

EUTANASIA: LA SITUACION EN HOLANDA Y UNA EVALUACION CRITICA

Dr. H. Jochensem

Lindeboom Instituut, Ede, Holanda.

1. INTRODUCCIÓN.

El 1 de junio de 1994 una nueva regulación de eutanasia y suicidio asistido entró en vigor en Holanda. Esta regulación puede verse como un experimento. ¿Será posible tolerar y regular la eutanasia manteniendo al mismo tiempo la práctica bajo control y dentro de límites específicos? Esta conferencia presenta una evaluación de este experimento hasta ahora. Además, a la luz de esta experiencia haré una exposición de los argumentos más importantes a favor y en contra de la legalización de la eutanasia.

2.1. Definiciones y distinciones.

En Holanda se define la eutanasia como: la terminación activa de la vida de un paciente a su petición, por un médico. Es decir que la petición del paciente se ha hecho parte de la definición de la eutanasia. En la literatura internacional generalmente se distingue entre eutanasia voluntaria que corresponde completamente con la definición de eutanasia dada arriba, eutanasia no-voluntaria, que es la terminación de la vida de un paciente sin una petición explícita, y eutanasia involuntaria que es la terminación de la vida de un paciente en contra de su voluntad. En Holanda la eutanasia no-voluntaria se llama

una acción que termina la vida o 'terminación de vida'. En este artículo hablaremos de eutanasia no voluntaria.

Por claridad en la discusión y evaluación es importante distinguir la eutanasia de otras acciones médicas que pueden tener la apariencia de eutanasia pero que no lo son. En Holanda todos están de acuerdo que las tres siguientes categorías de acciones no deben considerarse como eutanasia (1):

a. Suspender o no iniciar un tratamiento a demanda del paciente.

b. No dar un tratamiento que es médicamente inútil, inaprovechable.

c. Tratamiento del dolor y los síntomas que como posible efecto secundario acorta, abrevia, la vida (adelanta, acelera la muerte).

Discutamos brevemente estos tipos de acción.

Ad.a No se debe tratar un paciente sin su consentimiento informado y el paciente tiene derecho de rechazar un tratamiento o retirar su consentimiento. Por regla general el médico debe respetar tal deseo, siempre que el paciente sea competente. El médico tiene el deber moral de procurar convencer al paciente de que acepte un tratamiento que es médicamente útil y el médico no debe suspender tal tratamiento inmediatamente cuando el paciente lo pide. Sin embargo, cuando el médico respeta el deseo de un paciente completamente competente y el paciente muere pronto después de la suspensión del tratamiento que soportaba la vida, esto no debe clasificarse como eutanasia. (Esto aparte de situaciones difíciles y ambiguas).

Ad.b Tratamiento que es medicamento inútil no debe darse y debe suspenderse cuando se esta dando. Desde luego esto provoca la cuestión de cual tratamiento es medicamento útil o inútil. El tratamiento útil cumple los siguientes criterios:

- El tratamiento es efectivo y proporcional, que quiere decir que los beneficios previstos del tratamiento son mayores a los riesgos posibles y las molestias para el paciente,

- La evaluación de los beneficios, riesgos y molestias para el paciente solamente debe tomar en cuenta criterios médicos y no deben implicar una evaluación del valor de la vida del paciente.

Es innegable que la evaluación medica de la proporcionalidad no es una evaluación libre de valores. Hasta cierto punto tal evaluación es personal y subjetiva. Justamente por eso la medicina es una actividad moral que no puede realizarse sin ética médica.

Suspender un tratamiento médico que se ha vuelto medicamento inútil y dejar morir al paciente se ha llamado a veces eutanasia pasiva. Pienso que es una confusión. Suspender tratamiento médico desproporcionado siempre ha sido una buena práctica médica. El hecho de que en la practica muchas veces no sea fácil determinar si un tratamiento esta volviendose desproporcionado, no anula este principio. Es importante notar que no se suspende el tratamiento médico inútil con la intención de que el paciente muera. Tampoco es correcto considerar la muerte del paciente en un sentido moral como la consecuencia de tal suspensión. En otras palabras, hay una diferencia moral fundamental entre matar y dejar morir (2). Solamente cuando se suspende un tratamiento medico que debe consider-

arse proporcional, con la intención de terminar la vida del paciente, dejar morir y matar son moralmente iguales.

Ad.c El tratamiento del dolor tiene como objeto el alivio del dolor del paciente.

Puede abreviar la vida del paciente, y en ciertas situaciones casi seguramente lo hará. Sin embargo, las acciones deben definirse de acuerdo a su propósito y no de acuerdo a sus efectos secundarios. Es decir, una aceleración de la muerte como efecto secundario de un tratamiento proporcional del dolor y de los síntomas es moralmente aceptable y no debe clasificarse como eutanasia. En estos casos el principio de doble efecto está vigente (3). Es obvio que en la practica tratamiento de dolor puede moverse hacia la terminación de la vida del paciente cuando gradualmente y a proposito se aumenta la medicación mas allá de dosis necesarias para el paciente.

2.2 Datos.

Con estas definiciones y clarificaciones en la mente miraremos los datos cuantitativos principales de la practica de la eutanasia en Holanda (4).

