

27. *Eutanasia*

27.1 Informes:

1. Extremadura da luz verde a la eutanasia pasiva engañosa. Valoración semántica de una propuesta de ley.

Extremadura da luz verde a la eutanasia pasiva. Este o parecidos titulares han sido los que diversos medios de comunicación han utilizado para acoger la noticia de la aprobación por la Junta de Extremadura del anteproyecto de Ley de Salud de aquella comunidad, en el que se quiere regular una ley de voluntades anticipadas. Es este un paso más de los dados hasta ahora para tratar de promover el denominado testamento vital. Fue primero el parlamento catalán, el que en el pasado diciembre aprobó una ley sobre el mismo. En este momento se está tramitando otro proyecto de ley sobre esta materia en el parlamento gallego, e igualmente se ha iniciado el desarrollo de una ley nacional de información, historia clínica y voluntades anticipadas que propone la regulación del testamento vital a nivel nacional, y que es posible esté lista este próximo verano. También la iglesia católica ha propuesto su propio texto de testamento vital. Es decir son varios los organismos políticos y religiosos que han promovido, o están promoviendo un documento de voluntades anticipadas, el habitualmente conocido como testamento vital. En si mismas estas iniciativas se pueden considerar como positivas, siempre y cuando pretenda recoger en ellas la voluntad de los pacientes sobre cuando y como desean ser tratados en los últimos momentos de su vida. Pero de esto a equiparar el testamento vital con dar luz verde a la eutanasia pasiva, hay un largo trecho y estimo que esta equiparación no es accidental y que puede significar, por parte de quienes la proponen, un primer paso hacia la aprobación de la eutanasia, por la vía del confusionismo semántico.

En primer lugar hay que aclarar que por eutanasia se entiende cualquier acción encaminada a terminar con la vida de un paciente que sufre y que tiene escasas esperanzas de vida bien sea por medio de un acto positivo que termine con su vida (eutanasia activa) o bien privándole de algún recurso médico necesario para su continuidad

vital (eutanasia pasiva). Pero ambas son eutanasia. Por ello, siempre resulta confuso hablar de eutanasia activa o pasiva, vale más, en aras a una clarificadora interpretación semántica, hablar sólo de eutanasia. Pero sobre nada de esto, nada relacionado con la eutanasia, se habla en el proyecto de ley extremeño, como tampoco se hace en el catalán o en el que ahora se esta gestando para todo el territorio nacional. En todos ellos se trata de luchar contra el ensañamiento terapéutico que es el polo opuesto a la eutanasia, ya que trata de prolongar a vida de un paciente artificialmente, generalmente por razones distintas al bien propio del enfermo. El ensañamiento terapéutico está condenado por todos los códigos éticos y deontológicos médicos, por lo que no se requiere ningún apoyo legal adicional para combatirlo, aunque no cabe duda que los testamentos vitales ayudan a crear una opinión contraria a dicho ensañamiento terapéutico. Pero esto nada tiene que ver con la eutanasia pasiva. Por ello la equiparación en los titulares de prensa y otros medios de comunicación de ambas cosas con motivo de la propuesta de un proyecto de ley sobre el testamento vital por la comunidad extremeña y el difundir esto como si se hubiera aprobado la eutanasia pasiva, no es sino confundir a los ciudadanos Esperemos que sea por ignorancia, y no por una dolosa intención de ocultar a los potenciales usuarios la verdad ética de lo que se está legislando

2. Eutanasia: últimas noticias.

Diario Medico (DM) ha publicado una serie de noticias y artículos, sobre distintos temas relacionados con la eutanasia, que por su interés vamos a tratar de resumir.

