

KEOWN, J., *Euthanasia, Ethics and Public Policy, an argument against legalisation*, Cambridge University Press, Cambridge 2002, pp. 70-80.

Los argumentos de la pendiente resbaladiza

La prohibición de la eutanasia voluntaria por la legislación criminal de casi todos los países, y por los códigos de ética profesional de virtualmente todas las asociaciones médicas, testifican la histórica y duradera atracción del principio de la inviolabilidad de la vida humana. Muchos piensan que es equivocado quitar la vida a otras personas, incluso si piden la muerte a causa del dolor y sufrimiento, y por ello continúan oponiéndose en principio a la eutanasia voluntaria.

Pero otros no; piensan que en principio, la eutanasia voluntaria (y no digamos el suicidio asistido), es moralmente justificable si se trata de la petición de un paciente, libre e informado, y que sufre a causa de su enfermedad terminal un dolor insoportable que sólo puede finalizar acabando con la vida del paciente. No obstante piensan que también la ley debe relajarse y permitir la eutanasia voluntaria o el suicidio asistido.

Muchos se oponen a la relajación de la ley porque piensan que podría dar lugar (o podría llevar consigo un inaceptable riesgo de que ocurrieran) dos indeseables consecuencias.

La primera es un deslizamiento desde el suicidio asistido a la eutanasia voluntaria y de la eutanasia voluntaria a la eutanasia no voluntaria y posiblemente a la eutanasia involuntaria.

La segunda es un deslizamiento hacia la eutanasia voluntaria como un último recurso para usarlo como una alternativa prematura y standara los cuidados paliativos. En breve, algunos de los que no ven nada equivocado en la eutanasia voluntaria en principio no quieren la ley que la autorice porque piensan que probablemente habría un deslizamiento hacia abajo en la pendiente resbaladiza hacia algunas cosas que ellos disculpan –acabar con la vida de pacientes que lo solicitan como último recurso–, otras a las que se oponen –acabar con sus vidas sin su petición o existiendo otras alternativas menos radicales.

El argumento de la pendiente resbaladiza acerca de qué es probable que ocurra en la práctica, ocupa el centro del escenario en el debate contemporáneo, y merece por ello una detenida consideración.

La naturaleza del argumento de la pendiente resbaladiza

El argumento de la pendiente resbaladiza sostiene que si uno propone que se acepte A, que convenimos que moralmente no presenta objeciones, a pesar de ello habría que rechazarlo porque podría llevar a B, que estamos de acuerdo en que es moralmente censurable.
Cfr. David Lamb...

Una ilustración puede ser el argumento de que es equivocado permitir el aborto, incluso por motivos de salud, porque aunque el aborto por estos motivos fuera moralmente aceptable, tiende a llevar al aborto por conveniencia social, que no lo es.

Es buen ejemplo el citado por el obispo de Durham (GB) HABGOOD, J., *Euthanasia. A Christian View*, Journal Review Society Health 3 (1974) 124 :

‘La legislación para permitir la eutanasia se alcanzaría a través de un largo camino con profundos cambios en las actitudes sociales hacia la muerte, la enfermedad terminal, los ancianos y los roles de la profesión médica. La ley del aborto nos ha mostrado qué ocurre. Cualesquiera

que sean los aciertos y las equivocaciones concernientes a la presente práctica del aborto, no existen dudas acerca de dos consecuencias de la ley del aborto de 1967:

- a) las salvaguardas y seguridades dadas, han pasado a ser ignoradas en grado sumo.
- b) el aborto es ahora una libre opción para toda embarazada; esto no implica que en todo embarazo no deseado se intente automáticamente el aborto, pero porque el aborto está ahora en el orden del día, el clima de opinión respecto a dicho embarazo se altera radicalmente.

Espera similares ampliaciones y potencialmente más peligrosas consecuencias con la legalización de la eutanasia’.

Incluso ardientes partidarios del aborto admiten que tras la ley del aborto de 1967 que permite el aborto por motivos médicos, pero no sociales, el aborto por motivos sociales se ha vuelto la norma, o por lo menos un lugar común.

A veces el argumento empírico puede ser mal empleado. Claramente habría que apurar el argumento demasiado lejos para argumentar que no se puede beber una gota de alcohol porque hay riesgo de alcoholismo. La gran mayoría de la gente juzga de sentido común que puede beberse alcohol sin volverse adictos. Pero el caso del aborto es completamente diferente, es un tema muy discutido en el debate moral, y para intentar justificarlo se hace una distinción entre motivos médicos y motivos sociales. El argumento de la pendiente resbaladiza tiene en este tema gran éxito, comenzándose por el aborto por razones médicas. El argumento de la pendiente resbaladiza tiene fuerza algunas veces. La cuestión aquí es si tiene fuerza en relación con la legalización de la eutanasia voluntaria.