Anualmente (los datos se refieren a 1990) en Holanda hay unos nueve mil demandas de eutanasia, de las cuales se cumplen 2.300 (1.8% de todos los fallecimientos que son 129.000). Además 400 casos de suicidio asistido y 1.000 casos de terminación de la vida sin petición explícita. Sin embargo, la encuesta tambien descubrió que en 7.100 casos los medicos intensifican el tratamiento de dolor y los síntomas con la intención parcial o explícita de abreviar la vida, y con la misma intención en 7.875 casos no se inició o se suspendió un tratamiento (5). En 20% a 60% de

estos dos grupos de pacientes el médico no había obtenido un consentimiento explícito.

Estos datos provocan unas cuestiones.

Los 1.000 casos de eutanasia no-voluntaria causaron alguna incomodidad en círculos políticos y médicos porque iban en contra de las exigencias establecidas.

Debe notarse que

- los médicos distinguieron estas acciones, de la intensificación de tratamiento del dolor con el propósito explícito de abreviar la vida; pues eran mas acciones dirigidas a la muerte del paciente.

- Una cuarta parte de estos pacientes eran competentes hasta cierto punto pero sus vidas fueron terminadas por el médico sin petición explícita.

Intensificar el tratamiento del dolor y los síntomas y suspender el tratamiento médico pueden ser buenas prácticas médicas, aun cuando esto puede ir junto con una aceleración de la muerte. Sin embargo esto solamente es aceptable como efecto secundario inevitable y no debe ser el resultado propuesto. Pero en un número significativo de casos los médicos informaron que intensificaron el tratamiento del dolor y los síntomas o suspendieron el tratamiento (incluso alimentación por sonda) con el propósito implícito o explícito de abreviar la vida.

En mi opinión la intención de abreviar la vida no debería ser parte de la ética profesional de los médicos. Por otro lado, la sola intención de abreviar la vida no transforma una acción en eutanasia. La eutanasia se define como la abreviación (o terminación) de la vida realizada de modo intencional; no se define solamente en base de la intención). Puesto que la encuesta no preguntaba a los

médicos que hicieron realmente y hasta qué punto consideraron su tratamiento proporcional, queda indefinido hasta qué punto las acciones dirigidas a la aceleración de la muerte realmente eran casos de eutanasia. Pues, en realidad no tenemos un conocimiento claro de la practica de la eutanasia. Esta claro que esto dificultará un control efectivo.

2.3 Regulación nueva.

La raíz de la nueva regulación era la decisión de la Corte Suprema de Holanda (1984) que en casos de un conflicto de deberes establecido objetivamente, el médico que realiza eutanasia puede apelar a fuerza mayor (codigo penal art. 40). Tal conflicto de deberes se refiere al deber de obedecer la ley que prohíbe la eutanasia y el suicidio asistido (codigo penal 293, 294) por un lado, y por otro lado el deber de aliviar el sufrimiento.

La corte suprema decidió que las condiciones que establecen tal conflicto de deberes esencialmente son: una petición libre y bien considerada, sufrimiento inaceptable, y consulta de un colega por el médico. El gobierno aprobó la decisión de la corte suprema aceptando asi la eutanasia bajo ciertas circunstancias. Al mismo tiempo el gobierno trató de mantener su responsabilidad por la protección efectiva de la vida humana, manteniendo la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido en el codigo penal. Trataba de reconciliar estos dos objetivos y dar una base legal al procedimiento por el que los médicos informan de la muerte de pacientes en casos de eutanasia (voluntaria o no-voluntaria) y de suicidio asistido. Lo hizo por introducir un cambio en la ley respecto al entierro de los

mueritos. De manera que la ley nueva en realidad no es tanto una regulación de eutanasia como una regulación de un procedimiento de informar sobre la eutanasia. De acuerdo a este procedimiento un medico que ha terminado la vida de un paciente informa al medico forense que examina el cadaver externamente y toma del medico que realizó la eutanasia un formulario que contiene los datos pertinentes (la historia médica del paciente, la petición, alternativas, la consulta a un segundo médico, intervenciones etc.). Este formulario, junto a una evaluación por el medico forense, es controlado por el acusador público (el fiscal) que decide si la terminación es contraria al código penal tal como es interpretado por los tribunales, o no (6).

El hecho de que las acciones que terminan la vida sin una petición específica tienen que informarse de acuerdo al mismo procedimiento que la eutanasia ha sido tema de un debate fuerte. Los críticos dicen que esto pone los dos tipos de acciones moralmente al mismo nivel, lo que consideran incorrecto. La intención del gobierno era que los tribunales consideren la aceptabilidad o inaceptabilidad de tales acciones en cada caso que se presente. Para hacerlo posible estas acciones deben ser mencionadas en primer lugar.

2.4 Crítica de la práctica y de la regulación.

a) Además de los 2.300 casos de eutanasia hay una area gris entre buena práctica médica y la abreviación intencional de la vida con o sin una petición. En la encuesta queda confuso qué hicieron los médicos en estos casos, pero la intención de abreviar la vida los hacen sujetos de sospechas. La pregunta que tendría que haberse hecho al médico es:

¿hubiera usted usado las mismas dosis de medicamentos si no hubiera tenido la intención de abreviar la vida sino solo de tratar adecuadamente el dolor del paciente? Pero puesto que de estas acciones no se informa es imposible controlar lo que está pasando en este sentido.

b) De la mayoría de los casos de eutanasia no se daba información (7); de los 1.000 casos de eutanasia no voluntaria ninguno era mencionado, haciendo imposible que las autoridades legales evalúen y juzguen lo que había pasado.

