caillavet, el doctor

diez pacientes mueren en el hospital o en el asilo. Pero en general, los hospitales no están preparados para ofrecer cuidados paliativos. Y no obstante eso, por varios aspectos sociológicos los familiares envían a los moribundos a morir en los hospitales. En ellos muchas veces se practican pequeñas crueldades, las enfermeras están sobrecargadas de trabajo, las reglas del hospital todavía son rígidas e inhumanas, se vive la conspiración del silencio y del anonimato, la falta de privacidad.⁶

Por consiguiente, en la formación de un médico no son un lujo los cuidados paliativos. La eutanasia es una confesión de impotencia, pero también, a veces, de falta de capacidad y de apertura a soluciones alternativas. Como dice Hennezel: “la confesión de impotencia es también un gesto de omnipotencia”, en cierto modo es más fuerte que la muerte, el poder suministrarla.⁷

Bernard Glorion, presidente del Consejo de la Orden de los Médicos en Francia, ante el drama eutanásico reconoce que en buena medida los médicos son culpables: “La medicina responsable del fin del ciclo de una vida ha terminado por olvidar al hombre”.⁸

En efecto, algunos médicos oscilan entre el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia, aunque ésta la disfracen no con la prescripción de cocteles líticos, sino con el incremento exagerado de morfina y barbitúricos.⁹ Por consiguiente, convendría incluir en el currículo del médico asignaturas humanistas, cursos de tanatología y de ética profesional. Sólo el cultivo del acompañamiento integral al moribundo podrá vencer la tentación de la eutanasia.

III. ¿QUÉ VALOR TIENE LA PETICIÓN DEL PACIENTE?

Como el concepto de eutanasia, también las peticiones de ella están surcadas de ambigüedades. ¿Cuál es el significado real de una petición concreta de eutanasia? ¿Cuál es el trasfondo verdadero? ¿Cuál es el deseo profundo que se expresa en esa petición? ¿No son muchas veces, como en el

Desmichelles afirmó que en 15 años de experiencia nunca había tenido una demanda de eutanasia que hubiera persistido después de un acompañamiento de calidad. Hay que promover la ética de los cuidados paliativos. El médico es sanador no suministrador de muerte.

⁶ Hennezel, *op. cit.*, nota 1, pp. 41-58.

⁷ *Ibidem*, p. 75.

⁸ *Ibidem*, p. 76.

⁹ *Ibidem*, p. 83.

suicidio demostrativo de los adolescentes, una petición de mayor atención, cuidado y ayuda?

El doctor Emmanuel Goldenberg, psiquiatra y psicoanalista francés, después de estudiar innumerables casos, piensa que en general el acto eutanásico no es una genuina demanda del enfermo. El enfermo pide ayuda, y si no comprendemos el sentido profundo de su petición, determinamos que desea la muerte.¹⁰

En efecto, Louis-Vincent Thomas afirma que “pedir no es siempre desear, y menos aún querer”.¹¹ Escuchar la ambivalencia de una demanda eutanásica conduce a evaluarla y a tomarla en serio, lo que no significa tomarla a la letra, ni menos llevarla a cabo. Puede ser un grito desesperado del enfermo de manifestar su vulnerabilidad, su soledad y abandono, y una demanda de acompañamiento y amor.

“No se trata —observa Hennezel— de hacerse eco de la queja del moribundo, de entretenerlo, sino de ayudarlo a salir y confrontar eso que todavía lo mantiene con vida a pesar de su voluntad de morir... se trata de demostrarle... que hasta los últimos instantes tiene importancia como ser humano para nosotros”.¹²

¿Cómo podríamos hacerle para que la muerte —como lo enunciaba la doctora Kübler-Ross— fuera la última etapa del crecimiento? Es posible —no es una utopía— dar a esa persona la vivencia de su dignidad y así atenuar la angustia de la última etapa de su vida. Así lo atestiguan Françoise Glorion y su equipo, Wouters y su asociación, Marie Hennezel y muchas personas más.

Con todo, es Patrick Verspieren el que, después de haber observado cuidadosamente el medio hospitalario, hace un análisis más profundo de este punto. Para Verspieren, la petición de eutanasia puede conllevar cuatro ambigüedades.¹³

La primera ambigüedad consiste en la confusión entre los medios y los fines. Cuidadosas encuestas en hospitales geriátricos y de enfermos terminales revelan que las personas que solicitan la eutanasia la piden condicionalmente, “si llegara a sufrir demasiado”.

