

Autonomía y eutanasia: la importancia del contexto cultural

Autores: Ps. Anneliese Dörr A¹

Ps. M. Elena Gorostegui A.²

Resumen

La eutanasia y sus derivaciones hacia el campo de la Bioética ha cobrado particular relevancia a consecuencia de casos emblemáticos que conmovieron a la opinión pública: Vincent Humbert en Francia y Terry Schiavo en USA, además de Ramón San Pedro en España que también correspondería al mismo tema de reflexión. El caso de Chantal Sébire, en 2005, se agrega a la lista de enfermos que han solicitado la eutanasia sin éxito: al rechazar su petición, ella se suicida. Actualmente en Inglaterra, la niña Hannah Jones, no acepta continuar recibiendo tratamientos médicos: concretamente un transplante de corazón con dudosas probabilidades de éxito. No sean los únicos ni los últimos casos, la lista continúa. Pero sí está claro que durante mucho tiempo serán tema de reflexión en el campo de la aplicación de los principios bioéticos, legales, humanitarios y religiosos.

A partir de una breve revisión histórica de los orígenes y situación actual de la Bioética, se reflexiona acerca del principio de la Autonomía y algunas de sus implicancias en el ámbito de las problemáticas éticas que se suscitan diariamente en el quehacer del médico, los profesionales del equipo de salud y de todos quienes trabajan con pacientes: en este caso, la Eutanasia.

Palabras clave: Eutanasia, autonomía, principios bioéticos, contexto cultural

Abstract

Autonomy and euthanasia: the cultural context

Euthanasia and its derivations towards the Bioethical field has gained special importance in the last years due to emblematic cases that moved the public opinion: Vincent Humbert in France and Terry Schiavo in the USA, besides Ramón San Pedro in Spain, which would also correspond to the issue at hand. The Chantal Sébire case, in 2005, adds to the list of sick people who have unsuccessfully requested euthanasia: given that her request is denied, she commits suicide. These days in England, the girl Hannah Jones does not accept to continue receiving medical treatment: specifically a heart transplant with small probabilities of success. These are not the only cases, nor the last; the list continues. But the thing that is clear is that for a long time they will be a matter of discussion in the field of the application of bioethical, legal, humanitarian and religious principles.

Starting from a brief historical revision of the origin and current situation of Bioethics, we analyze the Autonomy principle and some of its implications in the field of ethical issues that arise in the daily work of doctors, health team professionals and those who work with patients: in this case, Euthanasia.

Key words: Euthanasia, autonomy, bioethical principles, cultural context

1. Anneliese Dörr : Psicóloga. Universidad Diego Portales. Magíster en psicología Infanto Juvenil. Universidad de Chile. Terapeuta Familiar (ICHTFS).
2. Psicóloga. Pontificia Universidad Católica. Magíster en Psicología Infanto Juvenil. Universidad de Chile. Doctor © en Educación. UAHC

Considerando que la Bioética es una disciplina de nacimiento más o menos reciente, en la práctica se pueden encontrar casos donde la aplicación demasiado estricta de los principios básicos, puede resultar lesiva tanto para el paciente como para su familia. Ocurren casos entonces, respecto del principio de autonomía por ejemplo, en que la praxis concreta, es decir la aplicación del principio, entra en conflicto con la esencialidad que lo funda. No es un hecho aislado el que los principios teóricos entren en conflicto con las realidades empíricas al que ellos se aplican. Se trata de contribuir a que la aplicación de los principios incorpore el espíritu crítico frente a las nociones abstractas que aun cuando estén bien inspiradas, pueden presentar una rigidez no contemplada para su ejercicio.

Fundamentos Filosóficos de la Bioética

Los valores son realidades en extremo sutiles, tanto que resultan casi evanescentes en comparación con otras realidades que son mas evidentes y fiables como son los hechos, entendiéndose por ellos, todo aquello que directa o indirectamente se percibe por los sentidos y que tienen la evidencia propia de la percepción. (Ortega y Gasset, en: Gracia, D., 1995).

