

**ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA (MONOGRAFIA).**

**CARLOS TIRSO MURILLO HURTADO.**

**UNIVERSIDAD CES.  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA.  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SALUD PÚBLICA.  
MEDELLÍN  
2010**

**ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA (MONOGRAFIA).**

**CARLOS TIRSO MURILLO HURTADO.**

**Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de Salud  
Publica.**

**Director**

**Francisco Luis Ochoa Jaramillo.  
Coordinador Maestría en Epidemiología.**

**UNIVERSIDAD CES.  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA.  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SALUD PÚBLICA.  
MEDELLÍN.  
2010.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Desarrollar una idea basado en un interés personal y tener como resultado una visión diferente del mundo, reflexionar sobre el que hacer médico y sus implicaciones en la salud pública y abordar un tema como es la eutanasia, el cual en la actualidad es estigmatizado, es todo un reto; reto que no hubiera podido asumir sin el excepcional apoyo de los profesores Francisco Luis Ochoa Jaramillo y Hernán García Cardona, a quienes veo como dos de los más grandes valores humanos de universidad, por su calidad humana, académica y entrega a la labor de la docencia, siempre estuvieron en todo momento acompañándome y orientándome en este proceso investigativo, agradezco también a mis padres, a mi familia quienes me dieron la oportunidad de realizar mi primer estudio de postgrado, a mi novia y mi hermana quienes me ayudaron desde Medellín a fortalecer esta revisión monográfica apoyadas en las diferentes bibliotecas de la ciudad.

Por último, pero no menos importantes a las familias y personas que atravesaron estas circunstancias y me compartieron su testimonio, de igual forma a los amigos profesionales de la salud, médicos generales, internistas, cardiólogos, anesthesiólogos, enfermeras superiores, especialistas en UCI, etc; a todos los participantes que a través de conversaciones, reflexiones, charlas y testimonios permitieron irrumpir en sus vidas compartiendo experiencias y vivencias que en muchas ocasiones les causaron dolor y tristeza; pero que también les sirvieron como terapia para abordar situaciones que de una u otra forma los han afectado y que el solo hecho de haber sido capaces de hablar de ellas les produjo un inmenso descanso interior, ejercicio de catarsis y de yuxtaposición ética, de valores y creencias.

## CONTENIDO

	Pág.
<b>RESUMEN.</b>	7
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	9
<b>ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.</b>	12
<b>DESCRIPCION DEL PRBLEMA.</b>	14
<b>JUSTIFICACION.</b>	16
<b>OBJETIVOS: Generales y Específicos.</b>	18
<b>1. MARCO TEORICO.</b>	19
1.1. La Eutanasia	19
1.1.1. Historia y significado de la palabra eutanasia.	19
1.1.2. La Eutanasia: ritualizada, medicalizada, autonomizada.	20
1.1.3. La Eutanasia Ritualizada.	20
1.1.4. La Eutanasia Medicalizada.	21
1.1.5. La Eutanasia “autonomizada”.	21
1.1.6. La Eutanasia significados diversos.	22
1.1.7. Eutanasia y Distanasia.	26
1.1.8. Eutanasia y Ortotanasia.	26
1.1.9. Eutanasia y Eugenesia	26
1.1.10. Cacotanasia.	27
1.1.11. Cuidados paliativos.	27
1.1.12. Vivir y morir con dignidad.	27
1.1.13. Técnica terapéutica.	28
1.1.14. Medios terapéuticos.	28
1.1.15. Paciente terminal	28
<b>2. PERSPECTIVA MÉDICA - SALUD PÚBLICA, SOCIAL Y FAMILIAR.</b>	29
2.1. Eutanasia Y Deontología Médica.	29
2.1.1. Casos Resonantes.	31

2.2. Eutanasia Vs Cuidados Paliativos.	41
2.3. ¿Debemos siempre prolongar la vida por cualquier medio?	45
2.4. El suministro de agua y alimentos por medios artificiales.	49
2.4.1. Distinciones importantes.	50
2.5. El Cuidado Paliativo y su Tratamiento.	52
2.5.1 Los cuidados paliativos: ¿la única opción aceptable para la atención de la persona al final de la vida? Ayuda médica, apoyo humano, efectivo y social.	54
2.6. El Dolor y El Sufrimiento en la Enfermedad.	58
2.7. Las “enfermedades incurables y terminales”.	60
2.8. Paradigmas de la Salud de los vigilantes de la vida.	61
<b>3. CONSIDERACIONES SOBRE LA EUTANASIA.</b>	<b>63</b>
<b>4. ¿CONTEXTO REAL DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA?</b>	<b>66</b>
<b>5. PROLONGACION DE LA VIDA Y CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	<b>68</b>
<b>6. ¿ES MAS BARATO “\$” MARTAR?</b>	<b>69</b>
<b>7. POSICION DEL ESTADO.</b>	<b>71</b>
<b>8. EL DERECHO A LA VIDA Y EL DERECHO A MORIR.</b>	<b>74</b>
8.1. El derecho a la Vida.	74
8.2. EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE.	77
8.2.1. Conceptualización de la muerte.	77
8.2.2. Perspectiva histórica en relación con la muerte.	79
8.2.3. Visión teológica y filosófica de la muerte.	81
8.2.4. Definición de la muerte humana en la ciencia actual.	84
<b>9. DERECHO A MORIR DIGNAMENTE EN CONFLICTO CON EL DERECHO A LA VIDA.</b>	<b>87</b>
9.1. Muerte digna y Eutanasia.	89
<b>10. ASPECTOS JURÍDICOS COLOMBIANOS.</b>	<b>96</b>
<b>11. LAS RELIGIONES FRENTE A LA EUTANASIA.</b>	<b>104</b>
11.1. Las religiones Orientales y la Eutanasia.	109
11.2. Posición de la iglesia católica en el tema de la Eutanasia y el suicidio asistido.	111

<b>12. PRECISIONES NECESARIAS.</b>	<b>115</b>
12.1. Razones a favor y en contra de la Eutanasia voluntaria positiva.	137
<b>13. CONSIDERACIONES.</b>	<b>117</b>

#### **LISTA DE ANEXOS.**

<b>ANEXO 1.</b> “La Eutanasia y el Suicidio Asistido” Discurso de S.S. Juan Pablo II a La Academia Pontificia Para La Vida (27-li-1999).	<b>121</b>
--	------------

<b>ANEXO 2.</b> Tabla con Costo o Valor de una Unidad de Cuidados Intensivos. Tomado de Clínica Universitaria Teletón- Universidad de la Sabana. 2010-10-05.	<b>127</b>
--	------------

<b>BLIBLIOGRAFIA.</b>	<b>130</b>
-----------------------	------------

## **RESUMEN**

El objetivo de este trabajo es documentar, sistematizar, revisar conceptualizaciones medicas - salud, constitucionales, normativas teóricas que permitan consolidar un punto de referencia cierto y preciso con respecto al derecho a la vida, el derecho a morir dignamente, la eutanasia en Colombia. Para ello se realizó un estudio bibliográfico en el campo teórico y conceptual con consultas de fuentes primarias (normas, doctrinas jurídicas y jurisprudencia y posturas de médicos, pacientes, familiares de víctimas).

¿Cómo se vislumbra la eutanasia en Colombia?

Para el abordaje de esta monografía se desarrollo el concepto de eutanasia, dando una mirada por sus múltiples manifestaciones, su ordenamiento jurídico, la percepción de la iglesia, el concepto de vida y de muerte, y algunas consideraciones, la postura de algunos profesionales de la salud, los pacientes y las familias.

Los ejes temáticos estudiados fueron: la eutanasia, perspectiva médica - salud pública, social y familiar, el derecho a la vida y el derecho a morir, el derecho a morir dignamente en conflicto, la eutanasia: aspectos jurídicos colombianos, las religiones frente a la eutanasia, consideraciones y precisiones necesarias.

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to document, organize, and review medical conceptualizations - health, constitutional, theoretical rules to consolidate a benchmark true and accurate regarding the right to life, the right to die with dignity, euthanasia in Colombia. This will make a literature on theoretical and conceptual consultation of primary sources (regulations, case law and legal doctrines and attitudes of physicians, patients, families of victims).

How euthanasia looms in Colombia?

For the approach of this paper is developing the concept of euthanasia, giving a look for its multiple manifestations, its legal system, and the perception of the church, the concept of life and death, and some considerations, the position of some professional health, patients and families.

The themes were: euthanasia, medical perspective - public health, social and family life, the right to life and the right to die, the right to die with dignity in conflict, euthanasia: legal aspects Colombian religions address the euthanasia, and accuracy considerations.



## **INTRODUCCION.**

Existe un consenso generalizado en cuanto al valor prioritario del derecho a la vida, que al constituir la condición material de posibilidad de todos los demás, goza de ciertos “privilegios”. Tal es la importancia que día a día viene cobrando la vida humana que es situada por encima de las contingencias valorativas del legislador, al considerarse elemento básico de la conformación de la sociedad civil y fundamento de su existencia. Al margen de cualquier convicción moral, la persona humana es, indiscutiblemente, el soporte físico de todos los derechos; puesto que la vida humana es un bien intrínsecamente valioso, todo individuo está autorizado a exigir que su subsistencia sea protegida y garantizada por un poder coactivo común contra las amenazas externas; y a disponer de los medios indispensables para poder conservar este bien primario. No obstante el derecho a la vida entra en conflicto con el derecho a morir dignamente; en la eutanasia existen bienes jurídicos en conflicto y necesariamente eso obliga a que la elección de primar uno sobre otros conlleve una ponderación de éstos.

Hoy en Colombia, la eutanasia está sometida a un debate médico - salud, bioético y legal. Al hablar de ella es conveniente expresar qué se entiende por eutanasia, además qué conductas no deben de considerarse como tal y cuáles acciones no se pueden comprender dentro de ella, en un Estado Social de Derecho.

De acuerdo con su etimología, la eutanasia es una “muerte buena” y, según su sentido originario, expresa la dramática y humanitaria conducta de ayudar a morir apacible y dignamente a quien padece intensos sufrimientos.

Rodríguez expresa: “durante siglos y milenios la muerte del hombre había sido un proceso natural como lo es la muerte de los animales. Pero las recientes tecnologías médicas y el manejo de los hospitales como empresas rentables, así el paso del enfermo-paciente al enfermo-cliente, nos confrontan con procesos de

enfermedad terminal que son la lucha despiadada entre la naturaleza y la tecnología, poderosas y aguerridas ambas”.<sup>1</sup>

Causar la muerte a una persona contra su voluntad, imponérsela, así sea con pena legal, es una acción inmoral e ilegítima en un Estado Democrático de Derecho, pero también lo es retardarle la muerte artificialmente, prolongando su agonía. Como se ve el tema es complejo y escabroso y da lugar a toda una gama de posturas, “ desde la más naturalista (Dios es el dueño de la vida y Él dispone cuándo se entra a ella y cuándo se sale), hasta la más tecnocrática: “el individuo gravemente enfermo, para quien la vida es un peso, puede decidir cuándo y cómo morir”.<sup>2</sup>

En el siglo XXI, el hombre moderno siente el peso aplastante de su éxito. Tras dedicarse a construir su mundo a golpe de descubrimientos, sobre todo científicos, advierte que sus hazañas han modificado la realidad, transformando el orden de las cosas y, finalmente, alterando su tranquilidad. ¿En qué se ha convertido? ¿Qué ha sido de su vida, del sentido de su vida, pero también de su muerte, del sentido de su muerte?

Este propósito parte del estudio bibliográfico de las conceptualizaciones médicas-salud, teóricas, bioéticas, normativas, en torno al derecho a la vida, al derecho a morir dignamente y la eutanasia. La finalidad del presente trabajo es proporcionar una visión general y amplia de los problemas que se suscitan cuando se habla en la actualidad de Eutanasia. El análisis efectuado abordó los principales problemas de concepción, cuestiones jurídicas y consideraciones sociales implicadas en los temas.

El derecho a la vida y el derecho a morir, con estudios fundamentados en las consideraciones medicas – salud, sociales del derecho, con asuntos importantes

como el derecho a una vida digna, el derecho a morir dignamente, con una detallada descripción de la muerte desde varios puntos de vista y la Eutanasia

Los desenlaces establecidos no sobrepasan el marco de la propuesta del reconocimiento del derecho a la vida, como el primero y el más importante de todos los derechos, es inalienable, irrenunciable e intransferible. El reconocimiento de la eutanasia estrictamente voluntaria, perfectamente compatible con los principios médicos – salud, constitucionales y bioéticos. El criterio se basa en el respeto a la dignidad humana, tomándose en consideración todos los demás derechos protegidos por la Constitución, como la vida, prohibición de torturas, a la intimidad, el libre desarrollo de la personalidad, libertad de conciencia, de opinión y demás manifestaciones de los derechos humanos tal como se conciben no solo en el ordenamiento jurídico colombiano, sino en el ámbito internacional y cultural al que pertenecemos. También los principios bioéticos: principio de la dignidad humana, de la autonomía de la persona, de la no-maleficencia o no hacer daños, de beneficencia, de justicia y equidad y el juramento Hipocrático que estipula el que hacer medico – salud.

En la Eutanasia esto es especialmente patente y en tal sentido puede decirse que el que hacer se encuentra en una incómoda coyuntura: se requiere marcar el ordenamiento del deber hacer para que prevenga, establezca y decida, pero tales solicitudes parten de supuestos distintos y a veces contrapuestos, que hacen difícil la conciliación.

## **ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

El gran progreso científico y tecnológico, ha conferido al hombre la sensación de poder dominar el mundo a su arbitrio, quedando solo la muerte fuera de esta posibilidad de control. La muerte se presenta entonces, como el oasis de lo imprevisible en un mundo completamente previsible y de allí la necesidad de poderla controlar. Es pues desde esta perspectiva como la eutanasia se constituye en esa posibilidad de control, para que la muerte no llegue ya cuando ella quiere, sino cuando el hombre la desea.

La eutanasia adquiere el significado de una última negación de la dependencia de Dios y una reivindicación total de la autonomía del hombre. Situación amenazadora y preocupante que el Magisterio de la Iglesia ha denunciado convencido del valor esencial del derecho a la vida de todo ser humano, derecho inviolable y fundamento irrenunciable de cualquier otro derecho en una sociedad digna del hombre.

En el mundo antiguo, tanto bárbaro como civil, se encuentran casos de ancianos que sentían el peso de los años y era permitida, aconsejada y hasta impuesta la anticipación a la muerte, que en algún sentido fue llamada y practicada como eutanasia; El uso de la palabra "eutanasia" en el contexto de la cultura Grecorromana alude al mismo hecho del morir humano, como morir bien, En el mundo griego, Platón afirmaba que la ciudad natural o perfecta ha de estar compuesta de hombres "sanos" . Los ciudadanos han de gozar de salud, dado que la salud es inseparable de la perfección. En su libro La República, Platón recomienda a los médicos no cuidar a un hombre incapaz de vivir el tiempo fijado por la naturaleza, por no ser ventajoso ni para el sujeto ni para el estado.

Por su parte los estoicos inspirados por el ejemplo de la muerte de Sócrates, el cual aceptó beber cicuta concebían la filosofía no solo como el arte correcto de vivir, sino también como el arte de morir bien. En estas prácticas antiguas no hay

un reconocimiento absoluto del valor de la vida humana, de la cual nadie puede disponer. Es precisamente la instauración del cristianismo lo que ha hecho desaparecer cualquier posibilidad de legitimación, no solo de la eutanasia, sino también del aborto, del infanticidio y del suicidio. Según Kant "... se debe reconocer algo al ser humano, el derecho a que se le reconozca la posibilidad de disponer de su propia vida en situaciones especiales simplemente por la dignidad que éste puede tener".<sup>3</sup>

Definición:

Podemos entender la Eutanasia como aquella conducta o comportamiento tendente al cese o mitigar los sufrimientos de otra persona, cuando tal conducta o comportamiento implica necesariamente la producción directa de la muerte o el aceleramiento de su producción.<sup>4</sup>

En general, eutanasia significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal.

El mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Puede también ser provocada por otros a petición del enfermo o con su consentimiento. En todos estos casos se habla de eutanasia voluntaria. Si se causa la muerte contra la voluntad del paciente o sin su conocimiento, hablamos entonces de eutanasia involuntaria.

Los derechos del paciente, son reconocidos por la ley Colombiana a través de la resolución 13437 de Noviembre 1 de 1991, y se pueden tomar como criterio moral de la ética del morir. Y el contenido que tiene esta resolución, supone una serie de exigencias que han de ser realizadas por parte de la sociedad: Atención al moribundo para aliviar el dolor y prolongarle la vida; estar verdaderamente informado sobre su enfermedad; conocer y recibir explicaciones sobre costos de su tratamiento; derecho a que su voluntad personal sea respetada, todo a través de un comité de Ética Médica u Hospitalaria.

## DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La eutanasia fue un problema social en aquellas sociedades primitivas en que se practicaba la eliminación de vidas consideradas inútiles, costumbre que estuvo admitida respecto a los recién nacidos con malformaciones o los ancianos en distintos pueblos de la antigüedad, hasta que la influencia del cristianismo acabó con tales prácticas inhumanas.

Desde la llegada del cristianismo, la eutanasia dejó de ser un problema social hasta el siglo XX, en que algunos vuelven a convertirla en problema al pretender su legalización.

Desde los años 30 de este siglo se vienen constituyendo asociaciones en defensa de la eutanasia y se han propuesto leyes permisivas, que habitualmente han sido rechazadas, en distintos países. Sin embargo, la actitud a favor de la eutanasia de estos pequeños grupos, y cierta mentalidad de relativización del respeto debido al ser humano (que se expresa, por ejemplo, en el aborto), van calando en la sociedad, convirtiendo de nuevo a la eutanasia en un contrariedad social que vuelve a aparecer después de haber sido superado durante siglos.

Los defensores de la eutanasia así lo exponen conforme a la siguiente argumentación: la enfermedad, invalidez o vejez de algunas personas ha llegado a extremos que convierten esas vidas en vidas sin sentido, inútiles y aun seriamente gravosas, no sólo para los familiares y allegados, sino también para las arcas públicas, que tienen que soportar cuantiosísimos dispendios en prestaciones de salud de la Seguridad Social y subsidios de diversa índole, con la carga que eso supone para los contribuyentes. Estas situaciones se prolongan, además, gracias a los avances de la investigación científica que han logrado alargar considerablemente las expectativas de vida de la población. Por consiguiente, ¿tiene el Estado tiene el derecho, y aun el deber, de no hacer que pese sobre la colectividad la carga del sostenimiento de estas vidas “sin sentido”?