c) Los casos informados representan una selección de todos los casos en que los requisitos se habían cumplido. Además, cuando los médicos informan de un caso de eutanasia eligen formulaciones que saben que satisfacen a las autoridades legales pero que pueden esconder algo de lo que había pasado en realidad (8). Aparentemente el procedimiento de información no garantiza un control efectivo de la eutanasia por las autoridades legales.

d) El nuevo procedimiento también provoca cuestiones acerca de la posición del médico forense. El debe firmar un formulario diciendo que ha controlado la notificación del médico que realizó la eutanasia y que ha constatado que este médico ha cumplido o no los requisitos y el procedimiento exigido. Sin embargo, en muchos pueblos el médico forense trabaja como médico familiar y es colega de los demás médicos familiares en el pueblo, con quienes tiene que colaborar regularmente (tomar servicios de fines de semana etc.). En tal situación el médico forense experimentará una presión social fuerte para dar su aprobación a casos de

eutanasia aun cuando dude si se han cumplido los requisitos. Además es imposible que el medico forense controle los criterios mas fundamentales, como son: si el sufrimiento del paciente era intolerable, si había una petición completamente voluntaria y bien considerada, porque la persona a la que concierne ha muerto.

2.5 Suicidio asistido.

La legalización no terminó los desarrollos ni las discusiones. Un jalon en la jurisprudencia era la decisión de la corte suprema del 21 de junio de 1994 (9). Se refiere a un caso de un psiquiatra, Chabot, quien asistió a una mujer en cometer suicidio. Tenía una depresión por causa de experiencias personales muy dolorosas, entre otras la muerte de sus dos hijos de los cuales uno cometió suicidio. El psiquiatra había informado de su acción y había absuelto por dos tribunales menores antes de la investigación por la corte suprema. La corte suprema decidió que en principio un medico puede apelar con éxito a fuerza mayor después de realizar eutanasia o suicidio asistido con pacientes que no están en una fase terminal y que tienen un sufrimiento psíquico en vez de somático. Para asegurar la petición libre del paciente un segundo psiquiatra tiene que haber investigado al paciente y confirmado que no existen otras posibilidades para aliviar el sufrimiento; cuando tales posibilidades existen la asistencia al suicidio no está permitida (una regla de subsidiariedad). Chabot no había pedido a un colega examinar al paciente y por esa razón era convicto pero no penado.

Chabot fue llevado ante la corte medica disciplinaria en Amsterdam en febrero de

1995 (10). Esta corte médica reprobó a Chabot por haber asistido el suicidio, pero no porque esté en contra de la ética profesional sino porque no había tratado suficientemente al paciente por su depresión (11). De hecho esta corte medica aplicó la decisión de la corte suprema que un medico solamente puede asistir un suicidio cuando no hay posibilidades medicas de aliviar el sufrimiento. Además la corte medica expresó su opinión de que no podría considerarse completamente competente al paciente por causa de su depresión, y por eso Chabot no debería haber cumplido su petición sin haber tratado la depresión. La corte medica también reprobó a Chabot por no haber mantenido la suficiente distancia profesional con el paciente.

El gobierno actual ha adoptado la decisión de la corte suprema y no revisó su opinión después de la decisión de la corte medica. De hecho los ministros de justicia y de salud publica también aplican la regla de subsidiariedad mencionada arriba tambien a pacientes con sufrimiento somático. En consecuencia el fiscal ha dejado el seguimiento procesal de médicos que realizaron eutanasia a pacientes con sufrimiento somático que no estaban todavía en una fase terminal (12).

Podemos concluir que bajo ciertas condiciones eutanasia y suicidio asistido han sido aceptados en caso de pacientes no terminales con sufrimiento somático o psíquico.

2.6 Bebés gravemente enfermos o impedidos

Los desarrollos mas recientes demuestran que los tribunales tambien aceptan la apelación a fuerza mayor en caso de eutanasia no-voluntaria con bebés recién nacidos

con impedimentos serios. Se han llevado dos de estos casos ante un tribunal regional (13) y uno de ellos también ante una corte de apelación.

En el primer caso se trató de un bebé con espina bífida, hydrocefalus, una lesión transversal de la espina dorsal, y daño del cerebro. Por causa de la mala prognosis los médicos decidieron no operar. El bebé tenía mucho dolor y después de tres días el ginecólogo que atendía a la madre, terminó con su vida a petición de los padres.

El caso de Groningen concierne un bebé con trisomía 13, un síndrome que se manifiesta en unas perturbaciones del desarrollo del bebé, entre otras deformaciones del cráneo, de la cara y de las manos, insuficiencia del corazón y de los riñones, y daño del cerebro. La prognosis era que el bebé no era viable; el fallecimiento se esperaba de todos modos dentro de un año y probablemente dentro de seis meses. Lo único que se podría hacer era cuidar y aliviar el sufrimiento.

Después de unos días los padres llevaron su niña a casa para cuidarla allí. El médico familiar tenía el cuidado médico. Después de unas dos semanas en casa el médico familiar terminó la vida del bebé con el consentimiento de los padres. El bebé aparentemente tenía dolor y el médico no veía mas posibilidades de aliviar este dolor, y no consultó a especialistas en este campo. Sí consultó a colegas con respecto a la situación en general y con respecto al método para terminar la vida. En este sentido seguía las reglas del procedimiento.

En los tres casos los tribunales aceptaron la apelación del médico a fuerza mayor en base de una emergencia por causa de un con-

flicto de deberes. Los médicos fueron absueltos de la pena.

