
SHAND, John, "A Reply to some Standard Objections to Euthanasia", en «Journal of Applied Philosophy», Vol. 14, N° 1, 1997, págs. 43-47.

El propósito del presente artículo no es probar que la eutanasia es moralmente reivindicable, sino demostrar que los argumentos brindados en su contra, lejos de ser decisivos, pueden ser usados para avalar igualmente la postura contraria.

El punto general acerca de que la gente tiene el *derecho* a determinar el fin de sus propias vidas, y que la cuestión es simplemente una materia de autonomía personal sobre la cual los otros no tienen derecho a interferir, puede ser socavado por la denegación utilitaria de los derechos absolutos.

1. Una objeción a la eutanasia frecuentemente oída es aquella que plantea que su existencia generaría presión sobre la gente (sobre todo en los casos de gente mayor) para terminar sus vidas con el objeto de no ser una carga para otros (generalmente, sus parientes). La respuesta a esto es que tal argumento puede ser utilizado en dos direcciones. Porque la eutanasia *no es actualmente* una opción para la mayoría de las personas, es ilegal, carga con un estigma social, y puede tener consecuencias psicológicamente traumáticas para los parientes; por ello es que muchas personas se sienten forzadas a seguir viviendo cuando preferirían morir. Si la eutanasia se convirtiera en aceptable, la situación en la que tendría lugar haría que este hecho se tornara diferente. Obviamente, se transformaría en algo que podría ser discutido abiertamente con los parientes y amigos, más que algo que tiene que ser realizado en secreto y, frecuentemente, mezclado con culpa y miedo a ser detectado.

Por otro lado, puede decirse que no habría nada incorrecto con la decisión de terminar la propia vida basado en la opinión de que uno se convertirá en una carga —uno puede, por cierto, ser una carga, y es mucho lo que podrían hacer quienes atienden el cuidado del enfermo para disuadirlo de este punto de vista—.

2. Se dice que la eutanasia es únicamente cuestionable porque, a diferencia de otras decisiones es, si es que se realiza exitosamente, algo sobre lo cual no podemos cambiar posteriormente de decisión.

a) Elegir morir no es la única decisión irreversible que tomamos en la vida. Esto es, no sólo debido a la unidireccionalidad del tiempo, sino que es más atendible cuando consideramos, adicionalmente, el hecho del envejecimiento (que nos impide variar el curso de muchas decisiones anteriores).

b) Otra objeción es que no tiene sentido decir que, de algún modo, luego de que uno ha muerto podría cambiar de opinión. El centro de la decisión ha cesado su existencia. La perspectiva es hipotética, y no está claro por qué el hecho de ser la última decisión la tornaría por sí en objetable.

c) Nuevamente nos encontramos con que este planteo sirve para argumentar en dos sentidos. Si se elige no requerir eutanasia, y entonces se muere de alguna otra manera, ésta también es una decisión que no puede revertirse. No puedo, después de morir, elegir morir de un modo diferente, supongamos, por eutanasia. Morir por eutanasia es tácitamente asumido como un acto que posee sólo cualidades negativas, lo cual ignora el hecho de que la eutanasia podría ser elegida precisamente por sus cualidades positivas frente a las cualidades negativas de continuar viviendo y muriendo sin ella.

3. El argumento del declive resbaladizo. Aquí hay que distinguir entre un declive resbaladizo lógico y uno fáctico.

En cuanto al lógico, se sostiene que la eutanasia implica casos que son moralmente objetables, no importa si empíricamente suceden o no. Este argumento es muy frágil, y no más plausible que mantener la opinión de que, porque el ejercicio es una buena cosa, uno está obligado a afirmar que no debería hacer nada más.

El caso del declive resbaladizo fáctico sugiere que, de hecho, el permitir la eutanasia llevará a actos moralmente objetables, no importa que lógicamente se puedan implicar o no. Es éste el punto más significativo.

a) Nuevamente se puede utilizar este argumento para cualquiera de las posiciones en pugna. Como habría muchos casos en los cuales alguien podría entrar en connivencia para matar a otra persona sin deseárselo genuinamente (y podría ganar alguna ventaja en hacerlo), también alguien podría

entrar en connivencia para mantener vivo a alguien en contra de sus deseos (y ganar alguna ventaja en hacerlo; uno imaginaría un caso en donde mantener a alguien vivo previene la rapiña sobre un legado). Queda por demostrarse el hecho de que aquellos casos en los cuales la gente ganaría ventaja por matar a otro, son más numerosos que aquellos en los cuales se favorecerían por mantenerlo vivo.