El efecto de esta acción redundará en beneficio del conjunto de la colectividad, lo que no deja de ser una manifestación de solidaridad social.

El argumento de las "vidas improductivas", por razones fáciles de comprender, nunca se plantea en los inicios del debate social sobre la eutanasia, pero tampoco faltan quienes, en foros restringidos o en ambientes académicos, mencionan las "vidas sin sentido" como candidatas a la eutanasia por razones socioeconómicas.

## JUSTIFICACIÓN

El tema representa un gran desafío para moralistas, formuladores de política pública, legisladores, clínicos, quienes deben examinar cuidadosamente las necesidades singulares de cada contexto en particular.<sup>5</sup>

Compartimos plenamente la opinión de quienes aseguran que el significado de la palabra eutanasia se ha convertido en el paradigma de la ambigüedad semántica. La interpretación exclusivamente etimológica proveniente del griego, donde el prefijo eu que significa bueno y el sustantivo thánatos que equivale a muerte, sugiere “buena muerte” está muy lejos de aclarar las múltiples situaciones que se encontrarían comprendidas en esta sencilla expresión. Aun más, la asociación de esta palabra con circunstancias tan diversas, disímiles y hasta antagónicas como la muerte intencional por razones eugenésicas o la mítica muerte digna o bella muerte, ha conducido a una confusión conceptual que exige un especial debate sobre cuestiones relacionadas con aspectos esenciales de la práctica de la medicina en este tiempo.

La intención de este trabajo no es repasar todas las alternativas históricas por las que ha pasado la interpretación del término ni tampoco examinar los exhaustivos análisis efectuados para justificar las múltiples clasificaciones y subclasificaciones que se han propuesto, sino examinar cuál debiera ser el significado actual de la eutanasia en relación al concepto de paciente crítico y su especial vinculación con el desarrollo de los métodos de soporte vital, cuya abstención o suspensión tienen una influencia decisiva y generalmente cercana en la determinación de la muerte.

En efecto, como la muerte es el objetivo central de la práctica eutanásica y la misma es un evento probable en la medicina - salud crítica, que no es ajena a las decisiones médicas habituales en este ámbito, resulta razonable y hasta



imprescindible desarrollar una propuesta actualizada sobre la definición de eutanasia que tenga en cuenta las modalidades asistenciales actuales.

A esta altura del avance tecnológico y de la medicina crítica no resultan aplicables conceptos que se repiten desde hace decenios o el análisis de situaciones abstractas que se encuentran alejadas de la práctica médica - salud.

Tampoco todo debe reducirse a una interesante discusión semántica que ignore el estado actual de las acciones médicas que interesan al paciente crítico, sin debatir la razonabilidad de seguir sosteniendo la existencia de formas eutanásicas pasivas o por omisión cuando estas acciones están en relación directa con el rechazo de tratamiento y con el manejo de los procedimientos de soporte vital y la utilización de los métodos de reanimación.

La eutanasia debe examinarse hoy como una realidad, aplicable o no, en situaciones ciertas y comprobables y no simplemente como un ejercicio teórico ajeno a las circunstancias y contingencias que ocurren cotidianamente.

Es importante aclarar que no se trata de examinar aquí el marco legal para la aplicación de ninguna práctica eutanásica ni tampoco efectuar una indagación moral de su pertinencia, sino de separar esta acción de muchas otras que pertenecen a la práctica cotidiana de la medicina - salud de este tiempo y que debemos evaluar en todos sus alcances.

Si en lo que resulta la tesis de este trabajo, a conductas y situaciones muy distintas debieran corresponderles nombres también distintos, trataremos de delimitar qué debería entenderse hoy por eutanasia. Reducir a un mínimo la ambigüedad en las definiciones y no perder el contacto que la realidad asistencial nos ofrece, permitirá entonces en otro tiempo ulterior discutir el encuadre legal posible de cada situación, si esto fuera necesario.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Comprender el significado que la circunstancia de la eutanasia tiene para la salud pública, a través de los procesos de interacción entre: la iglesia, teóricos, legislación, profesionales en medicina, pacientes y sus familias, para obtener elementos conceptuales que sirvan de soporte al momento de diseño de planes y políticas de salud pública en el territorio nacional.

### **Objetivos Específicos**

- Comprender el significado de la eutanasia y los asuntos relacionados con la misma (vida, muerte).
- Conocer la relación que existe entre la eutanasia y los procesos de interacción que se presentan entre pacientes, familias y médicos – salud.
- Analizar a qué atribuyen las personas la decisión de los casos en donde se presenta la eutanasia.
- Obtener elementos teóricos que sirvan de soporte al diseño de planes, proyectos, programas y políticas de salud pública de intervención de dicho fenómeno.

## **1. MARCO TEORICO.**

### **1.1. LA EUTANASIA.**

#### **1.1.1. Historia y significado de la palabra Eutanasia.**

En la cultura Greco- Romana “eutanasia” significa el hecho mismo del morir humano como morir bien, sin dolor. No se tiene en cuenta la ayuda al morir. Es sinónimo de deseo y petición: “Consiguió un final fácil y tal como siempre había deseado. Pues casi siempre al oír que alguien había muerto de una muerte rápida y sin tormento, pedía para sí y los suyos una eutanasia semejante jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me lo soliciten. Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo”.<sup>6</sup>

En la edad Media esta palabra tiene un significado, ascético- religioso. El cristianismo interpretó la muerte como un morir en el señor, la vida es de Dios. Cualquier intervención para destruirla, cambiarla, altera el orden de Dios.

La cultura occidental creó las llamadas artes moriendo por la agonía (con su sentido agónico) y los sufrimientos, el enfermo se asemeja a Cristo y unido a él se purifica y se prepara la otra vida. “El morir bien es una entrega sin condiciones, una aceptación y un ofrecimiento”.<sup>7</sup>

En el Renacimiento (siglo XVI y XVII). Se aplica al morir en el sentido físico. La muerte es el último acto de la vida humana y es algo que pertenece al hombre. El concepto de eutanasia es consecuencia de la que se tiene sobre la vida, la salud, el ser humano. La intervención del profesional de la salud es limitada “yo hice las curas, pero solamente Dios es dueño de la vida y de la muerte, de la curación y de la agonía, de la angustia y de la serenidad”.<sup>8</sup>

Para este periodo tenemos el primer significado médico de la “eutanasia”. Es en la utopía de Moro, y en uno de sus últimos libros. El diálogo del consuelo, donde aparece el concepto médico, moral y de persona humana en la eutanasia:

Ya dije que se esmeran en la atención a los enfermos. No escatiman nada que pueda contribuir a su curación. Trátese de medicina o alimentos. Consuelan a los enfermos incurables visitándolos con frecuencia, charlando con ellos, prestándoles, en fin toda clase de cuidados. Pero cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos entonces, los magistrados y sacerdotes se presentan al enfermo para exhortarle. Siguiendo los consejos de los sacerdotes como intrépidos de la divinidad, realizan incluso una obra piadosa y santa. Los que se dejan convencer ponen fin a sus días, dejando de comer o se les da un soporífero, muriendo sin darse cuenta de ello. Pero no eliminan a nadie contra su voluntad, ni por ello le privan de los cuidados que le venían dispensando. Este tipo de muerte se considera algo honorable pero, el que se quita la vida por motivos no aprobados por los sacerdotes y el senado- no es juzgado digno inhumano o incinerado. Se le arroja ignominiosamente a una ciénaga.<sup>9</sup>

En el siglo XIX y XX. El significado médico- ético- jurídico- antropológico y social de la eutanasia, es un problema que preocupa a toda la comunidad, la cual adopta diversas actitudes entre el rechazo y la aceptación.

### **1.1.2. La eutanasia: ritualizada, medicalizada, autonomizada.**

Estas son las categorías con que, Diego Gracia aborda la historia de la eutanasia, en la obra de Javier Gafo “la eutanasia y el arte de morir”.<sup>10</sup>

### **1.1.3. La eutanasia ritualizada.**

La muerte no es ni ha sido un hecho “natural” simple y unívoco, sino un complejísimo fenómeno “cultural”. Es una creación del hombre. Esto se advierte muy bien al formular una pregunta tan simple como la de cuándo muere un ser

humano. La única respuesta indudable es que el hombre está muerto cuando su cuerpo se descompone. La corrupción orgánica es el único signo cierto de muerte. Este hecho biológico nunca ha sido culturalmente asumible. Los seres humanos no pueden ver cómo se descomponen ante su presencia los cuerpos de las personas queridas. Esto explica que siempre se hayan buscado signos premonitorios de la descomposición orgánica. Desde muy antiguo se conocen como mínimo dos, con los nombres de “muerte cardiopulmonar” y muerte “cerebral”. El primero, la ausencia de pulso y de respiración, ha sido utilizado por nuestra cultura para definir la muerte. Una persona está muerta cuando carece de pulso y de respiración espontánea.

Es “cultural” el hecho de morir. La hoy llamada unción de los enfermos aparece como un rito de paso de muerte o mejor, de eutanasia. Su objetivo es “ayudar a morir”, hacer posible una “buena muerte”. Este objetivo de ayudar a bien morir se lo han propuesto todas las culturas en sus ritos de paso tanatológicos, utilizando diversos medios: productos químicos (drogas, vinos, derivados del opio, etc.) para que los moribundos perdieran la conciencia y murieran en paz. Otras veces han utilizado venenos.

Todas las culturas se han visto obligadas a “ritualizar” el fenómeno de la muerte. Estos ritos han tenido siempre por objeto “humanizar” el proceso de morir evitando en lo posible el sufrimiento. A partir del nacimiento de la medicina en Grecia, desde ese momento va a ser el médico, la persona encargada de cumplir con esa misión.

#### **1.1.4. La eutanasia medicalizada.**

La medicina tiene por objeto luchar por la vida, defender la vida. Pero la medicina occidental ha sido desde sus orígenes una ciencia eutanásica; esta es la tesis de Diego Gracia y que demuestra a partir de los estudios sobre Platón, Averroes, Moro, Binding y Hoche. De ellos por ejemplo Averroes, uno de los máximos

médicos de la edad media, es decidido partidario de la eutanasia, y considera que practicarla es función de los médicos de la ciudad. Platón expresa que la ciudad natural o perfecta ha de estar compuesta de hombres “sanos”. Los ciudadanos han de gozar de salud, dado que la salud es inseparable de la perfección. Por eso, en la ciudad ordenada los médicos no tienen cabida.

#### **1.1.5. La eutanasia “autonomizada”.**

El interés actual por la eutanasia se debe a que nuestra época ha introducido un nuevo factor en la reflexión sobre ese tema: la autonomía de los pacientes. Hasta la segunda guerra mundial, las prácticas eutanásicas se realizaron, por lo general sin el consentimiento de quienes la sufrían. En las tribus primitivas eran las normas consuetudinarias del grupo social o del clan familiar las que señalaban cuándo una persona debía desaparecer en beneficio de todas las otras. Las prácticas eutanásicas desde los albores de la cultura occidental, en la Grecia antigua, hasta la época Nazi, se basaron en motivos sociales, políticos, médicos, eugenésicos, etc., pero muy pocas veces tuvieron en cuenta la voluntad de los pacientes.

Vivimos en la época de los derechos humanos y, prácticamente, acaba de descubrir que entre estos, está el derecho a decidir- dentro de ciertos límites sobre las intervenciones que se realizan en el propio cuerpo, esto es, sobre la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte.

#### **1.1.6. La eutanasia significados diversos.**

En general, eutanasia significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal. El mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Puede también ser provocada por otros a petición del enfermo o con su consentimiento. En todos estos casos se habla de eutanasia voluntaria. Si

se causa la muerte contra la voluntad del paciente o sin su conocimiento hablamos entonces de eutanasia involuntaria. Mazuelos Pérez (1999) expresa:

La eutanasia hace referencia siempre al acto de poner fin a la vida de una persona enferma, pero desde una motivación particular: piedad, amor, compasión, etc. No es el odio, ni la envidia, ni el resentimiento, ni el interés egoísta lo que mueve, en la hipótesis de alguien gravemente enfermo, la acción de provocar la muerte. Es decir, son las consideraciones humanitarias las que entran en juego cuando se plantea esa peculiar forma de morir.<sup>11</sup>

Es importante tener presente el motivo que origina la muerte, pues ello conlleva una consecuencia importante para una correcta conceptualización de la eutanasia: esta no puede ser enjuiciada sin más aditamentos, desde el conocido esquema de suicidio o del homicidio. No es el simple “matar” a alguien o “matarse”, esto es, quitar la vida a alguien o quitársela uno mismo. Es otra cosa. El debate sobre la eutanasia no se centra en la legitimidad de disponer de la vida de una persona cualquiera, sino de la persona enferma sobre la que no existe esperanza de vida en unas condiciones que puedan calificarse como humanas.

Estos medios con los cuales se causa la muerte pueden coincidir todos en una intervención positiva, por ejemplo, en una sobredosis de píldoras conciliadoras del sueño o en otra clase de medicinas, o una inyección de cloruro de potasio, que causa de inmediato la muerte. A veces se usa el término dar una muerte piadosa para esta clase de intervención. Con todo, lo normal es que se le llame eutanasia positiva, activa, o directa. En cambio se llama eutanasia negativa, pasiva o indirecta a la omisión de un tratamiento eficaz, o sea, al hecho de no prolongar el proceso de morir por medio de máquinas o aparatos que mantienen la vida al paciente, como por ejemplo, el respirador artificial.

Queda el problema de si existe o no diferencia, desde el punto de vista moral, entre la omisión y la realización de un acto. ¿La omisión de un tratamiento puede equivaler al hecho de dar muerte a un paciente? ¿Desconectar el respirador ocasiona directamente la muerte del enfermo? ¿El descuido de poner a un paciente bajo el control de un aparato y dejarlo morir, difiere moralmente de retirarle el aparato? ¿Cuál es aquí la diferencia moral entre acción y omisión, entre omisión e intervención? ¿El paciente o el doctor están obligados a impedir la muerte cuanto sea posible? ¿Y por qué medios? Vamos a examinar todos estos problemas.

En la eutanasia voluntaria positiva no se le impone al paciente la muerte, sino más bien, este se la busca. En el fondo, esta clase de eutanasia es un suicidio o la cooperación con otros que lo cometen. Sin embargo, se trata de una clase especial de suicidio, ya que se comete tan sólo con miras a poner fin a dolores intolerables o una vida "inútil". Este tipo de suicidio fue defendido por algunos filósofos en la antigüedad y practicado en algunos países. Sócrates sostuvo que el hombre era propiedad de los dioses y que sería injusticia destruir esta propiedad. Sin embargo, la necesidad imperiosa de morir, da a entender el permiso de los dioses para poner fin a la propia vida.

La Eutanasia se clasifica según:

- Su finalidad:

Eutanasia eugenésica: por razones de "higiene racial", libera a la sociedad de los enfermos que son una carga.

Eutanasia piadosa: es la que se practica con el fin de aliviar los dolores y sufrimientos a un enfermo.

- Sus medios ( según la alteración en la duración de la vida):

Eutanasia positiva: es aquella en que el agente de manera directa y positiva actúa sobre la persona enferma provocándole la muerte.



Eutanasia negativa: el agente deja de hacer algo que permite proseguir con la vida del paciente.

- Sus intenciones (según el modo como se realice):

Eutanasia directa: cuando en la intención del agente existe el deseo de provocar la muerte directamente del enfermo.

Eutanasia indirecta: consiste en la muerte no querida en su intención que sobreviene a causa de los efectos secundarios del tratamiento paliativo del dolor.

Eutanasia lenitiva: para indicar el empleo de fármacos con el fin de aliviar el dolor causado por una enfermedad terminal y puede causar la mengua de la vida.

- Su voluntariedad (desde el punto de vista de la víctima):

Eutanasia voluntaria: es la que solicita el paciente de palabra o por escrito.

Eutanasia involuntaria: es la que se aplica a los pacientes sin su consentimiento.

Eutanasia perinatal, agónica, psíquica o social, según se aplique a recién nacidos deformes o deficientes, a enfermos terminales, a afectados de lesiones cerebrales, irreversibles o ancianos u otras personas retenidas socialmente como improproductivas o gravosas.

- Desde el punto de vista de quien la practica

Eutanasia autónoma o suicida, cuando es el mismo sujeto quien recurre al uso de medios letales para suprimir o acortar su propia vida.

Eutanasia heterónoma o suicida: cuando la muerte se produce como resultado de la participación de otra u otras personas, en cuyo caso se pueden observar tres modalidades: el homicidio piadoso, el social y el eugenésico.

- Según se provoque la muerte:

Eutanasia activa: consiste en proporcionar conscientemente la muerte a una persona gravemente enferma, por medio de una acción positiva, como una

inyección de sustancias letales. Implica obrar de modo considerado directo y lleva a la toma de una conducta activa para producir la muerte.

Eutanasia pasiva: consiste en provocar la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado necesario para la supervivencia. Es no proporcionar a una persona en estado terminal una terapia que prolongue su vida. Es dejar de utilizar cualquier método específico para seguir manteniendo la vida de una persona irrecuperable desde el punto de vista “salud y calidad de vida”. Implica dejar de obrar en forma consciente y lleva a la toma de una conducta pasiva y expectante tendiente a que la enfermedad produzca la muerte de la persona, a sabiendas de que si se interviene, la muerte podría posponerse.

De allí se han desglosado una serie de conceptos que están relacionados con la eutanasia:

#### **1.1.7. Eutanasia y distanasia.**

La distanasia es el prolongamiento de la vida humana, haciendo uso de los medios extraordinarios de reanimación con los cuales cuenta hoy la ciencia médica. La distanasia tiene una intencionalidad positiva en tanto aleja la muerte, sobrepasa su hora o no deja morir, mientras la intencionalidad de la Eutanasia es negativa, en la medida en que precipita el momento del fallecimiento.

#### **1.1.8. Eutanasia y ortotanasia.**

La ortotanasia es cuando se interrumpen u omiten medios médicos proporcionados ordinarios y normales. Este vocablo designa la muerte digna o debida a toda persona, entendida ésta como el derecho que tiene el ser humano a morir dignamente y, correlativamente, a exigir la ayuda necesaria para hacerlo efectivo.