Empírica y lógica pendiente

El argumento de la pendiente resbaladiza se vé a menudo como un solo argumento, pero es más exacto entenderlo como dos argumentos independientes: el lógico y el empírico.

El argumento empírico

El argumento empírico de la pendiente resbaladiza desarrolla que incluso si una línea puede en principio ser dibujada entre la eutanasia voluntaria y la no voluntaria, y entre la eutanasia voluntaria como última alternativa y como una alternativa más temprana, el deslizamiento ocurrirá en la práctica porque las salvaguardas de prevención no pueden ser efectivas. En otras palabras, en la práctica la eutanasia voluntaria resiste una efectiva regulación.

Hay una inevitable tendencia en la práctica a que la solicitud voluntaria no sea tenida en cuenta, y que otras alternativas disponibles sean pasadas por alto o incluso deliberadamente ignoradas. Y puede afirmarse que la razón de que el argumento empírico tenga fuerza en relación a la eutanasia voluntaria, es que es imposible marcar pautas precisas a la eutanasia voluntaria, imposible poner orden en su interpretación por parte de los médicos y en la aplicación de dichas pautas o normativas; se puede enmarcar en el caso de las normativas previstas en el ‘aborto terapéutico’.

Todo intento de hacer una regulación eficaz de la eutanasia voluntaria, fracasará, el argumento seguirá funcionando, porque algunos -quizá muchos- médicos se equivocarán al garantizar que las peticiones son genuinas, libres y consideradas, y que no existe otra alternativa.

Algunos médicos fallarán pues, aunque son concienzudos practicantes que buscan sinceramente el mejor interés de los pacientes, carecen simplemente de experiencia psiquiátrica para discernir

cuándo una solicitud es realizada no por un paciente que juzga libremente y responsablemente, sino por un paciente que padece de depresión clínica. Otros médicos fallarán porque, aunque tengan la especialización adecuada, les faltará tiempo, o medios, o la aceptación de ello en la práctica. Aún otros fallarán porque no serán lo suficientemente concienzudos para considerar la calidad de la petición del paciente.

Igualmente, algunos doctores fallarán al asegurar que la eutanasia voluntaria sólo se usará como el último recurso. En algunos casos, los pacientes serán mal diagnosticados o no estarán en situación terminal. Otros pacientes estarán correctamente diagnosticados pero se les dará un pronóstico erróneo, diciéndoles que no tienen esperanza de curación. Y en otros casos, aunque el médico llegue a un diagnóstico y a un pronóstico correctos, simplemente carecerá de experiencia suficiente en cuidados paliativos para saber qué tipo de alivio puede ofrecer a un paciente concreto.

Asimismo, el paralelismo con el aborto puede estar presente. Cuántos médicos tienen la experiencia, el compromiso, el tiempo y los medios para considerar la calidad de cada petición de aborto con adecuada profundidad? Seguramente algunos -quizá muchos, si no la mayoría- aprueba las peticiones de aborto después de una consulta relativamente breve y sin experiencia en la evaluación psiquiátrica de la mujer. Cuántas peticiones de aborto han sido realizadas como resultado de una depresión clínica, o de la presión del marido, compañero o allegados? Y cuántas mujeres, como consecuencia de su aborto tienen después problemas psicológicos o enfermedades psiquiátricas? En la eutanasia voluntaria, en efecto, la calidad de la decisión no es menos importante y no merece menos atención dada la particular vulnerabilidad a las presiones para adelantar la muerte y dada la proporción significativa de pacientes clínicamente deprimidos que hacen estas solicitudes.

Asimismo, en cuántos casos el aborto se utiliza realmente como un último recurso? En cuántos casos se les ofrecen a las mujeres alternativas reales, ofrecidas como servicios sociales, o como consejos de especialistas acerca de la ayuda a niños discapacitados?

Si la eutanasia voluntaria sigue los pasos del aborto, podría realizarse no pocas veces con un inadecuado examen de la calidad de la solicitud y con pocas o con ninguna búsqueda de las alternativas? Y dado que en el debate de la eutanasia voluntaria, a diferencia del debate del aborto, no se discute en este caso si se trata de un ser humano completo, el argumento para la precaución es reconocidamente claro.

La analogía entre aborto y eutanasia activa no es exacta (la particular debilidad y vulnerabilidad de los ancianos moribundos, quienes tenderían a ser, al menos inicialmente, los primeros candidatos) pero sirve sacar punta al argumento de la pendiente resbaladiza en relación a la eutanasia. En resumen, las cautelas parecen lo prudente.