La dimensión ética en el ser humano es un tema que ha preocupado a la Filosofía desde siempre. Ya Aristóteles, en su obra *La Ética a Nicómaco* plantea que la virtud moral se encuentra en el término medio entre los deberes positivos y negativos, haciendo la salvedad de que algunos vicios son siempre malos y no admiten términos medios. En otras palabras, el pensamiento aristotélico plantea que el hombre virtuoso es aquel que obra prudentemente, no aplicando sus cualidades con exageración ni exigüidad de manera de poder así alcanzar la felicidad. Por lo tanto, la ética comenzaría con una exigencia de perfeccionamiento interno, en el sentido de superar las propias debilidades y orientarse hacia el bien, es decir, hacia la plenitud del propio ser. En este sentido, el hombre, al obrar según la propia conciencia, estaría actuando éticamente.

Últimamente, ha habido un renacimiento de la así llamada *Ética de las Virtudes* de Aristóteles, en el planteamiento de A. Mac Intyre.(1987). Este autor ofrece una visión contemporánea de las virtudes y sostiene que las prácticas sociales, como por ejemplo el ejercicio de la Medicina, se desarrollan generando bienes externos e internos. Se entiende por bienes externos, la retribución social por el desempeño laboral, como es el prestigio o el honor y por bienes internos, las prácticas que dependen de la honestidad con que se haga el trabajo y que serían dignidad, respeto y responsabilidad. La ética médica estaría dentro de la dimensión interna, lo cual haría de la medicina una profesión moral, es decir una práctica orientada hacia el bien.

Emmanuel Kant, ha influido de manera sustancial en el estudio de la dimensión ético- moral del hombre. En su obra *Crítica de la Razón Práctica* plantea la existencia de principios morales universales que dictaminan hacer el bien y evitar el mal, e intenta determinar los principios de la ética según procedimientos racionales. El principio moral tiene validez para todos, de forma que la moralidad se originaría en el rechazo de los principios no universalizables, por lo tanto, debería ser la propia razón y no los impulsos subjetivos los que guían la acción humana. En este sentido la conciencia moral se relaciona con la voluntad, que es lo propiamente humano y por ende con la libertad y nuevamente con la idea de la autonomía. Para Kant, lo correcto, la fuente del deber, es autónoma, vale decir, nace de la autonomía individual, por lo tanto la fuente de la moral no sería intersubjetiva sino que subjetiva. (D. Gracia, 2004),

El juicio ético se encuentra dentro de las facultades mentales y, por tanto se puede concluir que el único bien incuestionable es la buena voluntad de los hombres, la que se expresaría en una forma ética de actuar. De este modo, el ser humano debe buscar la motivación de sus actos en un imperativo, en una obligación que sea tan general que pueda ser universal, es decir, siempre e incondicionalmente válida. Siendo absoluto, el imperativo buscado recibe el nombre de *imperativo categórico*, y consiste en actuar según una norma que pudiese ser aceptada como máxima universal.

Para Kant, el comportamiento ético se basa en un deber absoluto del cual dependen luego una serie de deberes relativos a las circunstancias, a los cuales el filósofo denomina *imperativos hipotéticos*. Por ejemplo el imperativo “no mentir”, puede tener sus excepciones cuando se trata de salvar la vida de alguien o evitar un daño mayor.

Tanto la ética Kantiana como la ética de las Virtudes, reflexionan sobre el fenómeno de la moralidad en su conjunto, usando métodos y lenguajes propios de la filosofía. Con el término *Deontología*, se hace referencia a aquellas corrientes

que plantean que la conducta obedece a un mandato a priori que no se cuestiona y un ejemplo de ello sería el planteamiento Kantiano . En cambio, la aproximación *teleológica* aristotélica , propone que la ética se evalúa de acuerdo a un resultado, es decir, está orientada hacia un fin. Por lo tanto, desde Aristóteles antes de tomar una decisión éticamente correcta, hay que evaluar las consecuencias y son ellas las que definen.

