

EUTANASIA Y NATURALEZA HUMANA

Carmen Medina Castellano.

Enfermera, Lcda en Derecho, Titular E.U.

Enfermería, Las Palmas de Gran Canaria.

Esther Medina Castellano.

Lcda en Medicina, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción:

Frecuentemente, cuando nos planteamos el debate sobre la eutanasia solemos hacer girar parte de nuestro discurso sobre dos ejes fundamentales: el derecho a una muerte digna y la capacidad del profesional sanitario para acortar o alargar la vida.

Sin embargo, entendemos que se hace hoy preciso trascender de ese nivel de discusión, sin por ello perderlo de vista, y situarnos en torno a lo que es la esencia de la naturaleza humana.

La respuesta a cual sea esa esencia no es sencilla, y tampoco es el objeto de esta comunicación dar una respuesta definitiva, entre otras cosas porque supera las posibilidades de las autoras.

Pero si es nuestro propósito apuntar algunas cuestiones que permitan la introducción de nuevos elementos de discusión en relación a esta materia. En cualquier caso, es necesario decir que el debate acerca de lo que es la naturaleza humana no puede, ni debe convertirse en cuestión de interés puramente académico, aunque el contexto en el que discurre lo sea, y ello porque lo que está en juego son problemas vitales.

En definitiva, nuestra pregunta final, cuando conectamos la idea de la naturaleza humana con la aceptación o el rechazo de las

conductas eutanásicas, podría formularse en los siguientes términos: ¿En qué consiste en realidad esa vida que el médico jura preservar usando de su arte y dónde está la línea que define los límites? ¿Se extiende la dignidad de lo humano hasta el último residuo vital, o por el contrario, se pierde antes?

Estas preguntas tienen que ver con esa naturaleza humana a la que hacíamos referencia, y en consecuencia, las decisiones acerca de ellas superan las competencias de los profesionales individualmente considerados.

En esta línea, puede ocurrir que el esfuerzo por curar y cuidar se conviertan en algo absurdo si terminan por producir un efecto contrario a lo que se había propuesto.

El Dr. Thielicke afirmaba que: "una decisión sobre este punto parecería depender de si la vida en cuestión se puede prolongar durante un lapso de tiempo que resultara significativo, es decir, si el esfuerzo médico logrará que el paciente no se limite a vegetar, sino que exista como ser humano"(1).

Pero, ¿quién es el hombre?. No deja de resultar sorprendente que a pesar de la gran cantidad de conocimientos que hemos venido acumulando a lo largo de la historia no hayamos sido aún capaces de dar una respuesta definitiva a esta cuestión.

Las propuestas en esta materia han polarizado entre lo material como única sustancia humana y la idea de una parte inmaterial en el ser humano.

Dependiendo de cual sea nuestra adscripción en la determinación de la naturaleza humana, así serán las decisiones que adoptemos, en este caso, en las situaciones de terminalidad de los pacientes. "Si el hombre es únicamente material, mecánico y animal,

entonces la vida cambia pronto su significado para los que han creído otra cosa. El creer en la parte inmaterial del hombre le permite a uno creer inteligentemente en un propósito más amplio para la vida presente"(2).

La dignidad de la vida

La dignidad de la persona implica una determinada concepción del ser humano que se basa en el reconocimiento de su valor como tal, con independencia de otras consideraciones sociales, morales, biológicas, espirituales,...

Esto implica el reconocimiento de la superioridad del hombre frente a los demás seres de la naturaleza, su consideración como corona de la creación y a la vez le sitúa en un plano de igualdad con los demás hombres: ninguna circunstancia interna o externa minusvalora a un hombre frente a otro.

En esta idea se asienta el principio de la santidad de la vida, algunas de cuyas premisas fundamentales serían las siguientes:

1. La vida humana es preciosa y por ello digna de respeto y protección.

2. La vida humana no está determinada por criterios utilitaristas y por ello no puede ser tomada.

El problema se plantea cuando tratamos de determinar qué es vida humana.

Una primera respuesta apuntaría a que vida humana es la que hacen los hombres. Sin embargo, no encontramos aquí elementos que nos permitan caracterizar que es lo que hace humana la vida. Los seres humanos paseamos, comemos, nos comunicamos, etc, pero como ha dicho Zubiri (3) "qué sea el vivir no puede definirse por los distintos

haceres humanos". Vivir es un modo especial de estar en acción, aprehendiendo la realidad, autoconstruyéndose en el camino, dando sentido al propio curso vital.