No podría argüirse sin embargo que con adecuadas y estrictas normativa podría prevenirse todo deslizamiento hacia abajo por la empírica pendiente? Las normativas podrían garantizar que cada petición fuese propiamente analizada, que el diagnóstico y el pronóstico fuesen confirmados, que las alternativas fuesen bien investigadas, y que el paciente padeciese realmente dolores intolerables? El argumento empírico cuestiona la posibilidad de bosquejar y reforzar tales salvaguardas. Por ejemplo cómo una normativa puede garantizar que una solicitud es realmente voluntaria? Cómo puede conocer un médico que la petición refleja la verdad, los considerados e informados deseos del paciente, o si son consecuencia de las presiones de sus allegados? Y cómo pueden las normativas garantizar que los pacientes sufren realmente de forma intolerable?

Seguramente, las normativas querrían otorgar un margen adecuado a la opinión del doctor acerca de la voluntariedad de la petición, y acerca de los sentimientos del paciente sobre el sufrimiento insoportable. Los dos aspectos son rebeldes a una regulación externa. De todas formas, aunque se formulen precisas normativas, especificando que se califique como una voluntaria petición, y como un insoportable sufrimiento, cómo se podrían efectivamente reforzar dichas normativas?

Los abogados de la eutanasia voluntaria... Un acrecimiento a la regulación es evitar el independiente escrutinio de las acciones de los médicos y de la confianza en su competencia y buen hacer. Y puede prevenirse quién es incompetente o deshonesto? Cuántos médicos dejan que se investigue su quehacer por sus pacientes a través de una inspección independiente, particularmente por un abogado?

Una cierta aproximación, tal como la consulta requerida con un médico independiente, podría probarse que es más algo formal que sustancial. Aunque para un médico sería menos renuente consultar a otro colega que a un juez, ¿es probable que el segundo médico haga un segundo examen independiente del paciente, se familiarice él mismo con las circunstancias del caso y examine con detalle la competencia y el buen hacer del primer médico? La tendencia de algunas segundas opiniones de limitarse a ‘ponerles el sello’ a las primeras, es algo desconocido en otros contextos. Aunque la Ley del aborto de 1967 requiere de un segundo médico la certificación de que se cumplen las condiciones previstas en la Ley, no se requiere que este segundo médico vea a la mujer. Además, la tendencia de los médicos a pasar por alto la conducta impropia de sus colegas está bien documentada.

Se añade que la legalización podría servir solamente para proteger al médico, no al paciente. ‘No es posible, y no puede serlo, alcanzar el objetivo de proteger a los pacientes o de prevenir o limitar los abusos. Si el objetivo es la protección de los pacientes y la regulación significativa del suicidio asistido y de la eutanasia, la legislación no puede alcanzarlo’ (Callahan, D. and White, M., *The Legalization of Physician-Assisted Suicide: Creating a Regulatory Potemkin Village*, U Rich L Rev 30 (1996) 1

Hace años, refutando la legalización de la eutanasia voluntaria, el profesor Yale Kamisar, distinguido liberal y estudioso de la ley constitucional de US, señalaba que los partidarios de la eutanasia voluntaria perseguían un objetivo que inherentemente no tiene consistencia: un procedimiento para morir el cual proporciona cumplidas salvaguardas contra los abusos y errores, y funciona de forma rápida y sencilla.

En resumen, el argumento empírico mantiene que las normativas, sean laxas o estrictas, no pueden garantizar la regulación efectiva de las decisiones que realiza el médico. De hecho, las normativas estrictas pueden servir incluso para que los médicos las tengan menos en cuenta.

Desde su regulación, intentando permitir la eutanasia voluntaria bajo normativas o salvaguardas, todo intento de cerrar la mano más firmemente puede hacer que se escurra a través de los dedos en la mayoría de los casos, siendo algo que no se puede regular.

Incluso dejando a parte la grave dificultad, si no la práctica imposibilidad, de controlar la eutanasia, hay otra razón con la que se argumenta que el deslizamiento ocurrirá: esto nos lo muestra el argumento lógico de la pendiente resbaladiza.

El argumento lógico

En el debate presente, nos focalizamos en el argumento empírico a expensas de un argumento hemano, el argumento lógico; éste es incluso más formidable. El argumento lógico sostiene que aunque haya precisas normativas ideadas para permitir solamente la eutanasia voluntaria en casos de sufrimiento insoportable, esas normativas podrían pronto dar paso, no (o no sólo) a dificultades prácticas de aplicación, 'ya que un caso de eutanasia con esas limitaciones es también, lógicamente, un caso de eutanasia sin ellas' (Callahan, D., *When Self-Determination Runs Amok*, Hasting Center Report 22 (1992) 52-53.