Esencialmente el razonamiento de los tribunales de Alkmaar y Groningen parece tener dos elementos. En primer lugar el análisis de la situación lleva a la conclusión de que el bebé tenía perturbaciones de salud que lo llevarían a una muerte natural a menos que se le tratase medicamente, pero tal tratamiento se consideraba medicamente desproporcionado. Así que un tribunal concluye que "solamente el momento en que la muerte vendría no era cierto"(14) (decisión tribunal Alkmaar pag. 29). Según el tribunal en esta situación el médico podía hacer dos cosas: continuar e intensificar el tratamiento del dolor y los síntomas o terminar con la vida del bebé para eliminar su sufrimiento. Luego el tribunal de Alkmaar llega a la conclusión de que en el caso presente el tratamiento del dolor no era medicamente útil porque el bebé tendría que recibir dosis tan altas que lo llevarían practicamente a la inconsciencia. El tribunal de Groningen argumenta que el tratamiento del dolor no era útil porque como efecto secundario podría causar la muerte del bebé y, en todo caso, la prognosis de la duración de su vida (prognosis quoad vitam) del bebé era pobre. Así que el primer elemento de la justificación de los tribunales de aceptar la terminación de la vida es que de todos modos el paciente era moribundo. El segundo elemento es que en esta situación no hay diferencias esenciales entre tratamiento proporcional del dolor y los síntomas con una abreviación de la vida como efecto secundario, y la terminación intencional de la vida proporcionando medicamentos.

El primer elemento es realmente extraño. El hecho que una persona fallecerá pronto no puede ser razón de aceptar que se mate al paciente. La prognosis de toda vida humana es la muerte, más pronto o más tarde. El tribunal de Alkmaar concluye que se ha terminado la vida del bebé justamente porque no era moribundo (15). ¿Qué duración de vida sería suficientemente breve para aceptar que se mate al paciente? Este argumento puede extenderse fácilmente a grupos amplios de pacientes.

El segundo elemento del razonamiento de las tribunales, el rechazo del principio del doble efecto, también es éticamente rechazable. Ya hablamos de esto antes.

Hay otro aspecto en el caso de Groningen que llama la atención. Como suele hacerse, este tribunal había consultado algunos expertos. Estos expertos diferían en sus opiniones, tanto con respecto a la calidad del cuidado médico como con respecto a la moralidad de la terminación de la vida del bebé. Dos expertos médicos veían por lo menos posibilidades de tratar y aliviar el dolor del bebé. El tribunal en su decisión ni siquiera menciona las diferentes opiniones éticas. La opinión de los dos expertos médicos que veían posibilidades de aliviar el dolor no juega ningún papel en el juicio del tribunal. Sin embargo (16), a la luz de la regla de subsidiariedad de la Corte Suprema en el caso de Chabot, el médico no debería haber terminado con la vida del bebé porque había todavía otras posibilidades de aliviar el sufrimiento. Ya vimos que también los ministros de Justicia y de Salud Pública y la KNMG han adoptado esta regla. No obstante, el tribunal de Groningen no aplica esta regla y acepta la apelación

del médico a fuerza mayor. El tribunal en realidad dice que el médico no tenía otra opción que terminar la vida del bebé, aunque había posibilidades de tratamiento paliativo. Las razones porque el tribunal no consideraba tal tratamiento una alternativa ya las mencionamos y rechazamos antes. Parece que en este caso el verdadero conflicto de deberes que justificaría una apelación a fuerza mayor sale a la luz. Este conflicto se ha descrito en las decisiones de tribunales como el conflicto entre el deber de obedecer la ley que prohíbe la eutanasia y el suicidio asistido, y por otro lado, el deber de hacer todo lo posible para aliviar el dolor y el sufrimiento. Pero estos dos deberes no se contrastan realmente. Lo contrario de la prohibición de matar, es un deber de matar (17). De manera que el único deber que realmente podría anular el deber de respetar la vida y no matar, es un deber de matar. Así que cuando un tribunal acepta una apelación a fuerza mayor por un conflicto de deberes, tendría que aceptar que según las circunstancias puede existir un deber de matar. Hasta ahora los tribunales han retrocedido ante esa conclusión. Pero ahora parece que el tribunal de Groningen por lo menos implícitamente ha aceptado una suerte de deber de matar, ya que habla de la única opción para el médico. Quiere decir que no matar habría sido una opción incorrecta. Vemos entonces que la aceptación de la terminación intencional de la vida por los tribunales, razonando de una manera estricta, lleva a la aceptación de que puede haber un deber de matar. La práctica médica y la jurisprudencia con respecto a la eutanasia produce un deber que es exactamente lo opuesto del principio más fundamental de la Medicina, el respeto por la vida.

Esos casos de terminación de la vida de bebés recién nacidos también demuestra que la aceptación de la eutanasia voluntaria en Holanda ha llevado a la aceptación de la eutanasia no voluntaria, no solamente en la práctica sino también por parte de los tribunales. El plano inclinado en Holanda es evidente.

3. EL DEBATE.

3.1 Argumentos a favor de la eutanasia.

3.1.1 Autonomía.

Un argumento principal de los que aprueban la eutanasia es el principio de autonomía o auto-determinación humana.