¹⁰ Goldenberg, Emmanuel, “Du sens d’une mort échangée”, in Partir, *L’accompagnement des mourants. Entretiens avec*, París, E. Hirsch, Cerf, 1986, pp. 51-69.

¹¹ Louis-Vincent, Thomas, *La muerte*, Barcelona, Paidós, 1991, p. 96.

¹² Cfr. Hennezel, *op. cit.*, nota 1, p. 99.

¹³ Verspieren, Patrick, “Le paradoxe euthanasie”, in Partir, *L’accompagnement des mourants. Entretiens avec*, *cit.*, nota 10, pp. 89-98.

Estos ancianos consideran la eutanasia como un medio para evitar el sufrimiento extremo. Lo que piden es no ser abandonados en este sufrimiento. Esto crea todo un reto para los que atienden al enfermo. Sin más, darle la muerte al paciente sería tomar como fin lo que él pedía como medio, se asumiría su petición a la letra, sin comprender su verdadera demanda.

Una segunda ambigüedad consiste en que en algunos pacientes, una parte de su yo quiere la muerte y la otra no la quiere. Muchos médicos advierten este lenguaje contradictorio. El paciente quiere y a la vez no quiere que se le dé la muerte. Si el que atiende al enfermo le da la muerte, él fue el que eligió uno de los dos aspectos de la voluntad del paciente y desatendió el otro. Estos impulsos contradictorios en nuestro interior los expresa brillantemente John Keats en su carta a un amigo: “día y noche, ansió que la muerte me libere de estos dolores, y también deseo que la muerte se aleje, porque lo destruiría todo, incluso esos dolores que son mejor que nada. La tierra y el mar, la debilidad y la decadencia separan, pero la muerte es la separación definitiva”.¹⁴

La tercera ambigüedad tiene que ver con la firmeza de la petición. ¿El que pide morir lo pide con un deseo constante o sólo de manera transitoria? ¿Esta voluntad persistiría si se le proporcionara atención y se le ayudara con cariño a aceptar sus limitaciones?

A este propósito, recordemos que las etapas por las que pasa el moribundo en los estudios de Kübler-Ross y Paul Sporken nos ponen en alerta para no tomar la determinación de un estado de ánimo pasajero por la auténtica voluntad del interesado.

La cuarta ambigüedad se evidencia ante las siguientes interrogantes. ¿El que invoca o desea la muerte quiere morir o pide ser matado? No es lo mismo. ¿Lo piden de inmediato o para después? Algunos enfermos interrogados responden: no, ahora no, sino cuando sea necesario. Así, frecuentemente el acto de pedir ser matado no es una voluntad firme y estable o al menos no una demanda irrevocable.¹⁵

¹⁴ Kyats, John, *Carta a Charles Brown*, 28 de septiembre de 1820, en Forman, Maurice B. (ed.), *The Letters of John Keats*, Oxford, Oxford University Press, 1931, p. 224.

¹⁵ *Ibidem*, p. 158. Marie Hennezel considera que, en general, la ejecución de las eutanasias dejan una tristeza permanente en el fondo del corazón, a pesar de cierto alivio. (Hennezel, *op. cit.*, nota 1, p. 15). Henrie Caillavet es senador francés defensor de la eutanasia. Cuando su padre de 86 años le pidió la eutanasia, él la realizó, pero confesó: “Ese fue un momento terrible, un recuerdo muy difícil de llevar, a pesar de que no me arrepiento de nada”. Asimismo, reconoce que él no les pediría lo mismo a sus hijos.

Otro aspecto no muy claro a este propósito se refiere a la lucidez y libertad con la que un enfermo terminal puede hacer una decisión responsable. En un estudio realizado mediante pruebas de razonamiento de Piaget a sesenta y tres enfermos graves de entre cuarenta y cinco y setenta y cinco años, considerados normales mentalmente, comparado con otro grupo de veintiocho adultos sanos de alrededor de ochenta años, se descubrió que el grupo de enfermos graves presentaba resultados muy pobres en las pruebas de razonamiento, equivalentes a los obtenidos en niños menores de diez años.¹⁶

Sería simplista afirmar, declara el doctor Abiven, que todas las demandas de eutanasia sean falsas demandas. Pero también sería honesto afirmar que el testimonio de los médicos que se dedican a los cuidados paliativos concuerda en que la casi totalidad de las peticiones cesan cuando se proporciona un adecuado tratamiento del dolor y un acompañamiento integral.¹⁷

Verspieren concluye su estudio diciendo que para la mayor parte de los seres humanos la vida aparece todavía como un valor, aun cuando esté marcada por múltiples pruebas.

