

## Comentarios al artículo: ¿Existe justificación moral para la Eutanasia?

**Autor:** María Isabel Pérez de Pío, Abogada.

Miembro del Instituto de Bioética dependiente de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas

El artículo de las Dras. Alicia García Otero y María Fernanda Sabio<sup>1</sup> en la sección *El Médico y su Praxis*, menciona que, aunque exista un medio terapéutico aceptable, la singularidad global de la situación del paciente presupone que el beneficio esperable va ser inferior al monto de las cargas que debe soportar el enfermo, su familia o la sociedad. Dentro de las cargas se incluyen además del sufrimiento, *un alto costo económico*, que no podría ser solventado por la familia y la sociedad en su conjunto, y la asignación *no equitativa* de los recursos sanitarios disponibles.

Indudablemente el sufrimiento físico o psíquico del paciente debe ser considerado en primer lugar pero generalmente puede ser atendido con un mejor manejo del dolor, con fármacos y apoyo psicoterápico sin necesidad de pensar en la muerte del paciente.

Para comprender mejor la significación global de estos argumentos que han introducido la necesidad de la eutanasia, debemos saber que en 1992<sup>2</sup> mediante un compromiso político mundial de los países que conforman la OMS, se puso en aplicación un *Nuevo Paradigma de Salud*, que constituyó el *Nuevo Marco Orientador Sanitario para la Formulación de las Políticas Mundiales de Salud*, con el siguiente objetivo: *Determinar y jerarquizar medidas prioritarias para atender las necesidades básicas para el desarrollo, y luego elegir y poner en práctica las que sean compatibles con los recursos a mano y que tengan probabilidades de éxito*. Ello significó una *nueva ética sanitaria utilitarista* ya que la vida y la salud de todas las personas no eran la principal prioridad.

Estos cambios fundamentales fueron el resultado de presiones de economistas e instituciones financieras a nivel de la OMS. Para ello propusieron un cambio en el rol de los estados como proveedores de servicios de salud, educación y otros objetivos sociales<sup>3</sup>. Los países emergentes endeudados y presionados por los organismos de

crédito internacional se comprometieron con estos planes en el *Consenso de Washington*.

En 1991, el Director General de la OMS, Dr Hiroshi Nakajima, argumentó: *La OMS está preñada a ser selectiva y concentrar los recursos en unas pocas actividades que prometan resultados ostensibles a bajo costo, ya que los recursos son limitados*. Ello implica una *atención primaria de salud selectiva* en base a *elección de prioridades* lo que significó una violación a la *Declaración Universal sobre Derechos Humanos*, que determinó que todos los seres humanos tienen los mismos derechos por la sola condición de pertenecer a la especie humana. Esta particular definición fue justificada en el Preámbulo al decir que fue el desconocimiento y menosprecio de los derechos humanos que originaron actos de barbarie que indignaron la conciencia de la humanidad; además significó una violación a la definición de salud de la OMS.

Lo más significativo de estos planes mundiales es la nueva interpretación del desarrollo sustentable, a pesar de que la Declaración de Alma-Ata de 1978, una de las más importantes declaraciones en salud de las últimas décadas, decía: *La atención y promoción de la salud de toda la población es necesaria para lograr a nivel mundial un desarrollo económico y social sostenible*.

Actualmente se sugiere para lograr un *desarrollo sustentable* ajustar el número de usuarios de servicios de salud a los recursos y no aumentar los recursos para atender a todos los pacientes. Ello ha traído como consecuencia:

*Poner en aplicación un doble estándar de normas sanitarias*, según se trate de países de altos ingresos o de bajos o medianos ingresos, debido a lo cual muchos riesgos en salud quedan librados al azar.

*Cambio en el concepto de Salud Pública*: Lo que interesa no es la salud de las personas sino la utilidad que el individuo presta al organismo social. La Salud Pública ya no cumplirá fehacientemente con su función, tanto preventiva como

curativa, lo que favorece un aumento importante de la morbilidad.

*Abandono del Juramento Hipocrático:* Por un Documento del Consejo Ejecutivo de la OMS del mes de enero de 1995, se abandona el Juramento Hipocrático pues se considera que: *Principios como los establecidos en el Juramento Hipocrático, que se concibieron para que rigieran las relaciones entre el médico y su paciente, hoy día ya no tienen razón de ser ya que la ética sanitaria atañe a las relaciones entre el sector de la salud y la sociedad* (Documento OMS EB 97/16).

Los objetivos de este *Nuevo Paradigma* fueron reafirmados en el año 1999 con el *Nuevo Universalismo*<sup>4</sup> en base a elección de prioridades en salud y programas costo-beneficio.

¿Cuál es la situación de los médicos en relación con estas exigencias? ¿Cómo se calificaría desde el punto de vista de la praxis médica el no tratar a un paciente en cumplimiento del costo beneficio? ¿Qué información le da el médico a su paciente en estos casos?

La equidad de acuerdo a este nuevo paradigma no consiste en dar a cada uno según sus necesidades sino a quién sea más útil al sistema. Incluso se estarían violando artículos del Código de Ética para el Equipo de Salud en relación con las responsabilidades del médico. También estarían en cuestión principios de la Bioética como el de *non-maleficencia*, obligación de no hacer el mal y el de *justicia*, obligación de no discriminar.

En relación con el cambio de paradigma el Dr. Nakajima, hizo referencia a la calidad de vida: *La salud debe estar ubicada en el centro del desarrollo y de la calidad de vida*, agregando que *los avances en las ciencias biomédicas capaces de prolongar la vida lo hacían a veces a costa de su calidad; ello puede presentar ciertos problemas éticos y contradicciones que habrá que considerar*. Agregó que un tema que se debería considerar en el futuro si no era preferible una vida más corta, pero sin mayores problemas de salud, que otra más larga pero más costosa.