Más y más el derecho de auto-determinación se extiende hasta el momento y la manera en que uno morirá (18,19). La muerte no debería aguantarse con ansiedad y angustia mientras la condición física y mental empeora, sino que se debería causar la muerte voluntariamente por una decisión libre de la persona autónoma que ha elegido dejar esta vida. Ilustrativo para el surgimiento de esta mentalidad en Holanda es la amplia aprobación que recibió un propósito de un hombre anciano que tenía una función importante en la sociedad, que sugirió que a partir de una cierta edad la gente tendría que tener la posibilidad de conseguir una píldora de eutanasia de su médico familiar. Esto les daría la posibilidad a los ancianos de terminar su vida en el momento elegido por uno mismo.

Sin embargo, es claro que esta aplicación del principio de autonomía no tiene aprobación general internacionalmente (20).

3.1.2 Salud y muerte.

En la sociedad moderna la salud se entiende cada vez más como un ideal de vitalidad, integridad, aún de belleza y de un sentido de bienestar, y como la habilidad de funcionar y de disfrutar de la vida. De las instituciones de la salud pública y de la medicina se espera que mantengan o restauren la salud en lo posible (21).

Mucha gente tiene cada vez más dificultades para soportar enfermedades incurables e impedimentos (22). Y cuando una cierta condición de salud es una precondition para que una vida tenga sentido, la vida pierde su sentido cuando ya no se puede realizar esa situación. Pues, cuando una situación de enfermedad, molestia y dependencia resulta inevitable y las molestias de la vida pesan más que sus beneficios, la muerte de la persona que sufre se considera una ventaja por parte de todos los involucrados. Entonces, ¿por qué no causar la muerte en esa situación?

3.1.3 Control y misericordia.

En la medicina moderna hay una tendencia a conseguir control sobre la vida (23,24). La intención es mantener vida y salud cuanto más posible. Sin embargo, las facilidades tecnológicas enormes, también hacen posible prolongar la vida de pacientes hasta una situación que resulta insoportable. Tal sufrimiento y agonía terrible cerca del fin de la vida es visto como una deshumanización. No se debe tolerarla: el ser humano tiene un derecho a morir con dignidad, así se dice. En esta situación, la aspiración por el control puede manifestarse en una decisión por la muerte. Hacer morir al paciente entonces se

considera un acto de misericordia de parte del médico y de beneficio para el paciente.

3.2. Argumentos contra la eutanasia.

3.2.1 Concepto de autonomía inadecuado.

El concepto de autonomía que es tan fundamental para los que proponen la eutanasia se base en un cierto concepto del hombre. Considera al ser humano basicamente como un individuo que por su razonamiento puede decidir acerca de sus normas y valores, y que independientemente puede tomar decisiones sobre su propia vida. En esta visión lo que hace realmente humano al ser humano es su razonamiento.

Esta antropología falla por no reconocer la importancia de las dimensiones espirituales, históricas y sociales de la humanidad. Razona en terminos de derechos y deberes y no en terminos de cuidado y responsabilidad. En un concepto más amplio e íntegro del ser humano, y seguramente en un concepto cristiano todos estos aspectos deben tomarse en cuenta.

El concepto de autonomía tampoco es realista, especialmente en la medicina. ¿Puede una persona muy enferma realmente hacer una petición independiente y libre de ser matado? Un neurólogo holandés ha argumentado que el mismo hecho de estar en un estado terminal, así como la medicación que muchas veces se da en estas situaciones, casi hace imposible un funcionamiento normal del cerebro y por esto un razonamiento claro (25,26). Además el paciente es completamente dependiente de otros, quienes por su actitud, su conducta, aun su tono de voz pueden sugerir al paciente que pida la eutanasia. Esto se

aplica especialmente al médico y puede ocurrir aun inconcientemente cuando en la opinión del médico la eutanasia puede ser una buena solución en ciertos casos. Aun aceptando que una petición voluntaria exista teoricamente, en la práctica sería difícil asegurar que una petición es realmente voluntaria (27).

Además la autonomía del paciente no puede ser la razón principal para aceptar la eutanasia, sencillamente porque el medico es el que la realiza. Por tanto, la eutanasia por lo menos requiere también el consentimiento autónomo del médico. Entonces, cuando realiza la eutanasia el médico voluntaria e intencionalmente hace morir al paciente. Pero terminar con la vida de otra persona libre e intencionalmente, aun con buenas intenciones, influirá en el médico y cambiara su actitud hacia todos sus pacientes, tanto competentes como incompetentes. Por lo tanto, la eutanasia afecta a otras pacientes y no puede considerarse como un asunto del paciente individual y su médico.

Una última objeción contra el principio de autonomía, que por cristianos es la objeción más decisiva, es lo que dice la Biblia acerca de la soberanía de Dios. Dios es el Creador, y por lo tanto el Señor de la vida. No le es permitido al hombre terminar la vida de otro ser humano. (Gen. 1:27; 4:9,10; 9:5,6). La formulación mas conocida es el quinto mandamiento: no matarás (Ex. 20:13)(28). En el Nuevo Testamento este es uno de los mandamientos que Jesus radicaliza explicitamente (Mateo 5:21-23). Este mandamiento se aplica a todos seres humanos. En el concepto cristiano de la vida la cuestión del valor de la vida no está determinada por las funciones o capacidades que uno puede probar objetivamente. El valor

y la dignidad del ser humano reside en el hecho de que ha sido creado por Dios y que es llamado a vivir en una relación de amor con Dios, con sus prójimos y con la creación. La existencia física, corporal, está totalmente involucrada en estas relaciones. Cuando hay un ser humano viviente, humanidad implica personalidad porque ésta está fundada en la relación con Dios que no puede medirse medicamente (la muerte del cerebro completo es aceptada como muerte de la persona).