IV. ¿CUÁLES SON LOS LÍMITES DE LA LIBERTAD Y DE LA AUTONOMÍA?

Las discusiones en torno a la eutanasia entre los años treinta y los ochenta del siglo pasado giraban más bien alrededor del motivo de piedad ante el sufrimiento del enfermo terminal. También se observaba en esos años que el dolor y el sufrimiento son fenómenos muy sui generis en los que entran varios factores subjetivos que no pueden medirse desde fuera. En otras palabras, nos encontramos ante una variable negativa y opresora, pero indeterminada e indeterminable. Al parecer en ningún área de la práctica médica se podría tomar una decisión tan drástica e irreversible como la eutanasia sobre la base de síntomas indeterminables.

Tampoco —añade— lo haría con mi madre, la mujer que me dio la vida. Eso no es posible (*ibidem*, pp. 119-131). El médico Gilbert Desfosses, jefe de un equipo móvil de cuidados paliativos afirmó en el debate “Morir con dignidad” (10 de mayo de 1999) “esas personas que matan... están marcadas de por vida... una persona que ha practicado la eutanasia no sale indemne...”. Algunas enfermeras que han practicado la eutanasia son perseguidas por fantasmas que como las Erinias de la tragedia griega son perturbadoras del sueño (*ibidem*, p. 157). El doctor Vincent Meininger es más tajante: la eutanasia es “de una violencia psicológica extrema”.

¹⁶ Cfr. Cassell, Eric J., *Ann. Intern. Med.*, 2001, pp. 1120-1123.

¹⁷ Abiven, *op. cit.*, nota 5, p. 144.

Finalmente, se ponderaba lo contradictorio que resultaba defender la eutanasia en una época en la que habían progresado tanto las técnicas de los cuidados paliativos y en la que se vislumbra todavía un progreso mayor.

Por todo lo anterior, en la última década las sociedades eutanásicas han enfatizado mucho más otros argumentos, entre los que destacan el valor de la libertad (autodeterminación) y de la autonomía del paciente.

No pretendemos elaborar aquí un tratado sobre la libertad, pero sí parece oportuno hacer algunas observaciones; John Stuart Mill, aunque de tendencia utilitarista, observaba en su célebre ensayo *On Liberty*, que las sociedades civilizadas no concedían el derecho a venderse a sí mismo como esclavo, si bien esta prohibición limita la autodeterminación. Él escribe: “no hay libertad que permita alienar la libertad”. En otras palabras, Stuart Mill sostiene que “somos libres para ser libres, no libres para ser esclavos”, lo cual, además de establecer que no existe una libertad absoluta, insinúa que la verdadera libertad debe ser orientada por los valores.

Esto no obstante, las modernas concepciones individualistas propugnan una autonomía absoluta del hombre. En esta visión de la libertad existe un derecho a privarse de la vida, pero como tal derecho no es suficiente para legalizar la eutanasia. La Hemlock Society pretende extender ese derecho a los profesionales de la salud o a las personas que se presten a proporcionar esa ayuda. Como puede observarse, están también en estos casos implicados los profesionales de la salud, y su actuación debe ser evaluada no sólo en razón de intereses personales, sino en función, sobre todo, del bien común y del *ethos* profesional.

Una enfermera en un debate en torno a la eutanasia dijo que se exige que se respete la “libertad” del paciente de acabar con su vida, pero que no se respeta la libertad de la enfermera. “Ustedes tienen el derecho de suicidarse —ella subrayó— pero no pueden pedirme a mí que yo los mate. Pienso que es respetar al otro el no pedirle que cometa tal acto”.¹⁸

Bernard Lapointe, médico responsable de la unidad de cuidados paliativos del hospital de Notre Dame de Québec, asegura que como en el mito de Esculapio, el poder destructivo de la medicina amenaza el orden del mundo. La prohibición de matar no es sólo religiosa, sino también psicológica; tiene sus raíces en lo profundo de nuestro inconsciente. Si se nos autoriza a matar, perderíamos la confianza de nuestros pacientes, se destruiría nuestra profesión... Por lo demás, el conflicto de libertades no puede resolverse

¹⁸ Cfr. Hennezel, *op. cit.*, nota 1, p. 147.

arrojando al otro a un callejón sin salida. Toda libertad tiene un límite y supone una responsabilidad. ¿Acaso tenemos libertad con L mayúscula, absoluta?¹⁹

Estos enfoques individualistas de la libertad tienen su fuente de inspiración en Kant, pero lo curioso es que este autor rechaza expresamente el “derecho” al suicidio y a la eutanasia:

Si para escapar a una situación dolorosa, se destruye él a sí mismo, hace uso de una persona *como mero medio* para conservar una situación tolerable hasta el fin de la vida. Mas el hombre no es una cosa; no es, pues, algo que pueda usarse como *simple medio*; debe ser considerado, en todas las acciones, como fin en sí. No puedo, pues, disponer del hombre, de mi persona, para mutilarle, estropearle, matarle.²⁰

La autonomía externa, aunque es generalmente respetada por el derecho, también es justa y frecuentemente limitada por algunas normas jurídicas. Estas limitaciones son fundamentalmente impuestas en aras del bien común de la sociedad, y a veces incluyen el no ocasionarse daños a uno mismo: de este modo, se prohíben el homicidio consensual, el duelo, los sacrificios humanos consentidos, la donación de órganos vitales no duales aun por motivos altruistas, el uso de determinadas drogas, etcétera.

Aplicando estas consideraciones a la eutanasia voluntaria, caigamos en la cuenta que cuando el derecho prohíbe esta acción no quita al individuo totalmente su libertad de elección. En primer lugar, existe la opción de renunciar al tratamiento en segundo lugar, se puede elegir el uso de drogas analgésicas, que incluso como efecto secundario puedan acortar la vida, y finalmente la opción discutible y controvertida de procurarse a sí mismo la muerte.

En el caso de la eutanasia, subyace una sutil pero gran contradicción: no puedo transferir mi soberanía a otro sin perderla. El permitir a otra persona matarnos es la más radical abdicación de la soberanía.²¹ Ningún defensor

¹⁹ *Ibidem*, pp. 150-156.

²⁰ Kant, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Barcelona, Planeta-De Agostini, 1997, pp. 78 y 79.

²¹ En un documento conjunto de la Iglesia anglicana y católica presentado el 7 de julio de 1993 al Comité de la Cámara de los Lores, se señala: “El derecho a la autonomía personal no puede exigir una acción a otra persona. Los pacientes no pueden exigir ni deben estar en condiciones de exigir que los médicos colaboren para provocar su muerte...”, Kiper, p. 201.

serio de las libertades civiles y del derecho a la autodeterminación debería considerar esta posibilidad como razonable.

Finalmente, quedaría por considerar si el enfermo terminal actúa con plena libertad o sufre diversos tipos de presiones. Veamos algunos ejemplos: En los años ochenta el médico alemán Julius Hacketal estableció en Munich una clínica eutanásica que denominó Eubios, y editó un filme para justificar su práctica. Marie Hennezel analizó cuidadosamente la película; se trata de una mujer con cáncer en el rostro; en ningún momento la mujer pide que se le mate, sino expresa su sufrimiento y su desesperanza. En ningún momento hay muestras de compasión o de ternura por parte del médico. Más aun, Hacketal no la escucha, la interrumpe, la manipula.²²

Otro documental alemán, *La muerte por demanda*, fue analizado críticamente por Herbert Hendin en su libro *Seducido por la muerte*. Cees un hombre con SLA (enfermedad neuromuscular) pide la eutanasia. Él y su esposa, después de algunos titubeos, aceptan ser filmados. Allí también aparece la pregunta clave: ¿Está usted seguro de querer la eutanasia? Es la esposa la que responde. La eutanasia es orquestada por el médico y la esposa.

En Canadá se presentó en 1994 un caso similar. Sue Rodríguez aceptó ser filmada en su muerte. Comenzada la filmación ¿tenía libertad de cambiar su decisión? Al parecer ella se salió del guión cuando respondió sonriente a la pregunta sobre si deseaba morir: “¡No!, yo no tengo deseo alguno”.²³

V. ¿HAY UN DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD?

Los defensores de la eutanasia acuñaron primero la expresión “derecho a morir”. Con esta expresión se pretendía convertir el suicidio y la eutanasia en un derecho civil. No deja de ser curioso que a un hecho natural e inevitable como la muerte se le quisiera incluir entre los derechos humanos. En un segundo momento se creó el eslogan “derecho a morir con dignidad”. Pero ¿qué es la dignidad?, ¿puede ésta perderse con el dolor o el sufrimiento?

La doctora Renné Sebag-Lanoë, jefa del servicio de gerontología y cuidados paliativos del hospital Paul-Brousse, en un interesante artículo titulado “El precio de la dignidad” (*Études*, septiembre de 1993) nos dice que el an-

²² Hennezel, *op. cit.*, nota 1, pp. 101-103.