b) Se podría decir que apoyar la eutanasia debilitaría la prohibición de quitar la vida por alguna clase de cambio en el *ethos* moral de una comunidad. El autor manifiesta desconocer evidencia alguna que sostenga esta afirmación. Al contrario, podría decirse que la eutanasia fortalece la protección, asegurando que la vida de los individuos no es despojada mediante un fin degradante y permitiendo así el respeto por las opiniones del individuo.

4. Se objeta que en el caso de instrucciones (especie de "testamentos vivientes") que explican los casos en los cuales los individuos solicitarían eutanasia sobre sí mismos, ellos deberían poder tomar la decisión por sí, pues, las personas no se sienten de la misma manera cuando están sanos que cuando están enfermos —y los casos ciertos de reconsideración tras una recuperación sugieren esto—. Esta objeción deja intactos los argumentos de la eutanasia voluntaria. Más aún, no está demostrado que los casos en que las personas cambiarían su opinión de poder hacerlo, fueran tantos o más que los de quienes no la variarían.

5. Se dice que permitir la eutanasia minaría la confianza entre médico y paciente. Ahora bien, la confianza que un paciente pone en su médico podría igualmente ser la confianza de que el médico, sobre el final, cesará los tratamientos y activará un apresuramiento de la muerte si el paciente lo requiere. La confianza entre médico y paciente implica que el médico hará *lo mejor* para el paciente; no se comprende por qué debemos asumir que lo mejor consiste en no realizar actos de eutanasia.

6. Se plantea también que la eutanasia es innecesaria porque la muerte de los individuos puede ser "manejada" exitosamente mediante varias medidas paliativas, particularmente mediante el control del dolor. Hay dos objeciones:

a) El dolor intolerable, que lleva a un individuo a requerir eutanasia, es necesariamente una materia subjetiva.

b) El dolor no es sólo el punto. A esto hay que adicionar la subjetividad de qué es lo intolerable. Ciertas condiciones no envuelven dolor (una parálisis evolucionante y fatal, la muerte por progresiva asfixia) y sin embargo el mero trágico contraste en la mente de esa persona, entre lo que alguna vez fue y su actual estado, puede erigirse en suficiente como para que su vida se torne insoportable. Y ningún paliativo puede afectar este hecho, más aún, ningún paliativo sería requerido.

Muchas de las refutaciones referidas, se basan en que las objeciones usuales a la eutanasia son realizadas mediante argumentos válidos para sostener las dos posturas antagónicas. Sin embargo generalmente se asume que sólo pueden ser utilizados en contra de esta práctica. Mostrando esta ambivalencia, se elimina la calidad de estos argumentos y se permite la apertura de la discusión. Es la opinión de este autor que la evidencia recae sobre la dirección de la eutanasia. Esto sumado al hecho de que los individuos tienen el *derecho* a elegir el momento de su muerte, que se mantiene independientemente de las distintas consideraciones.

KITCHENER, BETTY A., "Nurses' Attitudes to Active Voluntary Euthanasia: A Survey in the Act (1)", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Vol. 22, N° 2, págs. 276-278.

La eutanasia voluntaria activa (EVA) y el suicidio asistido por médicos constituyen materia controvertida en Australia, en donde existe una ley que brinda el derecho al paciente a requerir el apartamiento del tratamiento médico (eutanasia voluntaria pasiva). Proyectos de ley sobre la eutanasia activa han sido puestos a consideración en los parlamentos de varios estados y territorios, pero sólo en julio de 1996, en el Territorio Norte, se sancionó una ley permitiendo la EVA bajo ciertas circunstancias, aunque sólo por 9 meses. En septiembre de 1996, un proyecto de ley fue introducido en el Parlamento Federal con el propósito de frenar la posibilidad de que los diferentes territorios sancionen leyes sobre eutanasia. Este proyecto fue convertido en ley sobre el final de marzo de 1997. Cuatro personas habían terminado

(1) ACT: Australian Capital Territory; se utiliza la sigla TCA en castellano

voluntaria y legalmente sus vidas durante los nueve meses que la EVA fue legal en el TN.

