

## Legalización de la eutanasia. Evaluación mundial sobre la aplicación del suicidio asistido

Ma. de la Luz Casas M\*

### INTRODUCCIÓN

Es interesante observar que se registran más de 200 países en el mundo, dos aceptan la legislación sobre la despenalización de la eutanasia: Bélgica, Holanda y el estado americano de Oregón. Ningún país a excepción de los dos mencionados acepta el derecho a morir y ningún Código de Ética en el mundo lo acepta. Dado que eutanasia y suicidio asistido solamente difieren en la persona que lo ejecuta, en la primera puede ser cualquiera, en el segundo el médico, ya que en ambos se pretende la muerte del paciente, para fines de este artículo se hará referencia indistinta para estos términos.

Han surgido inquietudes sobre la posible legalización de la eutanasia en algunos países de corte liberal, en México cuatro iniciativas legislativas han sido propuestas, tanto a nivel local, como federal.<sup>1</sup>

Ante las opiniones a favor y en contra, así como las campañas mediáticas que capitalizan los casos de suicidio asistido, algunas personas se preguntan si debería legalizarse la eutanasia.

### EVALUACIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO POR MÉDICO

Se han publicado los resultados de cinco investigaciones patrocinadas por el gobierno de cuatro países sobre las consecuencias de legalizar la eutanasia, donde se han tomado evidencias orales y escritas de una gran variedad de fuentes comunitarias y profesionales. Todos ellos concluyeron que esa ley nunca podrá

liberarse de la probabilidad de que la vida de aquéllos que no querían morir, fuera puesta en peligro. A esta conclusión llegaron tres de las comisiones, cada una de las cuales incluía miembros en forma mayoritaria que originalmente apoyaban la legalización de la eutanasia. Estos estudios y los informes publicados son:

1. Select Committee on Medical Ethics, House of Lords, enero 1994.
2. New York State Task Force on Life and Law, Euthanasia and Assisted Suicide in Medical Context, mayo 1994.
3. Senado de Canadá, titulado Of life and death (de la vida y la muerte), junio 1995.
4. Community Development Committee, Parlamento de Tasmania. The need for legislation on voluntary euthanasia, 1998.
5. Social Development Committee, Parlamento de Australia del Sur. Report of the inquiry into the voluntary euthanasia Bill 1996, octubre 1999.

Estas cinco comisiones coincidieron en su veredicto, así que para no ser repetitiva citaré una parte del informe del **New York State Task Force**, pues resume los mismos conceptos:

«Para propósitos de debate público, uno puede describir los casos de (el suicidio asistido y) eutanasia en los cuales se han cumplido todas las salvaguardas recomendadas. Pero postular un caso 'ideal' o 'bueno' no es suficiente para la política pública, si conlleva poca relación con las prácticas sociales y médicas que prevalecen. No importa con qué cuidado cualquier pauta sea encuadrada, (el suicidio asistido y) la eutanasia será practicada a través del prisma de la desigualdad social y la discriminación que caracterizan la prestación de servicios en todos los segmentos de nuestra sociedad, incluyendo la asistencia médica. Las prác-

\* Dra. en Bioética. Investigador Escuela de Medicina. Universidad Panamericana, México.

ticas supondrán los mayores riesgos para los que son pobres, de edad avanzada, miembros de grupos minoritarios, o sin el acceso a un buen cuidado médico».

Todos estos informes han resaltado después de analizar las legislaciones, áreas donde existe peligro de cometer abusos. Por ello consideran que las iniciativas deberían contener por lo menos estos requisitos:

- a. Más de un doctor para certificar.
- b. Una consulta psiquiátrica.
- c. Certificación médica para aplicar el suicidio asistido.
- d. La incapacidad para saber si hubo coerción.
- e. Que se proporcione información adecuada.
- f. Tiempo de reflexión.
- g. Permitir que el médico sea la única fuente de información para el forense y finalmente,
- h. La ausencia del requisito de que el médico guarde y ponga a disposición de los jueces los registros privados del caso, durante y después del acontecimiento. Por cierto, ésta es una omisión encontrada en todas las legislaciones.