²³ *Ibidem*, pp. 224-226. Véase también P. S. Lorda y A. C. Vidal, “Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida”, en Urraca, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, p. 332.

ciano vive situaciones difíciles, penosas, dolorosas y la pérdida de la autonomía exterior, pero que esto no significa que haya perdido su dignidad.

Hay una dignidad intrínseca, propia del ser humano, pero también existe una dignidad subjetiva que depende de la autoestima. Aunque ésta no es la dignidad esencial, también es importante, y en buena parte depende de la atención y cariño que se brinde al paciente. Esta dignidad puede incrementarse, e incluso afirma Hennezel, que ante una persona en estado de coma puede continuar la comunicación en un nivel muy profundo, de inconsciente a inconsciente.²⁴

En efecto, se puede hacer mucho para mejorar la calidad de vida de los enfermos, y mucho depende de cómo se aborde la enfermedad, la dependencia y la aproximación de la muerte. El gran principio —afirma la doctora Sebag-Lanoë— es el respeto por la persona, sin importar su edad, estado de salud o de dependencia.

Este aprecio de la dignidad del enfermo conduce a proporcionarle cuidados eficaces, personalizados y respetuosos. Cuidados médicos de calidad con atención especial a la autonomía, al dolor y a la depresión. Este trato cariñoso y respetuoso se manifiesta en pequeños detalles que son de gran importancia.

No es fácil, dice Marie Hennezel, ayudar a los médicos y a los familiares a superar la “peligrosa piedad” que no soporta la lenta agonía y presiona para adelantar la muerte. Ella ha visto los extraordinarios efectos saludables que ocasiona una suave caricia en la mejilla, la silenciosa presencia, amorosa y tranquila al lado del enfermo... Si se valorara la afectividad en el ámbito sanitario, las demandas de eutanasia y la tentación de practicarla disminuirían notablemente.

En la compasión existe ternura, lo que no significa sensiblería o sentimentalismo. Ternura en griego es *storge*, fuerza. En efecto, ella es un sentimiento que proporciona fuerza, que sostiene.²⁵

El sufrimiento y la angustia son ingredientes de la vida; ellas generan la capacidad de compasión. Según Silverman y Broker, expertos en clínica del dolor, la ansiedad, el temor y la preocupación ocasionan mayor percepción del dolor, pero si los pacientes reciben atención y cuidado perciben menor sensación de dolor.²⁶

²⁴ Cfr. Hennezel, *op. cit.*, nota 1, p. 137.

²⁵ *Ibidem*, p. 193.

²⁶ Cfr. Urraca, Salvador, “Eutanasia y aspectos humanos en el morir”, en *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, p. 174.

Así pues, la dignidad es algo inherente a la condición humana, cualesquiera que sean las circunstancias de la existencia. Dignidad significa la grandeza y el valor que hacen al ser humano único, irrepetible, original, sin copia. La dignidad es inalienable e indisociable de la humanidad misma; no depende de la existencia o carencia de determinadas cualidades que no constituyen o suprimen el valor de la persona. Kant decía que la dignidad es el valor de la persona, lo que se halla por encima de todo precio.

Verspieren advierte que se debe hablar con más cuidado y no confundir las alteraciones del cuerpo o las alteraciones de la personalidad con la pérdida de la dignidad. El anciano que sufre graves deficiencias de ninguna manera ha perdido su dignidad de hombre, de persona, de ser humano.

En efecto, todos aspiramos a la paz y rechazamos la violencia, aunque a veces no caigamos en la cuenta que difícilmente puede encontrarse un acto más violento que suprimir la vida de un ser humano.

No perdamos de vista que el primero de los derechos fundamentales del hombre es el derecho a la vida y el respeto a su dignidad. Estos derechos radican en la raíz más profunda del ser humano y no son por consiguiente concesiones del Estado, ni su vigencia está sujeta a encuestas de opinión, al voto de la mayoría parlamentaria o al consenso social.

Definitivamente, el “derecho a morir” no es un derecho humano fundamental. Recientemente la señora Diane Pretty, afectada de una severa parálisis, solicitó a los jueces británicos que autorizaran a su esposo a aplicarle una inyección letal. La petición fue denegada, porque las leyes de Inglaterra penalizan la eutanasia. Entonces la señora Pretty acudió a la Corte Europea de Derechos Humanos, aduciendo los artículos dos y tres de la Convención de Derechos Humanos, que prohíben “los tratamientos degradantes e inhumanos” y pidió la condena del gobierno del Reino Unido por privarla de su derecho a morir. La Corte de Estrasburgo rechazó la demanda, por considerar que los artículos citados pretenden salvaguardar el derecho a la vida y no pueden interpretarse en el “sentido diametralmente opuesto”, como un supuesto derecho a la muerte.²⁷

²⁷ Cfr. Rosa, Giuseppe de, “A proposito di eutanasia e di diritto a morire”, *La Civiltà Cattolica*, 18 maggio 2002, núm. 3646, pp. 361 y ss.