La vida humana se desenvuelve en tres actos: el nacimiento, el decurso vital y la muerte. Pero no son tres actos sucesivos sin más, no es un transitar "sin pena ni gloria", sino que es un estructurarse en el camino, edificando lo que se ha de ser en virtud de la realidad de cada momento, pero no como un estímulo respuesta, sino abriéndose a ella, analizándola, interpretándola, modificándola ...

Frente al principio de santidad se sitúa el de calidad de la vida. La vida humana de calidad requiere:

1. Que el individuo sea capaz de sostener su propia experiencia vital y asumir sus propios actos.

2. Que mantenga su capacidad de relación con los demás.

En torno a estos dos principios se han dado argumentos a favor y en contra de la eutanasia. Así, una interpretación estricta del principio de santidad apunta a la necesidad de que el personal sanitario emplee todos los recursos de su arte y de su ciencia a fin de mantener la vida de sus pacientes en cualquier circunstancia.

Por el contrario, el principio de calidad, aisladamente considerado, se dirigiría a mantener aquella vida sólo cuando cumpla los requisitos antes señalados, es decir, cuando el sujeto se encuentre en una situación de dominio o control de su experiencia vital.

La sociedad:

Hoy en día, en nuestro país, al igual que en otros muchos, no podemos negar la exis-

tencia de un cada vez más significativo grupo de ciudadanos que reclaman el derecho a una muerte digna. Por tal entienden, fundamentalmente, la posibilidad de elegir el momento en que su vida ha de cesar, cuando, a su juicio, se den determinadas circunstancias que provoquen una pérdida de dignidad.

Probablemente, si analizamos con mayor detalle lo que estos individuos reivindican, nos encontremos con que más que reclamar el derecho a una muerte digna, solicitan el derecho a una vida digna. Sirva de ejemplo a lo que decimos los diversos casos, de todos conocidos, de ciudadanos que, padeciendo enfermedades crónicas o lesiones de carácter irreversible, reclaman en un momento dado que se les permita anticipar su muerte y se les auxilie para ello.

En la mayoría de los supuestos lo que nos encontramos en estas reivindicaciones es la expresión de la angustia que supone verse condenado a una vida de dependencia de otros, acentuándose esta cuando aquellos que los cuidan abandonan por cansancio, por vejez (como ocurre cuando son los padres quienes se ocupan de su cuidado), etc ...

El legislador español ha querido hacerse eco de estas demandas dando una nueva regulación a las conductas eutanásicas, que, como es sabido, hasta fechas recientes se analizaban a la luz del artículo 409 del Código Penal (inducción, auxilio y auxilio ejecutivo al suicidio).

La Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre, del Código Penal, propone una reducción importante de la pena, que para la eutanasia activa podría alcanzar un máximo de 8 años, y para la pasiva un máximo de dos, frente a la anterior regulación, en que las

penas podían oscilar entre seis y veinte años. Junto a ello, hay que considerar la redacción del artículo 71 de la citada Ley Orgánica, que establece en su apartado primero que ,en la determinación de la pena inferior en grado, los jueces o Tribunales no quedarán limitados por las cuantías mínimas señaladas en la Ley a cada clase de pena, sino que podrán reducirlas en la forma que resulte de la aplicación de la regla correspondiente". Esto nos lleva a pensar que, con bastante probabilidad, la duración de la pena para el supuesto que contemplamos no excederá de los seis meses.

Como ocurrió con otros tantos artículos del Proyecto la redacción de este supuesto y su consecuencia jurídica no fue pacífica. Así, el texto remitido por el Congreso de los Diputados establecía los siguientes términos:

"Artículo 143. 4.El que causare o cooperara activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro , por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que produjera padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo [entre dos y diez años]".

El texto definitivo recoge íntegramente esta redacción, con una única modificación: donde dice "hubiera conducido necesariamente" se sustituye por "conduciría necesariamente". Tal vez se quiso, de esta forma, aproximarse más a la definición de enfermedad terminal. En cualquier caso, serán finalmente los Tribunales los que le den el verdadero alcance al precepto.

El grupo parlamentario popular en el Senado presenta una enmienda de modificación, proponiendo la siguiente redacción:

"3. En este caso, cuando el cooperador fuere médico y la víctima padeciera una enfermedad en fase terminal que le produjera sufrimientos insoportables y condujera a la muerte próxima, previa petición expresa de aquella, la pena sería inferior en un grado"

Esta propuesta de basa en el entendimiento de que solo es posible la atenuación de la pena cuando la víctima tiene un sufrimiento insoportable o una muerte irremediable. Junto a ello vemos que el sujeto activo está perfectamente identificado, ha de ser un médico, quedando fuera del supuesto todos aquellos casos en los que no participe dicho profesional, aunque se den los demás requisitos.

