

Consideraciones sobre la eutanasia como práctica médica

Considerations on euthanasia like a medical practice

Dr. C. Vladimir Torres Lio-Coo^I; Dra. Eulalia García Gutierrez^{II}; Dra. Zuleika Casamayor Laime^{III}; Dr. Juan Rolando Torres Ruiz^{IV}; Dra. Elizabeth Güidi Virues^V; Dr. Marcos Dionisio Abreu García^{VI}

^IDoctor en Ciencias Médicas. Especialista II Grado en Psiquiatría. Asistente. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista II Grado en Psiquiatría. Instructor. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista I Grado en Bioestadística. Instructor. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista I Grado en Psiquiatría. Asistente. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^VEspecialista I Grado en Psiquiatría. Instructor. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{VI}Especialista I Grado en MTN. Instructor. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se exponen algunas consideraciones acerca de criterios en torno a la eutanasia, así como la polémica que desde puntos de vista religiosos, políticos y económicos influyen en la discusión de este tema. Se muestra el enfoque del sistema socialista de salud donde se considera la necesidad de humanizar la situación del enfermo en fase terminal, pues la opción por la eutanasia se podría prestar a cometer abusos graves sobre los más desamparados obviando la responsabilidad humana y ética de «ayudar a morir».

Palabras clave: Eutanasia, bienestar, sociedad, salud, factores socioeconómicos y políticos.

ABSTRACT

Authors expose some considerations on criteria related to euthanasia, as well as the controversy that from the religious, political, and economic point of view influenced in discussion of this matter. We show the health socialist system approach where need of humanize the situation of sick persons is considered, since euthanasia option could be a reason to commit severe abuses in the more helpless obviating human ethics and responsibility of "to help to dye".

Key words: Euthanasia, wellbeing, society, health, socioeconomic and political factors.

INTRODUCCIÓN

La palabra "eutanasia" es de origen griego y significaba, inicialmente, «buena muerte», sin dolores, en plenitud de conciencia. Desde el siglo XVI adquiere una nueva connotación: la aceleración o provocación de la muerte de un enfermo, realizada por otra persona, con el objetivo de poner fin a sufrimientos intolerables e inútiles.¹⁻⁵ Este mito sobre la calidad de vida dio origen, en la Alemania nazi, a un programa oficial de eutanasia, lanzado y ejecutado sobre esa base por los psiquiatras más prestigiosos de este país.⁶

En la literatura reciente se ha acuñado el término de «encarnizamiento terapéutico», que corresponde a la definición actual del vocablo "distanasia" como "tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados",⁷ para referirse a una acción médica centrada en alargar la vida del enfermo, pero que puede ser extraordinariamente cruel para el paciente al prolongar un proceso irreversible, acompañado de graves dolores y angustias, donde las tecnologías modernas en las sociedades de consumo, representan una tentación hacia la deshumanización y el lucro oportunista.^{3-4,8} La muerte está dejando de tener "su tiempo" porque nuestra cultura no sabe como integrarla en la concepción de la vida. La perspectiva de la muerte crea en muchos de los contemporáneos una inmensa angustia, que a veces dificulta extraordinariamente la relación con el enfermo grave.⁵⁻⁹

POLÉMICA EN TORNO A LA EUTANASIA

El debate actual sobre la eutanasia reaparece en el siglo XIX, al crearse los primeros movimientos y asociaciones en favor de esa práctica. Se basa, por una parte, en que la muerte está realmente al orden del día en la experiencia diaria. Por otra parte, se introduce en nuestras casas, de forma inevitable y cotidiana, a través de los medios de comunicación social. Ante este cúmulo de desgracias, parecen ser pocas las noticias que estimulan (y "justifican") la actitud de un sano optimismo ante el futuro del hombre. La apariencia de la realidad, casi diríase "su evidencia", responde de antemano negativamente: el progreso técnico no parece estar acompañado por un progreso moral.¹⁰ A la vez que se constata que nunca como hoy se han defendido con tanto ahínco los derechos humanos, esta defensa comienza a romperse precisamente por el más esencial de los derechos: el derecho a la vida. Por una parte, hoy en día se desarrollan en diversas sociedades, todas las

formas posibles de violencia de manera alarmante. Por otra, incluso en el plano legal, se va resquebrajando el derecho de los más débiles y desamparados a la vida.^{11,12} En este hecho influye una serie de factores: el proceso de secularización, la crisis de los valores religiosos en el mundo occidental, la absolutización de la libertad de la persona que lleva a afirmar que el paciente terminal tiene el derecho de disponer de su propia vida, si así lo desea.^{1,2}