El objetivo principal de **The House of Lords Select Committee** (1993) fue muy claro: «[Determinar] en qué condiciones y circunstancias las acciones que tienen como intención o consecuencia acortar la vida de una persona pueden ser justificadas considerando un acuerdo en el que esa persona considera ese deseo como su mejor interés». Después de un año de estudio el comité concluyó que la evidencia era insuficiente para debilitar en la sociedad la prohibición al asesinato intencional: «Esta prohibición es fundamental en la ley y las relaciones sociales. Protege a cada uno imparcialmente, respalda la idea de igualdad. No deseamos que esa protección disminuya y por tanto recomendamos que no deben permitirse cambios en la ley que permita la eutanasia».

Y prosigue: «Reconocemos que existen casos individuales en que la eutanasia puede ser vista como apropiada. Pero el caso individual no puede establecer razonablemente una política que tenga tan serias y amplias repercusiones. Más aún, morir no es un asunto individual. La muerte de una persona afecta la vida de otros, a menudo en formas de una extensión que no pueden ser vislumbradas. Nosotros creemos que el caso de la eutanasia es uno en el que los intereses del individuo no pueden separarse de los intereses de la sociedad como un todo»,<sup>2</sup> continúa: «no creemos posible sentar límites seguros en la eutanasia volun-

taria. Algunos testigos nos han dicho que legalizar la eutanasia fue un paso discreto que no tendría consecuencias. Pero, los casos de vida y muerte no dejan clara definición y no sería posible encuadrar adecuadamente un marco contra la eutanasia no-voluntaria si se legalizara la voluntaria. Posteriormente sería imposible asegurar que todos los actos de eutanasia fueran verdaderamente voluntarios y que cualquier liberalización de la ley no cayera en abuso».<sup>3</sup>

El dictamen señala además: «Más aún, crear una excepción a la regla general de prohibir el homicidio intencional abriría inevitablemente el camino a una futura erosión, por voluntad, inadvertencia, o por la tendencia humana de probar límites ante cualquier legislación. Esos peligros son tales que creemos que cualquier descriminalización de la eutanasia voluntaria tendrá más y más graves consecuencias».

Coincide con los demás dictámenes en que: «también nos preocupamos por las personas vulnerables, los ancianos, personas solas, enfermas, en estrés, quienes sentirían presión, en forma real o imaginaria, para solicitar una muerte temprana».<sup>4</sup>

Señala: «El mensaje que la sociedad envía al vulnerable y a personas en desventaja no debe animarles a buscar la muerte, sino asegurarles nuestro cuidado y soporte en vida».

La conclusión del comité de que no se aceptaría eutanasia ni suicidio asistido en Inglaterra fue aceptada por el gobierno.<sup>5</sup>

Otro reporte oficial sobre este asunto fue elaborado por Estados Unidos, en dos grupos separados, llegando a las mismas conclusiones. A continuación presentaré los datos más relevantes del informe Washington.

**Dictamen de la suprema corte de EUA sobre eutanasia.**<sup>6</sup> La introducción acota: «Siempre ha sido un crimen asistir un suicidio en el estado de Washington. La ley actual del Estado hace que la promoción del intento de suicidio se considere una felonía y establece que «una persona es culpable de ese crimen, cuando, con conocimiento de lo que está haciendo, causa y ayuda a otra persona a realizar el suicidio». El mismo Gobierno Holandés evaluó la aplicación del suicidio asistido en su país en los siguientes términos: **Reporte del gobierno holandés sobre el suicidio asistido.** El gobierno holandés revela en un estudio efectuado por el mismo gobierno cuyos datos duros son:

1. Que en 1990 hubo 2,300 casos de eutanasia voluntaria (definida como la terminación deliberada de la vida de otro, a petición suya);
2. Cuatrocientos casos de suicidio asistido y,

3. Más de 1,000 casos de eutanasia sin una petición explícita.
4. Agregados a estos 1,000, el estudio encontró 4,941 casos donde los médicos administraron sobredosis de morfina letales, sin el consentimiento del paciente.<sup>7</sup> Es por ello que la European Association for Palliative Care declaró: «nos oponemos fuertemente a la legalización de la eutanasia, ambas son peligrosas e innecesarias».<sup>7</sup>

Uno de los parámetros más importantes que se han reclamado como indispensables para aplicar el suicidio asistido, además de la constatación de autonomía del paciente, es que la solicitud de éste sea duradera y consistente, que no sea solamente una decisión emotiva, sino razonada y aceptada desde antes del momento de la crisis para que la persona lo haya meditado libre de presiones y tomado en cuenta todas las consecuencias, para él/ella y para terceros.