#### **1.1.9. Eutanasia y eugenesia.**

Se puede distinguir dos clases de eugenesia: eugenesia negativa y positiva. La primera trata de suprimir los defectos genéticos. Sus métodos principales son la

esterilización o la reclusión en instituciones de los seres defectuosos, en las que se les impida la transmisión de defectos genéticos y continuar la reproducción de seres humanos inferiores. Se hace un examen genético, por medio del cual los interesados pueden averiguar si son portadores de genes defectuosos, y dejándoles la decisión de abstenerse de la procreación para impedir el nacimiento de niños defectuosos.

La segunda, trata de reproducir caracteres deseables y producir gente de “alta calidad”. “Tal objetivo puede alcanzarse de varias maneras. Se puede usar semen y óvulos de seres humanos ‘superiores’ para inseminación artificial o inovulación para obtener rasgos superiores se podrían introducir en el material genético genes producidos artificialmente.”<sup>12</sup> La eugenesia, a pesar de fundarse en estudios biológicos, es de muy difícil aplicación en el hombre, no sólo porque puede involucrar algún interés de tipo político, sino además, porque sus principios y medidas resultan incompatibles con los derechos humanos.

#### **1.1.10. Cacotanasia.**

Se ha sugerido este nombre para la eutanasia que se impone sin consentimiento del afectado, “como ocurrió no hace mucho con la muerte de ancianos deteriorados, provocadas por auxiliares de enfermería del hospital Lainz de Viena, y que produjeron repudio universal. La palabra apunta hacia una mala muerte.”<sup>13</sup>

#### **1.1.11. Cuidados paliativos.**

Entre la eutanasia y el tratamiento terapéutico existe una tercera vía, cuyos principios fueron formulados hace cuarenta años en Inglaterra: son los cuidados paliativos. Esto significa, en primer lugar, hacerlo todo para suprimir el dolor físico, gracias a la utilización de medicamentos analgésicos (calmante). Esto es que los cuidados para su confort se adapten al paciente. Es decir, que se le asee con cuidado que se le evite que tenga llagas ocasionadas por la inmovilidad prolongada en la cama, colocándole sobre un colchón de agua para evitar, que se

le pulverice la boca para evitar la desecación- muy frecuente en la fase terminal- que reciba oxígeno complementario, de acuerdo con las necesidades, etc. Aparte del alivio físico, los cuidados paliativos tienen otro aspecto: acompañar al enfermo con el objetivo de evitar un sufrimiento moral demasiado grande ante la cercanía de la muerte.<sup>14</sup>

#### **1.1.12. Vivir y morir con dignidad.**

Dignidad implica elevación, honor, nobleza. No puede ser exigida o reivindicada, porque no es algo externo que pueda ser suministrado. La muerte digna en su sentido esencial significa afrontar la propia muerte o la de los seres queridos, viendo en ella una oportunidad para ejercitar nuestra humanidad, tanto en lo grande como en lo pequeño. La muerte digna, en su sentido más esencial, ha de significar una actitud noble y una conducta virtuosa ante el último momento. Una muerte digna no es un asunto que se reduce a quitar enchufes o suministrar sustancias latentes.

#### **1.1.13. Técnica terapéutica.**

Es la parte de la medicina que enseña el modo de tratar las enfermedades. Comprende el estudio de los diversos agentes curativos y su empleo, a fin de reanudar la actividad autónoma de los órganos por ellas afectados.

El término “reanimación”, utilizado en el campo de la atención sanitaria, significa “devolver la vida”; desde esta última óptica se refiere al restablecimiento de las funciones cardíacas y respiratorias a fin de oxigenar las células y conservar los tejidos, pues una detención de las mismas, aún cuando sea por poco tiempo, produce la muerte escalonada por anoxia (ausencia de oxígeno en la sangre).

#### **1.1.14. Medios terapéuticos.**

Son las medicinas, tratamientos u operaciones aplicados al enfermo. En algunos casos este tratamiento se convierte en un “encarnizamiento terapéutico” y es

consecuencia de un deseo obsesivo de los médicos por tratar de evitar la muerte a toda costa, sin renunciar a ningún medio, sea o no proporcionado y, en ocasiones, empleando técnicas o instrumentos experimentales aunque con ello se torne más angustiosa la situación del paciente. Esta irracional obstinación en los tratamientos que no pueden atender al beneficio del paciente o a un mejoramiento de su calidad de vida, es ampliamente condenada por la ética médica actual.<sup>15</sup>

#### **1.1.14. Paciente terminal.**

Es quien padece una enfermedad en progresión sin posibilidades actuales de curación, en el que se espera que los tratamientos específicos convencionales fracasen. También es aquel que presenta un estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo; cuando la esperanza de vida es corta, no superior a dos meses, con insuficiencia de órganos o sistemas y complicaciones irreversibles finales.<sup>16</sup>

Los criterios diagnósticos de la fase terminal son:

- Enfermedad causante de evolución progresiva
- Estado de enfermedad grave inferior a 40/100 en la escala de Karnofski.
- Perspectiva de vida no superior a dos meses.
- Insuficiencia de órganos.
- Ineficacia comprobada de los tratamientos.
- Ausencia de tratamientos alternativos útiles para la curación o aumento de la supervivencia.
- Complicaciones irreversibles finales.

## **2. PERSPECTIVA MÉDICA - SALUD PÚBLICA, SOCIAL Y FAMILIAR.**

### **2.1. EUTANASIA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA**

En todos los Códigos de Deontología Médica de la Historia, se indica al médico que su misión es siempre la de curar o aliviar a sus enfermos, pero nunca

provocarles deliberadamente la muerte. El médico debe guardar el máximo respeto hacia la vida humana; a continuación algunos ejemplos:

En el Juramento Hipocrático (460 a.c.) se dice de la siguiente manera: "Y no daré ninguna droga mortal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso".

El Código Internacional de Deontología (Ginebra 1948; Sidney 1968. Adoptado por la OMS) traduce a un lenguaje actual las expresiones del Juramento Hipocrático, conservando el espíritu, de sus preceptos.

En el párrafo nueve dice: "Guardaré el máximo respeto hacia la vida humana desde el momento de su concepción".

Y más recientemente, hace tan sólo unos años, se aprobó en Madrid- España la última declaración sobre la eutanasia en el transcurso de la última reunión de la Asamblea Médica Mundial. En la misma se señala que "la eutanasia, es decir el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética".

El vigente código de Deontología Médica, en su Capítulo XVII: Del respeto a la Vida, en su Art. 116 dice: "El médico está obligado a poner los medios preventivos y terapéuticos necesarios para conservar la vida del enfermo y aliviar sus sufrimientos. No provocará nunca la muerte deliberadamente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo, la familia, o ambos, lo soliciten, ni por otras exigencias".

Este precepto está, lógicamente, encuadrado dentro del conjunto de la deontología médica, pero hay que estudiarlo en conexión con su vecino, el Art. 117. En efecto, hoy no se puede hablar de ética de la eutanasia sin hacer referencia a la del ensañamiento terapéutico. Con la misma energía con que el Art. 116 condena la eutanasia, el Art. 117 rechaza el ensañamiento terapéutico, al obstinarse inútilmente en dar la vuelta a una situación irreversible. Lo hace con

estas palabras: "En caso de enfermedad terminal, el médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando haya la evidencia de que estas medidas no pueden modificar la irreversibilidad del proceso que conduce a la muerte. Debe evitarse toda obstinación terapéutica inútil. El Médico favorecerá y velará por el derecho a una muerte acorde con el respeto a los valores de la condición humana.<sup>17</sup>

Por tanto, el médico debe, en primer lugar, emplear con competencia todos sus recursos. Ha de prevenir el que se produzca daños o situaciones que deterioren el curso clínico, disminuyan la calidad de vida o la pongan en peligro. Ha de tratar con competencia la enfermedad, evitará hacer daño con errores de diagnóstico o terapéuticos, ha de ser experto en el alivio del sufrimiento, ya tome la forma de dolor o de incapacidad. Se esforzará en crear un ambiente de serenidad ante los familiares del enfermo, que a veces, están tan necesitados de atención como el propio paciente.

Hoy, por fortuna, tiene el médico recursos muy eficaces para hacerlo. Necesita formación científica, sensibilidad humana y tiempo.

El dramatismo con que se presentan a veces los casos de eutanasia, se debe a que el médico o anda corto de recursos humanos y profesionales, o no tiene tiempo, paradójicamente, para atender a lo más importante.

La muerte deliberada nunca podrá ser considerada como un remedio genuinamente médico de ninguna situación clínica.

Por otro lado, si la eutanasia se aceptase por amplios círculos de médicos, mermaría la capacidad de innovación y de progreso de la Medicina en su conjunto; es indudable que si el parapléjico, al anciano disminuido, al canceroso terminal se le aplica la eutanasia, la Neurología o la Oncología contemporáneas se verían frenadas, no tendrían interés alguno por esos enfermos.

La eutanasia es una actitud que no congenia con el propio ser de la medicina; más bien es todo lo contrario: la medicina está al servicio de la vida y la eutanasia al servicio de la muerte.

### **2.1.1. CASOS RESONANTES.18**

Experimentos con "Cobayos Humanos":

1. Uno de los casos polémicos tuvo lugar en el Jewish Chronic Disease Hospital de Brooklyn (1963) donde inyectaron a pacientes crónicos graves con células cancerosas vivas.

2. Otro sucedió en el Colegio Estatal de Willowbrook de New York (1967) una institución de chicos con deficiencias mentales a quienes se les inoculó virus de hepatitis.

En ambos casos, el objetivo de las experimentaciones era estudiar el desarrollo de la enfermedad "in vivo" para obtener toda la información que permitiera hallar la forma de prevenirla o curarla. Los dos fueron casos aberrantes que conmocionaron a la sociedad, pero lo que causó aún más conmoción fue el hecho de saber que en el caso de los chicos con deficiencias mentales, el equipo que llevó a cabo las experimentaciones obtuvo el consentimiento de los padres, es decir, los mismos padres estuvieron de acuerdo en someter a sus hijos a esos experimentos.

3. Un tercer caso importante lo representó un grupo de pacientes de raza negra con sífilis. A ninguno de ellos se les brindó tratamiento antibiótico para poder estudiar mejor la evolución de la enfermedad hasta la muerte. El proyecto lo inició la U.S. Public Health Service en Tuskegee, Alabama, desde 1932 hasta 1972. A partir de 1940 hubiera sido posible tratar a estas personas con penicilina pero no se hizo. En 1965, el proyecto sufrió algunas objeciones pero no fue sino hasta 1972, año en que el caso recibió la atención de la prensa y fue ampliamente



publicitado, que una comisión designada para investigarlo lo declaró "éticamente injustificable". A esos seres humanos se les negó la cura y se los hizo sufrir innecesariamente para investigar más a fondo la enfermedad.

Las situaciones que describimos son trágicas y criminales porque evidencian una falta de respeto total hacia la vida humana.

Otros casos, ya de corte individual, sin experimentación de por medio y que subrayaron la necesidad real y urgente del accionar de los Comités de Ética y el análisis de los cuestionamientos en el derecho a morir fueron:

4. Karen Quinlan.

5. El bebé Doe.

6. La bebé Jane Doe.

4. Karen Quinlan (1976) estaba en estado vegetativo y sobrevivía asistida mecánicamente. Sus padres solicitaron la desconexión del respirador artificial porque no había ninguna posibilidad de que la joven se recuperara, y aún si lo hubiera logrado, hecho absolutamente improbable, su calidad de vida hubiera sido deplorable. El problema llegó a la corte de justicia y luego de muchas batallas legales los padres consiguieron la autorización para que se desconectara el respirador artificial.

5. El bebé Doe (1982) nació con Síndrome de Down y una atresia de esófago. La malformación del esófago le impedía alimentarse, ya que una parte del trayecto del mismo permanecía cerrado y sólo una intervención quirúrgica podía abrirlo. Los padres se opusieron a la cirugía porque consideraron que era agregar otro sufrimiento al que ya padecía el bebé pues la calidad de vida del pequeño luego de la operación no iba a ser buena debido a la conjunción de todos sus problemas

de salud. El caso también llegó a la corte. No hubo tiempo para que la justicia diera su fallo porque el bebé murió de inanición a los pocos días.

6. La bebé Jane Doe (1983) nació con una espina bífida e hidrocefalia, sus posibilidades de sobrevivir eran muy escasas y en caso de lograrlo su calidad de vida iba a ser desastrosa. Los padres se negaron a que recibiera tratamiento.

Todos estos antecedentes fueron algo así como síntomas que de alguna manera señalaron la necesidad de una reflexión profunda, de un planteo que brindara una salida digna y humana a los problemas de los seres humanos.

La necesidad de hallar una salida que resuelva estos dilemas se hace cada vez más evidente y a los médicos también les resulta cada vez más difícil tomar decisiones, pues, en los casos dudosos pesan dos actitudes: por un lado, el compromiso del médico de hacer todo lo posible por salvar una vida y, por el otro, las posibilidades de éxito y la calidad de vida del paciente luego del tratamiento.

## 7. El Caso Español

Sampedro había estado 29 años postrado a causa de una parálisis total y luchaba desde hacía mucho por el derecho a la eutanasia.

Sampedro apareció muerto a los 55 años, 29 de los cuales había pasado postrado en cama. Sólo podía mover la cabeza después de sufrir un accidente cuando se tiró desde una roca a nadar en el mar.

"Mi mente es la única parte de mi cuerpo que todavía está viva. Soy una cabeza atada a un cuerpo muerto", había explicado a los jueces cuando comenzó en 1994 una larga batalla, la primera en los anales de la Justicia española, para que los magistrados autorizaran su muerte.

Desde el principio, la policía sospechó que alguien lo había ayudado a morir, sospechas que se confirmaron cuando aparecieron restos de cianuro en el cuerpo de Sampedro durante la autopsia.

Ramona Moneira conoció a Sampedro dos años antes, después de ponerse en contacto con él tras conocer su larga batalla judicial.

La personalidad de Sampedro y su larga agonía quedaron reflejadas en un libro, *Cartas desde el infierno*, donde testimoniaba sobre su calvario desde que era un marino mercante. Tenía 26 años y se encontraba en su pueblo natal de Xuno en La Coruña, Galicia, cuando al lanzarse al mar cayó sobre unas rocas.

Su familia lo cuidó durante estos 29 años, pero cuando Sampedro tuvo la certeza de que había encontrado a la persona que estaba decidida a ayudarlo a morir, dejó su casa en Santiago de Compostela y fue trasladado a la casa de su amiga, Ramona Moneira Castro, en la localidad coruñesa de Boiro. Dejó un video en el cual explicaba las razones de su decisión a su familia.

La muerte de Sampedro encendió otra vez la polémica sobre la eutanasia. "Esto ayuda a acabar con los tabúes que rodean estas cuestiones", señaló Aurora Bau, vocero de la Asociación Derecho a Morir Dignamente.

La tragedia de Sampedro conmovió a España durante años y ahora relanzó el debate sobre el derecho a morir y la despenalización de quienes participan en la muerte asistida de enfermos terminales o de otros que buscan la muerte como una liberación a sus terribles sufrimientos.

## 8. Los Casos Kevorkian.

El "Doctor Muerte", como se lo llama, fue involucrado en 130 casos de suicidio asistido desde 1990.

La primera vez también su primer caso de suicidio asistido, en 1990- debió responder por la muerte de Janet Adkins en Portland, Oregón. Pero el juez desestimó el cargo porque ninguna ley de ese estado prohibía el suicidio asistido. Por la misma razón quedó desvinculado de otra muerte en 1992.

El médico estadounidense Jack Kevorkian, conocido como el "Doctor Muerte", mostró por televisión la eutanasia que le practicó a un paciente y amenazó con dejarse morir de hambre en la prisión si es arrestado.

"O me dejan libre, y entonces no podrán prohibir la eutanasia y el suicidio asistido, o me meten en prisión. Y entonces realizaré una huelga de hambre hasta morir", dijo Kevorkian durante una entrevista en el programa "Sixty Minutes" de la red televisiva estadounidense CBS.

"Deben acusarme desafió durante el programa. Porque si no lo hacen, eso significa que no creen que haya sido un delito".

Durante la nota, Kevorkian mostró la filmación del momento en que le dio una inyección letal a Thomas Youk, de 52 años, quien vivía en una silla de ruedas a causa de los efectos del mal de Lou Gehring.

"¿Está seguro de querer morir?", dice el médico, en la cinta difundida, mientras prepara la jeringa. El paciente no logra hablar pero con la cabeza asiente. En las imágenes, se ve que Kevorkian le pregunta si no prefiere esperar, a lo que Youk se niega dándole su aprobación a la aplicación de la inyección.

Otra parte de la cinta de video contiene las imágenes de Youk firmando un documento en el que autoriza a Kevorkian a proceder con la eutanasia.

Antes de divulgarse las imágenes de la muerte de Youk, Kevorkian había dicho "le demostraré una vez más al tribunal que la mía es una causa justa".

El médico, quien afirmó haber asistido la muerte de 120 personas desde 1990, dijo "desafío a las autoridades a arrestarme".

Kevorkian fue enjuiciado cuatro veces, con tres absoluciones y un proceso anulado por vicios formales. La policía de Michigan donde reside Kervokian y se penaliza la muerte asistida con cinco años de cárcel desde el 1 de septiembre del 2010 comenzó una investigación sobre la muerte de Youk.

Sin embargo, la fiscalía ya dijo que hasta ahora el video no es una prueba suficiente para empezar una acción penal contra Kevorkian.

Kevrokian admitió su participación en la muerte de Youk sólo luego de un referéndum que rechazó el 3 de noviembre la legalización de la eutanasia.

Mientras los representantes de distintos credos religiosos habían protestado por la emisión del video, la CBS fue inundada por las protestas de parte de los titulares de los espacios publicitarios. Muchas empresas retiraron sus avisos, pidiendo que sean emitidos durante una edición posterior del programa.

La presencia del "Doctor Muerte" y la emisión del suicidio asistido a la eutanasia no les gusto a muchos de los partidarios tradicionales.

Sus ex abogados Geoffrey Fieger y Michael Schwartz afirmaron que no fueron consultados por la inyección letal del 17 de septiembre pasado a Thomas Youk.

En esta ocasión, Kevorkian afirmó que se había prestado a la filmación para provocar su propio arresto, para impulsar el debate sobre la eutanasia, que el médico considera un derecho individual.

El "Doctor Muerte" ya había sido acusado de asesinato en otras oportunidades.

Cronología de eventos que involucran a Jack Kevorkian:

1990:

- El 4 de junio - el Janet Adkins paciente que padecía Enfermedad de Alzheimer, 54 años, de Portland, la Mena., drogas letales inyectadas en su cuerpo con la máquina del suicidio de Kevorkian.
- Dic. 13 - Un juez estatal de Michigan acusó a Kevorkian por el cargo de asesinato (supuesta ayuda en un suicidio).

