

ENTREVISTA

ENTREVISTA AL DOCTOR
FRANSICO JAVIER LEÓN CORREA

LA BIOÉTICA A NIVEL MUNDIAL
Y EL DEBATE SOBRE LA EUTANASIA

Francisco Javier León Correa

Director del Grupo de Investigación
en Bioética de Galicia.

GIB- ESPAÑA

Con ocasión de la visita del Doctor Francisco Javier León a Colombia y concretamente a la Universidad de La Sabana lo entrevistamos para este cuarto número de la revista Persona y Bioética.

Profesor León: Usted como Director del Grupo de Bioética de Galicia y Secretario de la Asociación Española de Bioética, ¿Cómo ve el momento presente en España de esta nueva disciplina, «La Bioética»?

Si hablamos con un símil médico, podríamos decir que la Bioética en España, ahora mismo, goza de buena salud. Hay una mayor preocupación por la bioética, en todos los niveles académicos: se está tratando de introducir como asignatura en las Facultades de Medicina y también en las Escuelas Universitarias de Enfermería. Existe una mayor preocupación por la Bioética en los propios hospitales, se están poniendo en marcha los comités asistenciales de ética. También las propias sociedades científicas médicas están intentando formar unas comisiones para tratar y estudiar los dilemas éticos que atañen a cada una de las especialidades médicas y pienso que ha sido muy grande el desarrollo en estos años, distintas maestrías, cursos de especialización, cursos de post-grado en torno a la Bioética.

Por eso pienso que el interés por la Bioética, comparado con el existente hace diez, once años, cuando comenzamos nuestras actividades en el grupo de investigación en Bioética de Galicia, ha mejorado sustancialmente. De todas formas pienso que puede existir un cierto peligro en la situación actual, puede haber un pequeño virus de la gripe respecto a la Bioética porque está de moda, hay mucha preocupación por la Bioética y bastante debate en los medios de comunicación, en torno a cuestiones del ámbito de la Bioética, pero pienso que no existe todavía un debate profundo de los problemas de Bioética a nivel universitario y a nivel de los profesionales sanitarios dentro de España.

La Bioética es algo que está de moda, pero que no puede quedarse por supuesto en una moda generalizada, en un añadido en los Congresos Científicos

o en las reuniones médicas, de enfermería, o de investigación biológica, sino que debemos ir más allá, debemos ir a una profundización en la enseñanza de la bioética y en el aprendizaje de la Bioética por parte de los profesionales sanitarios muy especialmente.

- *¿Cuál es la situación de la Bioética, tanto en España, como en Europa, cuáles son los problemas fundamentales que están ahora debatiendo?*

Pienso que la Bioética española está inmersa dentro de las perspectivas de la Bioética Europea. España ha jugado —no lo pueden olvidar— un papel importante en la gestación del Convenio Europeo de Bioética promovido por los españoles que estaban en la Comisión de Bioética del Parlamento Europeo.

Este convenio es un marco referencial importante para todos los países europeos y para confrontar, quizás, las distintas perspectivas que tenemos de la Bioética, en las diferentes partes de Europa. El convenio ha llegado a unos acuerdos en materias muy importantes y, en cambio, se ha producido también un desacuerdo difícilmente arreglable, y me gustaría mucho que pudiera llegarse a un acuerdo en esas materias. Pero existe un profundo desacuerdo en lo que es la fundamentación de la Bioética: en concreto, en los artículos dedicados a la investigación con seres humanos con deficiencias mentales o la parte que trata del estatuto del embrión humano y por lo tanto de la posible o no, desde el punto de vista ético, investigación con embriones humanos dentro de las técnicas de fecundación in vitro, de reproducción asistida. Creo que ha sido el punto fundamental que diferencia las concepciones diversas que hay de la Bioética en Europa.