VI. ALGUNOS ASPECTOS JURÍDICOS RECIENTES

En los últimos años nos encontramos con algunos proyectos legislativos y con algunas legislaciones que tienen que ver con el problema que tratamos. Entre los proyectos legislativos conviene destacar el de Henri Caillaudet, del 6 de enero de 1978, en el que proponía ante el Senado francés una ley sobre eutanasia plagada de ambigüedades.

Un poco después, en Italia, el diputado socialista, Loris Fortuna, presentó un proyecto de ley, el 19 de diciembre de 1984, oscuro y confuso que ponía al enfermo terminal en la pendiente de la eutanasia. Dos años más tarde, el senador Adriano Bompiani propuso un proyecto de ley para proteger los derechos del enfermo. Ahí se consideraba a la eutanasia “la más grave manifestación de la cultura de la muerte”.²⁸

En 1988, el senador socialista español, Cesáreo Rodríguez Aguilera, propuso la despenalización de la eutanasia al sugerir la abrogación del artículo 409 del Código Penal español, que sanciona la ayuda al suicidio con pena de seis a doce años de prisión, y de doce a veinte si la ayuda llega al grado de ejecutar él mismo la muerte.²⁹

Holanda es un caso especial. El 18 de octubre de 1972 se formó una comisión de quince miembros para estudiar la posible legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. El informe final fue concluido el 19 de agosto de 1985. En él, trece de los quince miembros de la comisión se inclinaban a que bajo ciertas circunstancias la eutanasia no se tipificara como delito. Igualmente, se opinaba que ella fuera realizada exclusivamente por médicos.

Con base en este informe, en noviembre de 1991 se presentó una propuesta de ley, la cual se discutió en marzo de 1992 y se convirtió en el esquema básico de la Ley del 10 de abril de ese año. Allí se autorizaba al médico a ejecutar la eutanasia bajo ciertas condiciones: previa consulta a un comité de médicos, enviar un informe al fiscal que explicara los antecedentes del caso y la modalidad eutanásica elegida. El fiscal, asesorado por un médico, emitiría un informe.

Finalmente, el 9 de febrero de 1993 se aprobó por 91 votos contra 45, que el médico pudiera ejecutar la eutanasia activa bajo las siguientes condiciones: petición clara y reiterada del paciente afectado de una enfermedad incurable y con sufrimientos insoportables, que el médico debiera con-

²⁸ Monge, Fernando, *¿Eutanasia?*, Madrid, Palabra, 1989, p. 26.

²⁹ *Ibidem*, p. 29.

sultar con un colega y con la familia del paciente, y que enviara al médico legista municipal la respuesta por escrito a un cuestionario de veintitrés preguntas.

Con todo, el artículo del Código Penal que sanciona la eutanasia, ni se abrogó ni se derogó.

Una encuesta realizada en la Universidad Libre de Ámsterdam, a seis meses de la reforma, entre 521 médicos, reveló que una cuarta parte de ellos no dirigió el informe a la Fiscalía, y uno de cada diez ni siquiera consultó a otros médicos.³⁰

Un grupo de adultos minusválidos protestaron ante esta semidespenalización frente al Parlamento holandés:

...sentimos que nuestras vidas están amenazadas... nos damos cuenta de que suponemos un gasto muy grande para la comunidad... mucha gente piensa que somos inútiles... nos damos cuenta, a menudo de que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte... nos resulta peligroso y aterrador que la nueva legislación incluya a la eutanasia.³¹

El proyecto legislativo no se detuvo en la sola despenalización. El pasado 10 de abril de 2001 el Senado de Holanda legalizó la eutanasia voluntaria activa y directa, en medio de grandes protestas. La amplia plaza situada enfrente del Parlamento de La Haya estaba completamente llena por miles de manifestantes que se oponían a esta legislación. Para muchos, como el arzobispo Adrianus Simonis de Utrech, éste fue un “martes negro” para Europa y para el mundo. Él piensa que no se consideró suficientemente la injusta presión que esta ley puede ejercer en la conciencia de muchos médicos y paramédicos, y enfermos terminales. Se teme, además, que esta legislación “contagie” a otros países. En efecto, el 16 de mayo de 2002 se legalizó la eutanasia en Bélgica. Existen algunas diferencias entre la ley holandesa y la belga. Ésta utiliza el término “eutanasia”; la holandesa, en cambio, recurre a expresiones descriptivas. En la ley holandesa se legaliza también el suicidio asistido; en cambio, en la ley de Bélgica no se aborda este tópico. En Bélgica, al médico se le exige la consulta de un colega, como también en el caso de Holanda, pero en Bélgica existe la obligación de

³⁰ Niño, Luis Fernando, *Eutanasia, morir con dignidad*, Buenos Aires, Universidad, 1994, pp. 235 y 236.