1991:

- Oct. 23 - Kevorkian asiste las muertes de Sherry Miller, 43 años, de Roseville que inhala monóxido del carbono y Marjorie Wantz, 58 años, de Sodus que se muere en la máquina del suicidio.
- Nov. 20 - El Colegio Médico de Michigan suspende la licencia médica de Kevorkian.

1992:

- Feb. 28 - Kevorkian negó los cargos de asesinato en los casos Molinero y Wantz.
- May. 25 - Susan Williams, 52 años, de Clawson, inhala monóxido del carbono.
- Julio 21 – Se hacen los cargos de asesinato por el caso Williams.
- Sept. 26 - Lois F. Hawes, 52 años, de Warren, inhala monóxido del carbono.
- Nov. 23 - Catherine Andreyev, 45 años, de Pennsylvania, inhala monóxido del carbono.
- Dic. 15 - Marcella Lawrence, 67 años, de Clinton Township, y Marguerite Tate, 70 años, de Colinas, inhalan monóxido del carbono. Ese mismo día, Gobernador John Engler se refiere a los posibles signos de asistencia suicida.

1993:

- Ene. 20 - Jack E. Molinero, 53 años, de Municipio de Huron, inhala monóxido del carbono.
- Feb. 4 - Stanley Ball, 82 años, de Leland, y Mary Biernat, 73, de Indiana, inhalan monóxido del carbono.
- Feb. 8 - Elaine Goldbaum, 47 años, de Southfield, inhala monóxido del carbono.
- El Feb. 15 - Edmund Hund, 70 años, de Roseville, inhala monóxido del carbono.
- Feb. 18 - Martha Ruwart, 41 años, y Jonathan Grenz, 44 años, los dos de California, inhalan monóxido del carbono.
- Feb. 25 - la ley del suicidio asistido toma vigencia.
- 27 de abril - las autoridades de California suspenden allí la licencia médica de Kevorkian.
- Mayo 16. - Ronald F. Mansur, 54 años, de Southfield, inhala monóxido del carbono.
- Ago. 4 - Thomas Hyde, 30 años, de Novi, inhala monóxido del carbono.
- Sept. 9 - Kevorkian pidió tomar como ejemplo el ensayo de la muerte de Hyde. Esa noche, Donald O'Keefe, 73 años, del Municipio de Redford, inhala monóxido del carbono.
- Sept. 14 - Kevorkian es acusado de ayudar en la muerte de O'Keefe, y declaró que él no ayudará en más suicidios.
- Oct. 22 - Merian Frederick, 72 años, de Ana Arbor, inhala monóxido del carbono.
- Nov. 5 - Kevorkian es detenido inicia una huelga de hambre.
- Nov. 8 - Un abogado dijo que Kevorkian está burlándose del sistema de la justicia con sus actividades delictivas.
- Nov. 22 – El Dr. Ali Khalili, 61 años, de Illinois, inhala monóxido del carbono.

- Nov. 29 - Kevorkian intervino en la muerte de Frederick. Es detenido e inicia otra huelga de hambre.
- Dic. 14 - Kevorkian pidió ser declarado inocente en el ensayo de la muerte de Frederick, pero otro Juez hace cargos por muerte de O'Keefe declarando inconstitucional la ley del suicidio asistido.

Dic. 17 – Se paga la fianza y Kevorkian es liberado.

1994:

- Ene. 4 - Kevorkian ayuda a morir a Khalili.
- Ene. 27 - Los cargos en los casos Frederick y Khalili rechazados.
- Mayo 2 - Kevorkian hace su descargo en el caso Hyde.
- Mayo 10 – La Corte de Apelaciones del Estado reingresa los cargos de asesinato en los casos Wantz y Molinero, pero también invalida la ley de suicidio asistido.
- Nov. 27 - Margaret Garrish, 72 años, de Roble Real, inhala monóxido del carbono.
- Dic. 13 – Se aprueba la Ley de Suicidio por decisión constitucional en el estado de Michigan.

1995:

- Abril 24 - U.S.A. La Corte Suprema rechaza las apelaciones de Michigan.
- Mayo 8 mayo - John Evans, 78 años, de Roble Real, inhala monóxido del carbono.
- Mayo 12 - el Nicholas Amando, 27 años, de Fénix, inhala monóxido del carbono.
- Junio 26 - Erika Garcellano, 60 años, de la Ciudad de Kansas, inhala monóxido del carbono.
- Ago. 22 - Esther Cohan, 46 años, de Illinois, inhala monóxido del carbono.



- Ago. 31 – Se publicitan Casos de Khalili.
- Nov. 8 - Patricia Cashman, 58 años, de California, inhala monóxido del carbono.

1996:

- Ene. 29 - Linda Henslee, 48 años, de Wisconsin, inhala monóxido del carbono.
- Feb. 9 - Kevorkian recibe u\$ 10 millones por el pleito por difamación contra la Asociación Médica Americana y de la Sociedad Médica del Estado de Michigan.
- Feb. 20 - Kevorkian sigue ensayo en Frederick y el caso de Khalili.
- Marzo 8 - en Oakland Kevorkian hace su descargo ante el jurado.
- Abril 16 – la ley común lo enjuicia por los suicidios de Molinero y los Wantz en Oakland.
- Mayo 6 – en Austin Bastable, , Windsor, inhala monóxido del carbono.
- El 14 de mayo - Kevorkian hizo su descargo por los cargos por la muerte de en Molinero y de Wantz.
- El 11 de junio - el abogado de Kevorkian, Geoffrey Fieger, confirma la muerte de Ruth Neuman, 69, de New Jersey.
- Junio 18 - Lona Jones de Chester, muere en un Centro Médico de Oakland del Norte. La autopsia confirmó que ella se murió envenenada por monóxido de carbono.
- Junio 21 - Bette Hamilton, de Colón, Oh. El segundo suicidio asistido por Kevorkian en 48 horas. (12).

## **2.2. EUTANASIA VS CUIDADOS PALIATIVOS**

Una vez que hemos nacido, estamos seguros de que algún día moriremos. Lo que no sabemos es ni dónde, ni cuándo, ni cómo. Sobre el “dónde” no tenemos mucho

control ni, en realidad, nos importa tanto. Sobre el “cuándo” sí estamos más pendientes y por ello buscamos ayuda médica para retrasar lo más posible el inevitable fin. El “cómo” de nuestra muerte también nos preocupa cada vez más, pues es usual que por el avance de la ciencia, muramos a edades más longevas, y no infrecuentemente, en situación de dolor, sufrimiento, incapacidad o bajo el control de otras personas y de extraños aparatos como respiradores, desfibriladores, sistemas dializadores, infusores de alimentación parenteral y un sin fin de otros artilugios que fueron creados con la sana intención de conservar las funciones vitales.

La Medicina Paliativa, no busca prolongar obstinadamente la vida del enfermo ni acortarla indebidamente con una práctica eutanásica, sino que busca cuidar con dignidad el período terminal de la vida del enfermo y se convierte así en una alternativa válida, ética e irreprochable a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico.

Desde el punto de vista ético y terapéutico, la sedación paliativa o terminal es una maniobra terapéutica dirigida a aliviar el sufrimiento del paciente y no el dolor, pena o aflicción de la familia o del equipo de salud. La presencia de un intenso sufrimiento en la familia pudiera considerarse, en casos seleccionados, como una indicación de ingreso del paciente en una unidad específica de Cuidados Paliativos.<sup>19</sup>

Siempre debe obtenerse el consentimiento explícito para proceder a una sedación. En cualquier caso, la realidad clínica se impone ya que nos hallamos ante personas emocional y físicamente muy frágiles y en muchos casos con capacidad disminuida de decisión. En estos casos, este consentimiento puede obtenerse de forma delegada o pudiera estar implícita en los valores y deseos que habitualmente ha manifestado el paciente a la familia o al equipo. Lo más importante, desde el punto de vista de las garantías éticas, es que el equipo haya explorado estos valores y deseos (primero con el paciente y/o con la familia) y que

en la historia clínica, se refleje tanto el consentimiento como los procedimientos diagnósticos o terapéuticos utilizados que justifiquen la refractoriedad del síntoma, o la razón para no utilizarlos, así como el proceso clínico de la sedación con valoración de los criterios de respuesta (como p.ej., el nivel de conciencia o ansiedad, escala de Ramsay u otras).

La sedación es una cosa muy distinta de la eutanasia. En primer lugar y sobre todo, se diferencian en la intencionalidad, ya que lo que se busca con la sedación es el alivio del síntoma que incluso pudiera llegar a la pérdida de la vida consciente, pero no busca la eliminación de la vida física que es la intención y finalidad de la eutanasia. Incluso la pérdida provocada de la conciencia, debe ser controlada por el médico de forma que se alterne y permita períodos conscientes, para que el paciente pueda disponer sus últimas voluntades o despedirse de sus familiares.

Ya que los fármacos utilizados tanto para la sedación como para la eutanasia pudieran ser o son de hecho iguales o similares, debe existir en la historia clínica una indicación clara de los fármacos y las dosis utilizadas en el proceso de sedación, ajustadas a su finalidad de controlar los síntomas del paciente, para distinguirlas claramente de las dosis o combinaciones de fármacos a dosis letales que se usan en la eutanasia. El parámetro de respuesta en la sedación, es el alivio del sufrimiento del paciente, mientras que el éxito de la eutanasia (parámetro de respuesta), es la muerte del paciente.

La concepción hipocrática es la que guía los objetivos de la Medicina Paliativa: reafirmar la importancia de la vida considerando a la muerte como un proceso normal, establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga, proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos, integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente, ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte y ofrecer un sistema de apoyo a la

familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

En tal sentido por ejemplo la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, aprobó en 1999, recomendaciones que resumiendo, garantizarían a las personas moribundas o en fase terminal, su derecho legal a cuidados paliativos y tratamiento del dolor adecuados, ambulatorios si fuera preciso, proporcionados en instituciones y por profesionales capacitados ad hoc, así como su derecho a una información veraz si la deseara, a decidir a no recibir tratamientos desproporcionados contra su voluntad o bajo la presión de terceros, o por motivación económica. Ante cualquier duda, las decisiones médicas se inclinarán siempre por la vida y su cuidado y prolongación.

Por otro lado, estas recomendaciones garantizan que nadie será privado de su vida intencionadamente y reconocen que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero, y que este deseo de morir, comprensible en algunos casos, no puede por sí mismo constituir una justificación legal para emprender acciones dirigidas a poner fin a su vida.

El verdadero objetivo de la Medicina Paliativa es mejorar, en un momento crucial de su andadura vital, la calidad de vida del hombre integral que como dijo Miguel de Unamuno es: “El hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y duerme y piensa y quiere, el hombre que se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano”. 20

La práctica de la eutanasia en cualquiera de sus formas, es aceptable desde el punto de vista ético, médico - salud o moral?

Enfrentar los últimos momentos de la vida de los enfermos con amor, comprensión, respeto y consideración a su propia dignidad en cuanto persona

humana, y utilizando los cuidados paliativos adecuados de que disponemos, será la forma más “digna” de atender a un paciente incurable o terminal.

Frente al concepto del “imperativo tecnológico” que busca justificar ante el enfermo terminal cualquier acción técnicamente posible, la medicina paliativa ofrece una visión personalista, de profundo respeto por la dignidad que la vida y la persona humana se merecen y acepta que la vida es finita y que hay formas dignas de enfrentar la muerte.

El progreso de la medicina moderna permite hoy que alcancemos edades avanzadas y casi todas las familias tendrán en un momento u otro, que afrontar la necesidad de atender con dignidad y cariño a las personas mayores de su entorno familiar. No es una tarea fácil, por lo que promover movimientos y asociaciones religiosas y sociales que ayuden a cuidarlas, es labor imperativa de una sociedad que respete el derecho inalienable a una vida digna y a una muerte natural acorde con la inmensa dignidad de la persona humana

### **2.3. ¿Debemos siempre prolongar la vida por cualquier medio?**

Al contrario de lo que los propagandistas en pro de la eutanasia alegan, la Iglesia Católica nunca ha enseñado que deban prolongarle la vida a todo enfermo terminal hasta el último momento utilizando para ello todo medio posible. "La Iglesia enseña que Dios es Quien determina el momento de la muerte de toda persona, y que por lo tanto es tan ilícito el intentar extender dicho momento como abreviarlo"

Pero, ¿qué es lo que constituye una prolongación ilícita de la vida y qué es lo que constituye una abreviación ilícita de la misma? En otras palabras, ¿cómo podemos distinguir entre, por un lado, la eutanasia y la distanacia (el otro extremo de la eutanasia, la prolongación ilícita de la vida), y por el otro, el dejar morir en paz y dignidad? La respuesta está en la distinción entre "medios proporcionados" y "medios desproporcionados", y en el siguiente principio moral: no están obligados

a utilizar "medios desproporcionados" (siempre y cuando respetemos los legítimos deseos del enfermo), pero sí estamos obligados a utilizar siempre "medios proporcionados". El no utilizar o el retirar "medios desproporcionados" (teniendo en cuenta los legítimos deseos del enfermo) no es eutanasia y el utilizar dichos medios sin respetar los legítimos deseos del enfermo es distanacia (también conocido como "encarnizamiento terapéutico"). Por otro lado, el no utilizar o el retirar "medios proporcionados" es eutanasia.<sup>21</sup>

Pero, ¿qué son "medios desproporcionados" y qué son "medios proporcionados"? Antes, se distinguía entre "medios extraordinarios" y "medios ordinarios" Pero estos términos pueden ser imprecisos. Por eso la Declaración sobre la eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe prefiere usar los términos "proporcionados" y "desproporcionados" para mejor clarificar la distinción entre lo constituye eutanasia y lo que no lo es. La Declaración clarifica el sentido de estos términos pidiendo que se comparen las cargas, tanto económicas como humanas, y los beneficios que se derivan del uso de un determinado medio de la medicina: "En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales".

A continuación la Declaración ofrece las siguientes clarificaciones para facilitar la aplicación de estos principios generales: <sup>22</sup>

- "1. A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad.

- 2. Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defrauden las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.
- 3. Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro [es decir, constituye el riesgo de causar una carga desproporcionada] o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.
- 4. Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro."

Podemos resumir el significado de "medios desproporcionados" diciendo que dichos medios son aquellos que o son inútiles para conservar la vida del paciente o para curarlo y que constituyen una carga demasiado grave, en términos de dolor

y sufrimiento, para el enfermo y cuya carga es mayor que los beneficios que reportan. Por el contrario, "medios proporcionados" son aquellos que sí son útiles para conservar la vida del paciente o para curarlo y que no constituyen, para el enfermo, una carga grave desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener.

Reiteramos que el negar el uso de "medios desproporcionados" o el retirarlos, respetando los legítimos deseos del paciente, no constituye un acto de eutanasia, sino de dejar morir en auténtica paz y dignidad. Por el contrario, el negar el uso de "medios proporcionados" o el retirarlos sí constituye un acto criminal de eutanasia.

La pregunta que surge ahora es: en concreto, ¿qué son "medios desproporcionados" y qué son "medios proporcionados"? Es importante aclarar enseguida que la definición general que hemos dado de estos términos es una definición moral y no simplemente una definición médica. En otras palabras, estos términos, aunque incluyen el dato médico, no se reducen a él, sino que toman en consideración también, como lo dice la Declaración, "las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales". Esto implica que no es posible, al menos no siempre, dar una lista de "medios desproporcionados" y de "medios proporcionados" antes de tomar en cuenta el efecto de dichos medios en este paciente concreto aquí y ahora. Para un paciente determinado un tratamiento determinado podría ser "desproporcionado"; mientras que para otro, el mismo tratamiento podría ser "proporcionado". Se debe proceder caso por caso en la aplicación de estos principios.

Quisiéramos aprovechar esta instancia para aclarar la confusión que existe en torno al ambiguo término de "medios artificiales". Debemos evitar el uso del término "medios artificiales" en lugar del correcto término de "medios desproporcionados", ya que los "medios artificiales" en relación con la medicina son prácticamente todos los medios que la medicina utiliza: los medicamentos y todos los aparatos -- aún los más sencillos y usados, como por ejemplo los lentes,



las muletas, etc... Por lo tanto, el usar este ambiguo término es muy peligroso, sobre todo en el contexto de pacientes terminales. Puede incluso llevar a la eutanasia.

Esta distinción entre "medios desproporcionados" y "medios proporcionados" y los principios que guían la aplicación de su uso podrían crear la actitud negativa de que en algunos casos será difícil dicha aplicación y que para qué entonces existen estos principios. A esos tales respondemos que el hecho de que en algunos casos sea difícil aplicar estos principios, ese hecho no los invalida ni nos exime del esfuerzo por encontrar la verdad de lo que debemos hacer. Ese esfuerzo es parte de nuestra actitud de solidaridad y compasión para con el enfermo, evitando así las fáciles pero falsas "soluciones" de la eutanasia y la distanacia. La vía del medio aquí es la más estrecha, pero es la de la paciencia y el amor.<sup>23</sup>

Por otro lado, la complejidad de las situaciones no significa que los principios morales sean los complicados. Son los factores de la situación que rodea al enfermo y a los medios de la medicina los que complican a veces la evaluación moral de lo que se debe hacer. Los principios nos ayudan a desentrañar la situación, no a complicarla. El tener esos razonables y válidos principios a mano es precisamente lo que nos ayuda a resolver el problema moral en cuestión. ¡Qué sería de nosotros si no los tuviéramos! Si no fuera por estos principios caeríamos en la trampa de la eutanasia, que es lo que quiere el movimiento en pro de ese crimen.

#### **2.4. El suministro de agua y alimentos por medios artificiales**

¿A cuántas personas, cuando se disponen a comer un plato de cereal o una hamburguesa, se les ocurre pensar que se están preparando para recibir un tratamiento médico? A nadie se le ocurre pensar eso. Sin embargo, eso es exactamente lo que los activistas en pro de la eutanasia quieren que todos pensemos. Y lo intentan lograr clasificando el derecho fundamental al alimento y al

agua como "tratamiento médico extraordinario o desproporcionado". Este objetivo ya lo han logrado en el Estado de Florida, EE.UU.

La comida, el agua y el oxígeno no son "tratamientos", sino parte fundamental del cuidado médico y son por lo tanto derechos fundamentales. Así como el derecho fundamental a la vida fue reemplazado por el fabricado "derecho" a la privacidad para imponer el aborto, ahora otro derecho básico genuino, el derecho a recibir agua y alimentos (no importa el medio que se utilice), está en peligro de ser reemplazado también por el falso "derecho" a morir.