En primer tema a considerar, son diversos aspectos relativos al testamento vital. María Victoria Roque, directora del Centro de Estudios de Bioética de la Universidad de Barcelona, comenta (DM, 16-V-2001) la dificultad que supone la posibilidad de que los pacientes puedan cambiar de opinión sobre lo que incluyeron en su testamento vital después de haber redactado este. Por ello, opina que los pacientes deberían rehacer sus testamentos vitales cada vez que cambien de opinión, para asegurarse que los médicos no les sometan a tratamientos que no desean. Si no se hace, es posible que el paciente no pueda beneficiarse de una nueva técnica que haya

surgido después de haber redactado su testamento vital De ahí la necesidad de ir actualizándolo, no solo en función de la voluntad del paciente que puede variar, sino también de nuevas tecnologías que puedan ofrecer nuevas perspectivas de vida a los pacientes.

Otro problema que surge es el tratar de equiparar un documento sobre voluntades anticipadas con la eutanasia pasiva. En este sentido, Jaime Cardona Vila, promotor de la ley catalana sobre voluntades anticipadas y portavoz del CIU en la Comisión de Sanidad del Senado, Manuel Antonio Silva, secretario general de la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia y Javier Sánchez Caro, subdirector de la Asesoría Jurídica del Insalud, opinan (DM 17-V-2001) que "el documento de voluntades anticipadas no puede equipararse con ningún tipo de eutanasia", y que la confusión terminológica es la clave del problema. Según Cardona "la eutanasia activa y directa es la única que tendremos que entender como eutanasia, insistiendo en que la ley de reconocimiento de los derechos del paciente no es parte de la eutanasia, sino todo lo contrario. En opinión de David C Thomasma, uno de los padres de la bioética en EE UU, solo el 10 % de los pacientes utiliza el testamento vital (DM 25-V-2001), y éste solo alcanza su verdadera eficacia cuando existe una verdadera confianza entre médico y paciente, opinión compartida por Maria Victoria Roque (DM 16-V-2001), quien estima que este tipo de documentos no deberían mediar entre el médico y su paciente, va que esta relación debería fundamentarse en la confianza entre ambos. Cuando esta confianza no rige, surgen problemas de entendimiento y así se refleja en un reciente libro sobre el tema (DM 21-VI-2001), en donde se indica que el 75 % de las denuncias presentadas contra actos médicos tienen su origen en una deficiente información del médico a su paciente. También se comenta que los denominados testamentos vitales generalmente se fundamentan en el deseo del paciente de no sufrir, por lo que una generalización de las unidades de cuidados paliativos, eliminaría, en gran parte, la necesidad de fomentar el testamento vital.

De todas formas, si este tipo de documentos proliferan, parece que sería necesario tratar de promover y regular la creación de un Registro General de Documentos de voluntades anticipadas, según opina María Casado, directora del Observatorio de Bioética y Derecho del Parque Científico de Barcelona (DM 26-V1-2001). Ello

es debido a la dificultad que en ocasiones existe para saber si un paciente que acude en grave estado a un hospital, redactó con anterioridad un testamento vital. Este registro único, ya existe en EEUU y Holanda. También sugiere que el documento se formalice ante notario para que tenga mayor grado de vinculación. Como se comprueba, un tema este, el de los testamentos vitales, interesante, seguramente útil para los pacientes, pero que todavía requiere perfeccionarse para que verdaderamente pueda ser un instrumento eficaz en la regulación de la relación médico-paciente en los momentos terminales de la vida. De todas formas, es posible que las campañas, puestas en marcha para la introducción del testamento vital, puedan tener un cierto trasfondo tendente a introducir la eutanasia en nuestro país, basándose para ello en la opinión de que la clase médica y los propios ciudadanos son favorables a que aquella se regularice. Sin embargo, los hechos no parecen confirmar esto, ya que en esos mismos días (DM 15-VI-2001) el Parlamento Catalán rechazó, por 72 votos en contra, 35 a favor y 28 abstenciones, una propuesta que pedía la despenalización de la eutanasia activa. Fuera de nuestras fronteras sucede otro tanto, en efecto, en Oregon, el único Estado norteamericano en el que el suicidio asistido está legalizado, sólo el 0,9 % de los pacientes pide la eutanasia. Además, en otros dos estados, Michigan y Maine, la eutanasia ha sido rechazada por referéndum entre los ciudadanos. Tampoco el cuerpo médico parece favorable a la eutanasia, y en este sentido Ezekael J Emanuel, director del Departamento de Bioética de los Institutos Nacionales de Salud de EE UU (DM 29-VI-2001), recuerda que la oposición profunda a esta práctica es mayoritaria en su país. En este sentido comenta que en los estudios realizados entre los médicos, todos menos dos, revelan que la gran mayoría de los facultativos se oponen a la eutanasia.