Es preocupante saber que en Holanda el intervalo entre la solicitud y su implementación fue de menos de 24 horas en 13% y no más de una semana en 35%,<sup>8</sup> contraviniendo así toda regla de prudencia. Acorde al cambio de parámetros del acto médico, la consideración de ampliar el marco de aplicación de eutanasia es un hecho en la legislación holandesa y así declara la Royal Dutch Medical Association: «puede ser aceptable éticamente terminar con la vida de aquéllos que sufren de demencia severa. Acotando esta demanda, hay que recordar que anteriores reportes habían aprobado esta medida para comatosos y neonatos con problemas graves».<sup>9</sup>

Curiosamente, tales solicitudes fueron actos constatados históricamente en la eliminación de indeseables durante la Segunda Guerra Mundial y catalogados posteriormente por Nürenberg como actos abominables contra la humanidad.

#### CONSECUENCIAS SOCIALES Y ÉTICAS DEL SUICIDIO ASISTIDO Y LA EUTANASIA

Varios autores han desarrollado este importante tema, Gonzalo Herranz<sup>10</sup> describe en cuatro fases las situaciones por la que se pasarán en caso de ser despenalizadas este tipo de leyes y que de hecho ya están ocurriendo en el caso holandés:

- a. La primera fase es aquella que comienza con el «caso extremo y excepcional» (como en este caso el de Ramón Sampederro) y que tiene a justificar la muerte compasiva y sin dolor como una forma excepcional de tratamiento que sólo puede aplicarse

a ciertas situaciones clínicas en extremo desesperadas, sometidas a controles muy estrictos y minuciosos marcados por la ley.

- b. La segunda fase corresponde al periodo de habituación. Inexorablemente, tras unos pocos años, la reiteración de casos va privando a la eutanasia de su carácter excepcional. Se implanta la idea de que es una intervención no carente de ventajas; incluso una terapéutica aceptable y eficaz, de modo que los médicos no deberían rehusarla si el paciente la solicita. La eutanasia le gana fálzmente la batalla a los cuidados paliativos pues, en comparación con ellos, es más indolora, rápida, estética y económica, de modo que, para ciertos pacientes, se convierte en un derecho exigible a la muerte científicamente técnica; para los allegados, en una invitación tentadora a verse libres de preocupaciones y molestias; para ciertos médicos, en un recurso sencillo que ahorra tiempo y esfuerzos; para los gestores sanitarios, en una intervención de óptimo cociente costo/eficacia.
- c. Se llega a la tercera fase cuando médicos y enfermeras se convierten en intérpretes subjetivos de los pacientes incapaces y terminales. Ante un paciente incapaz de expresar su voluntad razonando así: «es horrible vivir en esas condiciones tan precarias. Yo no querría vivir así. Eso no es vida. Es preferible morir. Lo mejor para ellos es la muerte compasiva», para quien acepta sinceramente la eutanasia voluntaria, la eutanasia no voluntaria se convierte, por razones de coherencia, en una obligación indeclinable.
- d. La cuarta fase se alcanza con la eutanasia involuntaria. El sesgo utilitarista, inherente a la actitud eutanasia, lleva al médico a concluir que es irracional el deseo, tácito o expreso, de ciertos pacientes de seguir viviendo, pues tienen por delante una perspectiva de vida detestable y abusiva. Ese médico razona así: «las vidas de ciertos pacientes capaces de decidir son tan carentes de calidad, tienen tan alto costo, que no son dignas de ser vividas. El deseo de seguir viviendo de esos pacientes es un deseo injusto que provoca un consumo irracional de recursos económicos y humanos: hay mil destinos mejores para emplear ese dinero y ese esfuerzo laboral. Es muy fácil expropiar al paciente de su libertad de escoger seguir viviendo».

Grupos internacionales, atentos y preocupados por este tema han abierto públicamente su postura, así la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su recomendación 1,418, aprobada el 25 de junio de 1999

pidió que se garantizara el acceso de los enfermos terminales a los cuidados paliativos y recuerda que la eutanasia, aun voluntaria, contraviene el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que afirma que «la muerte no puede ser inflingida intencionalmente a nadie». Congruente con esta postura, a finales de 1999, la American Medical Association (AMA) decidió apoyar en el congreso una ley que prohibiría la cooperación al suicidio en todos los países. La OMS ratificó esta postura en 1987, apoyando el uso de los cuidados paliativos «a todas las personas que sufren».