El Catecismo de la Iglesia Católica (número 2277) declara lo siguiente: "Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de las personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable. Por tanto, una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador. El error de juicio en el que se puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida, que se ha de rechazar y excluir siempre."

El Obispo James T. McHugh, de Camden, Estado de Nueva Jersey, EE.UU., aclaró la cuestión cuando dijo: "El alimento y el agua no curan a un paciente comatoso; pero le conservan la vida. No le causan sufrimiento al paciente ni son considerados una tecnología médica excepcional o experimental. Si el suministro de agua y alimentos se descontinúa, el paciente morirá porque una nueva causa mortal ha sido introducida, esto es, la privación deliberada de la alimentación y del agua, que en el lenguaje común se llaman inanición y morir de sed".<sup>24</sup>

#### **2.4.1. Distinciones importantes**

A ningún paciente se le debe privar del agua y de los alimentos mientras éstos lo puedan beneficiar y mantener con vida. Sin embargo, si el suministro de los

mismos le causa dolor agudo en las últimas etapas de su vida es decir, cuando la muerte es inevitable e inminente, a pesar de los medios empleados, entonces puede ser lícito retirárselos para evitar dicho dolor y sufrimiento. Por lo tanto, si un tubo insertado en el estómago, por ejemplo, le está causando mucho dolor al paciente y la muerte es inminente a pesar de los medios empleados, sería lícito retirarle el tubo.

En todos los casos en los que se está considerando retirarle el agua y los alimentos por medios artificiales a un paciente, hay dos condiciones que cumplir:

1. La forma en que dicho suministro se está llevando a cabo le está causando dolor grave al paciente;
2. La persona está tan cerca de la muerte que la alimentación y el agua no le proporcionarán ningún bien y el paciente morirá de forma natural antes que el hambre y la sed le causen un sufrimiento significativo.

La Conferencia Nacional de Obispos Católicos de EE.UU. (NCCB) reconoció el peligro de la mentalidad a favor de la eutanasia en tales casos cuando declaró: "La dura realidad es que algunos de los que proponen retirar el agua y los alimentos que se le suministran a ciertos pacientes sí tienen la intención directa de causarle la muerte, y aún preferirían que la ley cambiase para que permitiese medios más "fáciles e indoloros" de causar la muerte. En otras palabras, el agua y los alimentos ya sea que se suministren oralmente o por medios artificiales a veces son retirados, no porque el paciente ya se está muriendo, sino precisamente porque el paciente no se está muriendo o no se está muriendo rápidamente, y alguien cree que sería mejor que se muriera, generalmente porque cree que la "calidad de vida" del paciente es inaceptable o porque constituye una carga para los demás"<sup>25</sup>

En EE.UU., ha habido muchos casos de eutanasia que han recibido mucha publicidad, en los cuales los pacientes hubieran vivido un largo tiempo si no hubiera sido porque los mataron deliberadamente de hambre y sed. Estos casos incluyen a Karen Ann Quinlan, Clarence Herbert, Claire Conroy, Paul Brophy, Elizabeth Boucla, Hector Rodas, Nancy Ellen Jobes, Marcia Gray, Nancy Cruzan y la mayoría de los casos de infanticidio que se llevan a cabo cada año en las unidades neonatales de cuidados intensivos.

Lamentablemente, los activistas en pro de la eutanasia, igual que los abortistas, se aprovechan de los casos difíciles para extenderlos más allá de sus límites. Muchos abortistas han dicho que todos los embarazos "constituyen una amenaza para la vida de la madre". Algunas personas afirman que la alimentación por medio de tubos es una "carga económica", pero en realidad no es mucho más cara que la alimentación oral y a menudo es más barata. El problema aquí, desde luego, no es el costo de alimentar a una persona; sino de abandonar el compromiso que se tiene con el paciente y el costo total (humano, no monetario) de cuidarlo.

## **2.5. El Cuidado Paliativo y su Tratamiento**

Desde hace más de 2000 años la mayoría de los médicos del mundo usan el juramento hipocrático como norma moral para la práctica de la medicina, y éste dice: «Nunca administraré ningún veneno cuando alguien me lo pida y tampoco aconsejaré esa acción». Comenta al respecto el doctor León Kass, experto en ética: «Estas ideas estaban en vigencia en una sociedad donde la medicina, comparada con la actual, era extremadamente primitiva, donde probablemente no se curaban todavía las enfermedades y el poder de aliviar el sufrimiento era mucho menor. Sin embargo, se reconocía que la eutanasia era totalmente opuesta a la función del médico y a la adecuada práctica de la medicina.

A raíz de los debates acerca de la eutanasia y el suicidio asistido, la Sociedad Americana de Oncología Médica (ASCO) —que agrupa a más de 20,000

especialistas en cáncer de todos los países del mundo estableció en 1999 un comité especial para estudiar el problema del cuidado del paciente en la etapa final de la vida. Una de las conclusiones a las que se llegó fue que no habría necesidad de discutir el suicidio asistido si existiese una adecuada medicina paliativa. Éste es solamente uno de los muchos documentos y estudios que prueban la falta de educación en medicina paliativa, la insuficiente información pública al respecto y la necesidad de desarrollarla.<sup>26</sup>

En los casos más difíciles el hecho de no poder curar a un paciente no significa que no haya “nada que hacer por él”, y menos aún que la solución sea eliminarlo. Las sociedades médicas que se oponen a la eutanasia y al suicidio asistido han tomado también otras iniciativas interesantes como, por ejemplo, el establecimiento de especialidades en “medicina paliativa” y “medicina del dolor”, donde los médicos adquieren los conocimientos necesarios para lidiar específicamente con estas circunstancias difíciles y dedican su actividad profesional exclusivamente a estas áreas. Muchas escuelas de medicina han establecido ya cursos de medicina paliativa y muchos anestesiólogos en todo el mundo han empezado a especializarse y a practicar medicina para el dolor.

Los centros médicos, lugares donde se recibe a los pacientes incurables con poca expectativa de vida, ya no orientados a curar sino a aliviar los síntomas, son una alternativa dentro de la medicina paliativa. Es preciso, sin embargo educar a los pacientes sobre esta alternativa, combatiendo los temores, los prejuicios y las ideas erradas que muchas veces tienen. Los centros ha de mantener al paciente médica y espiritualmente asistido (diversas organizaciones católicas los dirigen) en todo momento, en contacto y comunicación con los médicos y familiares para tomar las decisiones más adecuadas al final de la vida. La alternativa médica debe acentuar en la medicina paliativa el reconocimiento de la dignidad del enfermo y el respeto de su profundo significado. Se puede concretar en la búsqueda de un sentido al dolor y en un ofrecimiento de dicho sufrimiento por un ideal elevado. El

tiempo de la enfermedad terminal se va así convirtiendo en un proceso fructífero de purificación interior, preparación espiritual y reconciliación personal con Dios, con uno mismo y con el prójimo para el paso a la vida eterna.

### **2.5.1. Los cuidados paliativos: ¿la única opción aceptable para la atención de la persona al final de la vida? Ayuda médica. Apoyo humano, afectivo y social**

Según la Guía de Cuidados Paliativos, editada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la actitud terapéutica.

Los elementos fundamentales que determinan la necesidad de cuidados paliativos son los siguientes:

1. Padecimiento de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la consideración, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que los profesionales sanitarios han de responder adecuadamente. Procesos patológicos tales como el cáncer, SIDA, enfermedades de la motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca,...) cumplen estas

características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los Cuidados Paliativos.

Como es obvio, en la administración de los cuidados paliativos resulta fundamental no calificar como enfermo terminal a un paciente potencialmente curable. Por ello es fundamental distinguir entre eutanasia y cuidados paliativos desde una perspectiva jurídica.

Sin entrar a discutir las diferentes posturas existentes, ni cuestionar los posicionamientos morales y/o personales que en éste y en otros problemas pueden adoptarse, queremos realizar una pequeña aproximación doctrinal al concepto de cuidados paliativos. Por lo tanto, lo primero es señalar que lo que conocemos como cuidados paliativos sólo es aplicable en aquellos supuestos en que una persona presenta un cuadro clínico irreversible, debido a enfermedades incurables o a situaciones que traen consigo sufrimientos físicos o psíquicos insostenibles para el paciente.

En lo que respecta a la ayuda médica, el apoyo humano, afectivo y social en los cuidados paliativos se constatan normalmente las dificultades, que tienen los profesionales sanitarios en su práctica diaria, para establecer una comunicación abierta con el enfermo en situación terminal. La muerte y el proceso de morir evocan en los cuidadores reacciones psicológicas que conducen, directa o indirectamente, a evitar la comunicación con el paciente y su familia. Para conseguir una comunicación adecuada es necesario vencer la ansiedad que en los cuidadores genera el dar malas noticias, así como el miedo a provocar en el interlocutor reacciones emocionales no controlables, y la posible sobre-identificación y el desconocimiento de algunas cuestiones que el paciente puede suscitar.<sup>27</sup>

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial para hacer efectivo el principio de autonomía, el consentimiento informado, la confianza mutua, la seguridad y la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. Una buena comunicación en el equipo sanitario reduce ostensiblemente el estrés generado en la actividad diaria. Una familia que recibe información clara y fiable, sobre lo que acontece, es más eficaz en el desempeño de su papel de ayuda y apoyo al enfermo.

Por ello, el enfermo y su familia, conjuntamente, constituyen la unidad a considerar en el tratamiento. La situación de la familia del enfermo terminal suele estar sometida a un gran impacto emocional, "temores "o "miedos "múltiples, que los profesionales sanitarios deben saber reconocer y abordar en la medida de lo posible. La idea de la muerte, presente de forma más o menos explícita, el miedo al sufrimiento de un ser querido, la inseguridad de si se tendrá fácil acceso al soporte sanitario, las dudas sobre la capacidad y las fuerzas propias para cuidar al enfermo, los problemas que pueden aparecer en el momento final y la propia aceptación de la muerte, son circunstancias que suelen afectar a la familia. No hay que olvidar que, a menudo, es la primera experiencia de este tipo para el enfermo y su familia, y que la tranquilidad de la familia repercute directamente sobre el bienestar del enfermo.

Este impacto de la enfermedad terminal sobre el ambiente familiar puede determinar distintas situaciones, en función de factores relacionados con la enfermedad misma (control de síntomas, información, no adecuación de objetivos enfermo-familia), así como entorno social y circunstancias de vida del enfermo. Entre ellos están:

La personalidad y circunstancias personales del enfermo.

La naturaleza y calidad de las relaciones familiares.



Las reacciones y estilos de convivencia del enfermo y familia, en fallecimientos anteriores.

La estructura de la familia y su momento evolutivo.

El nivel de soporte de la sociedad.

La primera intervención del profesional sanitario, o del equipo médico, será la de valorar si la familia puede, emocional y prácticamente, atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Además, desde el comienzo debe identificarse a la persona que llevará el peso de la atención, para reforzar sus actuaciones y revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo.

El siguiente paso será planificar la integración plena de los familiares mediante:

La educación de la familia.

El soporte práctico y emocional de la familia.

La ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento del duelo).

Este trabajo de valoración de la situación familiar debe ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de crisis.

Por último, debe prestarse la adecuada atención al proceso de duelo, el cual puede ser definido como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal, que es lo que constituye el duelo.

## **2.6. El Dolor y El Sufrimiento en la Enfermedad**

En el Boletín de la Asociación Americana de Medicina se publicó años atrás un artículo anónimo que tenía como título: **It's over, Debbie** (Todo terminó, Debbie). El artículo, que en su momento fue mayoritariamente condenado por la falta de ética médica del autor, ha sido muy bien utilizado por los que astutamente buscan reabrir el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido en los círculos académicos de los Estados Unidos. En él, se describe el asesinato de una paciente joven con un cáncer ginecológico incurable y con terribles dolores, a manos de un somnoliento médico de guardia que no conocía el caso, pero que fue despertado para ayudarla, y pensó fríamente que lo mejor era matarla para aliviarle los sufrimientos. El problema que afrontamos actualmente no consiste sólo en evitar leyes que amparen la muerte de pacientes, sino también en disminuir la posibilidad de que hechos como el descrito en el artículo, y cuyas estadísticas reales son desconocidas, ocurran con regularidad.<sup>28</sup>

Para todos está claro que la falta de control del dolor y la depresión, entre otros síntomas, constituye una presión en los pedidos de suicidio asistido o eutanasia, como ha sido documentado en muchos estudios. Los médicos que manejamos casos de pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, tenemos la convicción de que con la tecnología y la medicina actual en el 95% de los casos podemos controlar el dolor; sin embargo, hemos de reconocer que la mayoría de los pacientes están en desacuerdo con nosotros. En 1991 una encuesta de la Organización Mundial para la Salud (OMS) encontró que solamente el 50% de los pacientes decía que su dolor estaba controlado, lo cual permite concluir que muy probablemente no se están usando todos los recursos médicos que están disponibles para aliviar ese dolor. No es raro que los pacientes y sus familiares se depriman, pierdan la fe y la esperanza, y empiecen a buscar soluciones radicales a sus problemas para no sufrir más.

La medicina ha progresado rápidamente. El manejo del dolor exige que los médicos posean conocimientos que son difíciles de adquirir si no se dedican cotidianamente a ello o no es parte de su especialidad. Por eso no es raro que algunos tengan reparos en recetar narcóticos, o que no sepan qué hacer para controlar el dolor de sus pacientes. La ignorancia y algunas falsas ideas conducen a muchos médicos a pensar que el dolor es intratable. Sin embargo, considero que son raros si en verdad existen los casos de “dolor intratable”. Y para cualquier persona en su sano juicio resulta totalmente absurdo ampararse en esta idea para justificar el asesinato de otro ser humano.

Por otro lado, encontramos también algunas dificultades en la idiosincrasia del paciente y su cultura. Algo que descubrí en mi trabajo, por ejemplo, es la idea de que la morfina convierte al enfermo en drogadicto; por ello prefieren no tomarla a pesar de sentir mucho dolor. Así mismo hay pacientes que cuando van al médico no dicen toda la verdad, pues piensan que reconocer que padecen algún dolor implicaría que el tratamiento ha fracasado y temen que el médico les diga que se están muriendo. Otros simplemente no quieren hacer sentir mal al doctor y relativizan su malestar porque consideran que éste podría perturbarse al saber que no los está aliviando.

Es preciso recordar que el dolor y el sufrimiento tienen componentes mayoritariamente subjetivos; en otras palabras, es la forma como el paciente percibe su dolor y lo convierte en sufrimiento lo que influye en su intensidad. Así, por ejemplo, el uso simultáneo de analgésicos y antidepresivos alivia el dolor, ya que mejora el estado anímico del paciente. De la misma manera, cuando el paciente trasciende a un plano espiritual y encuentra un sentido a su sufrimiento, es capaz de encontrar más alivio y menos dolor. Basta un poco de experiencia para saber que dos pacientes con el mismo cáncer, nunca sufren igual.

## **2.7. Las “enfermedades incurables y terminales”**

El concepto de “enfermedad terminal” es otra noción muy subjetiva que se toma muchas veces como base para predecir la muerte, con el fin de justificar medidas extremas. Si bien es cierto que existen casos en los cuales los médicos podemos presagiar la muerte próxima de un enfermo, la mayoría de las veces nuestras presunciones están basadas en estudios estadísticos que solamente analizan probabilidades. Por poner un ejemplo, algunos pacientes con cáncer de pulmón tienen una expectativa de vida de 18 meses. Sin embargo, el 5% de dichos pacientes vive alrededor de 5 años. ¿Cómo puede uno predecir en qué caso se encuentra el paciente que uno tiene a su cargo en ese momento? ¿Cómo puede uno determinar que el paciente está “terminal” simplemente por probabilidades?<sup>29</sup>

Es importante, además, tener en cuenta la libertad del paciente a la hora de tomar decisiones acerca de temas fundamentales como la vida y la muerte. Dicha libertad, así como su competencia mental, puede verse seriamente disminuida con algunas enfermedades crónicas graves como el cáncer o el SIDA, y con estados emocionales como la depresión. Por ello, es muy importante la evaluación psiquiátrica en todos los casos. En un estudio publicado en el Boletín de la Asociación Americana de Medicina sobre pacientes crónicamente enfermos, se enfatiza la depresión como factor favorable al suicidio asistido, además del dolor y la falta de cuidado de los familiares. Lo interesante de este estudio es que luego de seguir a estos pacientes por más de un año, se ha visto que casi el 50% cambia de opinión respecto al suicidio asistido, demostrando que la desesperanza que viven tiene un factor emocional grande que puede revertirse, ya sea con el manejo del dolor, con el apoyo de la familia, o con el alivio de la depresión.

## **2.8. Paradigmas de la Salud de los vigilantes de la vida.**

El inicio de las profesiones se remonta a las sociedades primitivas, cuando fueron evolucionando, y en la medida que se encontraban frente a necesidades que

debieron satisfacer por algunos miembros de las comunidades que tuviesen un conjunto de conocimientos, con esta sustentación nace la necesidad de que algunas personas de la sociedad se “prepararan para el desempeño de ciertas artes y oficios” con el objetivo de alcanzar la mayor eficiencia y eficacia de los grupos en las comunidades, en lugar de que todos hicieron lo mismo. De esta forma fueron apareciendo las diferentes profesiones.<sup>30</sup>

Al investigar sobre los orígenes de la palabra Profesión, encontramos que tuvo una connotación religiosa. Desde la era cristiana los términos vocación y profesión empezaron a usarse. Vocación está definida como “un llamado divino” (por amor a Dios), profesión aplicada a una persona que abiertamente profesa fe, una religión y hace una promesa para dedicar su vida a su servicio. Dicho de otra forma, “Profesar es lo mismo que confesar, lo que exige un acto de entrega”. Es decir, toda profesión tiene implícito un acto de “entrega confesada o ratificada públicamente”, evidentemente que debe ser reconocida de gran “Valor Social” por ejemplo el cuidado a los enfermos, la Administración de capitales tangibles.

Dentro de este marco de ideas, el fundamento filosófico de una verdadera profesión se ubica en la “claridad especial” de las relaciones interpersonales que se establecen entre los que la ejercen y los que buscan su asistencia.