3.2.2 *Cuidado inadecuado.*

Una petición por eutanasia muchas veces es una señal de cuidado insuficiente o inadecuado, o de falta de atención. El paciente se siente inconfortable, tiene dolor, tiene miedo de lo que aun puede pasar, está angustiado por sus familiares o relaciones. Una petición de eutanasia debe entenderse como un desafío a nuestra responsabilidad de proveer el cuidado necesario. Calidad de vida no debe ser un criterio para determinar si se puede terminar la vida, pero debe entenderse como un deber social. Esto es precisamente lo que los 'hospices' pretenden. Cuidado bueno y atención de médicos y enfermeros, atención de los familiares, tratamiento adecuado del dolor (que por ahora casi siempre es posible), en casi todos los casos hace desaparecer la petición por eutanasia (29,30). Existen excepciones a este regla, pero las excepciones no deben determinar ni la moralidad ni la ley. Felizmente la alternativa de un mejor cuidado recibe cada vez mas atención tambien en Holanda.

3.2.3 *Plano inclinado.*

Eutanasia voluntaria provocará eutanasia no voluntaria. En la discusión de la práctica

de la eutanasia en Holanda ya concluimos que no es tanto la petición sino mas bien la condición del paciente la razón para terminar con su vida humana. Pero en muchos casos en que la condición del paciente dé razón para realizar la eutanasia a petición, el paciente ya no tiene la capacidad de hacer una petición libre. Sin embargo, siendo la condición la razón fundamental para realizar la eutanasia, el hecho de que no haya una petición podría considerarse una razón insuficiente para no realizar la eutanasia. De esta manera el trasfondo ideológico de eutanasia voluntaria tambien provoca la justificación por la eutanasia no voluntaria.

3.2.4 *Relación médico - paciente.*

La aceptación de la eutanasia empeoraría la relación medico-paciente (31). "Existe un conflicto inherente de interes entre el papel de sanación beneficiosa y de consuelo en que se persigue vida y integridad, y un papel en que se causa intencionalmente la muerte" (32). La aceptación de la eutanasia como parte de buena práctica médica definitivamente cambiará la actitud de los profesionales de la salud hacia pacientes con una enfermedad terminal tanto competentes como incompetentes. Fenigsen ha dado varios ejemplos de esta nueva mentalidad que se esta manifestando cada vez mas en Holanda, como aceptar innecesariamente la muerte del paciente, suspender tratamiento médico proporcional porque el paciente esta viviendo solo o ya tiene setenta años de edad etc (33).

Puede ser que cuando se termina intencionalmente la vida de un paciente, la muerte no es el bien buscado por si mismo, sino la eliminación del sufrimiento. Sin embargo, la

medicina debe luchar contra el sufrimiento por causa de la persona y no debe irse en contra de la persona por causa de su sufrimiento. En situaciones extremas es entendible que en la experiencia de los que están alrededor del paciente, éste casi coincide con su sufrimiento. Aun en esta situación una identificación conceptual es incorrecta. Desde este punto de vista hay una diferencia fundamental entre suspensión de tratamiento desproporcionado que mantiene la vida y así prolonga el sufrimiento, y la terminación intencional de la vida por la inyección de sustancias letales. En el primer caso la intención no es (necesariamente) la muerte del paciente. Sin embargo, cuando se termina la vida por la inyección eutanásica, la intención es la muerte y se mata al paciente para terminar el sufrimiento. Es decir que se identifica al paciente con su sufrimiento. Entonces la medicina se pone al servicio de una aspiración indebida de control sobre la vida. Porque cuando ya no se puede mantener la calidad de vida al nivel deseado, se puede retomar el control sobre la situación y matar al paciente.

Detrás de esta manera de proceder sospecho una forma de entender la medicina en que ésta se hace responsable del alivio de todo sufrimiento. Todo sufrimiento es considerado malo y su alivio o anulación es considerado el valor máximo. Este es un entendimiento equivocado del carácter de la medicina y una sobre-estimación de su tarea. Por un lado esto conlleva el peligro de sobre-tratamiento y por otro lado de considerar la terminación de la vida una tarea de la medicina. Ambas acciones implican una deshumanización de la medicina (34).

Es muy importante que los médicos estén dispuestos reconocer las limitaciones de la medicina en la lucha con la muerte, y a aceptar que llega un momento en que la muerte es inevitable. Con todas las posibilidades de la medicina de hoy siempre hay un peligro de 'encarnizamiento terapéutico'. Entonces es importante no solamente cuidar al paciente y aliviar el proceso de morir, sino también ayudar al paciente y a sus familiares a aceptar la muerte inevitable (35).

3.2.5 Suicidio cultural.

La eutanasia no voluntaria implica que ciertas personas deciden acerca de las vidas de otras. Esto implica la aceptación del concepto de que hay gente a quien le convendría no vivir, con la conclusión que se puede terminar tal vida. L. Kolakowski, un filósofo polaco, comenta que el carácter único e irremplazable de cada ser humano ha sido un valor fundamental en la cultura europea. Aceptando que sería bueno hacer morir a ciertas personas se negaría este valor y esto implicaría un suicidio cultural (36). Sus consecuencias serían impredecibles, pero implicaría ciertamente un riesgo para las vidas de ciertos grupos de gente. Estoy de acuerdo con Kolakowski.