Aunque desde la perspectiva pragmática, la eutanasia tiene un lugar asegurado, ¿es posible apoyar el costo/beneficio de los cuidados paliativos?

### ¿SON COSTEABLES LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

El Doctor Xavier Gómez Batiste, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)<sup>11</sup> líder mundial en este campo de atención médica, resume que gracias a este programa, el uso de los hospitales de agudos descendió a la mitad, los servicios de emergencias se utilizan un 30% menos y la estancia media en los hospitales disminuyó entre 20 y 30%.

El hospital dejó de ser el lugar de atención médica y pasó a las Unidades de Cuidados Paliativos. La probabilidad de morir en el domicilio, con el adecuado soporte familiar aumentó entre 10 y 15%.

La disminución de las solicitudes de eutanasia pedido del paciente al médico, cayó de 2 a 0.6%.

Desde la SECPAL constató que una gran parte de los pedidos de eutanasia estaba relacionada con la mala atención recibida en los centros de salud. Un porcentaje muy alto de los pacientes llegaban al hospital con depresión intensa, dolor mal controlado y abandono familiar. Lo cual es ratificado por numerosos estudios en el área.

Es entonces una conclusión lógica afirmar que una parte de los pedidos de eutanasia tiene que ver con estas condiciones y que la respuesta no sería matar al paciente, sino atender sus necesidades.

Es un hecho para quienes conocen la historia clínica del caso San Pedro, que la depresión es frecuentemente ignorada.

### CONCLUSIÓN

Si bien cada persona tiene derecho a opinar, la ley y la moral no pueden definirse por la subjetividad, sino precisamente por conclusiones objetivas que contribuyan al proceso de humanización.

El fin de las leyes y la ética, no es prevenir el esfuerzo que requiere el logro de esta meta, sino apoyar conductas valiosas, que a mediano y largo plazo, promuevan cambios individuales y sociales que hagan de esta sociedad un mundo mejor.

El fin no justifica los medios, aunque a veces este tipo de soluciones parezcan novedosas y menos costosas.

Efectivamente el suicidio asistido mata a un ser humano, pero tiene además otra víctima, esa otra víctima es nuestra humanidad, pues elimina la capacidad de sufrir con los miembros más necesitados de nuestra sociedad, discriminando y ponderando entre diferentes tipos el valor de la vida humana.

### BIBLIOGRAFÍA

1. PRI. Dip. Armando Tonatiuh González Case. Iniciativa de decreto que reforma y adiciona la ley de salud para el Distrito Federal, al Código Penal y el Código Civil ambos para el Distrito Federal. 2006; PRD. Diputado Mason. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal y se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo. 12 de Abril de 2007; PRD. DIP Diana Bernal Ladrón de Guevara, a nombre de la Dip. Eliana García Laguna. Proyecto de decreto por el que se adiciona un segundo párrafo al artículo 312 del Código Penal Federal, se adiciona la fracción V al artículo 1501 y un capítulo IX al título tercero del Código Civil Federal y se crea la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal. 2007; PRD. Dip. Víctor Gabriel Varela López. Iniciativa de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud para el Distrito Federal y nuevo Código Penal para el Distrito Federal, octubre 2005.
2. Select Committee on Medical Ethics, House of Lords, 1994: 237.
3. *Ibid*: 238.
4. *Ibid*: 239.
5. Government response to the report of the select committee on medical ethics. Cm 2553, 1994.
6. U.S. Suprema Corte Syllabus Washington et al. V. Glucksberg et al. Argumentado el 8 de enero de 1997 decidido el 26 de junio de 1997.
7. Roy DJ, Rapin Ch. Regardin euthanasia. Eur J Palit Care 1994: 157-159.
8. Van Der Maas PJ, Van Delden IJ, et al. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 1991; 338: 669-74.
9. Hellema H. Dutch doctors support life termination in dementia. BMJ 1993; 306: 1364.
10. Cfr. Herranz Gonzalo. La ética profesional de los médicos ante la eutanasia y la ayuda médica al suicidio. VI Jornadas de Diálogo Filosófico. Universidad de Salamanca. 20 octubre 2007.
11. SECPAL. Cuidados Paliativos <http://www.secpal.com/guiacp/>. 2007

Dirección para correspondencia:

**Ma. de la Luz Casas M**

Donatelo 59, Col. Insurgentes Mixcoac,  
03920, México, D. F.

Correo electrónico: mcasas@up.edu.mx