Sin duda, que es en la convergencia de algunas características de estas relaciones en donde encontramos la clave de lo que hace que una profesión sea lo que es. En las profesiones del Área de la Salud su quehacer se dirige a las personas en estados existenciales de vulnerabilidad que los hacen dependientes del conocimiento y de la habilidad de los profesionales que deben consultar. La relación, por tanto, es desde un principio desigual en cuanto el poder, con todo el conocimiento de un lado y toda la necesidad del otro.

En este sentido se comprende que el profesional de la salud adquiere el compromiso y la responsabilidad de prestar un servicio que contribuya a satisfacer

las necesidades de las personas, basado en conocimientos científicos, tecnológicos actualizados, humanísticos, respetando la individualidad y diversidad de los seres humanos.

Así mismo las personas que forman parte de la sociedad se comprometen a tener en cuenta las orientaciones del profesional para aceptar o rechazar los servicios. Es decir la relación profesional que se establece es un proceso de responsabilidad mutua y obrar entre sí: Entre el profesional de la Salud y la persona que requiere de sus cuidados.

Estas relaciones profesionales han estado en constante cambio, conforme se ha ido modificando el paradigma de la salud de los cuidadores de vida, y esto ha ido sucediendo en la medida en que se ha modificado a su vez el concepto de hombre, su valor y su dignidad individual. Por este motivo, dada la trascendencia del acto de cuidar la salud y la vida, cada profesión ha reglamentado su ejercicio mediante los códigos deontológicos profesionales en los cuales se reconoce la dignidad de las personas y los derechos que de esa condición se derivan, a la vez que la sociedad y las leyes de cada nación han sido mediadores en la regulación de esta relación, conforme a los criterios ideológicos, filosóficos imperantes.<sup>31</sup>

Por consiguiente el comportamiento del profesional de la Salud es sustentado en varios paradigmas dependiendo del pensamiento dominante en cada época y ha pasado de un estilo Autoritario y Patriarcal Paternalista a otro Liberal y Democrático; es por ello, que el comportamiento del paciente fue modificándose pasando de un papel dependiente a una postura igualitaria participativa y autonómica.

En el pasado, los médicos fueron depositarios de la confianza de los pacientes porque todos sus esfuerzos estaban destinados a la curación. Pero si los médicos empiezan a practicar una medicina de exterminación y comienzan a matar,

entonces el factor absolutamente esencial en la relación médico- paciente -una confianza total- quedará destruido.

### **3. CONSIDERACIONES SOBRE LA EUTANASIA.**

Algunos puntos específicos que pueden ser de interés para la discusión del tema:

1. En primer lugar, es del todo evidente que para las personas que adhieren a las religiones cristiana o judía, el rechazo a la eutanasia es absoluto (así como lo es el suicidio). Esta posición es coherente con la creencia en que la vida es dada por Dios y de ello deriva su santidad, lo que para los creyentes constituye un argumento decisivo para oponerse categóricamente a la eutanasia. Aun para los no creyentes, la influencia cultural de estas religiones se hace sentir en el modo que enfrentan el tema. La pregunta es si existen argumentos válidos que no sean de índole religiosa para oponerse o favorecer la eutanasia.

2. En segundo lugar, y por varias razones, para los médicos, el tema de la eutanasia es más delicado y sensible que para quienes no lo son.

Una primera razón es que para los médicos la eutanasia ha estado explícitamente prohibida conforme a la tradición hipocrática de más de dos milenios: No daré a nadie aunque me lo pida ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Esta sentencia está ligada al principio bioético contemporáneo de no-maleficencia.

Una segunda razón, es que una cosa es pronunciarse en abstracto sobre la eutanasia y, otra, tener que aplicarla en la vida real. Son los médicos y no los filósofos o bioeticistas los llamados a llevar a cabo la eutanasia en situaciones concretas, con la consiguiente carga moral, psicológica y emocional que ello significa. Parece duro y agravante para la medicina visualizar un médico que, intencionadamente, da término a la vida de otra persona, porque aparece contradictorio con su propósito más esencial que es precisamente la preservación

de la vida humana. Al respecto, se ha argumentado que, en conformidad con el principio de beneficencia, también es un objetivo de la medicina evitar el sufrimiento en enfermos irrecuperables, por ejemplo, a través de la eutanasia. Sin embargo, la medicina dispone de recursos terapéuticos poderosos que permiten aliviar los dolores y angustias de los enfermos terminales, sin necesidad de transgredir su propósito central. Podrán haber excepciones, pero en la práctica, es difícil imaginar una situación clínica en que el médico no pueda hacer nada por aliviar a un paciente de sus sufrimientos, que no sea provocándole la muerte.

Una tercera razón es que el médico ha sido formado y entrenado para salvar vidas y no para darles término. Por eso le es difícil aceptar que el alivio del sufrimiento se tenga que lograr a costa de dar término intencionado a la vida de una persona; nos parece que esto es lo que marca exactamente el límite de lo que el médico puede legítimamente hacer para evitar el sufrimiento de un enfermo.

3. El principio bioético de no-maleficencia es un principio moral negativo que dice lo que no podemos ni debemos hacer, por ejemplo no matar, en tanto que la beneficencia es un principio moral positivo: dice lo que se debe hacer, por ejemplo, ayudar al prójimo. El principio de beneficencia no puede especificar a cuánta beneficencia estamos obligados, lo que dependerá de la generosidad o virtud de cada cual. Es claro que no matar debe ser de cumplimiento obligado para todos y no puede quedar sujeto a la generosidad de las personas, en tanto que ésta no es exigible a todos por igual y en todas las circunstancias.

Sin embargo, pienso que el médico en el ejercicio de su rol, y a diferencia de los que no son médicos, está siempre sujeto con similar fuerza y exigencia a ambos principios morales. En efecto, como cualquier otra persona, el médico está obligado siempre a respetar el principio de la no-maleficencia-no hacer daño intencionado a los enfermos- pero, a diferencia de otras personas, está sujeto también siempre al principio de beneficencia, actuar en el mejor beneficio del enfermo, porque ayudar es el propósito específico de la medicina. En la práctica



de su profesión al médico se le exige la máxima generosidad y virtud y, en ninguna circunstancia, podría negarse a prestar ayuda a un enfermo.

4. Otro asunto particularmente relevante se refiere a la diferenciación entre eutanasia activa y pasiva. Algunos autores sostienen que desde un punto de vista moral no existe una diferencia entre matar activamente a un paciente o permitirle pasivamente que muera. Se argumenta que ambos tipos de eutanasia no diferirían, dado que el resultado es el mismo: la muerte del paciente por razones humanitarias. Este argumento no nos parece correcto. Desde luego, choca al sentido común que sea moralmente lo mismo matar activa y deliberadamente a un enfermo terminal, que dejar de utilizar determinados procedimientos terapéuticos excepcionales cuando son inútiles y añaden sufrimiento. El primero, es un acto médico contrario al principio de no maleficencia, en tanto que, el segundo, es un acto de carácter benéfico.

¿El tratamiento habitual de este tema es equivocado? y, más bien, debe enfocarse desde el punto de vista de la proporcionalidad de los actos médicos?.

En efecto, el deber técnico y ético del médico es utilizar siempre métodos diagnósticos y terapéuticos proporcionados a la condición y expectativas de recuperación de un paciente. Esto es válido, en general, para cualquier tipo de pacientes y es particularmente así en el caso de los enfermos terminales. Cuando un sujeto joven, por lo demás sano, tiene una insuficiencia respiratoria aguda grave y decido colocarle un respirador mecánico, estoy indicando un procedimiento terapéutico proporcionado a la condición del enfermo y la potencial reversibilidad de su enfermedad. Del mismo modo, cuando en un enfermo terminal en condición irreversible un médico decide no utilizar un llamado método extraordinario de tratamiento o retirarlo si lo está utilizando, está aplicando correctamente el principio de proporcionalidad terapéutica que debe guiar su acción médica y no está dejando de usar un tratamiento con la intención de que el enfermo muera. En otras palabras, no es una omisión, una actitud pasiva, sino una

acción médica racionalmente determinada. Algo similar ocurre cuando, por ejemplo, en un enfermo terminal el médico utiliza dosis elevadas de un opiáceo para aliviarlo de un dolor intenso y rebelde: la acción proporcionada es utilizar la dosis que sea necesaria con el fin de ayudar al enfermo en su sufrimiento, aun cuando tal dosis pueda acelerar la muerte (principio del doble efecto o teoría del voluntario indirecto). La intención del médico no es que el enfermo muera, sino que se alivie de sus dolores. Por las razones antedichas es que, en estos casos, la denominación de eutanasia parece inapropiada, ya que no se trata de una eutanasia -entendida como el término intencional de la vida, por otra persona, a solicitud de la persona que está muriendo- sino de una conducta terapéutica proporcionada, médicamente lógica y juiciosa, coherente con la condición terminal del paciente y su irrecuperabilidad.

#### **4. CONTEXTO REAL DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA. 32**

El 50% de los médicos en su mayoría anesthesiólogos han recibido alguna vez en su vida una propuesta de eutanasia de parte del paciente o sus familiares.

El 36% de estas solicitudes fueron hechas por los pacientes sin consentimiento de sus familiares y 20% con el consentimiento.

32% proviene de los familiares sin consentimiento de los pacientes.

En las instituciones públicas se acepto haber hecho con más frecuencia que en las privadas una orientación sobre cómo realizar la eutanasia a pacientes o familiares.

Algunos médicos de diferentes ciudades como Bogotá Medellín y Cartagena aceptaron haber efectuado la eutanasia y en la ciudad de Cali se obtuvo el mayor número de prácticas.

De Los Que Han Realizado La Eutanasia

10% la han hecho en forma activa

32% la han hecho en forma pasiva

8% han efectuado criptanasia (de forma que ni el paciente ni los familiares lo autorizan) la mayoría de estos son de instituciones públicas.

Como conclusiones podríamos destacar que el tratamiento del dolor y su relación con la eutanasia son de suma importancia ya que la mayoría de médicos relacionados con la práctica de la eutanasia son anestesiólogos.

Por lo tanto el conocimiento de la farmacología y la disminución del dolor tal vez le brinde más confianza al paciente para solicitar la eutanasia al anestesiólogo pues este se ve más comprometido con la solución del dolor del paciente y al no poder llenar las expectativas y brindar una solución integral considera como ultimo camino esta opción.

Se reconoce en el paciente terminal un deseo de no morir cuando tiene asuntos pendientes o simplemente por miedo a la muerte que es algo desconocido en nuestra cultura y que solo por tradición sea asociado a eventos trágicos. pero otros expresan su deseo de no ser una carga para su familia y prefieren una ortotanasia digna y se niegan a tratamientos, el caso de un profesor de una universidad pública de Colombia, que después de muchos años de sacrificios y trabajos pasando las crisis económicas en los años noventa y el cierre la universidad pública en la que trabajaba, el cual logro salir adelante, pero en el años 2001 en pleno ejercicio de su profesión con no más de 60 años presento una enfermedad aguda que lo sometió como paciente Terminal, por su condición decidió no atormentar a su familia con miles de intervenciones que alargaran su vida innecesariamente y de paso perder todo por lo que había trabajado en su vida, por lo cual decidió tomar el camino de la ortotanasia, ¿respetable decisión?. ¿Como también lo es el de la eutanasia que para otros enfermos que tal vez tampoco tenga solución su caso?

Los médicos deben prestar nuestra atención integral y designar asistencia a psicología y psiquiatría si es necesario tanto de el paciente como de sus familiares, ya que estas situaciones muchas veces son afrontables por quienes ven al frente de la responsabilidad como familiar del enfermo pero hay personas que a veces no ven y que son más vulnerables a los traumatismos psicógenos causados por un estado de enfermedad Terminal o una muerte. Por lo tanto siempre deben centrar la atención en los niños y adolescentes de las familias y recomendar asesoría psicológica.

El tratamiento paliativo de la enfermedad Terminal Vs la eutanasia es algo que el paciente está en derecho de discernir y si no lo puede hacer, algún familiar lo podrá hacer, pero el médico a modo personal no podrá practicar la criptotanasia pues por mas dolor o sufrimiento que tenga un paciente sin la autorización respectiva no pueden decidir por ellos mismos en este aspecto.

## **5. PROLONGACION DE LA VIDA Y CUIDADOS INTENSIVOS.**

También existe una grave confusión entre la prolongación artificial e inútil de la vida y los cuidados intensivos.

Cuidar, cuando la curación ha dejado de tener sentido, es el objetivo de la Unidad de Cuidados Intensivos. La prioridad de esta unidad es aumentar la calidad de vida, no incrementarla ni acortarla. La medicina intensiva y concretamente las UCI han salvado muchas vidas; con su desarrollo se ha reducido la mortalidad de forma significativa en muchas situaciones que antes eran irreversibles. Para un segmento del público, el enfermo ingresado en una UCI está sometido a terapéuticas prácticamente inútiles, que sólo tienen por función prolongar la vida y no curar. Los intensivistas saben que la realidad es diferente y que ningún enfermo que debe la vida al paso por una UCI se queja de los procedimientos a los que ha estado sometido.

## 6. ¿ES MÁS BARATO “\$” MATAR?

Hace un tiempo los medios de televisión mostraban en exclusiva un reportaje sobre el suicidio asistido de Madeleine, una enferma de 44 años con esclerosis lateral amiotrófica. Acompañaba el reportaje una tímida andanada a favor de la legalización de la "eutanasia" o muerte bondadosa.

Aquí no hay demasiada campaña montada en estos momentos, pero sucede a diario. Me refiero a tanto enfermo que es finiquitado "bondadosamente" por la institución pública la que contrató la persona misma o sus familiares.

Lo comentan ustedes tantas veces, es presenciado algunas de esas veces, los se extinguen con la excusa de paliar su dolor, les atiborran de morfina, sabiendo sobradamente que deprime el sistema respiratorio y apresurará el paro cardíaco.

Con pretextos semejantes se les desnubre, bajo alegación de que no hay que emplear medios artificiales de alimentarles. Con alegatos de ayudarles a enfrentar sus crisis, se les droga y adormece tan discreta como sistemáticamente para que no se den mucha cuenta de la faena que les hacen.

No siempre sucede, no todas las empresas que brindan servicios de salud (públicas o privadas, contributivas o subsidiadas, son así?, algunas son ejemplares, pero cualquier pastor, cura o profesional de la salud medianamente aguzado confesará que acaece a diario. Y es que a pesar de todos los discursos a favor de morir con dignidad, lo que pasa es que ya no valoran como sagrada la vida humana.

Morir, en sí mismo, no es digno o indigno. Pero una vez que la eutanasia se convierte en un derecho, caen por tierra todas las motivaciones para que no sea a la vez un deber que cualquiera puede imponernos. Aquí intérpretese los médicos, las enfermeras, la familia o el Estado.

En una sociedad tan hedonista como la nuestra, sufrir es una alternativa inaceptable. No sabemos morir, porque apenas si sabemos vivir. A partir de cierta edad, la vida misma nos ofrece incontables oportunidades de aprender a morir que rechazamos irremediabilmente. Todo ese cúmulo de enfermedades, contradicciones, decepciones y renunciaciones que forman parte de la contingencia e indigencia. Si no hay aceptación, no puede darse tampoco ese aprendizaje formativo que fortalece espiritualmente; y no queda más opción que la desesperación y el cinismo.

Dado que en esa disyuntiva nos encontramos todos, dichosos a quienes les llega el tiempo de partir con ganas de vivir propias y compartidas. Porque hoy no basta tenerlas propias. Hace falta que los tuyos no te fallen, que no se cansen pronto de verte luchar y sufrir y decidan facilitarte el desenlace. Vivir, siempre cuesta. ¡Y mucho! Matar resulta más económico para la salud pública?

Mención fuerte, casi cruel el de este apartado, pero que apunta al corazón del problema. La única alternativa real a la muerte, al suicidio pedido o inducido es el amor del paciente y los suyos a la vida, como don sagrado. Bajo la justificación de que el dolor del paciente es insoportable se esconde tantas veces la incapacidad de los "sanos" de acompañar a quienes congregadamente quieren tanto.

El enfermo que se siente rodeado por la presencia cálida, amorosa, leal y cristiana de los suyos no cae en la depresión y angustia de quienes al arredrar el sufrimiento, ven cómo poco a pocos los abandonan, los entregan al cruel destino.

Pero, de nuevo, vivir y amar cuesta bastante más de lo que está dispuesto a pagar un creciente número de seres, serán tan humanos?

## **7. POSICION DEL ESTADO Y LA SOCIEDAD.**

Antes que puntos claros, o conclusiones, respecto al tema, lo que tenemos es una innumerable lista de aspectos sin resolver que, creemos, deben tenerse en cuenta, aunque de por sí, de acuerdo con la definición dada más atrás, se podría aprobar o reglamentar este derecho. Aunque de por sí, en un país como el nuestro, podría ser causa más de perjuicios que de beneficios, dado que no están dadas las condiciones de conciencia, de legislación, y de cubrimiento necesarias para que se pueda tener de alguna manera en cuenta.