Una parte más acorde con el utilitarismo práctico norteamericano que también puede estar muy definido en las posiciones que se han mantenido en Europa, por parte de algunas instituciones de Bioética en Inglaterra, pienso que también chocan ahora mismo, que es una corriente minoritaria, frente a una mayoría de profesionales, instituciones de Bioética europeas, que están por una fundamentación seria desde perspectivas éticas distintas, desde la ética del diálogo, la ética del consenso, la ética neo-kantiana, o la ética personalista. Todas aceptan esos principios de la bioética norteamericana pero exigen una fundamentación mucho mayor.

No basta con una medicina a la defensiva que simplemente atiende y defiende los derechos del paciente, y por lo tanto, tiene su autonomía con el consentimiento informado, como factor fundamental, no basta con cumplir con la no maleficencia, por no hacer nada praxis, no basta con cumplir los deberes de justicia que quizás, dentro de Europa, están atendidos en unos niveles bastante aceptables, en cuanto a lo que es la justicia en los tratamientos de los pacientes, en el reparto de recursos, etc. Quizás no estemos de acuerdo con la situación o querríamos que mejorara, pero no basta con esto para conseguir una humanización de la atención sanitaria. Hace falta recuperar uno de los principios más olvidados por la ética norteamericana y que en cambio en Europa sí se está teniendo en cuenta: el principio de beneficencia médica, de una beneficencia no paternalista, y a la vez una fundamentación de esos cuatro principios de la Bioética en una visión del paciente como persona, del médico como persona y una relación interpersonal que va más allá de una mera relación profesional, usuario de la sanidad y trabajador sanitario.

Pienso que, en esto, estamos trabajando en lo que algunos denominan Bioética mediterránea, o Bioética latina. Por mi parte, preferiría llamarlo Bioética latina, porque no solamente se está dando en Europa, sino también en todo Latinoamérica, con un acercamiento importante hacia las posiciones Europeas, frente a las posiciones predominantes en Norteamérica. También hay que decir, por supuesto, que algunas instituciones norteamericanas están cuestionando la Bioética desde dentro, con una mayor profundización y recuperación de ese principio de beneficencia no paternalista y también de complementariedad entre una Bioética de los principios y una Bioética de las virtudes.

— *Ya que ha hablado usted de la situación en Latinoamérica y que conoce la situación en estos países, ¿Cómo piensa que está la Bioética ahora mismo en Latinoamérica?*

Pienso que está en un momento muy importante y muy bueno. Desde hace algunos años ha habido mayor interés en los países latinoamericanos por iniciar, no solamente una formación en Bioética de los profesionales sanitarios, médicos, enfermeras, sino también por empezar a desarrollar cursos

de post-grado, cursos de especialización, algunas maestrías, etc. Es aún claramente insuficiente para lo que supone la formación de los profesionales en Latinoamérica, pero es un primer paso importante. También la Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado un Programa de Bioética para América Latina; me parece importante, pero pienso que tienen que desarrollar más la Bioética, en cada uno de los países e integrarla en el ámbito universitario.

Pienso que Latinoamérica no puede meramente copiar un modelo norteamericano. En algunas de las acciones que se están realizando existe una especie de deslumbramiento por la Bioética norteamericana, y realmente ha sido allí donde se ha desarrollado y organizado como ciencia, pero opino que, tanto por la cultura, como por la tradición y la propia idiosincrasia de los pueblos Latinoamericanos, tienen que partir de una Bioética más fundamentada en la dignidad de la persona que en la exaltación del principio de autonomía del paciente; en un equilibrio entre esos principios, aunque también sea necesario —al igual que en España— realizar una labor de abandono, de superación del viejo paternalismo médico, sin necesidad de destruir esos valores que han existido siempre en la medicina Latinoamericana, al igual que la medicina española, de profundo humanismo de los médicos, de una relación de amistad y cercanía con los pacientes. Recordemos la tradición humanista española de Marañón, Laín Entralgo, Vallejo Nájera y otros muchos, también actualmente alguno de los médicos más eminentes hablan de la amistad en la relación del médico con el paciente, como algo fundamental.