Voluntarios

El argumento lógico desarrolla que la aceptación de la eutanasia voluntaria lleva a aceptar la eutanasia no voluntaria.

Y esto porque al apoyarse la aceptación de la eutanasia voluntaria en el juicio de que algunos pacientes estarían mejor muertos, lógicamente dicho juicio puede hacerse también aunque el paciente esté incapacitado para hacer una petición de eutanasia.

Las propuestas que hacen generalmente los abogados de la eutanasia voluntaria y del suicidio asistido, otorgan un papel central a los médicos, no sólo en la terminación de la vida misma, sino también en la decisión de acabar con la vida.

No hay propuestas para 'la eutanasia a petición', es decir, simplemente ante la solicitud del paciente y sin valorarla, lo decide y aprueba un médico responsable.

Los médicos no son robots que obedientemente cumplen los deseos de sus pacientes. Hay profesionales que forman sus propios juicios acerca cualquier solicitud de intervención médica. Un médico responsable puede no querer matar a un paciente porque éste se lo pida, y también puede no darle fármacos antidepresivos porque el paciente los pida. El médico, si actúa profesionalmente, decidirá en cada caso si la intervención se realiza realmente para los mejores intereses del paciente. Entonces, un médico responsable que piense que la vida del paciente merece ser vivida, no le matará, y tampoco dará antidepresivos a un paciente que los pida pero que en su opinión no está deprimido. Los abogados de la eutanasia voluntaria sin duda estarían de acuerdo. Sus típicas propuestas de eutanasia voluntaria solamente bajo ciertas condiciones: enfermedad terminal o sufrimiento insoportable, al pensar que esas vidas ya no merecen la pena vivirse.

Consecuentemente, la justificación real –mas que la justificación retórica- de la eutanasia voluntaria no es la petición libre del paciente, sino el juicio del médico que piensa que está justificada porque la muerte beneficiaría al paciente. En realidad, las propuestas de los defensores de la eutanasia voluntaria este juicio no realizaría sin que haya una petición anterior y libre por parte del paciente, pero incluso en estas propuestas la petición libre no es lo decisivo, sino que sirve solamente para activar el juicio del médico acerca del valor de esa petición.

Para decirlo más crudamente, el paciente propone pero el médico dispone. El médico decide si la petición está justificada, es decir, si el paciente verdaderamente estaría mejor muerto, si sería mejor para él morir. Y si el médico puede hacer un juicio en relación a un paciente autónomo, lógicamente puede hacerlo también en relación a un paciente incapaz. Además, si la muerte se considera un beneficio para los pacientes capaces que se encuentran en una determinada situación, ¿por qué debería negárseles a pacientes incapaces que se encuentren en la misma situación? Si la eutanasia voluntaria puede estar a disposición de las personas capaces que la pidan, podría argumentarse muy pronto que también debería estar a disposición de las personas

incapaces, ya que sería discriminatorio denegarles este beneficio por su incapacidad, o porque la eutanasia voluntaria es lo que habrían pedido si hubieran sido capaces. Una última aproximación a lo que se conoce como 'juicio sustituido' en interés de los pacientes incapaces, está previsto en diferentes partes de USA, y en otros lugares.

Los abogados de la eutanasia voluntaria podrían no estar de acuerdo con el argumento, y sostener que en última instancia son los pacientes quienes deciden si su vida merece la pena, pero esto no cuadra bien con sus típicas propuestas legislativas, en las que se requiere que un médico independiente debe aprobar la petición del paciente; el papel del médico no es simplemente el de alguien que se asegura que la petición del paciente es autónoma (en realidad un psicólogo o un consejero podría desempeñar esta función por lo menos igual de bien), sino que el médico es el que considera los méritos y valora dicha petición. ¿Qué méritos pueden ser esos sino un juicio de que el paciente verdaderamente debe morir?; y una vez que los médicos comenzaran a hacer juicios valorativos de este tipo en relación con las personas capaces, ¿por qué no motivos no se creerían igualmente cualificados para hacer esos mismos juicios en relación a los pacientes incapaces?, ¿por qué deben denegar a pacientes incapaces el beneficio de la eutanasia cuando están exactamente en la misma situación que sus pacientes capaces, excepto en su incapacidad para pedir ese beneficio?, ¿existe otra situación en la práctica médica en la que los médicos nieguen un tratamiento que consideran beneficioso a un paciente simplemente porque el paciente no puede pedirlo?.