Los senadores Martínez Sevilla y Nieto Cicuendez, proponen una enmienda de supresión de este apartado 4 y de adición de un nuevo artículo 143 bis que redactan en los siguientes términos:

"Artículo 143 bis. Quedará exento de pena quien, mediante actos necesarios o de cooperación activa, permitiera, propiciara o facilitare, la muerte digna y sin dolor de otra persona, a petición expresa y debidamente acreditada de esta, en el caso de que sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar".

El razonamiento en que se basa esta propuesta es que debe quedar exenta de pena la conducta en atención a las nuevas demandas sociales que, a juicio de los proponentes, el proyecto no recoge de manera suficiente.

Aunque otros grupos proponen enmiendas de adición, como es el caso de Coalición Canaria que incluye que el consentimiento se preste en presencia de un testigo, las tres señaladas más arriba (el propio Proyecto y las enmiendas del Grupo Popular y el Grupo Mixto) entendemos que son expresivas de las opciones más destacadas de nuestra sociedad.

Sin embargo, ninguna de ellas, aisladamente considerada, satisface esas demandas sociales.

Tal vez, la mayor dificultad que se plantea en este debate es la incapacidad que los seres humanos tenemos para llegar a entendimiento. Tal vez, solo tal vez, lo más conveniente sería dejar actuar al profesional sanitario al que se le presume un adecuado juicio clínico y una escrupulosa ética profesional.

En este caso, ese profesional conjugando los principios de santidad y calidad de vida, podría estar en condiciones de tomar una decisión científica y éticamente correcta.

Sin embargo, parece evidente que no se debe dejar recaer sobre el profesional todo el peso de la decisión. por ello, podría ser conveniente contar con comités éticos multidisciplinares (donde participarían profesionales no sanitarios) encargados de estudiar cada uno de los casos que se presentaran y emitirían juicios vinculantes a este respecto.

Un nuevo conflicto se plantea en esta propuesta y es hasta qué punto debe prevalecer la autonomía del paciente en estos casos. Si por autonomía entendemos competencia moral para tomar las decisiones que conciernen a la vida y la salud, esta requiere necesariamente una adecuada información y unos recursos adecuados a la situación, es decir,

que en el momento en que el sujeto deba tomar la decisión las únicas alternativas posibles no sean la muerte o el sufrimiento.

La solución podría venir determinada por la participación del paciente, o persona que le represente, en dichos comités a fin de que su opinión pueda ser tomada en cuenta.

De acuerdo a lo expuesto, estimamos que la regulación jurídica de estas situaciones debería ir orientada no tanto a declarar la legalidad o ilegalidad de las conductas eutanasicas, sino a regular la existencia, composición y criterios de actuación de los comités antes mencionados. En este sentido, al amparo del Decreto 521 sobre organización de hospitales, se han creado diversas comisiones o comités de ética. Sin embargo, nos parece que la regulación vigente resulta insuficiente en esta materia, ya que la citada norma se limita a mencionarlos, dejando su desarrollo al libre albedrío de los responsables de los centros sanitarios.

En parecido sentido se pronunciaba el Parlamento Europeo en Junio de 1991, cuando sostenía que "En ausencia de toda terapéutica curativa y tras el fracaso de los cuidados paliativos aplicados correctamente, tanto en el plano psicológico como en el terreno somático, cada vez que un enfermo plenamente consciente pida, de manera continuada, que se clausure una existencia que ha perdido para él toda dignidad, y que un cónclave de médicos constate la imposibilidad de aportar una novedad terapéutica, el ruego del paciente debe ser atendido"(4). Nos interesa destacar de esta afirmación la idea de que la decisión no puede estar en manos de un único sujeto, ni depende exclusivamente del deseo del paciente.

Entre los criterios que deberían presidir las decisiones de estos comités habrían de contemplarse necesariamente los de santidad y calidad de vida.

De acuerdo a ello, inicialmente prevalecería el principio de santidad, por lo que se impondría una protección jurídica, social y moral eficaz de la vida, de su intangibilidad.

El principio de calidad entraría en juego como ayuda necesaria en situaciones límite, en las que una concepción rigurosa de la santidad de vida se ve impotente para resolver el conflicto, por cuanto que todo lo que queda de la persona es su substrato biológico. En estos casos se impone dejar a la naturaleza que siga su curso, omitiendo todo tipo de medidas extraordinarias para preservar la vida del paciente y proporcionando los cuidados más básicos, así como el apoyo psicológico y espiritual necesario, cuando sea posible, tanto al paciente como a su familia. En cualquier caso, el principio de calidad debe ser despojado de criterios subjetivos o utilitaristas en el momento de su aplicación.