³¹ Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, *La eutanasia*, Madrid, PPC, 1993, p. 47.

consultar a otro médico más, si se prevé que la muerte natural no sucedería a corto plazo.

El médico que practicó la eutanasia debe informar a la Comisión Federal de Control y Evaluación, cuya composición y funcionamiento se describen detalladamente en los artículos del 5o. al 13. El artículo 14 establece claramente que la práctica o participación en la eutanasia no se puede imponer a nadie. Asimismo, el artículo 15 declara que para los efectos en los contratos y particularmente en los seguros, la eutanasia legal se considera como muerte natural.³²

El Código Penal se modificó de la siguiente manera:

Artículo 293

1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2o. de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7o., párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales.

Artículo 294

1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta.

2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.

Parece oportuno hacer algunos breves comentarios a esta nueva legislación.

Ante todo, como ya hemos observado varias veces a lo largo de nuestro estudio, la liberalización de la eutanasia afecta seriamente el *ethos* médico. La experiencia de la fragilidad humana ha demostrado que, una vez practicada la eutanasia, fácilmente se convierte en un hábito. Y esto mina la confianza del

³² Cfr. Elizari, Javier, *El derecho abre las puertas a la eutanasia*, *Moralia* 25, 2002, pp. 144-146.

paciente en el médico y se genera un miedo cerval que hace todavía más difícil la recuperación de la salud. Esto pasó en Holanda hace varios años y está pasando actualmente. Otorgar al médico el poder de matar, recrearía una variedad de muerte legal y degradaría el ejercicio de la medicina.

En efecto, la famosa antropóloga Margaret Mead nos trae a grandes rasgos un breve bosquejo de la función del médico: entre los pueblos primitivos la función del médico y del hechicero la desempeñaba la misma persona. Ella tenía el poder de curar y el poder de matar. Con el advenimiento de la cultura griega ambos poderes quedaron claramente separados.

En nuestro tiempo, la perspectiva es preocupante: la sociedad intenta de nuevo con el aborto y la eutanasia, regresar al médico el poder de matar. Ojalá la sociedad proteja al médico de estas peticiones.³³

En segundo lugar, consideramos que si se toma en serio el segundo requisito sobre el dolor y el sufrimiento, difícilmente se autorizaría algún caso de eutanasia. A este respecto, la doctora Cicely Saunders comenta “el sufrimiento sólo es intolerable cuando falta cuidado”.³⁴

En tercer lugar, conviene señalar que una encuesta del Departamento de Geriátría del Hospital de la Universidad de Utrecht revela que un 46% de los pacientes pide la eutanasia para eludir el dolor, y otro 46% para evitar el estrés que ocasiona el pensar en la muerte. Es terrible que la eutanasia se convierta en remedio para la depresión.³⁵

La investigación del caso holandés realizada por Hebert Hendin, psiquiatra estadounidense, reveló perfiles dramáticos: muchos pacientes fueron “liberados de sus sufrimientos” sin su consentimiento (según el reporte Van der Maas en cerca de mil casos). Incluso una religiosa fue sacrificada —según el médico— porque sus convicciones religiosas le impedían demandar la muerte. También se ha aplicado la eutanasia a personas que sufrían psicológicamente, cuyo estado de salud física era bueno. Asimismo, se ha aplicado a enfermos crónicos que hubieran podido vivir varios años. Supuestamente la eutanasia aumenta el poder de los pacientes; en realidad, ha aumentado el poder de los médicos, y los ha convertido en tanatócratas, según expresión de Ziegler.³⁶

³³ Mead, Margaret, *Human Life Review*, Nueva York II, 1988, p. 63.

³⁴ Pessini, Leo, *op. cit.*, nota 3, p. 292.

³⁵ *Cfr.* Koper, Jorge, “La justicia en la sociedad que se avecina”, *La eutanasia*, Buenos Aires, Losada, 1997, t. II, p. 22.

³⁶ Hennezel, *op. cit.*, nota 1, pp. 230-233.