Existe así mismo la opinión de que la permisión legal con respecto al aborto tiene también su repercusión en el asunto de la eutanasia. Al establecerse el criterio de "calidad de vida" y considerar que solo después de nacido es el niño una persona en un sentido "significativo" o "pleno" los Estados Unidos, entre otros países desarrollados, han aceptado este punto de vista, se admite por la ley que la vida en gestación puede ser suprimida. Se afirma por algunos que, con tal posición, se está en un plano inclinado para admitir igualmente la supresión de otras vidas humanas.^{13,14}

En muchos países se oyen voces que favorecen la aceptación de la eutanasia. Los análisis sociológicos revelan que un elemento característico de su cultura actual es el escamoteo del hecho de la muerte. El hombre es el único ser que tiene conciencia de su muerte, y esto es hasta tal punto esencial, que el marginar o velar la reflexión en torno a ella es "no reconocerse como un ser-para-la-muerte junto con el resto de las posibilidades del existir humano, lo que hará que el hombre no viva una existencia auténticamente humana".¹⁵⁻¹⁷

EUTANASIA Y ECONOMÍA

El desarrollo de la ciencia ha permitido que enfermedades antes incurables tengan en estos días cura, pero a un costo económico al cual no todas las personas tienen acceso, dado que siguen mezclándose 2 cuestiones realmente muy distintas: la del número y proporción de longevos en la población, y la del número y calidad de los años que se logra vivir. La primera es la que mueve a políticos y planificadores; la segunda se deja en manos de los investigadores. Un ejemplo de ello es España, donde hace poco más de un año, buena parte de las delegaciones gubernamentales hablaban de una "hecatombe financiero-sanitaria" y de recortes "ineludibles".^{6,18,19} Muchos son los gobiernos de países desarrollados que se preocupan más por ajustar sus gastos sociales, que por el real bienestar de la ciudadanía.

Básicamente, en este tiempo de hegemonía de la economía de mercado, unido en el Tercer Mundo con las pretensiones de cumplir los mandatos del FMI a cualquier costo, la "*ideología del buen morir*" cumple maravillosamente bien el servicio de asistente del suicidio masivo de la función propiamente médica:³

"Apoyando la transferencia...de pacientes insolventes por fuera de los tratamientos curativos".

"Ahorrando el sufrimiento... económico de los sistemas "por capitación", que con el etiquetamiento de 'paciente terminal' se eximen de la obligación de brindar la prestación convenida".

"Conteniendo los reclamos personales o jurídicos que pudieran hacer pacientes o familiares que llegan a estados incurables por impericia o negligencia médica".

"Acompañando al equipo tratante a desentenderse de la responsabilidad que le cabe de asistir a su paciente en proceso de morir".

"Anestesiando el registro de la muerte como límite a la omnipotencia del campo médico, la 'tanatología' pasa a ser una nueva especialidad".

"Colaborando activamente con el cumplimiento de las profecías de irreversibilidad del cuadro clínico, ya que catalogado de 'terminal' el paciente no retorna a tratamientos curativos".

"Ofertando la muerte como objeto de consumo, se puede adquirir a voluntad: ¿Desea ud. mejor... morir? Tenemos un cóctel lítico buenísimo..."

"Aliviando al médico de las decisiones, controversias y disyuntivas que se plantean en el seguimiento del paciente grave o con riesgo vital, se reconvierte en balanceador de opiáceos y controlador de síntomas secundarios".

"Consensuando prácticas que legitiman la aceptación a-crítica de los fines del sistema dominante, a partir de la evidencia de un mal *a priori* identificable: el encarnizamiento terapéutico vs. la agonía infinita".

"Fortaleciendo dentro del campo médico estrategias clasificatorias propias del racismo: la aportación de un rasgo constante e irreversible que decide irrevocablemente el destino del sujeto".