El juramento Hipocrático es el testimonio más antiguo en nuestra cultura respecto a la preocupación ética en el ejercicio de la Medicina. Sin embargo, es el médico Thomas Percival quién en el siglo XIX acuña el término *ética médica*, por lo que ha sido calificado como el padre de la ética médica. En el mismo siglo XIX aparecen los códigos de *Deontología Médica*, que recogen en forma detallada las exigencias tanto éticas como legales de los médicos en el ejercicio de la su profesión. (Gafo, J., 2003). Desde entonces los términos de *ética* o *moral médica* han sido frecuentemente utilizados.

Nacimiento y desarrollo de la Bioética

El término *Bioética* como lo conocemos hoy, surge en Estados Unidos en 1970, a raíz de los episodios relacionados con la experimentación en seres humanos. Ese año se crea la llamada “Comisión Nacional para el estudio de los Dilemas Eticos” que redacta el *Informe Belmont* (Gafo, J., 2003). Este Informe estableció principios éticos objetivos representativos de una sociedad plural como la norteamericana. Finalmente lograron identificar tres principios fundamentales: *autonomía* o respeto por las personas, *beneficencia* y *justicia*. El *principio de autonomía* se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. El segundo, *principio de beneficencia*, incluye también la obligación de no hacer mal (*no maleficencia*), y el tercero, el de justicia, se entiende desde la perspectiva de la justicia distributiva.

El *Informe Belmont* fue aprobado en 1978 y publicado en 1979. En ese año, se publica la obra de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (Gafo, J. 1993), que articula los principios enunciados en la *Comisión Nacional* y que serán muy importantes para el posterior desarrollo de la Bioética. De esta obra surge la teoría llamada *Principlismo*, que asigna a los principios generales un lugar central en la aproximación a los problemas bioéticos. Una vez determinados estos principios generales, pasan a constituir la fuente y fundamento de otras normas más específicas.

T.L. Beauchamp y J.F. Childress,(1999) matizando el *Informe Belmont*, consideran que el principio de *no-maleficencia* es un principio independiente del de beneficencia, ya que el deber de no dañar al paciente (no maleficencia) es más obligatorio e imperativo que el que exige promover el bien del paciente (beneficencia). El principio de no-maleficencia es la exigencia ética primaria de que el médico no utilice sus conocimientos o su situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle daño. Este principio está presente en el *Juramento Hipocrático* (“ante todo no hacer daño”) y ha sido central en la ética médica clásica. Se trata de *obligaciones perfectas*, que exigen un cumplimiento imparcial y que obligan con respecto a cualquier persona. Sin embargo, la *beneficencia* permite que se favorezca a las personas con las que se tiene una especial relación, es decir son *obligaciones imperfectas*, en el sentido que uno se las puede exigir a sí mismo, sin que los demás las puedan reclamar. Según los autores citados, para que el principio de beneficencia sea obligatorio debe haber un cálculo de costos y beneficios. Incluso en Estados Unidos, se duda hoy en día de este principio por su inherente componente paternalista, que llevaría a convertir al enfermo en un ente dependiente, casi en un menor de edad. Se critica a este principio por el peligro de que se aplique sin el consentimiento del enfermo, vale decir, sin que éste decida aceptar el bien que se le quiere hacer. Por eso se habla hoy de *principio de beneficencia 2*, es decir que tenga en cuenta la autonomía del enfermo.

En todo caso, estos cuatro principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia) son fácilmente aceptables por todos los miembros de una comunidad por muy plural que pueda ser, y se consideran deberes *prima facie*, es decir, cuando no entran en conflicto entre sí, obligan moralmente. Cuál de los principios tiene prioridad va a depender de las consecuencias, y es por eso que finalmente el sistema de Beauchamp y Childress es consecuencialista. (Gracia, D., 1995)

Diferencias entre la perspectiva anglosajona y europea continental en su aproximación a los dilemas bioéticos