Desde un punto de vista positivo, parece que uno de los mecanismos más eficaces para controlar la eutanasia, es fomentar el desarrollo de las unidades de cuidados paliativos. En este sentido, Carlos Fernández Carriedo, consejero de Sanidad de Castilla y León, ha manifestado (DM 12-VI-2001) que su departamento invertirá 500 millones de pesetas en los servicios de cuidados paliativos de los hospitales de su Comunidad autónoma, con el objetivo de lograr la atención de 1.300 pacientes terminales. Fernández Carriedo ha manifestado además que, a los servicios de cuidados paliativos de los

hospitales de Salamanca, Ávila y Soria, se sumaran en breve nuevas unidades, en los hospitales de Zamora, Segovia y Palencia.

3. Eutanasia, opina la Pontificia Academia para la Vida.

¿Qué es la eutanasia?

A partir de la década de 1970, comenzando en los países más desarrollados del mundo, se ha ido difundiendo una insistente campaña a favor de la eutanasia, entendida como acción u omisión que por su naturaleza y en sus intenciones provoca la interrupción de la vida del enfermo grave o también del niño recién nacido mal formado. El motivo que se aduce por lo general es que de esa manera se quiere ahorrar al paciente mismo sufrimientos definidos inútiles.

¿Cómo se quiere justificar la eutanasia?

El perno de la justificación que se quiere utilizar y presentar a la opinión pública está constituido sustancialmente por dos ideas fundamentales: el principio de autonomía del sujeto, que tendría derecho a disponer, de manera absoluta, de su propia vida; y la convicción, más o menos explicitada, de la insoportabilidad e inutilidad del dolor que puede a veces acompañar a la muerte.

Tampoco se ha de excluir que detrás de algunas campañas a favor de la eutanasia se ocultan razones de gasto público, considerado insostenible e inútil frente a la prolongación de ciertas enfermedades.

¿Qué juicio merece la eutanasia?

La eutanasia es moralmente inaceptable, “en cuanto eliminación deliberada de una persona humana” inocente. La condena de la eutanasia que se hace en la encíclica *Evangelium vital* por ser “una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana” entraña el peso de una razón ética universal (se funda en la ley natural) y la instancia elemental de la fe en Dios creador y custodio de toda persona humana.

El citado principio de autonomía, con el que a veces se quiere exasperar el concepto de libertad individual, impulsándolo más allá de sus confines racionales, ciertamente no puede justificar la supresión de la vida propia o ajena. En efecto, la autonomía personal tiene como primer presupuesto el hecho de estar vivos y exige la responsabilidad del individuo, que es libre para hacer el bien según la verdad; sólo llegará a afirmarse a sí mismo, sin contradicciones, reconociendo (también en una perspectiva puramente racional) que ha recibido como don de su vida, de la que, por consiguiente, no es “amo absoluto”; en definitiva, suprimir la vida significa destruir las raíces mismas de la libertad y de la autonomía de la persona.

¿Por qué le preocupa a la Iglesia el tema de la eutanasia?

La Iglesia ha seguido con aprensión ese desarrollo de pensamiento, reconociendo en él una de las manifestaciones del debilitamiento espiritual y moral con respecto a la dignidad de la persona moribunda y una senda “utilitarista” de desinterés frente a las verdaderas necesidades del paciente.