Entiendo que los avances científicos son los que han propiciado este debate en la medida que en que han abierto la posibilidad de preservar la vida de los sujetos más allá de lo que la propia naturaleza sería capaz de hacer. Tendrían que ser estos propios avances los que permitieran nuevas opciones a los individuos en estas circunstancias y a eso se deben dirigir los esfuerzos de la comunidad científica. Ello, junto a una adecuada política sociosanitaria podría permitir, al menos en lo que respecta a los enfermos terminales, abrir nuevos horizontes en esta materia.

Igualmente, sería conveniente que los profesionales sanitarios, ante determinadas

situaciones patológicas, sopesaran concienzudamente la propuesta terapéutica que vayan a realizar. Se trata de que hagan no sólo lo que pueden hacer en virtud de lo que los progresos técnicos les permiten, sino también lo que deben hacer a la luz de la ética profesional.

Indudablemente no todo queda resuelto de esta manera. Los sujetos cuya situación no es estrictamente de terminalidad, sino de dependencia física completa de otros para su subsistencia, seguirían reclamando su derecho a morir, pero en nuestra opinión, no es a esto a lo que se debe referir el vocablo eutanasia. Esto otro debe entrar en el debate de lo que sería el legitimar la participación de un tercero en el suicidio de un sujeto que por diversas razones (todas en principio igualmente legítimas) ha decidido que no vale la pena continuar con su vida adelante.

Conclusiones:

1. El debate sobre la eutanasia debe situarse, primeramente, sobre la esencia del vivir humano. Las posiciones y decisiones que adoptemos frente a las situaciones de terminalidad estarán mediatizadas por nuestra concepción de vida humana.

2. Entendiendo al hombre como corona de la creación y a la vida que él hace como un estructurarse en el camino, el principio de santidad debe ser el primero que consideremos a la hora de tomar decisiones respecto a los pacientes en situación de terminalidad. El principio de calidad entrará en juego cuando el de santidad no sea suficiente para resolver el dilema.

3. Es necesario que el personal sanitario adopte una postura de escucha activa ante

sus pacientes, tratando de comprender su situación y que subyace en el fondo de su demanda de acortar la vida, tratando de ofertar todas las soluciones a su alcance.

4. Entendemos que las propuestas legislativas no dan una respuesta que satisfagan todas las demandas sociales.

5. En relación con lo anterior, parece más apropiado regular la existencia de comités éticos multidisciplinares que se encarguen de analizar y resolver los dilemas éticos que se plantean en torno a las situaciones de terminalidad. En ellos, el paciente, o su representante legal, debe ser escuchado.

6. Es necesario que la comunidad científica concentre parte de su esfuerzo en aportar soluciones éticamente correctas a las situaciones de terminalidad. En este sentido, parece conveniente que se evalúen los proyectos de investigación, especialmente aquellos que pueden significar una posibilidad de incrementar el tiempo de vida, en orden a valorar sus repercusiones en aquellas situaciones.

7. No parece conveniente incluir en el debate sobre la eutanasia aquellas situaciones que no responden a los criterios de terminalidad. Estas habría que dejarlas circunscritas a un foro de discusión sobre un posible derecho a la muerte bajo determinadas circunstancias.

Bibliografía:

AAVV. Paciente terminal y muerte. 1ª edic. Barcelona. Edit. Doyma. 1987

AAVV. El derecho a vivir, Medicina moderna y futuro humano. Barcelona. Edit. Grijalbo. 1975

COSGROVE, M.P. La esencia de la naturaleza humana. Edit. Ministerios Probe's. 1985

Editorial. *Enfermería Científica*. Nº 117. Diciembre, 1991.

ERICKSEN, P. et AL. "When is it right to die?. *The Canadian Nurse*. Septiembre, 1995.

JONES, H. El principio de responsabilidad, Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Madrid. Edit. Círculo de Lectores. 1995

JUANATEY DORADO, C. Derecho, suicidio y eutanasia. 1ª edic. Madrid. Edit. Ministerio de Justicia e Interior. 1994.

ROMEIO CASABONA, C.M. El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana. 1ª edic. Madrid.

Edit. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. 1994.

Notas bibliográficas

1. THIELICKE, J. en: AAVV. El derecho a vivir, Medicina moderna y futuro. Barcelona. Edit. Grijalbo. 1975.

2. COSGROVE, M.P. La esencia de la naturaleza humana. Edit. Ministerios Probeta. 1985

3. ZUBIRI, X. Sobre el hombre. 1ª edic. Madrid. Edit. Alianza. 1986. Pág. 546.

4. Editorial. *Enfermería Científica*. Nº 117. Diciembre 1991. Pág.3.