Aún cuando se definan principios que cualquier sociedad pueda aceptar y compartir desde la teoría, la perspectiva de análisis y la orientación del pensamiento cambia según las sociedades a la hora de proceder y poner en práctica esos principios. Es así como se dan en el campo de las decisiones bioéticas diferencias sustanciales entre la corriente anglosajona y la europea continental. (Patrao Neves, 1996). Un ejemplo claro de estas diferencias a partir de principios compartidos, es lo referente a las técnicas de reproducción y trasplantes: en países anglosajones se privilegia el principio de autonomía por sobre el respeto por la dignidad del hombre, lo que explica que en Estados Unidos no existan límites para acceder a las técnicas de reproducción y que los derechos del nuevo ser sean menores, como por ejemplo no poder conocer la identidad de su progenitor biológico. En cambio en Europa continental se cuestiona el anonimato del dador. Lo mismo respecto a la regulación con embriones, ámbito en que los europeos continentales ejercen un mayor control que los países anglosajones.

Sucede entonces, que las sociedades europeas privilegian el principio de solidaridad, vale decir, de justicia, por lo cual no sólo les preocupa la privacidad de los datos en el campo, por ejemplo de la ingeniería genética, sino que también la posibilidad de que toda la sociedad pueda tener similar opción para acceder a los beneficios.

En síntesis, la perspectiva norteamericana es más individualista que la europea continental, ella se preocupa más por los microproblemas, es decir, aquellas problemáticas que requieren solución inmediata, que por los macroproblemas, en los cuales se comprometen los intereses morales de todo un grupo. Es por ello que se considera la perspectiva bioeticista de los europeos como muy marcada por la preocupación o dimensión social del hombre, dando mas énfasis a los principios de justicia y equidad que a los derechos de cada individuo. (Patrao Neves, 1996).

Según Patrao Neves, la explicación que se da a dichas diferencias, es que existen tradiciones filosóficas diferentes entre las sociedades anglosajonas y europeo-continentales. Los norteamericanos estarían influidos por una perspectiva pragmática y utilitarista, en donde se consideran los resultados de las acciones para determinar su estatuto moral (Empirismo de Francis Bacon y Utilitarismo de J. Bentham), mientras que los europeos continentales estarían marcados por el Racionalismo (la Fenomenología de Husserl y el Existencialismo de Jaspers). Esto conduce a que los europeos tengan una perspectiva bioética de orientación social y particularmente sensible a las cuestiones de equidad.

Es por esta misma razón, que la tradición europea continental cree posible establecer principios absolutos que obliguen moralmente con independencia de la voluntad del sujeto (deontológicas) . En cambio, la ética norteamericana es teleológica vale decir, determinada por las consecuencias. Ellos parten del criterio utilitarista de que la obligación moral básica es lograr el mayor bien posible para todos, o al menos para la mayoría. Esto es lo que ellos entienden por *principio de beneficencia*: promover el bien. Como el bien no es igual para todos, plantean que el principio de *beneficencia* es inseparable del de *autonomía*. Por lo tanto, en la ética teleologista, se concede una prioridad absoluta al binomio *autonomía-beneficencia*, en donde los fines han de ser siempre los más beneficiosos

posibles, y quienes tienen que reconocerlos como tales son los propios interesados. (Gracia, D. 1999).

Análisis de los conflictos éticos desde la perspectiva de Diego Gracia

Diego Gracia (1995), intenta zanjar el debate sobre si existen principios éticos absolutos previos a la autonomía empírica de las personas, basándose en lo que se conoce como *ética mínima*. Este concepto surge en Alemania en los años del III Reich, cuando Theodor W. Adorno escribe su libro titulado *Minima Moralia* en relación a la diada autonomía-beneficencia, a raíz del hecho de que la mayoría de la población de ese entonces eligiera un modelo de sociedad que a otros les parecía inmoral. Planteó que debería existir un nivel mínimo de moral, por debajo del cual lo que reina es la inmoralidad, por más que lo acepte todo el mundo.

Aplicando estas ideas al campo de la Bioética, Diego Gracia postula que estos mínimos morales serían: *principio de no maleficencia* y *principio de justicia*, los cuales son expresión del principio general de que todos los hombres son iguales, y merecen igual consideración y respeto. Estos principios obligan con independencia de la voluntad de las personas y en caso de conflicto se antepone el bien común al principio del bien particular. En síntesis, los cuatro principios se ordenarían en dos niveles jerárquicos, a los cuales denomina:

Nivel 1 constituido por los principios de no maleficencia y justicia, y que sería propio de la *ética de los mínimos*.