Nuestra cultura cambiará drásticamente cuando ya no reconocieremos la dignidad inalienable del ser humano. Desde el punto de vista cristiano esta dignidad del ser humano no se funda en capacidades o condiciones sino en el hecho de que cada hombre es creado a imagen de Dios, condición que no puede perder.

4. CONCLUSION

La conclusión acerca de la situación en Holanda es que el experimento de tratar de

regular la eutanasia mientras que al mismo tiempo se mantiene su práctica bajo control, ha fallado. El experimento ha demostrado que una vez aprobada y practicada la eutanasia, la práctica desarrolla una dinámica por sí misma que resiste un control efectivo y que tiende a expandirse. Y aunque no hemos todavía llegado a una situación de eutanasia a petición, toda practica de eutanasia, independientemente de la evaluación moral que uno puede tener, que no se deja comprobar por las autoridades legales tiene que considerarse inconsistente con el estado de derecho.

Será muy difícil hacer retroceder esta práctica.

Es asombroso que tanta gente en Holanda parece no darse cuenta de cuánto mina las bases del estado de derecho la situación con respecto a la eutanasia. Afortunadamente el número de iniciativas de cuidado paliativo (hospice care) está creciendo, y no sólo no por los cristianos.

La Palabra de Dios no solo vale para los que creen en Dios. Sus indicaciones para la vida tienen aplicación para todos los hombres porque hace prosperar a la vida. Y cuando la vida nos presenta situaciones tan difíciles que parece que no hay buena solución, el deseo de seguir las indicaciones de Dios nos ayudará a encontrar el camino por donde debemos ir.

Bibliografía:

(1) H J J Leenen, *Dying with Dignity: developments in the field of euthanasia in The Netherlands*. *Medicine and Law* 8 (1989), p.520-526.

(2) Cp. D Callahan, *Can we return death to disease?*, *Hastings Center report* 19 (1989) no.1, special supplement, p.4-6.

(3) Ver W Reich (ed.), *Acting and refraining*, en: *Encyclopedia of Bioethics*, (New York: Free Press, 1978), pp.3-35; también: T L Beauchamp, J F Childress, *Principles of biomedical ethics*, (New York: Oxford University Press, 1983, 2nd ed.), p. 1 13-115.

(4) P J Van der Maas, J J M van Delden, L Pijnenborg, *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*. *Health policy* 22 (1992) no. 1/2, p. 1-262; también publicado como libro por Elsevier Science Publishers, Amsterdam 1992. Una amplia discusión acerca de la situación en Holanda se encuentra en *Hastings Center Report* 22 (1992) no.2, p.23-43. Información en castellano acerca de la situación en Holanda se encuentra en: *Labor Hospitalaria XXIII* (1991-4) no. 222, p.346-360; edición temática sobre el dolor y el derecho a una muerte digna.

(5) Los dos últimos números no son mencionados explícitamente por Van der Maas et al., sino se dejan calcular de los números dados. Por una discusión más amplia de los datos y de la regulación, véase: H. Jochensem, *Euthanasia in Holland: an ethical critique of the new law*. *J Med Ethics* 20 (1994), p.212-217.

(6) La nueva ley esta descrita en el documento: *Tweede Kamer* 1993, no. 22572. El formulario de mención esta definido en una decisión del gobierno en base a la ley mencionada; esta decisión se llama: *Besluit van 17 december 1993*, Stb. 688, y se publicó en el *Staatsblad* (publicación oficial del gobierno holandes) del 28 de Dic. 1993.

(7) En 1989 los médicos mencionaron 336 casos; en 1990, 454 casos; en 1991, 590 casos; en 1992, 1318; y en 1994, 1417 casos. (Informe anual del fiscal, 1994). Sin embargo, no es claro si el número total de casos de eutanasia no ha aumentado también.

(8) G van der Wal et al., *Medisch Contact* 47 (1992) no.2, pp. 43-47; *Medisch Contact* 47 (1992) no. 31/32, pp. 90-909; *Medisch Contact* 47 (1992) no.36, pp. 1023-1028.

(9) Esta decisión fue publicada en: *Ned Juristenblad* 69 (1994) afl.26, p.895 ff; para una amplia presentación personal de este caso, véase: H Hendin, *Seduced by death: doctors, patients and the Dutch cure*. *Issues in Law & Medicine* 10 (1994) no.2, p. 123168.

(10) *Psychiater berispt voor hulp bij zelfdoding*, (psiquiatra reprobado por suicidio asistido). *Medisch Contact* 50 (1995) no.21, p.668-674.

(11) Carta del Ministro de Justicia y del Ministro de

Salud Pública, Bienestar y Deportes, d.d. 16 September 1994, a la segunda Cámara del Parlamento, con respecto a las consecuencias de la decisión de la Corte Suprema del 21 de Junio 1994, por la prosecución de la eutanasia.

(12) Standpunt Hoofdbestuur inzake Euthanasie (Posición Comité Central con respecto a la eutanasia. Utrecht: KNMG (Real asociación médica holandesa) 1995, p.27.

(13) Decisión corte regional Alkmaar, el 26 de Abril 1995 (parketnr. 14.010021.95) con respecto al sr. H. Prins, pediatro; Decisión corte regional Groningen, el 13 de Noviembre 1995 (parketnr. 18.070093-95) con respecto al Sr. A. Kadijk, médico familiar.