Además, cuando la sociedad llega a legitimar la supresión del individuo –sin importar en qué estadio de vida se encuentre, o cuál sea el grado de debilitamiento de su salud reniega de su finalidad y del fundamento mismo de su existencia, abriendo el camino a iniquidades cada vez más graves.

Por último, en la legitimación de la eutanasia se induce una complicidad perversa del médico, el cual, por su identidad profesional y en virtud de las inderogables exigencias deontológicas a ella vinculadas, está llamado siempre a sostener la vida y a curar el dolor, y jamás a dar muerte “ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera” (Juramento de Hipócrates). Esa convicción ética y deontológica se ha mantenido intacta, en su sustancia, a lo largo de los siglos, como lo confirma, por ejemplo. La Declaración sobre la eutanasia de la Asociación Médica Mundial (39ª asamblea, Madrid 1987): “La eutanasia, es decir, el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, tanto a petición del paciente mismo como por solicitud de sus familiares, es inmoral. Esto no impide al médico respetar el deseo de un paciente de permitir que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase final de la enfermedad”.

¿Qué propone la Iglesia para enfrentar las enfermedades graves y terminales?

Ofrece un itinerario de asistencia al enfermo grave y al moribundo, que se inspire, tanto bajo el aspecto de la ética médica como bajo el espiritual y pastoral, en el respeto a la dignidad de la persona, en el respeto a la vida y a los valores de la fraternidad y de la solidaridad, impulsando a las personas y a las instituciones a responder con testimonios concretos a los desafíos actuales de una cultura de la muerte que se difunde cada vez más.

Declarando curable, en el sentido médico, el dolor y proponiendo, como compromiso de solidaridad, la asistencia a los que sufren es como se llega a afirmar el verdadero humanismo: el dolor humano exige amor y participación solidaria, no la expeditiva violencia de la muerte anticipada.

¿Qué opina la Iglesia sobre las peticiones de muerte?

Las posibles peticiones de muerte por parte de personas que sufren gravemente, como demuestran las encuestas realizadas entre los pacientes y los testimonios de clínicos cercanos a las situaciones de los moribundos, casi siempre constituyen la manifestación extrema de una apremiante solicitud del paciente que quiere recibir más atención y cercanía humana, además de cuidados adecuados, ambos elementos que actualmente a veces faltan en los hospitales. Resulta hoy más verdadera que nunca la consideración una propuesta por la Carta de los agentes sanitarios: “El enfermo que se siente rodeado por la presencia amorosa, humana y cristiana, no cae en la depresión y en la angustia de quien, por el contrario, se siente abandonado a su destino de sufrimiento y muerte y pide que acaben con su vida. Por eso la eutanasia es una derrota de quien la teoriza, la decide y la practica”.

A este respecto, podemos preguntarnos si, bajo la justificación de que el dolor del paciente es insoportable, no se esconde más bien la incapacidad de los “sanos” de acompañar al moribundo en la prueba de sufrimiento, de dar sentido al dolor humano –que, por lo demás, nunca se puede eliminar totalmente de la experiencia de la vida humana- y una especie de rechazo de la idea misma de sufrimiento, cada vez más difundido en nuestra sociedad donde domina el bienestar y el hedonismo.

¿Cuáles son los principales pronunciamientos de la Iglesia sobre este tema?

La Declaración sobre la Eutanasia (1980), publicada por la Congregación para la Doctrina de la Fe, el documento del Consejo Pontificio “Cor unum”, cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos (1981), la encíclica *Evangelium vital* (1995) del Papa Juan Pablo II (en particular los números 64-67) y la Carta de los agentes sanitarios, elaborada por el Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud (1995) (*Fundar-Servicio a la Vida*, Gacetilla nº 120 año 2005).