Nivel 2 constituido por los principios de la autonomía y beneficencia, y que sería propio de la *ética de los máximos* (específico de la moral de cada uno).

Frente a conflictos éticos, el autor afirma que los principios por sí mismos no solucionan *a priori* los problemas morales, ya que por definición estos principios deben ser generales, mientras los conflictos éticos son particulares y concretos.

Por lo tanto, en el proceso de razonamiento ético, habría dos momentos:

- a) *Principialista o deontológico*, en donde se establecen los principios *a priori*
- b) *Consecuencialista o teleológico*, en que se toma en cuenta la particularidad que es experiencial y *a posteriori*. Este segundo momento correspondería a la *phronesis* o prudencia aristotélica

Por su parte, una de las características más importantes de la *phronesis*, era tener en consideración las consecuencias de los actos o de la decisión.

Esto resulta muy iluminador a la hora de reflexionar acerca del tema de la eutanasia, que sin duda invoca los principios descritos.

Bioética y eutanasia

El principio de autonomía (central para la reflexión sobre la eutanasia) se apoya en tres ideas centrales:

- a) Tratar a las personas como agentes autónomos
- b) Velar por los derechos de las personas cuya autonomía está disminuida o comprometida.
- c) La persona es un fin en sí mismo y nunca un medio para otra cosa (Kant)

De estas convicciones se deducen, según el Informe Belmont, dos obligaciones morales:

- a) El reconocimiento de la autonomía ajena y
- b) La protección de las personas cuya autonomía está comprometida.

La consecuencia más concreta e inmediata del reconocimiento del principio de autonomía en el paciente, se expresa en el llamado *consentimiento informado*, como pilar regulador de la relación entre los profesionales de salud y el paciente.

En la Bioética estadounidense se da un fuerte énfasis a este principio ético, sin duda como consecuencia de las características de la cultura de dicho país. Es así como en las inevitables tensiones que se producen entre el principio de autonomía y el de beneficencia, se tiende a dar mayor importancia a la autonomía del enfermo. En este sentido, es importante tener en cuenta que Beauchamp y Childress intentaron solucionar este problema planteando el principio de autonomía como inseparable del de beneficencia, puesto que el bien no es independiente de la autonomía de las personas, es decir, lo que para algunos es bueno puede ser malo para otros.

Si embargo, este principio en el caso de la eutanasia entra en contradicción consigo mismo, o mas bien dicho se cae en una suerte de paradoja, puesto que en muchos casos el tratar a las personas como agentes autónomos y velar a la vez por los derechos de aquellas personas cuya autonomía está limitada, no se logra cumplir.

La reflexión sobre la eutanasia pasa a ser un tema de central importancia para la Bioética actual en términos de la aplicación de los principios en el marco de la ética aplicada. En esta línea cabe destacar el aporte de Adela Cortina de la Universidad de Valencia. La autora plantea que como resultado de la globalización, conviven en las sociedades personas con concepciones morales diversas, que tienen profundas diferencias en sus visiones acerca de la vida y felicidad personal. Afirma que en las sociedades existen los “mínimos morales” y los “máximos morales”. Los “mínimos” tienen relación con las actividades reguladoras del estado, y constituirían el mínimo común denominador en que todos debemos estar de acuerdo para que una sociedad funcione éticamente: no matar, no robar, etc. En cambio los máximos morales serían aquellos que se eligen: religión, posturas respecto a la eutanasia o la clonación, la anticoncepción y otras. (Cortina, 2003)

En las sociedades monistas (p.ej. países musulmanes) existen sólo *máximos morales* que se imponen a toda la población y no se discuten; sin embargo en las sociedades pluralistas coexisten los mínimos con los máximos en un permanente diálogo, y es por ello que esta reflexión sobre la eutanasia se hace posible . El nivel de los máximos se expresa en los principios de autonomía y beneficencia, y es aquí donde se originan las legítimas diferencias: cada persona puede configurar su proyecto existencial de acuerdo a sus propios ideales. Desde la perspectiva de la ética, son deberes imperfectos, ya que persiguen un bien particular. Estos conceptos constituyen hoy en día poderosas herramientas para comprender la necesaria relación entre unidad y diversidad, entre persona y ciudadano.