Se llega al punto de lucrar con la desgracia de las personas y liberando un sitio web http://www.dignitas.ch/we/Referat_Giessen.htm (Dignitas -una organización en Zúrich de asistencia para morir) para desarrollar el macabro "arte del turismo vinculado a la eutanasia", llegándose a la suma el pasado año de unas 840 personas que recibieron asistencia.²⁰

EUTANASIA Y EL MUNDO MODERNO

Se ha tratado de dar en el mundo desarrollado una nueva "explicación científica" estableciendo una analogía entre la eutanasia y la apoptosis, o muerte celular programada (a diferencia de la necrosis celular), proceso celular genéticamente controlado por el que las células inducen su propia muerte en respuesta a determinados estímulos. Se pone como ejemplo el hecho de que, durante la morfogénesis, muchas células deben morir para que se desarrolle correctamente el organismo (de ahí que se le describa el proceso apoptótico como "suicidio celular").²¹⁻²³

En los EE.UU., los ciudadanos del estado de Oregon aprobaron en 1994, por medio de un referéndum, el suicidio asistido por médicos para enfermos terminales. En Europa, las legislaciones sobre este asunto son dispares. En general, algunos países admiten implícitamente el "suicidio asistido" (Dinamarca, Italia, Suecia, Suiza, Bélgica, Países Bajos), pero Holanda y Bélgica son los únicos países del mundo que legalizaron la eutanasia, con algunas restricciones.²⁴ Sin embargo, el Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME) no ha querido quedar fuera del debate sobre la legalización de la eutanasia recientemente avivado por la propuesta belga de extenderla a los recién nacidos y ha aprobado una declaración en la que manifiesta su rechazo a esta práctica. El documento ha sido aprobado por todos los miembros del comité, a excepción de los de Holanda.²⁵ que en el 2001, se convirtió

en el primer país del mundo que reconoce la eutanasia como acto legal, aunque bajo estrictas condiciones. Bélgica aprobó, en el 2002, una ley que autoriza parcialmente la eutanasia, y desde entonces 400 enfermos incurables se han "beneficiado" de esta disposición.²⁴

En Alemania, se admite la "eutanasia pasiva", es decir, el cese de tratamientos destinados únicamente a prolongar la vida cuando el enfermo manifieste claramente su deseo de que dichos tratamientos se suspendan. España erradicó desde 1995 el delito de auxilio al suicidio mientras que el gobierno francés ha decidido retomar un proyecto presentado en junio por el diputado *Jean Leonetti* y examinarlo en la Asamblea Nacional o Cámara Baja antes de finales de 2004. "La ley instaurará el derecho a morir con dignidad, planteando que respetar la vida es aceptar la muerte. Con esta ley los enfermos incurables podrán decidir su muerte".²⁵

Recientemente en Italia se ha suscitado toda una polémica en torno al caso de la paciente *Eluana Engaro*, fallecida luego de ser desconectada de la sonda que la mantuvo con vida durante los 17 años que permaneció en coma irreversible, después de un accidente. Este hecho ha llevado a la aprobación en el senado italiano de un proyecto de ley que obliga a mantener la alimentación de personas invalidadas para hacerlo por sí mismas y que deberá ser aprobada por la Cámara de Diputados.²⁶

EUTANASIA Y RELIGIÓN

Según *Núñez Olarte*²¹ tanto el concepto como la realidad de la eutanasia eran extraños al contenido de la Biblia. El *Papa Pío XII* se refirió varias veces, dentro de sus numerosas encíclicas, al problema de la eutanasia, puesto de actualidad en aquel momento por la aceptación legal que de ella hizo el *III Reich*. En sus textos, el Papa rechaza la eutanasia entendida como "muerte piadosa". El 22 de febrero de 1941, el Vaticano se pronunció contra la eutanasia eugenésica practicada por el nacional-socialismo alemán. El concilio Vaticano II se pronunció también de un modo muy duro contra la eutanasia, mencionada junto al genocidio, pero en igual plano que el aborto y el suicidio.²¹

En el documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe, publicado el 5 de mayo de 1980, se ratificó la postura oficial de la iglesia en el tema de la eutanasia:²¹

a) Afirma la inviolabilidad de la vida humana: "*Nadie puede atentar contra la vida de un inocente... sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable*". Es inadmisibles poner fin a la vida de un enfermo, incluso ante un dolor "prolongado e insoportable".

b) Subraya el valor cristiano del dolor y se reafirma en la legitimidad del uso de calmantes.

c) Asevera el "derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana".

d) Señala no centrarse en las características de las terapias médicas usadas, sino tener también en cuenta el conjunto de circunstancias que rodean al propio enfermo, de modo que una misma terapia puede ser "proporcionada" para un paciente y "desproporcionada" para otro.

e) Un último punto se refiere al significado de la petición de eutanasia por parte del enfermo: "Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de morir; estas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermos".