4. Eutanasia y estatuto de autonomía de Cataluña.

Al evaluar el proyecto del nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña se detectan en él importantes problemas políticos y sociales, como pueden ser, la ordenación del territorio nacional y todo lo que atañe a la financiación de las distintas Comunidades Autónomas. Sin embargo, en general, en los medios de comunicación se presta escasa atención a un aspecto, yo diría que fundamental del mismo, cual es, todo lo que afecta a la construcción de una sociedad que se pretende viva de espaldas a la trascendencia, y esto se refleja en varios aspectos, como puede ser la liberalización del aborto, el impulso a una escuela laica radical, con supresión de la enseñanza de religión, la conculcación del derecho de los padres a elegir el tipo de educación que quieren para sus hijos, la supresión de signos religiosos en instituciones públicas, etc. Pero un aspecto, también importante en esta área, que raramente se comenta, es la legalización de la eutanasia.

En efecto, el proyecto del nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña puede abrir la puerta a esta práctica en esa Comunidad Autónoma, pues en su artículo 20, bajo el título “Derecho a nacer con dignidad”, se defiende la eutanasia al afirmar que “todas las personas tienen derecho a vivir con dignidad el proceso de su muerte”.

Sin duda, al plantear el tema de la eutanasia y del suicidio asistido, el núcleo de su valoración ética radica en determinar que debe prevalecer si la intangibilidad de la vida humana o la autonomía

del paciente para decidir sobre su vida. Pero en este momento no queremos centrar aquí nuestra reflexión, sino en otro problema que puede acompañar a la legalización de la eutanasia, cual es la eutanasia involuntaria, es decir aquella que se practica sin el consentimiento del propio paciente. Y a ésta también se le podría abrir la puerta en la Comunidad Autónoma Catalana.

Cuando se reflexiona sobre un deber ético fundamental, como es el de preservar la vida humana, no solo hay que valorar las consecuencias que se pueden derivar directamente de su legalización, sino que también hay que prever otras consecuencias no directamente unidas a dicha legalización. En este sentido, un problema, un grave problema diría yo, que se puede plantear si se aprueba la eutanasia en el nuevo Estatuto Catalán, es que esta práctica pueda llevarse a cabo no solamente a requerimiento de los pacientes sino también en pacientes que no la solicitan. Si la eutanasia activa es difícilmente aceptable desde un punto de vista ético, mucho más lo es cuando se aplica a pacientes, generalmente graves, que no la han solicitado.

¿Pero actualmente se practica la eutanasia involuntaria?. Lo mejor es comprobar lo que ocurre en los países en donde la eutanasia está legalizada, como son Holanda y Bélgica, o el estado norteamericano de Oregón, en donde es legal el suicidio asistido.

Como muy acertadamente comenta RJD George, (BMJ 331; 648, 2005), profesor de Bioética del Colegio Universitario de la Universidad de Londres, el argumento fundamental en contra de la legalización de la eutanasia es el insoluble conflicto ético entre atender la demanda de algunos pacientes para que le sea aplicada la muerte terapéutica (así llama él eufemísticamente a la eutanasia y al suicidio asistido) y el garantizar que a los incapacitados, los vulnerables, los pacientes con dificultades para comunicarse, no le sean aplicados tratamiento letales, por pensar que es lo mejor para ellos, por lo que la coerción que se ejerce sobre los mismos es un riesgo real difícilmente ludible.

De acuerdo con ello, en este momento, la eutanasia se esta aplicando de forma involuntaria, cuando no homicida, en ocasiones muy diversas, aduciendo como refrendo ético de esta actitud que terminar con la vida de esos pacientes puede ser un bien para ellos, aunque ellos no hayan solicitado que se termine con su vida.