El miedo a ser sacrificado sin su consentimiento ha ocasionado que alrededor de sesenta mil pacientes holandeses se adhieran a la Asociación Alemana del Paciente, que les indica cuáles hospitales son seguros.³⁷

Si del continente europeo pasamos al americano, observamos que en el estado de Oregón se realizó en 1994 un referéndum sobre la eutanasia, en el que el “sí” triunfó por escaso margen; 51% contra 49%. Sin embargo, en el referéndum de noviembre de 1997, el “sí” alcanzó el 60%. Con anterioridad, otros referendos en los estados de Washington y California habían dado como resultado el rechazo a la eutanasia por escaso margen.

Con base en el referéndum de 1994, se elaboró la Ley Oregón Death with Dignity Act, que, sin embargo, al parecer no ha entrado en vigor debido a las discusiones que se han suscitado sobre su constitucionalidad. A este respecto, conviene añadir que en abril de 1997, el Congreso de los Estados Unidos prohibió al gobierno federal recaudar fondos para la práctica del suicidio asistido.

En contraste con lo anterior, conviene destacar algunas consideraciones del informe *New York State Task Force on Life and The Law* realizado en 1994.

- El Estado debe prevenir los errores y abusos que sucederán de forma necesaria si se autorizara a los médicos a realizar la eutanasia.
- La legislación de la eutanasia supone una amenaza para un número mayor de personas que podrían someterse a esta opción por presiones y coacciones.
- La legislación de la eutanasia no protegería a individuos vulnerables, enfermos terminales e incompetentes.
- Los médicos podrían ejercer coacciones sobre sus pacientes o dejarse presionar por los costos sanitarios.
- Se embotarían nuestras percepciones morales de respetar la vida.
- Es difícil trazar un límite en un tema en que existe una tendencia a evaluaciones subjetivas.³⁸

Quizá estas razones tengan mucha fuerza en los legisladores, ya que según una encuesta de la ADMD sólo el 6.9% de los parlamentarios

³⁷ *Ibidem*, p. 234.

³⁸ *Cfr.* Serrano y Ruiz-Calderón, *op. cit.*, nota 2, pp. 26 y 27.

franceses están a favor de una ley que despenalice la eutanasia. El mismo exsenador Henri Caillavet, que tanto luchó en pro de la eutanasia, recientemente declaró: “Personalmente yo me inclino por el modelo alemán. La prohibición de matar debe continuar, pero en caso de un *estado de necesidad*, cuando los sufrimientos son intolerables, cuando el paciente no puede continuar con su vida y reclama la muerte, un espacio de seguridad jurídica debe ser garantía para los médicos que recurran a la eutanasia”. Se pretende dar a los médicos seguridad jurídica, pero no caen en la cuenta que esa ley daría inseguridad a los pacientes más vulnerables y más débiles. Trivializar la eutanasia y legalizarla indiscriminadamente sería una catástrofe.³⁹

Robert Badinter, a quien se debe la abolición de la pena de muerte en Francia, se ha expresado con claridad: “El solo valor de la ley en este dominio es el de proclamar el respeto por la vida...” luego, citando a Portalis, añadió: “es necesario ser cauto en cuanto a las novedades legislativas... existen ciertos dominios en que la ética es preferible a la ley”.⁴⁰

Semejante al razonamiento de R. Badinter es la reflexión del doctor Diego Gracia: “No debemos obcecarnos pensando sólo en las leyes. Los pueblos se salvan o se hunden por algo anterior a las leyes y que constituye su fundamento, los usos y costumbres, los hábitos morales, los ideales de vida... (El médico) debe promover el respeto a los pacientes. Pero lo que no debe hacer nunca es intervenir activamente en procesos que tengan por objeto poner fin a su vida”.⁴¹

No podemos concluir este ensayo sin advertir que ni la norma moral ni la jurídica existen para justificar situaciones de hecho, sino para rechazar muchos hechos sociales como hechos antisociales. La norma jurídica concreta no puede desligarse de los grandes principios éticos, ni de los grandes principios jurídicos que establecen los derechos humanos fundamentales. Entre éstos, está el derecho a la vida. No proteger ésta, heriría de muerte un punto neurálgico básico y fundamental del orden social, y por lo tanto, también del sistema jurídico.

³⁹ Hennezel, *op. cit.*, nota 1, p. 212.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 214.

⁴¹ Cfr. Gracia, Diego, “Eutanasia: estado de la cuestión”, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Salvador Urraca, Noesis, 1996, p. 291. Véase también su declaración ante la Comisión del Senado Español en Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel, *op. cit.*, nota 2, p. 16.