Reflexión sobre casos

Aún cuando es posible que casos de eutanasia, en cualquiera de sus acepciones, niveles y grados se produzcan a diario, hay algunos de ellos que por diversas consideraciones han alcanzado notoriedad posiblemente, por la cobertura periodística de que han sido objeto. Se trata de Vincent Humbert en Francia, y más recientemente, Terry Schiavo en USA.

El caso V. Humbert. En el caso del joven francés V. Humbert, su madre le aplicó inyección letal de barbitúricos con el fin de provocarle la muerte, pero ello no ocurrió debido a que la cantidad inyectada no fue suficiente. A consecuencia de esto, su médico debió concluir la intervención de la madre, a fin de terminar con la vida del joven.

El afectado pide expresamente que se lo ayude a terminar con su vida, situación en la cual las acciones de la madre y del médico, en cierta medida respetan el principio de Autonomía. Este joven después de quedar tetraplégico a raíz de un accidente, le escribe al Presidente Chirac lo siguiente:

"Señor Chirac: Me llamo Vincent Humbert, tengo 21 años, sufrí un accidente automovilístico el 24 de septiembre de 2000. Estuve nueve meses en coma.

Actualmente estoy en el hospital. Todos mis sentidos vitales están afectados, aparte del oído y la inteligencia. Muevo apenas la mano derecha haciendo presión con el pulgar a cada buena letra del alfabeto. Estas letras constituyen palabras, que a su vez construyen frases. Es mi único método de comunicación . He decidido escribirle porque usted tiene el derecho de gracia y yo le pido el derecho a morir". Con estas palabras, el joven bombero tetraplégico, mudo y casi ciego imploró al Presidente francés su derecho a la eutanasia activa, ya que no podía darse la muerte por sus propios medios. Pero ésta es ilegal en Francia, por lo que el mandatario sólo le respondió: "¡Que retome el gusto a la vida! Es una orden del Presidente de la República".

Es así como decidido a acabar con su vida toda costa, Vincent logró convencer a su madre, Marie Humbert, que le aplicara una inyección letal de barbitúricos. Ella lo hizo al cumplirse tres años del accidente. Sin embargo, la dosis inyectada por la madre fue insuficiente y no logró terminar con su vida, dejándolo en un coma profundo. Luego de haberlo consultado con su equipo médico, el Jefe del Servicio de Reanimación del hospital, el doctor Frédéric Chaussoy, decidió desconectarlo de la máquina que lo mantenía vivo y le inyectó la dosis necesaria. Vincent falleció en septiembre de 2003. El mismo día de su muerte fue publicado su libro *Les pido el derecho a morir*.

Este caso llenó las páginas de los diarios y conmovió a la sociedad francesa. Al mismo tiempo, relanzó el debate sobre la eutanasia en dicho país, ya que tanto Marie Humbert como el Dr. Chaussoy están siendo juzgados por *administración de sustancias tóxicas con premeditación sobre una persona vulnerable y envenenamiento con premeditación*, por lo cual podrían ser condenados, respectivamente, a cinco años de cárcel y cadena perpetua.

A raíz del caso de Vincent Humbert, se dictó en Francia una ley que lleva su nombre, en la cual los diputados franceses aprobaron en primera instancia un proyecto de ley que, sin legalizar la eutanasia, permite *dejar morir* a los enfermos

sin esperanza de curación o en fase terminal y que expresen en forma sostenida en el tiempo su deseo de no seguir viviendo.

Esta ley, aunque no modifica el código penal, sí modifica el Código de Salud Pública insistiendo en el deber del médico de respetar la voluntad del enfermo, evitar la obstinación irracional de proporcionar ciertos tratamientos médicos en casos terminales irrecuperables y de luchar contra el sufrimiento.