La **calidad de vida** fue uno de los argumentos principales del nazismo para justificar la eutanasia. El Psiquiatra Robert Jay Lifton<sup>5</sup> estudió los problemas psicológicos de los médicos durante el nazismo y advierte que el médico no puede curar y matar a la vez<sup>6</sup>.

El permitir la destrucción de vidas que no son útiles ya había sido abordado en Alemania en

1920 por el jurista Karl Binding y el médico Alfred Hoche<sup>7</sup> argumentando que las personas inútiles, enfermos incurables y crónicos, dementes y niños con problemas genéticos entre otros, causaban un tremendo *burden* (carga), a la sociedad. Se llamaba a estos pacientes *bocas inútiles*.

Hitler tuvo un intenso interés en un *direct medical killing* a lo que llamó *Muerte por misericordia*. La eutanasia no solo fue practicada en los campos de exterminio sino a los propios ciudadanos alemanes en clínicas preparadas a esos efectos y dichas muertes fueron camufladas con certificados de defunción falsos. El suicidio asistido fue una manera más de suprimir vidas para luego llegar a la eutanasia. El nazismo justificó estas medidas por la difícil situación económica de Alemania. Era necesario privilegiar las personas útiles a la sociedad<sup>8</sup>.

Las referencias a la calidad de vida, así como un cambio de paradigma en ética que prescribe planes de salud selectivos costo-beneficio es sin duda muy alarmante, unido al abandono del Juramento Hipocrático y la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

Una pregunta que habría que agregar al tema de la eutanasia es *si existe justificación moral para la eutanasia pasiva por razones económicas*. Si esta pregunta es positiva cabría otra: ¿Después de todo el nazismo tenía razón?

## Referencias

1. García Otero A. Sabio M. F. ¿Existe Justificación Moral para la Eutanasia? Revista Americana de Medicina Respiratoria 2011, 11: 202-9.
2. OMS. Alocuciones del Director General Dr. Hiroshi Nakajima al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea Mundial de la Salud. A44/DIV/4. Ginebra 1991 y A45/DIV/4. Ginebra 1992.
3. Nakajima, Hiroshi. WHO Director-General Warns of "Time Bomb" in Global Health inequities, 95 Session of WHO Executive Board, Press Release WHO/3, 16 January 1995.
4. OMS. L'éthique et la santé au niveau mondial. Conseil Exécutif, EB95/INF.DOC/20, 1995.
5. Brown P. WHO urges "coverage for all, not coverage of everything". British Medical Journal 1999; 318: 1305.
6. Lifton R. J. The nazi doctors - Medical Killing and the Psychology of Genocide. New York: Basic Books (Harper Collins), 1986.
7. Andreopoulos G. Ed. Genocide: Conceptual and Historical Dimensions. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1994.
8. Binding K. Hoche A. Permitting the Destruction of Unworthy Life. Issues in Law and Medicine, 1992, 2: 231-65.
9. Proctor R. N. Racial Hygiene - Medicine Under the Nazis. Cambridge, Massachusetts y Londres: Harvard University Press, 1998.

## Respuesta a la Carta de la Dra. María Isabel Pérez de Pío

**Autores:** Prof. María Fernanda Sabio  
Dra. Carmen Alicia García Otero

La carta al editor de la Dra. María Isabel Pérez de Pío es un aporte más al análisis llevado a cabo en nuestro artículo ¿Existe justificación moral para la eutanasia? La carta toma un punto que, en sentido estricto, no fue abordado en el artículo, ya que este se limita a describir la realidad de la praxis médica y no presenta un análisis económico del problema. Es cierto que el tiempo histórico en el que nos encontramos, hace del factor económico algo difícil de eludir, pero como nuestro interés se centraba en presentar a los lectores el significado de la eutanasia, no hemos abundado en estas cuestiones. En lo que a ellas se refiere, coincidimos con la Dra. Pérez de Pío en el peligro que podría significar avalar la eutanasia o el suicidio asistido por cuestiones netamente económicas, posición que sólo podría ser sostenida por un Estado autoritario. Tanto es así que hemos puesto énfasis reiteradamente en la importancia de respetar la voluntad del paciente y su autonomía, puntos que serían ignorados si se impusiera la eutanasia por motivos económicos. Esta cuestión queda clara al final del artículo: afirmamos de forma explícita que ante el riesgo de que algún Estado pudiera imponer eventuales políticas abusivas en referencia a la eutanasia voluntaria activa directa,

el suicidio asistido es un modo de defender a los pacientes.

Pérez de Pío cuestiona el suicidio asistido presentándolo como una práctica más del nazismo para suprimir vidas por razones económicas, sin evaluar otras variables que nosotras analizamos. No está en nuestro ánimo interpretar tal argumento como de mala fe, pero examinar esta práctica con ese único enfoque resulta claramente reduccionista.

Es necesario tener presente que el otro, el paciente, es un individuo autónomo titular de derechos y también sujeto a obligaciones entre las que no se encuentra el aceptar siempre las indicaciones médicas. Cuando el médico trata de imponer su criterio ejerce un paternalismo incompatible con un proceder éticamente correcto. Llegado un punto y reunidas determinadas condiciones, el deseo de terminar con la propia vida no puede ser interpretado como un deseo inducido o irracional. En ciertas circunstancias es la decisión legítima de un sujeto autónomo. Por supuesto que esta afirmación requiere una visión antropológica particular, que nos autoriza a considerar la racionalidad de un pedido de eutanasia o suicidio asistido. A partir de esta convicción y por las razones expuestas en el artículo, defendemos el suicidio asistido por sobre la eutanasia.