De acuerdo con este principio ético, en Holanda, la eutanasia se aplica a niños (BMJ, 315; 88, 1997), practica que ahora se quiere

hacer extensiva a los recién nacidos que tengan minusvalías, siguiendo un protocolo propuesto por la Unidad Pediátrica del Hospital de Gronningen. También se está aplicando a pacientes con enfermedades psiquiátricas que no tienen capacidad para manifestar su conformidad con que le sea aplicada la eutanasia (BMJ, 321; 1174, 2000), e igualmente a incapacitados mentales (BMJ, 319; 75, 1999), todo ello bajo el amparo ético de que aplicarles la eutanasia involuntaria no solamente es éticamente correcto, sino también legalmente necesario (BMJ, 322; 509, 2001). Pero el aplicar la eutanasia a estos pacientes de forma involuntaria nada tiene que ver con el respeto a su autonomía, sino que es precisamente la más grave vulneración de la capacidad individual de una persona para decidir lo que desea. Y esta eutanasia involuntaria, en el momento actual, se está aplicando en Holanda a 1 de cada 7 pacientes que son eutanasiados (The Lancet, 362; 395, 2003), practicándose también en Bélgica en una proporción similar (The Lancet, 356; 1806, 2000).

Con independencia de la vulneración de los derechos del paciente, que se da al practicar la eutanasia involuntaria, aún existe otro ataque más grave a los mismos cuando determinados médicos u otro personal sanitario, al amparo de la legalización de la eutanasia, se atribuyen el derecho de decidir sobre la vida de sus pacientes sin el consentimiento de éstos. Sin duda, el caso más conocido, aunque hay otros muchos, es el Dr. Shipman, que fue condenado por quince homicidios demostrados en otros tantos de sus pacientes por practicarles la eutanasia, aunque se supone con razonable verosimilitud que terminó con la vida de otros 235. Actitud que, seguramente en un ataque de irreprimible culpabilidad, le llevo a suicidarse en su celda.

Pero posiblemente una de las acciones más demostrativas de cómo puede aplicarse la eutanasia involuntaria es el acaecido en estos días en Nueva Orleans, con motivo del huracán Katrina, en donde diversos médicos de un hospital de esa ciudad, aplicaron la eutanasia a varios de sus pacientes, dado que no tenían tiempo disponible para atenderlos, por lo que estimaron más ético terminar con la vida de algunos de ellos para así poder atender mejor a otros (Mail on Sunday, Londres, 11 septiembre 2005). Es decir, parece que terminar con la vida de dichos pacientes fue el camino más fácil para dejar libres camas que podrían ser utilizados por otros, ¿pero es posible que esta actitud tan opuesta al deber más elemental de un médico se practique de forma más generalizada? En este sentido,

parece de interés recordar que, en una de las últimas encuestas llevada a cabo en Holanda en relación con la práctica de la eutanasia, (The Lancet 362; 395, 2003), un 15 por cien de los médicos entrevistados manifestaron que habían aplicado en alguna ocasión la eutanasia por razones económicas, algo que sin duda sólo puede ser entendido a la luz del más exacerbado utilitarismo, bajo cuyo amparo un bien económico se pueda anteponer a un bien tan intangible como es la vida humana.

Sin duda, con unas campañas mediáticas bien orquestadas, como es el caso de Cataluña, la opinión pública de esa comunidad autónoma, podría llegar a manifestarse favorable a la eutanasia, lo que no invalida, como comenta el profesor Torbjörn Tännsjö, del Departamento de Filosofía de la Universidad de Estocolmo (BMJ 331; 689, 2005), que “la gran mayoría de los médicos y políticos de los países occidentales se manifiesten opuestos a legalizar la eutanasia”, algo que al parecer no importa mucho a los redactores del Estatuto Catalán, que al promover la legalización de la eutanasia en esa comunidad autónoma están abriendo la posibilidad de que, como ha ocurrido en los dos países en los que se ha legalizado la eutanasia, se pueda estar también dando carta de naturaleza a la eutanasia involuntaria.