Imaginemos dos pacientes del doctor A, X y su hermano Y; los dos son gemelos, padecen ambos una enfermedad terminal igualmente dolorosa, y sufren en un grado idéntico; yacen juntos en el mismo hospital, y X, que es capaz, pide al doctor A una inyección letal porque su sufrimiento es insoportable. El doctor A está de acuerdo en que la muerte sería realmente un beneficio para X, y admite administrar la inyección letal para producirle un compasivo alivio. El paciente X pide lo mismo para su hermano Y, que es incapaz, con el razonamiento de que él debe experimentar también un sufrimiento insoportable e inútil. ¿Está bien que el doctor A niegue al paciente Y el mismo beneficio que ha admitido conferir a X? Si es así, ¿qué es del deber del doctor A de actuar en el mejor interés de su paciente?

Confirmando el lógico vínculo entre la eutanasi voluntaria y la no voluntaria, muchos de los principales abogados de la eutanasia voluntaria, como Peter Singer y Helga Kuhse, Jonathan Glover y John Harris, también están de acuerdo con la eutanasia no voluntaria.

Sufrimiento insoportable

Los defensores de la eutanasia voluntaria, que insisten en que lo decisivo para justificarla es el respeto por la autonomía individual, se enfrentan a un lógico problema si también insisten en que la eutanasia voluntaria se limite sólo a los pacientes que sufren insoportablemente, ya que si la eutanasia voluntaria se justifica según ellos por el respeto a la autodeterminación del paciente, ¿cómo va a ser justo denegarla a cualquier paciente que autónomamente la pida, esté experimentando un dolor insoportable o no?; ¿por qué su sufriendo tiene que ser insoportable?, ¿por qué no es suficiente un sufrimiento soportable que el paciente no quiere soportar?, ¿qué pasa si un paciente pide insistentemente la eutanasia voluntaria porque dice que sufre de una situación incurable, como una artritis severa, dolorosa, que le debilita y, aunque sea soportable él no quiere soportar?. El caso podría ser más fuerte incluso si dicho paciente hubiera llevado una vida con gran actividad física, con actividades al aire libre muy importantes, y realmente el paciente puede tener una situación física que implica un sufrimiento físico relativamente pequeño. Imaginemos un escalador fanático que se queda parálítico desde el cuello por un accidente de montaña y que pide la eutanasia porque él no quiere vivir atrapado en un cuerpo

inútil; por qué le debería ser denegada la liberación si piensa que la vida ha perdido su valor?; algunos autores de ética médica han argumentado que lo que da valor a la vida de una persona es lo que ella la valore. Si un paciente piensa que su vida ya no tiene valor, argumentan ellos, entonces esa vida ya no tiene valor.

Si la justificación para la eutanasia voluntaria se piensa que es el respeto a la autonomía del paciente, desde el punto de vista lógico es sin duda inconsecuente con el requisito de que el paciente esté sufriendo de modo intolerable, de modo tolerable o no sufra en absoluto.

Conclusión

Hemos visto los dos argumentos de la pendiente resbaladiza contra la eutanasia voluntaria: el empírico y el lógico. Los argumentos sostienen que aunque la eutanasia voluntaria fuese moralmente aceptable para aliviar al paciente del sufrimiento insoportable, a petición libre e informada del paciente, la relajación de la ley para admitir tales casos difíciles resultaría más tarde o más temprano que se extendería a pacientes incapaces y a que no sufren de forma insoportable.

El argumento empírico sostiene que este deslizamiento se dará, porque en la práctica es muy difícil, si no imposible, reforzar las salvaguardas que prevengan el deslizamiento.

El argumento lógico sostiene que el deslizamiento ocurrirá ya que el argumento empleado para aceptar una es también, como lógica conclusión, un argumento para aceptar la otra.

Los casos ‘duros’, dicen los abogados dañan la ley. Sin embargo podrían hacerse excepciones en los casos difíciles con eso de que ‘la excepción confirma la regla’. La tentación de empujar a los supervivientes de un naufragio en un bote salvavidas lleno puede ser fuerte, pero hay que resistirla, para que el bote no vuelque.

Ambos argumentos de la pendiente resbaladiza alegan que, aunque la ley pudiera dar cabida a la muerte por compasión en situaciones extremas, rendirse a la tentación subvertiría toda la protección de la ley. Estos argumentos han persuadido a muchos que la legislar la eutanasia sería una equivocación, incluso a muchos de los que en principio admiten la eutanasia voluntaria.