Creo que ésto, tanto la relación con el paciente, como con la familia, también está en la entraña del humanismo médico en Latinoamérica y no debe perderse por copiar simplemente el modelo norteamericano, aunque haya que defender por supuesto la autonomía del paciente, la actuación conjunta del paciente con el equipo sanitario, en los países donde, quizás, esto no se respeta suficientemente. Hay que aprovechar todas las virtudes de la Bioética norteamericana y a la vez conseguir superar algunos de esos defectos que ha podido tener para adecuarla a la idiosincrasia de los pueblos de Latinoamérica. Tienen ustedes una riquísima tradición de beneficencia médica, de bien hacer médico, de entrega, de servicio a las personas más marginadas, a los enfermos más desamparados o con menos atención y esto me parece fundamental, aparte de construir unos sistemas sanitarios que siempre son perfectibles y siempre pueden tender mejor a una justa distribución

de los recursos y a conseguir esa justicia social para toda la población, también en el ámbito de la atención sanitaria.

Aparte de esto, pienso que la relación entre los profesionales y los pacientes debe fundamentarse en ese principio de beneficencia, en ese principio de amistad, de colaboración entre el médico y el paciente. Creo que en este sentido apuntan algunas de las actuaciones en Latinoamérica sobre todo por parte de Universidades que están creando maestrías y cursos de especialización en Bioética: se desea realizar una reflexión profunda, y se debe intentar crear una Bioética propia o adecuada; más que una Bioética propia, podemos decir aplicar todos los conocimientos de la Bioética, también de lo que es la Bioética Europea, pero adecuarla cada uno a la situación de su propio país, no podemos dar recetas generales, válidas para todos, es decir, hay que adecuar esas recetas, como bien saben los clínicos, al paciente determinado, los problemas o dilemas éticos que se plantean en cada una de las sociedades. Son muy distintas las situaciones en Latinoamérica y hace falta un esfuerzo de los propios profesionales por reflexionar sobre esos problemas suyos y por intentar encontrar soluciones quizás no perfectas, pero sí que puedan ayudar a mejorar la atención y la calidad de la atención sanitaria.

— *Profesor, el debate actual sobre la Eutanasia ha tenido un mayor relieve en Colombia por lo que usted ya conoce, la sentencia del Tribunal Constitucional de hace un año, ¿Cómo ve usted la situación actual —a nivel internacional— de este debate en torno a la Eutanasia?*

Creo que conozco bien la situación en Colombia, porque el año pasado estuve aquí precisamente poco después de haberse producido esa recomendación un poco “atípica” —diría—, por parte de un Tribunal Constitucional de que los parlamentarios legisasen en favor de la eutanasia. Conozco la reacción contraria que ha habido por parte de los propios profesionales médicos en Colombia y creo que el debate en Colombia es el mismo que el debate que se está produciendo en muchos países europeos, y que hasta ahora en Latinoamérica no se había presentado con tanta claridad: la eutanasia como un problema de atención al paciente por parte del médico.

Yo diría que es un problema teórico que se está tratando desde el ámbito filosófico, desde el ámbito jurídico, pero no es un problema clínico urgente. Hay otros problemas en Latinoamérica mucho más importantes, al igual que

nos ocurre en Europa. En Europa ha habido un debate entre los propios profesionales sanitarios en torno a la eutanasia. Tengo que decir que la gran mayoría de los profesionales sanitarios están claramente en contra de la eutanasia, tanto activa como pasiva: yo no distinguiría entre activa o pasiva, y en este sentido me parece muy oportuna la declaración de la Comisión Dentológica de los Colegios de Médicos Españoles, sobre la necesidad de eliminar el término “pasiva” al abordar la eutanasia, por ser equívoco. Pienso que tienen razón, porque la eutanasia es toda acción u omisión que deliberadamente pretende acelerar u obtener la muerte del paciente sin dolor, por compasión o porque el paciente autónomamente lo solicita, de modo que se acelera el momento de la muerte; eso es eutanasia, llamémoslo activa, pasiva, es decir, de todas las formas que se quieran. La eutanasia está en la intención de provocar la muerte del paciente, por parte del profesional sanitario que lo atiende.