EUTANASIA Y ÉTICA MÉDICA

El código Internacional de ética médica aprobado en la tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, Inglaterra, Octubre 1949, enmendado por la Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983), formula los deberes del médico para con los enfermos e indica, en primer lugar.... El médico debe tener siempre presente la obligación de preservar la vida humana, y desde luego el no causar daño (la no maleficencia), que figura en el juramento hipocrático (*primum non nocere*).²⁷

De manera similar y más explícita, la 39ª. Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987, plantea que es el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, aun a pedido del propio paciente o a solicitud de los parientes cercanos, no es ética. Esto no impide que el médico respete el deseo de un paciente de dejar que el proceso natural de muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

Por ello se habla con frecuencia del "derecho a morir". La expresión apareció por vez primera en una "Declaración de los derechos del enfermo" de la Asociación de los Hospitales Americanos (1973).¹²

Al afrontar un problema tan fundamental, es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el acontecimiento final de la vida, y nadie puede privar de este al hombre, sino más bien debe ayudarle en dicho momento.¹⁰

Así pues, el derecho del hombre a morir dignamente comporta una serie de exigencias que han de ser realizadas, sobre todo, por parte de la sociedad:²³

EUTANASIA EN CUBA

El sistema de salud pública nacional se ha formado y desarrollado sobre bases éticas, inspirado desde sus inicios en la práctica de la medicina del Dr. *Carlos J. Finlay* y acogido a los principios internacionales de la práctica de la ética médica, por lo que no es de extrañar que se pronuncie en contra de la práctica de la eutanasia. Muestra de lo anterior, se halla en las claras expresiones de los juristas y especialistas médicos en la rama: "considerando en igual porcentaje que el suicidio es y no es un derecho del individuo; opinaron que los que intentan suicidarse no deben ser penalizados; y apoyaron la prolongación de la vida en el enfermo terminal" .¹⁻²

En el caso de Cuba, que dispone de un sistema nacional de salud que abarca a toda la población, y cuyos servicios son gratuitos y accesibles, el estado asume en su totalidad la obligación de garantizar el mantenimiento de la salud de los ciudadanos. La política del estado cubano es la de asumir los gastos que ocasiona la conservación de los índices de salud alcanzados, pero evidentemente no se disponen de todos los recursos deseables. Esto hace que justicia deba entenderse como equidad, que a su vez significa la utilización racional de los recursos; y equidad no significa distribución igualitaria, sino distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades.

CONSIDERACIONES FINALES

Uno de los grandes retos de la cultura contemporánea en el mundo es humanizar la situación del enfermo terminal. La opción por la eutanasia, más allá de los debates éticos que suscita, preocupa tanto a la comunidad médica como a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas por el hecho de que su despenalización puede ocasionar abusos graves en contra del más débil, de aquel que tiene menos recursos o menos representación, convirtiendo la muerte en rutina.

Probablemente el problema quedaría obviado si tanto los profesionales como los familiares asumieran la responsabilidad humana y ética de "ayudar a morir" con libertad y con sentido.

¿No es acaso esta la posición que dignifica la lucha por la vida?

El principio de justicia, en el sentido más general y avalado por los más profundos sentimientos éticos, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad y el Estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padrón AS, Valdivia AS, Vega MB. Aspectos éticos de los cuidados intensivos. Rev. Cubana Med Int Emergencias. [serie en Internet]. 2003 Jun [citado 20 Feb 2009]; 4 (2) [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie15403.htm
2. Ros BZ. La muerte enmudecida. Psicología Online [serie en Internet]. 2002 Feb [citado 28 Dic 2004]; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/articulo2/index.shtml>
3. Braceras DL. La ideología del buen morir: el suicidio asistido de la función médica (aspectos económicos). Gedisa Editorial. Bioetics. 2004 Nov 25; 335(4):212-20.
4. Thoma DC. An analysis of arguments for and against euthanasia and assisted suicide: part one. Camb Q Healthc Ethics. 1996;5:62-76.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Conference; 2001 Sep 10-13; Leddes, New York: Oxford University: Springer; 2002.
6. Bryant MS. Confronting the "Good Death": Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953. N Engl J Med. 2006 Oct 12; 355(15):1623-4.

7. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Página principal de un sitio Web]. Madrid (2da ed.) 2001 [actualizado Oct 2007; citado 22 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
8. Ortiz SJ. Tecnología y beneficencia del enfermo. Med Clin [serie en Internet]. Mar 1999 [citado 15 Dic 2005]; 112(10): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.google.com/cu/search?hl=es&q=Tecnolog%C3%ADa+y+beneficencia+del+enfermo&meta=&aq=f&oq=>
9. Andrés ND, Lorenzo IS, Duboy PR. Aspectos bioéticos. Análisis de la muerte encefálica en un quinquenio. Rev Portal Salud Tunas [serie en Internet]. 2000 Sept-Dic [citado 28 Dic 2004]; [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/modules.php?name=Revista&file=article&sid=22>
10. Lavín CG, Basalto A, Constanza SM, Spaemann R. Eutanasia activa: un grito de desesperanza. Corriente de Opinión [serie en Internet]. 2003 Ag [citado 22 Dic 2004]; [aprox. 12 p]. Disponible en: <http://biografias.bcn.cl/alegislativo/pdf/cat/docs/3690-11/280.pdf>
11. Slutsky A, Crippen DW, Streat SJ, Shaw A, editors. Experts discuss issue of patient trust of physicians and nurses [monograph on the Internet]. Sydney, Australia: Psychiatry & Mental Health; November 28, 2001 [cited 2005 Jul 28]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/420058>
12. Shah N, Volker DL, Young A, Rieger PT, Thorpe D. Psychiatrists' attitudes to euthanasia. Lancet. 2000 January 16; 9148(353):136.
13. Taylor H. 2-1 Majorities Continue to Support Rights to Both Euthanasia and Doctor-Assisted Suicide. The Harris Poll Web site, [serie en Internet] 2002 Enero 9; [citado 20 Abril 2003]; [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.harrisinteractive.com/harri_poll/index.asp?PID=278
14. Deborah L, Volker RN, Acon PhD. Assisted Dying and End-of-Life Symptom Management Cancer. Nurs. 2003 Dic 19; 26(5):392-9.
15. Kohlwes RJ, Koepsell TD, Rhodes LA, Pearlman RA. Physicians' responses to patients' requests for physician-assisted suicide. Arch Intern Med. 2001; 161: 657-63.
16. Price ML. Mercy and autonomy: the failure of Batti's justification for euthanasia. Natl Cathol Bioeth Q. Princeton (United States). Autumn. 2004; 4(3): 483-7.
17. Warnock M, Macdonald E. Easeful Death: Is There a Case for Assisted Dying? Lancet. 2008 Oct 11; 372:1291-2.
18. Mooney G, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Another look at the good of health economics, or why shoot the messenger? Appl Health Econ Health Policy. 2002 May 15; 1(2):5-7.
19. Scuffham PA, Taylor MJ. Economics and Decisions to End Life: van Ach and Stoker Revisited. Appl Health Econ Health Policy. 2002; 1(3):123-8.

20. Homenstad.org [homepage on the internet]. New York: Association of good death art, Inc; c2002-03 [updated 2003 May 9; cited 2004 Oct 7]. Available from: <http://www.artemorir.homestead.com/Intro.html>
21. Núñez Olarte JM, Guillén G. Cultural Issues and Ethical Dilemmas in Palliative and End-of-Life Care in Spain. *Cancer Control*. 2001;8(1):46-54.
22. Seton-Rogers S. Apoptosis: Activating the Executioner. *Nat Rev Cancer*. 2006;6(10):748-9.
23. Ersek MPh, Morrison RS, Wallenstein S, Lo B, Brock DW. The continuing challenge of assisted death. *J Hospice Palliative Nursing*. 2004;6(1):46-59.
24. Oregon Department of Human Services. Fifth Annual Report on Oregon's death with dignity Act. 2003. [Accessed April 20, 2005]. Available from: <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year5.pdf>
25. Liolios A. Euthanasia: The Dutch Experience: European Society of Intensive Care Medicine 18th Annual Congress. *Psychiatry & Mental Health* [serial on the Internet]. 2009 Jan [cited 2009 Feb 14]. Available from: <http://www.medscape.com/viewcollection/4581>
26. Aloisi S. Italian Man Defies Government in Right-to-Die Case: Reuters health information [serial on the Internet]. 2009 Feb [cited 2009 Feb 23]; [about 2 p]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/587767>
27. González-Carbajal PM. Hipócrates, los juramentos médicos y el médico cubano en el mundo de hoy. Con una breve alusión a Esculapio. Los llamados "consejos de Esculapio", Galeno y al símbolo de la medicina. Universidad Virtual de Salud. Bioética y ética médica: [base de datos en Internet]. [citado 15 Dic 2005]. Disponible en: <http://uvirtual.sld.cu/docs/hipocrates.pdf>

Recibido: 5 de enero de 2009.

Aprobado: 12 de febrero de 2009.

Dr. C. *Vladimir Torres Lio-Coo*. Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 31 y 114, Marianao, La Habana, Cuba.