(14) Decisión Alkmaar p. 29 (traducción por este autor).

(15) Ibid p. 3

(16) El tribunal menciona una de los expertos que veía posibilidades de tratar el dolor (Decisión, p.9). Del requisitor del fiscal queda claro que otra experta pediatra también menciona tratamiento médico para aliviar el dolor.

(17) Esta opinión es presentada también por el jurista G A M Strijards, Annotatie bij beslissing Hoge Raad inzake Chabot (comentario a la decisión de la Corte Suprema en el caso de Chabot; véase nota 9). Pro Vita Humana 1 (1994) no.2, p.68.

(18) Leenen, ver referencia 1.

(19) J H P H Willems, Euthanasie en noodtoestand, (eutanasia y fuerza mayor). Ned. Juristenblad 22 (1987), p.694-698.

(20) Cp. The Appleton International Conference: developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment. Journal of Medical Ethics 18 (1992, supplement), pp. 3-5.

(21) B C Witsenburg. Dood op verzoek, (muerte a petición). Medisch Contact 50 (1995), no. 41, p.1293-4; este autor, un médico familiar, sostiene que pacientes con una enfermedad incurable comienzan a pedir eutanasia antes de que la situación física se haga difícil.

(23) K Jaspers, The physician in the technological age. Theoretical Medicine 10 (1989), p.26.

(24) Editorial, A new ethic for medicine and society. California Medicine 113 (1970) no.3, p.67, 68.

(25) B P M Schulte, Over euthanasia en in het bijzonder over de relatie tussen hersenfunctie en vrijwilligheid bij euthanasie, (sobre la eutanasia y especialmente sobre la relación entre el funcionamiento del cerebro y la voluntad en caso de eutanasia). Vita Humana XV (1988) no. I, p.9-12.

(26) M Hunt, Sick Thinking. New York Times March 1, 1988, who quotes dr. E. Casseli, clinical professor of public health: "Sickness changes people's ability to make decision. They become dependent on the doctor and others to take care of them and focus on themselves rather than the outside world..... they no longer reason like well people".

(27) D Callahan, When self-determination runs amok. Hastings Center Report 22 (1992) no.2, p.52-55.

(28) Para una discusión instructiva del significado del sexto mandamiento por la eutanasia ver: P Saunders, Thou shalt not kill. Journal of the CMF 38.3 (July 1992), p.3-1 l.

(29) H L van Almer, et al., Siervensbegeleiding, (asistencia a enfermos terminales). Utrecht: Builge 1990, Capítulo 6.

J M M Michels, De symptomatische behandeling van terminale patiënten, (tratamiento de síntomas de pacientes terminales). Vita Humana XIV (1992) no. 1, p.5,6.

M I Gavicogeoascoa, M D Espejo Arias. Las exigencias de la medicina paliativa. Cuadernos de Bioética 5 (1994) no. 19, p. 194-199.

(30) Algunos artículos en castellano sobre el concepto 'hospice' y sobre cuidado paliativo, véase: Labor Hospitalaria (ver nota 4); A J López Guerrero, Asistencia a enfermos terminales. La medicina paliativa. Cuadernos de Bioética 5 (1994-4) no.20, p.297307.

(31) P A Singer, M Siegler, Euthanasia - a critique. New Engl J Med 32 (1990) no.26, p. 1881-1883.

(32) W Reiche, A Dijk, Euthanasia: a contemporary moral quandary. The Lancet ii (1989), p.1321-1323; quote p.1322.

(33) R Fenigsen, A case against Dutch Euthanasia. Hastings Center Report 19 (1989) no.I, special supplement, p.22-30.

(34) Para una elaboración de este punto véase: H Jochemsen, J Hoogland, S Strijbos, The medical profession

in modern society the importance of defining limits, In: J F Kilner, Nigel M de S Cameron, D L Schiedermacher (eds). Bioethics and the future of medicine: a christian appraisal (Grand Rapids MI: Eerdmans, 1995), p. 14-29.

(35) National Association of Health Authorities, Care of the dying, Binningham 1987. R G Twycross, The dying-patient. (London: CMF Publications, 1986).

(36) L Kolakowski, Het doden van gehandicapte kinderen als het fundamentele probleem van de filosofie, (matar a niños impedidos como el problema fundamental de la filosofía), Rekenschap 19 (1972), p.35-49.

Los datos cuantitativos principales del informe de la comisión "Investigación práctica médica en cuanto a eutanasia" (Los números se refieren al año 1990).

	%
Fallecimientos por todas las causas en Holanda	129.000 (100)
Peticiones por eutanasia	9.000 (7)
Eutanasia realizado	2.300 (1.8)
Suicidio asistido	400 (0.3)
Vidas terminadas sin petición	1.000 (0.8)
Intensificación del tratamiento de dolor y síntomas	22.500 (17.5)
- tomando en cuenta la probabilidad que se abrevie la vida (64%)	14.400 (11.3)
- parcialmente con la intención de abreviar la vida (30%)	6.750 (5.2)
- con la intención explícita de abreviar la vida (6%)	1.350 (1)
No iniciar o suspender un tratamiento	22.500 (17.5)
- con petición explícita del paciente	5.800 (4.5)
- tomando en cuenta la probabilidad de que se abrevie la vida (65%)	14.625 (11.4)
- parcialmente con la intención de abreviar la vida (19%)	4.275 (3.3)
- con la intención explícita de abreviar la vida (16%)	3.600 (2.8)