Precisa que si el enfermo está inconsciente, la atención médica no debe continuarse cuando es inútil, desproporcionada o sólo sirve para mantenerlo en vida artificialmente. Le brinda al médico y a la familia el poder de desconectar al enfermo o acelerar su muerte mediante medicamentos si éste así lo desea. La ley crea un *derecho a morir* con el objetivo no sólo de reforzar los derechos de los enfermos, sino también de proteger jurídicamente a los médicos, amenazados por penas de prisión, que pueden llegar hasta los 30 años, si es que provocan deliberadamente la muerte de un paciente, aunque éste la pida.

Según el Ministro de Salud, Philippe Douste-Blazy, esta ley no es "ni *statu quo* ni eutanasia". El enfermo podrá rechazar continuar un tratamiento, pero no puede, por ejemplo, pedir a un médico que le aplique una inyección mortal.

Este texto aceptado tanto por las iglesias como por la Comisión de Derechos Humanos y la Academia de Medicina, proporciona una tercera vía, la así llamada *vía francesa*. En la actualidad la eutanasia sólo es legal en Holanda y Bélgica, mientras que en Suiza se puede ayudar a cometer suicidio a los enfermos.

El caso Terri Schiavo. El segundo caso es más reciente y se trata de la norteamericana Terri Schiavo, quien encontrándose en un estado vegetal, luego que hace quince años sufriera un ataque cardíaco provocado por una dieta estricta, su marido interpuso una acción ante la Justicia para que se le suspendiera la alimentación e hidratación, y así pudiese finalmente morir.

En 1990, Terri, a la sazón de 26 años sufre un ataque cardíaco (al parecer a consecuencia de un régimen alimenticio para adelgazar) que le provoca la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro por aproximadamente 5 minutos, causándole un daño cerebral permanente. Dos años después, su marido gana un caso de negligencia médica y recibe un millón de dólares (700 mil de los cuales se destinan a cuidados médicos). En 1998, Michael Schiavo, solicita se retire la sonda de alimentación a su esposa, aduciendo que ella así se lo habría pedido previo a caer en el estado vegetal en que se encontraba. El 2003, se retira la sonda, pero dos días después se conecta nuevamente por orden de una Corte de Florida y a continuación, se vuelve a desconectar. Una semana más tarde, la legislatura de Florida, aprueba la Ley Terri, que faculta al gobernador del estado a pedir que se conecte nuevamente la sonda.

A partir de ese momento, 15 de octubre de 2003, el tema concita el interés de la prensa y se transforma en una *noticia*, al mismo tiempo que se cursan innumerables apelaciones, incluida la Corte Suprema, en las que se involucran los padres y hermanos, en un infructuoso esfuerzo por lograr que Terri se mantenga con vida. No obstante el 31 de marzo del 2005, se le retira el tubo de alimentación y muere a los 41 años, luego de haber permanecido 15 en estado vegetal y luego de 13 días de habersele retirado la sonda.

En el caso de Terri, la decisión de las Cortes norteamericanas provoca polémica, dado que la situación de la paciente no es clara. Si bien los principios éticos de autonomía y no maleficencia, prohíben el ensañamiento terapéutico, es decir, aplicar medidas extraordinarias en caso de que la situación sea irreversible, en este caso prácticamente se le dejó morir por hambre y deshidratación. Terri habría sido dejada en estado de desprotección, comprometiendo su autonomía cuando se decide no alimentarla más. Es así como se pudo transgredir este principio puesto que la paciente no sólo no se encontraba en estado terminal, no estaba conectada a respirador mecánico y no recibía alimentación parenteral, sino

que nunca expresó (al menos explícitamente) su voluntad de querer terminar con su vida.