Distintos estudios encontraron que una minoría de médicos en todos los estados y territorios de Australia han reportado practicar EVA fuera de la ley. Una minoría de enfermeras de Australia del Sur y de Victoria también han reportado tomar pasos activos para causar la muerte de un paciente. En fin, las consultas populares muestran que un abrumador número de australianos está a favor de la EVA y lo han estado a lo largo de las pasadas tres décadas. Cuando una consulta nacional interrogó, en junio de 1995, *“si un paciente enfermo sin esperanza, que sufre un gran dolor, con absolutamente ninguna posibilidad de recuperarse, pide una dosis letal”*, el 78 % creyó que el doctor debía poder administrársela. De todos modos, la mayoría de los miembros del público habían tenido limitada experiencia directa con personas en esta situación y podían estar poco versados en los dilemas éticos implicados. Por esta razón, los exámenes de opinión de los médicos y enfermeras se presentaron como de gran interés. Estos trabajadores del cuidado de la salud están mucho más relacionados con personas agonizantes y quizás son los que más han recibido pedidos de apresurar la muerte.

En el Territorio Capital de Australia (TCA), hubo un extenso y continuo debate público, particularmente hacia fines de 1996. Entre 1993 y 1996, se introdujeron dos proyectos de ley sobre la EVA que fueron desechados.

Después de la legalización de la EVA en el Territorio Norte, las enfermeras reportaron que ellas habían sido obviadas en el debate. Un estudio de las actitudes sobre la eutanasia entre las enfermeras del TCA era, por lo tanto, oportuno.

Una encuesta postal sobre actitudes hacia la EVA fue remitida entonces a una muestra de 2.000 enfermeras del TCA registradas (de un total de 3.688). El cuestionario definía a la EVA como *“la práctica de apresurar la muerte de una persona, a través de una inyección letal, que es llevada a cabo con el conocimiento y consentimiento del paciente. Ésto puede ser realizado mediante la administración de la inyección por el médico o proveyéndosela al paciente para que cometa suicidio”*. Los resultados de las preguntas generales sobre actitudes hacia la EVA son reportados en este artículo. Los datos fueron analizados para el grupo completo en términos de frecuencia porcentual de las respuestas y comparados con las frecuencias

reportadas en anteriores estudios.

Las contestaciones fueron recibidas de 1.218 enfermeras representando una proporción de respuesta del 61 %. Las mismas están volcadas en la siguiente tabla (2):

1. Si alguien está muriendo lenta y dolorosamente y quiere poner fin a su vida, ¿es correcto que un médico le ayude a cometer suicidio?: 66% de enfermeras (en 1996) respondieron afirmativamente, por oposición a un 70 % del público australiano (en 1994).

2. Si un paciente incurablemente enfermo, con gran dolor y absolutamente ninguna posibilidad de recuperación, solicita una dosis letal, ¿debe un médico tener permitido dársela o no?: 67 % de enfermeras (en 1996) respondieron afirmativamente, por oposición a un 78 % del público australiano (en 1995).

3. Si la EVA fuera legal, y un paciente incurable solicita a su doctor que apresure la muerte, ¿usted se vería envuelta en la provisión de este requerimiento?, 66 % de las enfermeras del TCA respondieron afirmativamente.

Dado que algunos plantearon que buenos cuidados paliativos reducirían los pedidos de eutanasia, es notable que el 81 % de las enfermeras creyeron que los pacientes seguirían requiriendo EVA, aún si los cuidados paliativos estuvieran disponibles en forma gratuita.

En conclusión, los resultados del presente estudio, sumados a los de aquéllos realizados previamente, aparentemente muestran que una clara mayoría de enfermeras consideran a la EVA como correcta bajo determinadas circunstancias y en ciertos casos. Esto incluye los casos de suicidio asistido por el médico, que es el tipo de EVA más practicado en el TN. Esa aprobación, no obstante, no es tan fuerte como la del público en general y es más importante que la de los médicos. Los presentes datos pueden servir como base útil para medir los cambios de actitudes, que podrían implicar cambios en la ley en un futuro.

Juan José Bentolila.

(2) No se transcribe la totalidad de las preguntas existentes en el artículo que se reseña. Quien desee conocer los resultados completos de este estudio, deberá ocurrir a la publicación que sirve de base a la presente síntesis.