Si se aprobara la Eutanasia por parte de un Estado, se deberían tener en cuenta aspectos como los siguientes: 33

1.El testamento en Vida (o testamento vital) : Un testamento vital es un documento en el que el interesado expresa sus voluntad sobre las atenciones médicas que desea recibir caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya llevado a un estado que le impida expresarse por sí mismo. Puede realizar su propio testamento vital personalizado, con las indicaciones y razonamientos que considere pertinentes. De este tipo de documentos existen muy variadas versiones, existen fundaciones en muchos países que asesoran a cualquier persona sobre este aspecto, de acuerdo con las leyes vigentes en cada país. Los argumentos que podrían estar a favor de ello pueden ser: El promedio de esperanza de vida ha aumentado enormemente en los países más prósperos. (Y aún en países menos prósperos, como el nuestro) Ello nos beneficia mientras gozamos de un buen estado de salud. Pero los avances médicos, que han supuesto una gran mejora para la salud, pueden servir también para alargar el proceso de la muerte. En teoría, se necesita nuestro consentimiento para que se nos administre un tratamiento, pero la mayoría de la gente acepta automáticamente lo que el médico le suministra. Hay quien pasa meses, incluso años, con una calidad de vida tan pobre que llega a desear vehementemente morir. Lo que la mayoría de la gente desea En todos aquellos lugares en que se

han realizado encuestas, la mayoría de la gente piensa que se debería permitir que los médicos pudiesen ayudar a morir a un paciente incurable si el paciente lo solicita. En la mayoría de los países en los que un médico lleva a cabo esta ayuda puede acusársele de homicidio, en Colombia, se llama homicidio por piedad y tiene cárcel de 6 meses a tres años. (Ley 2241 art. 3261. Código. Penal Colombiano)

2. Se debería tener en cuenta el derecho a la intimidad, como lo consagra el artículo 15 de la Constitución de 1991. Y a la hora de legislar sobre la Eutanasia, habría de considerarse este derecho relacionado.
3. Tener en cuenta, el derecho a la libre disposición del cuerpo, como lo reconoce el derecho consuetudinario y reconocerle, así mismo, la posibilidad de la autonomía sobre su vida al ser humano.
4. Deben tenerse en cuenta o aplicarse los mismos principios a un paciente mentalmente capacitado que a otro afectado de muerte cerebral, en estado vegetativo persistente, o en estado grave e irreversible de demencia? Esto porque podría caerse a través de esto en una "eutanasia social" donde los indigentes o mal llamados desechables pueden ser eliminados muy suavemente, sin condenas morales y desconociéndoles de alguna manera sus más elementales derechos.
5. La aplicación continuada de medios extraordinarios para alargar la vida (o la agonía?) es una violación de los derechos constitucionales del paciente (o quien lo represente) sería ir contra la dignidad de la persona y contra su intimidad.
6. Si se hablase de pacientes mentalmente incapacitados para tomar una decisión de este tipo, ésta debe apoyarse en el principio de subrogación para proteger los derechos de autodeterminación y el bienestar del afectado directamente. Sin embargo, aquí podría caerse en el horroroso camino de decidir quién y cómo vive alguien al poder plantear la ley que si una persona no puede volver a tener una existencia "normal" consciente, íntegra y útil (en los mejores términos del utilitarismo), significaría que sólo una vida "normal, íntegra y útil" es digna de protección legal. Serían los riesgos de las personas de determinada edad, o los llamados desechables. Más aún la pérdida de confianza en el médico o personal de la salud. A esto se contrapone que el simple hecho de que las funciones del paciente sean limitadas o que el pronóstico médico sea negativo, no



implica que pueda disfrutar de lo que le queda de vida, ni que todos tengamos que ser homogéneos. 7. Se debe tener en cuenta el interés del paciente, cuando éste no haya decidido algo en condiciones de vida normales anteriores, en el interés del paciente, se hallarían implícitos aspectos como la calidad de la vida y la edad. 8. Sería aconsejable que los hospitales tuviesen comisiones éticas a la hora de tener que tomar decisiones de ésta índole, para aconsejar a los pacientes, si se puede, a los familiares y a los médicos y puedan establecer directrices hospitalarias sobre el trato a los moribundos. Idealmente, sería aconsejable que estas comisiones fueran interdisciplinarias, con médicos, abogados, psicólogos, enfermeras y sacerdotes entre otros. 9. Al prolongarse inútilmente la agonía de una persona, se pone a la familia en situaciones que podrían llamarse inhumanas, se pueden destacar, en el país, los costos de tener una persona en unidad de cuidados intensivos, que fácilmente ascienden a \$1.500.000.00 diarios, costos que difícilmente pueden sufragar familias de escasos recursos, (que entre otras, son el 60 % de la población colombiana, según datos optimistas) estos gastos, dan, por lo general, al traste con la economía familiar, no son difíciles de encontrar situaciones en las que la familia queda en la ruina por destinar todos los recursos disponibles en la atención de quien irremediamente iba a morir. Definitivamente, en este país enfermarse es un lujo costoso. 10. El ejemplo anterior lo que nos muestra es una realidad tangible en nuestro país, donde la práctica de la medicina se ha deshumanizado como producto de una sociedad de economía capitalista salvaje, donde, prima el capital sobre la vida. 11. En muchos casos se alude que mantener una persona "que de todas formas se iba a morir" supondría una carga social y económica para la sociedad mantener con vida a esos seres tan deficientes. Hemos considerado que así como se dedican grandes presupuestos para la guerra interna en el país, se deben dedicar mínimos recursos para atender a estos desafortunados y darles un resto de vida digna o un camino hacia la muerte más digno. Pero que sea el estado quien atienda estas necesidades. 12. Si se legisla sobre la eutanasia (cosa no fácil de lograr), ésta legislación debe ser lo suficientemente amplia y clara para que quepa la

posibilidad de que cada caso (por ejemplo el de la persona que padece una enfermedad incurable, dolorosa e irreversible; o el del cuadripléjico lucido a quien ya no le importa vivir) presenta sus propias y peculiares dificultades. Por otro lado, el estado "debe alentar a los individuos para que tomen decisiones con respecto a su futuro por sí mismos y de la mejor manera que puedan" (para que éstos decidan sobre su futuro autónomamente).

## **8. EL DERECHO A LA VIDA Y EL DERECHO A MORIR.**

### **8.1 El derecho a la Vida.**

Es indudable, a nuestra manera de ver, que el primordial derecho que puede asistir hoy a todo ser humano es el de la vida; existe un consenso generalizado en cuanto al valor prioritario de este derecho, que al constituirse en la condición material de posibilidad de todos los demás, goza de cierto privilegio.

Desde la Declaración de los Derechos Humanos, el derecho a la vida se ha ganado un lugar estable en las declaraciones, pactos y convenios sobre los derechos humanos; es por ello, que existe un reconocimiento ineludible que lleva a considerar la vida como un derecho sagrado. Papacchini, expresa: "la vida humana es un bien intrínsecamente valioso, todo individuo está autorizado a exigir que su subsistencia sea protegida y garantizada por un poder coactivo común contra las amenazas externas; y a disponer de todos los medios indispensables para poder conservar este bien primario".<sup>34</sup>

La vida humana es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. Si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios, que son llamados a conservar y hacer fructificar. El ser humano comparte con los demás seres vivientes la pulsión de vida. Por fuera de la sociedad civil lo que vemos es un ente que tiene que defender su existencia contra las amenazas

de las fuerzas naturales, de los animales y de sus mismos congéneres. Al igual que las demás especies, el hombre tiene que soportar el alternarse de creación y destrucción que caracteriza la vida del cosmos, aparentemente diferente al destino humano, y tiene que luchar para ganarse su “derecho a la vida” que llega hasta donde alcanza su poder para defenderla contra los ataques de la naturaleza y sobre todo, de sus semejantes; “todo hombre aporta al nacer una aspiración a la vida, un deseo de vivir, una tendencia, un instinto. Estas manifestaciones las comparte con criaturas inferiores, aún si la tendencia a vivir conforme a las posibilidades de su género adquiere en él un carácter bien específico”

Por fuera del orden civil sólo puede hablarse de una pulsión de vida, más que de un derecho en sentido estricto, que implica y presupone tanto la obligación de respetar este instinto vital como la existencia de poder coactivo capaz de hacerla cumplir. Por lo tanto solo al interior de un ordenamiento civil es posible hablar del derecho a la vida, puesto que sólo allí la pulsión vital y la misma exigencia ética de conservar y respetar este bien fundamental cuenta con el respaldo de un poder coactivo encargado de prevenir, controlar o castigar las conductas violentas y agresivas.

El derecho a vivir significa, que el deseo de vida y su poder de conservarla están garantizados por un poder central, cuyo compromiso fundamental es el de hacer cumplir a todos el respetar la vida de los demás. En la condición civil el individuo delega en el Estado la defensa de su integridad física y de su vida, confiando en el poder de este ser común, más que en el suyo propio.

La protección de los derechos a la vida y a la integridad personal es responsabilidad esencial del Estado. Es obligación primaria de las autoridades la de proteger a todas las personas residentes en Colombia en sus vidas y en sus demás derechos, entre ellos el de la integridad personal, tal como lo proclama el artículo 2º de la Constitución. Allí radica en gran parte la justificación de la

existencia y actividad del Estado, por cuanto sería nulo todo esfuerzo por sostener la vigencia de un conjunto de instituciones sin el presupuesto indispensable de que los organismos existentes gozan de la capacidad necesaria para poner a salvo los más elementales derechos de toda persona.<sup>35</sup> Así, en lo que concierne específicamente al derecho a la vida de nada sirve todo un complejo normativo y orgánico de altísimo costo si no existen cuando menos motivos razonables y dignos de crédito para pensar que el engranaje institucional operará de modo oportuno y eficiente para brindar a los asociados un mínimo de protección.

El derecho a la vida como supremo derecho fundamental (artículo 11 de la Constitución) es el soporte sobre el cual se desarrollan los demás derechos y su efectiva protección corresponde a la plena vigencia de los fines del Estado Social de Derecho”

“Poder vivir” no significa liberar al individuo de todo riesgo o amenaza para su integridad. En su expresión positiva este derecho incluye también la disponibilidad de los medios indispensables para que esta posibilidad se realice. De manera que el cuerpo común además de eliminar toda traba u obstáculo que interfieren con el libre desarrollo vital de cada cual, tendrá que ofrecer su colaboración en aquellos casos en que el individuo resultara incapaz de procurarse, con sus solas fuerzas, lo indispensable para la sobrevivencia. Mientras que en su aspecto negativo (eliminación de amenazas externas) la vida puede ser incluida entre los derechos de la esfera individual, la formulación positiva le asegura un lugar entre los derechos sociales, al lado del derecho al trabajo, a la seguridad social, a la propiedad, etc. Aún más, todos estos derechos específicos pueden ser considerados con razón como los corolarios de esta reivindicación básica, que obliga al poder común a garantizarles a todos los ciudadanos los recursos vitales para la subsistencia y para una existencia digna de toda condición humana.

## **8.2. EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE**

### **8.2.1. Conceptualización de la muerte.**

Etimológicamente el término muerte deriva del latín “mors” que básicamente significa extinción. El diccionario filosófico dice:

“Reducimos la idea de la muerte al concepto positivo de organismo muerto o cadáver (con lo cual eliminamos la definición de la muerte por medio de la idea de aniquilación) sin que por ello consideremos que nos hemos logrado desentender de la idea de la Nada. La Muerte no será, por tanto, una aniquilación, sino una transformación del organismo vivo en un cadáver. Y el cadáver no es la nada. El cadáver conserva, incluso en general, la individualidad propia del organismo viviente (los escolásticos hablaban de una forma cadavérica). Es cierto que la muerte puede comportar ya de inmediato (por ejemplo, la muerte en la hoguera) una transformación tal del organismo vivo que las partes formales de este organismo ya no tengan ningún coordinante con las partes del organismo muerto reducido a cenizas (es decir, a partes materiales). Pero estas pueden considerarse como transformaciones ulteriores del cadáver y no invalidan la definición originaria de la muerte como transformación del organismo viviente en un cadáver (que, con mayor o menor velocidad, habrá de sufrir a su vez transformaciones ulteriores). Nuestra definición positiva de la transformación mortal no constituye ninguna reducción conceptual, desde el momento en que su concepto está sinecoidalmente vinculado a las concepciones alternativas pero inevitables en torno a la vida orgánica y en torno al cadáver”. 36

Definición algo compleja de un fenómeno que conlleva diversidad de connotaciones éticas, culturales y sociales. La muerte humana como concepto es depositaria de múltiples discursos. Esto se debe fundamentalmente a que se trata de un hecho trascendental e inevitable, siempre presente en todo plan vital. De esta manera; la muerte es siempre para aquel que la aprehende una experiencia

personal y suscita preguntas sin respuestas, con un inquietante componente de angustia. Exige de nosotros una actitud, la realización de actos concretos y la toma de decisiones que se plantean como una necesidad ética y desafío de justificación. Desde toda la historia asistimos a innumerables contenidos sobre la muerte, los cuales encierran interpretaciones tanto humanistas como de acercamiento que parte desde lo empírico-técnico. Todos ellos representan intentos representativos a la luz de especialidades. Junto a ello hay que hacer notar la presencia del sentir comunitario, el cual puede definirse como la aproximación no especializada a la muerte, con base fundamentada en contenidos socioculturales.

Todas estas aproximaciones plantean dos vertientes de acción: una que se despliega desde lo teórico y universal (canon) y otra, que emana desde su que hacer directo práctico (praxis). En ambas es exigible, la perfección.

Los diferentes discursos expresados consideran la muerte como un proceso. Un proceso que se inicia en la antesala de la misma (agonía, terminalidad), en la aparición de la muerte propiamente tal (momento de morir) y su temporalidad inmediata o mediata posterior. Sin embargo, es natural, esas aproximaciones se despliegan en campos de conocimiento, valoraciones y conductas contextualizadas muy diferentes. Todas ellas son depositarias de consideraciones éticas en sí mismas, planteándose además la obligatoriedad de aplicar un sistema interpretativo transdisciplinario y cultural en cuya armonía participará la bioética.

Se muere una vez, pero puede morir en forma muy distinta dependiendo del enmarque teórico y sociocultural al que esta realidad sea sometida, “sin duda al hablar de ella se alude a cuestiones como el dolor, la ruptura, la discontinuidad, la renuncia o la pérdida de la vida; no obstante, más allá de estas realidades y desde un punto de vista eminentemente filosófico, resulta indiscutible que la muerte al

imponer un límite a la presencia física, confiere un tiempo, lugar y sentido a cada instante en la vida del hombre”.37

### **8.2.2. Perspectiva histórica en relación con la muerte.**

Históricamente nuestra cultura occidental tiene 2500 años y se inició en Grecia. La filosofía Griega es fundamentalmente una filosofía fisiológica, es decir, de carácter natural. La palabra physis, natura y naturaleza significan lo mismo. Las tres acepciones significan nacer, crecer o brotar. La naturaleza tuvo en un principio un sentido profundamente biológico, dado que los griegos la interpretaron como un organismo vivo. Las cosas infradivinas no tenían la naturaleza en plenitud y su trayectoria vital consiste precisamente en un progresivo movimiento desde el inicio hasta el fin, pasando desde la etapa de la potencialidad a la de la realización total y de ahí la destrucción. De esta manera los seres infradivinos se caracterizan por nacer, crecer, reproducirse y morir. El morir como el nacer, es natural. Los griegos concebían a la muerte como ausencia o pérdida de la vida. Por lo tanto, el concepto positivo es el de la vida y el negativo es el de la muerte. La muerte es, la cesación de la vida y esta cesación consiste en la pérdida del espíritu. Para la naturaleza griega existen tres espíritus diferentes: el natural, el vital y el espiritual; ha de definirse cuál o en qué orden se pierden estos espíritus para que se produzca la muerte del individuo. El espíritu natural es el que corresponde a las funciones vegetativas; el espíritu vital reside en el tórax y tiene su sede en el corazón. En el cráneo humano aparece lo espiritual de carácter intelectual y propiamente humano. Los griegos eligen como inicio de la muerte la pérdida del espíritu vital.38

¿Por qué muere el hombre? Es ésta una interrogación que siempre se hicieron los seres humanos desde que tuvieron uso de razón:

“En la primitiva interpretación animista de la vida, la más antigua y espontánea aparentemente, la respuesta se dio a tono con esa mentalidad ideológica. El

hombre primitivo (no tanto por su edad cuanto por su cultura), concebía la muerte como consecuencia de un acto violento, sea por agresión de las fieras o de otros hombres, sea por fenómenos meteorológicos que suprimían la vida. Cuando la muerte se producía por razones naturales que no podía comprender o interpretar, transfirió por analogía el mismo hecho a un mundo invisible; así según se imaginaba en su ingenuidad bandadas de demonios se arrojaban contra los hombres y los ahogaban, los estrangulaban u oprimían hasta quitarles la vida. Tal era para ellos, la muerte por enfermedad y su interpretación patogénica.”<sup>39</sup>

Pero la muerte asumió otros aspectos de la mentalidad primitiva; podemos citar, como simple ejemplo, la muerte inferida por los sacrificios rituales en el canibalismo. Producida simbólicamente en las ceremonias de iniciación, la muerte viene a ser la condición necesaria para la vida.

La medicina egipcia encontró el primer paso hacia una concepción biológica mejor definida de la muerte. Según su idea la muerte se producía por la paralización de la respiración, a la que seguía la del corazón. Estos fenómenos son indudablemente, los de más fácil observación y constituyen lo fundamental entre las causas de la muerte, aunque más tarde se constate que son síntomas periféricos y no las causas profundas del deceso de un individuo:

“Bajo una perspectiva global, la muerte viene a ocupar el primer tabú de la conciencia colectiva en las comunidades occidentales, tras la superación del referido a la sexualidad. La sociedad contemporánea, urbana, tecnológica y en evolución pretende ignorar la idea de la finitud. Sin embargo, más que en cualquier momento de su historia, el hombre de hoy se encuentra definitivamente enfrentado a tal realidad, pues el conglomerado del que hace parte, lucha por el progreso pese al alto costo humano que acarrea y a la marcada despersonalización que ha desembocado entre otras cosas, en la prolongación de la existencia humana”.<sup>40</sup>



### **8.2.3. Visión teológica y filosófica de la muerte.**

Nos interesa aquí, recordar las verdades fundamentales enseñadas por la teología católica:

Como recordaba sintéticamente Pío XXII, el dolor humano representa una triple realidad o razón de ser: su función natural, porque es una señal de alarma que descubre el nacimiento y el desarrollo- a veces insidioso- de la enfermedad oculta, e induce o impulsa a procurar su remedio; su valor humano, porque obliga a plantearse las cuestiones fundamentales del destino del hombre, de su actitud hacia Dios y hacia los demás hombres, su responsabilidad individual y colectiva, del sentido de su peregrinación terrena; y, finalmente su valor teológico propiamente dicho, como instrumento de liberación del pecado en Cristo.

De lo anterior se deriva una consecuencia trascendental: la aceptación del dolor - que no excluye, evidentemente, toda lucha contra el mismo- es una necesidad ineludible que abre un horizonte nuevo a la vida humana destinada a la felicidad, aunque sea paradójico, a través del sufrimiento y de la muerte. El dolor como camino a la salvación. El dolor manifiesta la dimensión del misterio de la salvación, de la realidad humana y de la fe cristiana:

La doctrina católica del sufrimiento se reduce en el concepto de la “complementariedad” según el cual, el creyente presta su vida a Cristo para que opere en ella la redención del mundo. El ser humano descubre el incalculable valor del dolor en la medida que sobre pone a él su fe, su buena voluntad y especialmente su humildad, hasta llegar a la convicción de que más allá de una ley de la naturaleza o de un castigo es un medio para su perfección. Dios asigna esta función a los padecimientos confiriéndoles un sentido, una razón de ser”.<sup>41</sup>

La muerte es algo que la mayoría de los hombres miran con miedo, la experimentan como un mal o como pérdida del valor más grande, la vida corporal,

y como un momento enigmático por cuyo sentido preguntan angustiados. El cristianismo ha concebido desde el primer momento la muerte como un tránsito hacia la verdadera vida. La vida del cuerpo es considerada como un don de Dios (al que le debe tratar con sumo cuidado) y una oportunidad que se le ofrece para construir su futuro de vida o muerte eternas. El tiempo que debe durar esta tarea solo puede ser determinado por Dios. Esa es la razón primordial por la que no sea lícito producir deliberadamente la muerte de una persona inocente o la propia muerte, o someter arbitrariamente a los suplicios y torturas de cualquier especie, físicas, psíquicas o morales a seres cuya dignidad les viene de Dios.