En Holanda parte de los casos de eutanasia denunciados —y que con la actual legislación permisiva no han sido penalizados— consisten en dar tratamientos para el cuidado del dolor, pero en una proporción tan excesiva que provocan directamente la muerte del paciente. Eso es eutanasia; aplicar en cambio, métodos paliativos que pueden vencer el dolor o pueden hacer más humana los últimos momentos de la persona moribunda, eso no es eutanasia, aunque acorten en parte la vida del paciente, pero no se pretende acortar la vida directamente. Creo que ésto es fundamental a la hora de distinguir en el debate sobre la eutanasia: está en la intención deliberada o por acción u omisión de esos cuidados médicos que deben proporcionarse también al enfermo terminal o dejar que transcurra la enfermedad en su última fase sin poner medios desproporcionados para alargar la vida del paciente.

Viendo esto así, creo que la situación, desde el punto de vista de los médicos se ha clarificado mucho. Tanto la Organización Médica Mundial, como la Federación Europea de Colegios Médicos, han realizado declaraciones en contra, y también, a nivel nacional, se ve claramente un rechazo a lo que supone la eutanasia por parte de los médicos y de las Sociedades Médicas: todos recuerdan que no pertenece a la razón de ser de la medicina el intervenir para hacer daño, para hacer lo que claramente es maleficencia. Esto no ha entrado nunca en la praxis médica desde Hipócrates hasta nuestros días.

Por tanto habrá que valorar cuestiones conflictivas, pero no se pueden confundir con la eutanasia las situaciones que se presentan de órdenes de no resucitación, en torno a la alimentación, nutrición o a lo que puede ser la respiración artificial, o el mantenimiento de las constantes vitales en los enfermos. Son decisiones que habrá que tomar —desde el punto de vista ético— con una gran preocupación por aclarar muy bien la situación clínica y aclarar si son proporcionados o desproporcionados los medios que se están utilizando, pero ahí no estamos hablando de eutanasia. La eutanasia es rechazada, prácticamente por la totalidad de los médicos en Europa, salvo en Holanda, donde ha habido una clara aceptación social y donde los médicos, podemos decir que han roto la barrera de su propia ética deontológica. Aunque también, y es importante saberlo, ya hay una preocupación en la propia Holanda, por el deslizamiento y por el aumento de las eutanasias sin consentimiento previo del paciente.

A nivel jurídico pienso que el debate de la eutanasia se ha aclarado muchísimo en este último año. La única ley en el mundo que legalizaba la eutanasia en uno de los territorios del Norte de Australia ha sido rechazada después por la corte suprema, no está vigente. La Ley holandesa simplemente despenaliza la eutanasia en los supuestos en que el paciente deliberadamente la haya solicitado. Pienso que, en Holanda ese es punto clave, tienen que ir a una actitud restrictiva respecto a la aplicación de esa legislación, porque cada vez son más los casos de eutanasia sin consentimiento previo: en niños recién nacidos a petición de los padres, en casos de enfermos no autónomos y que sus familiares han decidido por ellos.

En Estados Unidos había únicamente una legislación despenalizadora, no liberalizadora, no legalizadora de la eutanasia, pero si despenalizadora de la eutanasia, que ha sido rechazada de lleno por la Corte Suprema. Esta Corte ha declarado que no existe constitucionalmente un derecho a la muerte, a provocarse la propia muerte, por parte de la persona. No existe ese derecho en el orden constitucional y por lo tanto me parece que es una decisión jurídica importante en el debate mundial en torno a la eutanasia.

Entrevista realizada el 6 de julio de 1998

Por el director de la revista, *Dr. Pablo Arango Restrepo*.