En este caso el principio de autonomía entra en contradicción consigo mismo, ya que apelando a este se la deja morir, pero para obtener dicho fin se requiere a su vez transgredir este principio. Es decir, por una parte la paciente no ha expresado querer terminar con su vida, y por otra lado, también bajo el principio de autonomía se decide no alimentarla ni hidratarla más, aduciendo el mandato de proteger a aquellas personas cuya autonomía está comprometida y que por lo tanto, no pueden decidir. Aquí supuestamente se logra que la paciente no siga sufriendo en el estado en que se encuentra y pueda descansar en paz, para lo cual se deja de asistirle. Pero no se resguarda el derecho de una persona cuya autonomía está disminuida. ¿Qué pasó en este caso?, ¿cómo es que se llega a que los médicos bajo un *mandato legal* tengan que transgredir el principio de no maleficencia, es decir, nunca hacer daño (considerando que los enfermos con ayuno absoluto terminan con atrofia cardíaca) ? , ¿dónde estaría el límite ético y moral más adecuado y justo?

Consideraciones finales

En los dos casos de eutanasia presentados, se ilustra la tradición bioética anglosajona (el caso Terri Schiavo) con resultados a decir lo menos, cuestionables. Por otro lado, el caso Humbert, ilustra la tradición europea, en especial la francesa, en que después de largos debates y reflexiones ha logrado una solución al menos parcial, que responde a la necesidad de leyes para regular la aplicación del principio en la situación concreta y la ocasión oportuna en que éstos se apliquen, si su aplicación requiere de consideraciones especiales. Se presentan estos dos casos por constituir eventos emblemáticos, que ilustran la dificultad y el desafío que implican para la aplicación de principios éticos. Día a día siguen ocurriendo en diferentes partes del mundo.

En el caso específico de la eutanasia, no hay un caso igual a otro (ética de los máximos) por lo cual el consenso es muy difícil de lograr. Es por ello que resulta casi imposible distinguir entre una persona que ayuda a otro bajo el principio de beneficencia y autonomía, de aquél que bajo determinadas consideraciones, actúa con maleficencia. Por otra parte, es curioso que los norteamericanos, para los que el principio de autonomía es algo casi incuestionable, no logren crear leyes que rijan la aplicación de este principio, las cuales deberían evaluar la situación concreta y la ocasión oportuna en que estos se apliquen.

Respecto del caso Terri Schiavo, el Código de Etica en Chile exige a los médicos no administrar drogas o medicamentos que causen muerte y a su vez no ensañarse terapéuticamente con un enfermo. Vale decir, no aplicar medidas extraordinarias a un paciente terminal cuya muerte es inminente. Justamente es en el tema donde el Código de Etica Chileno y la Asociación Médica Mundial difiere de la que regula a la medicina estadounidense, ya que en dicho país se incluyen como medidas extraordinarias, la nutrición artificial y la hidratación. Es decir, el caso Schiavo no se hubiese podido dar en nuestro país. .

A raíz de la muerte de la paciente, el Colegio Médico de Chile, en su momento emitió una declaración en la que recalcó “el derecho de toda persona a una muerte digna”. No queda claro qué hubiese pasado con un caso semejante al del joven francés.

La variedad y complejidad de situaciones concretas que acarrea la posibilidad de prolongar el final de la vida, lleva a plantear la necesidad de revisar caso a caso la validez de la aplicación de principios bioéticos que parecían incuestionables. Y más aún, a plantearse ante la contradicción vital que su aplicación puede implicar.

Bibliografía:

Beauchamp, T. L. y Childress, J. F.(1999): *Principios de Ética Biomédica*, España, Edit. Barcelona

Cortina, Adela: *Ética mínima*, España, Edit. Tecnos.

Gafo J, (2003): *Biología Teológica*. Madrid, Ed. Desclée de Brouvier S.A, págs. 39-73

Gafo J, (1993): *Humanización*. Navarra, Ed. Verbo Divino, págs. 11-44

Gracia D. (1995): *El Que Y el porqué de la Bioética*. Cuad. Programa regional de Bioética, pag: 36-53

Gracia D. (2004): *Los Arqueros al Blanco.Estudios de Bioética*. Madrid, Edit. Triacastela.

Mac Intyre A. (1987): *Tras la Virtud* . Barcelona , Ed. Critica.

Patrao Neves, M de C. (1996): *Fundamentación antropológica de la Bioética. Expresión de un nuevo humanismo contemporáneo*. Cuad Progr Reg Bioét; 2: 11-28.