Desde una visión filosófica de la muerte, no existe en el campo de la filosofía, una única corriente antropológica o interpretación del fenómeno humano; tampoco existe, en consecuencia, una única valoración del acontecimiento de la muerte. “Se ha de reconocer que una determinada filosofía de la muerte es imprescindible para establecer la existencia o no de normas morales reguladoras de numerosas actitudes que la realidad de la muerte suscita en los distintos hombres y, especialmente, para guiar a la ciencia en la respuesta a los interrogantes concretos que el hecho de la muerte inexorablemente provoca” «El hedonismo», ya sea que conciba a la vida o como parte de ella, siempre la somete a la búsqueda del placer (bien primitivo y natural), como fin último del paso de hombre por la vida. En sus dos versiones, es esta una doctrina materialista porque sostiene la naturaleza corpórea del alma, al tiempo que busca la supresión del dolor a partir del reconocimiento de las necesidades del ser humano y su empeño por satisfacerlas.

Epicuro, el mayor exponente del hedonismo naturalista, entiende la muerte como un hecho fuera de la vida; un retorno a la nada en la que se hallaba el hombre antes de su existencia terrena. Desde esta perspectiva, la extinción no puede considerarse un mal para el individuo por cuanto es la privación misma de la sensibilidad. Esto significa que cuando la muerte es, el hombre ya no existe.

Llevar una vida sabia significa, para esta doctrina, el goce de un alma en la tranquilidad perfecta, entendida ésta como una felicidad sosegada en todos los instantes de la existencia humana. Dice Epicuro: “cuando afirmamos que el sentimiento de alegría es el objeto de la vida, no entendemos con ello el bienestar que persiguen los frívolos, no: entendemos la ausencia de todo dolor físico o de toda inquietud mental; debe desterrar el temor supersticioso de las fuerzas divinas y de los castigos con que amenazan después de la muerte. Si se consigue extirpar este temor la muerte deja de ser tenebrosa.”<sup>42</sup>

Hedonismo utilitarista, a diferencia de lo que ocurre con el epicureísmo, sitúa la muerte dentro de la vida, pero sometida a la búsqueda del placer y del bienestar lejos de todo dolor o malestar. En este sentido, la muerte es bienvenida cuando el sujeto experimenta su vida en forma más dolorosa que placentera.

Por su parte, el estoicismo enseña que la muerte digna no es aquella que se experimenta sin sufrimiento físico, sino la que acontece sin degradación y queja. Bajo esta perspectiva, la muerte es deseable cuando evita la existencia del individuo en un cuerpo que ha empezado a corroerse gravemente y el dolor ha nublado su entendimiento. Desde el punto de vista de la filosofía hilemórfica la más seguida dentro del campo de la escolástica:

La muerte consiste en una separación del alma y del cuerpo. H. Bon ha hecho una minuciosa relación histórica de la coincidencia entre esta definición aristotélica y las enseñanzas bíblicas y patrísticas sobre la muerte. Mientras cuerpo y alma permanecen unidos forman una unidad sustancial, y el compuesto humano, constituido por la materia (el cuerpo) y la forma (el alma espiritual), no puede ser dicotomizado, ni en su ser ni en sus operaciones. Pero, una vez que por razones filosóficas (cuyo análisis y determinación corresponde a las ciencias experimentales) ambos se separan, no tendremos una sola forma cadavérica que sustituya de manera definitiva y estable el alma espiritual (tal

como lo concibiera el estoicismo), sino que en el cadáver se va produciendo una sucesión continuada de formas substanciales hasta la última reducción material, esqueleto óseo o cenizas residuales.<sup>43</sup>

A las preguntas ¿en qué momento se produce la separación del alma y del cuerpo? ¿En qué momento se produce la unión? La muerte ¿qué estado de alteración corporal demanda?, se ha de reconocer que este problema no tiene todavía una respuesta completa. Desde el punto de vista biológico, aunque el cuerpo del hombre y el de los animales tenga una estructura análoga, ya que viven en las mismas condiciones físicas, su principio vital es completamente diferente. El de los animales está estrictamente ligado a los fenómenos físico-químicos; en cambio, el del hombre, está dotado de cierta independencia y con influencia sobre esos fenómenos. Por eso existen datos sobre muertes humanas que permanecen inexplicables para la ciencia. Estos datos, aunque el alma no caiga bajo nuestra observación directa, sólo pueden tener un sentido aceptando el poder de ella sobre la materia. Tampoco es fácil determinar el momento exacto de la muerte.

#### **8.2.4 Definición de la muerte humana en la ciencia actual.**

El tema ha sido objeto de innumerables estudios científicos y éticos, jurídicos y religiosos y foco de atención de congresos. Desde hace años se sabe que, entre el momento de la muerte denominada “clínica”, o sea, la desaparición de toda señal de actividad circulatoria, respiratoria y nerviosa, y la muerte denominada “biológica”, o sea, la presencia de alteraciones irreversibles de los tejidos, existe un intervalo de tiempo variable, que puede cambiar de tejido a tejido. La medicina ha logrado establecer, que la muerte no aparece como un acontecimiento simple, supresor de un solo golpe de todas las funciones vitales. La muerte, de hecho, se puede producir gradualmente. Según la medicina actual, no se puede considerar que exista vida humana cuando no exista vida neurológica.

A la pregunta ¿Qué produce la muerte? Hoy esta pregunta está tratando de ser respondida desde diversos ángulos, por lo cual se ha empezado a distinguir entre muerte “fisiológica” y muerte “patológica”. La primera sería producida «naturalmente» por las mutaciones normales que acaecen fatalmente en las células, después de un período determinado (morir por vejez), sin influjo de una enfermedad concreta; la segunda en cambio, es causada «prematuramente» por factores extraños al normal mecanismo biológico. La mayoría de los hombres mueren de muerte «patológica», ya que los casos de muerte «fisiológica» son bastante raros. Respecto de la muerte fisiológica, la moderna biología molecular, en el estudio de células cancerosas ha llevado a la convicción de que existen, estructuras endocelulares capaces de dar a las células la propiedad de reproducirse incesantemente por un mecanismo ínsito genético. Este mecanismo originario habría sido silenciado, en el transcurso del camino evolutivo hacia organismos vivientes, por un nuevo mecanismo, el de la diferenciación que, mientras limita el crecimiento celular, le otorga un papel funcional muy definido. La inmortalidad vendría a ser una propiedad primordial general insita en el patrimonio genético de todas las células, lo cual si es verdad podría hacer asomar nuevas y sorprendentes posibilidades: lograr encontrar la vía para restituir a las células sanas la activación del mecanismo de “inmortalidad” desactivándolo en el de las neoplásicas (que son células inmortales, de allí la dificultad de encontrar el medio farmacológico para la curación del cáncer). Se habría logrado derrotar, al mismo tiempo, el cáncer y la senectud:

La muerte patológica, aún supuesto al anterior triunfo, seguiría haciendo presa de la humanidad. Antiguamente, la constatación de la muerte prestaba atención únicamente a la cesación de las funciones (cardíaca y respiratoria) y para nada a las estructuras relativas (órganos y aparatos). Con el descubrimiento de la posibilidad de restaurar las funciones (mediante modernas técnicas de reanimación) se presta ahora atención, sobre todo, a las estructuras, especialmente cerebro y corazón. Ahora se puede distinguir con mayor precisión

la diferencia entre una muerte aparente, en la que las funciones están marcadamente atenuadas y sólo se las puede percibir mediante los modernos aparatos; la muerte clínica en la que las funciones han cesado realmente pero se mantienen intactas las estructuras, porque no han sufrido aún daños irreversibles, lo que hace posible su reactivación por medios artificiales; y la muerte biológica, en la que ha comenzado un proceso de alteraciones extensas en las estructuras ( necrosis celular), lo que hace imposible la recuperación de las funciones aunque se intente”.<sup>44</sup>

Estos planteamientos explican el por qué de la posibilidad que se den, en el llamado “estado de coma”, diversos niveles que pueden prestarse a errores técnicos lamentables. Se conocen casos de pacientes recuperados de una supuesta muerte cerebral que en realidad no lo era, y otros en los que los movimientos reflejos de los miembros fueron confundidos como signos de vida. Hay cuatro niveles en los estados de coma: el “coma simple o leve”, que es una pérdida de la conciencia y de la movilidad voluntaria pero en el que, aún cuando las funciones neurovegetativas puedan estar parcialmente comprometidas, permanecen los movimientos automáticos de reacción frente a estímulos físicos externos; el “coma grave”, en el que, a consecuencia de daños serios en los centros reguladores, cesa toda regulación de cada una de las funciones en sí mismas y de las correlaciones entre diversas funciones; el “coma profundo”, en el que las funciones, primero enloquecidas en exceso, tienden a apagarse: de hipertermia se pasa a hipotermia espontánea, de hiperglucemia a hipoglucemia, de taquicardia a braquicardia, etc. Y ya no existe ningún reflejo. Aquí estamos frente al apagamiento de la vida, sin posibilidad de solución, hasta que se inventaron los respiradores artificiales y las técnicas de reanimación cardiocirculatoria y metabólica. De esta manera, ha aparecido otro nivel del estado de coma denominado “coma depasse” en el cual se puede afirmar que un organismo humano, de hecho muerto ya no por la cesación total y definitiva del funcionamiento del sistema nervioso central, es mantenido artificialmente

preservado de las consecuencias degenerativas de sus órganos, asegurándole la irrigación con sangre oxigenada, mantenida forzosamente en circulación. En este caso la muerte cerebral no ocurre. La crean los médicos a partir de la tecnología terapéutica. Muchos comatosos pueden mantener sus funciones cardiopulmonares por varias horas o días. Algunos de estos pacientes resucitados se recuperan completamente, razón por la que estas técnicas se justifican; otros quedan con distinto grado de discapacidad; unos pocos permanecen por horas o días en un coma agónico irrecuperable antes de que sus corazones se detengan. Estos últimos son los propiamente “muertos cerebrales”.<sup>45</sup>

Para determinar la muerte cerebral, depende de un diagnóstico definitivo de un desorden irreversible que causa el coma en la función del tronco del cerebro. Quien esté en esta situación, estaría incapacitado para sobrevivir y la muerte cerebral sería seguida por el paro cardíaco definitivo a corto plazo y la consiguiente muerte de cualquier célula sobreviviente en el cerebro o en cualquier lugar del organismo.

## **9. DERECHO A MORIR DIGNAMENTE EN CONFLICTO CON EL DERECHO A LA VIDA.**

En la eutanasia existen bienes jurídicos en conflicto y necesariamente eso obliga a que la elección de primar uno sobre otros conlleve una ponderación de éstos. “Lo mismo ocurre con las demás manifestaciones de tensiones jurídicas, como por ejemplo en el conflicto entre libertad e igualdad, o en las colisiones entre los derechos a la información y a la intimidad que con frecuencia resultan tan conflictivas en los medios de comunicación, como es bien sabido”

El mayor problema está en compatibilizar el derecho a una muerte digna lo que significa no recibir tratos inhumanos o degradantes, al rechazo del tratamiento, a la autodeterminación y libre disposición corporal, a disponer libremente de la

propia vida, a la misma intimidad. Quienes sostienen la existencia de este derecho, afirman que el hombre como ser espiritual, consciente, libre, inteligente que es, tiene la facultad de controlar mediante la razón su naturaleza física, es decir, tiene la capacidad para ordenar su propia vida en virtud de ello, decidir su destino cuando se enfrenta a un mal irremediable.

Los defensores del derecho a morir, señalan además, que la preocupación por la última etapa de la vida, no refleja tanto el miedo de experimentar fuertes dolores en el proceso de morir, sino más bien el deseo de mantener la calidad de vida hasta su fin, es decir, la dignidad y el control durante tal proceso. Una muerte tranquila, sin contemplar la prolongada y angustiada vigilia de los familiares de un enfermo terminal, frente a una larga y penosa agonía. Para Casado (1994) si tenemos una concepción del derecho a la vida que en la práctica quiere convertirse en absoluto en lo que se refiere a la eutanasia, hay colisión de intereses.

“Esta concepción del derecho a la vida, incluso contra la voluntad de su titular, debe ceder paso a concepciones más acordes con el carácter laico del Estado y con el respeto al derecho de autodeterminación, teniendo en cuenta la relevancia que el propio derecho presta al consentimiento del interesado y que en nuestro ordenamiento resulta mucho más patente que la concepción garantista a ultranza del derecho de vivir. No significa, en absoluto, que las garantías deban debilitarse sino que es necesario considerar siempre que se establecen a favor de quien detenta el derecho a ser respetado en todos los sentidos y no en su contra: el derecho a la vida lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones penosas.”<sup>46</sup>

Para el caso de la eutanasia podría tomarse en consideración la voluntad del enfermo para establecer bien o una causa de justificación o bien incluir una



excusa absoluta, en razón de la existencia del mencionado conflicto de intereses. Estas soluciones permitirían a los Tribunales apreciar si hubo o no, en cada caso que llegara a sometérselos, un supuesto auténtico de eutanasia.

### **9.1. Muerte digna y Eutanasia.**

No puede existir ninguna duda de que el poder prepararse para la propia muerte es un derecho que tienen todos los seres humanos como tales. La expresión "morir dignamente" se refiere a una forma de morir sin sufrimientos, con asistencia material, psicológica y religiosa, y con conocimiento pleno del momento por el cual se está atravesando. En muchos casos, aunque el equipo de salud pueda tener las mejores intenciones, el grado de deterioro físico y psicológico del paciente convierte a la última etapa de la existencia en un proceso penoso y angustiante, en el transcurso del cual la muerte puede aparecer como una liberación.

El deber del médico que atiende a un paciente terminal durante su agonía comprende el alivio del dolor, procurar la mayor confortabilidad y contacto con los seres queridos, y no emprender ningún tipo de acción terapéutica que pueda ocasionar molestias o sufrimientos sin esperanza de obtener beneficio alguno. En palabras del Congreso Nacional de Comisiones de Deontología Médica (Madrid, 1984): "La profesión médica se esforzará en conseguir que las circunstancias que rodean la muerte sean acordes con la dignidad de la condición humana".<sup>47</sup>

El derecho a morir dignamente se conoce como "ortotanasia". No debe entenderse como derecho en el sentido jurídico de la palabra, sino más bien como una exigencia ética que se desprende de los principios de autonomía del paciente, de no inducción al daño, y de calidad de vida. La práctica plena de este derecho requiere un compromiso social para cubrir una serie de exigencias que, desgraciadamente, estamos lejos de alcanzar en la actualidad.

Atención médica del moribundo con todos los medios disponibles para aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.

- No privar al moribundo de su propia muerte en cuanto a acción personal.
- Dejar de ver a la muerte como el tema tabú de la sociedad actual.
- Organizar un nuevo tipo de servicio hospitalario con personal capacitado e infraestructura adecuada cuyo objetivo sea la atención física y emocional del paciente moribundo.
- Favorecer la asistencia religiosa durante la agonía.
- Proporcionar al moribundo todos los medicamentos necesarios para calmar el dolor, aunque supongan abreviar la vida y los períodos de conciencia.

En la actualidad existen numerosas asociaciones que reivindican el derecho del enfermo a morir con dignidad, en algunos casos refiriéndose directamente a la práctica de la eutanasia. Estas asociaciones plantean como objetivos el derecho a disponer del cuerpo y de la vida, a elegir libremente el momento de morir, al alivio del sufrimiento y a no prolongar la vida por medios artificiales.

Desde el punto de vista práctico en lo que todo el mundo está de acuerdo es en que hay que evitar la distanasia, es decir, la prolongación de la agonía por medio de la utilización de medios ordinarios o extraordinarios. Aún así, los casos de distanasia son frecuentes. Las situaciones de distanasia pueden clasificarse según diversos criterios:

- En referencia al carácter ordinario o extraordinario de los medios empleados para mantener con vida al paciente.
- En referencia a la naturaleza misma del paciente (edad, etc.).
- En referencia a las esperanzas de recuperación.

Como se vio anteriormente, el único criterio válido para considerar una situación como verdaderamente distanásica es la expectativa de recuperación del paciente. En este tipo de casos se produce un conflicto ético entre el principio de santidad

de vida y el derecho a morir dignamente. En otras palabras hay que realizar una elección entre prolongar la situación distanásica por respeto a la vida, o discontinuar con las medidas terapéuticas y dejar morir al paciente.

Todas las situaciones distanásicas representan en el fondo una distorsión de la tarea médica que se traduce en la obsesión de prolongar una vida humana (o la vida vegetativa de un organismo humano) más allá de los límites naturales que nos caracterizan como personas.

En la Propuesta Conjunta de la Iglesia Anglicana y la Conferencia Episcopal Católica de Inglaterra en relación con el problema de la eutanasia, podemos leer lo siguiente:

Ninguna de nuestras Iglesias sostiene que un moribundo o una persona gravemente enferma deba mantenerse con vida por todos los medios posibles y el mayor tiempo posible (...) Los médicos no tienen la obligación incondicional de prolongar la vida utilizando todos los medios disponibles. La declaración sobre la eutanasia de la Doctrina de la Fe dice que el tratamiento para un moribundo debería ser proporcional al efecto terapéutico esperado, y no debería ser en grado desproporcionado, doloroso, molesto, arriesgado ni oneroso, según cada caso. Por lo tanto, se puede administrar o no un tratamiento. Se trata de un tema que exige mucha delicadeza de juicio.

Hans Küng, conocido teólogo y profesor de la Universidad de Tubinga, se expresa de la siguiente manera al respecto: "Dado que el hombre tiene derecho a una muerte natural, humana, verdaderamente humana, uno de los medios de humanizar su muerte es reducir el dolor corporal a límites soportables y ayudar con psicofármacos al paciente para que su mente pueda superar emocionalmente la última fase de su vida".<sup>48</sup>

En casos de pacientes terminales con dolores difíciles de controlar, se aplica el llamado Principio de Doble Efecto, que proviene de la teología moral católica y cuya formulación es: "Una acción, buena por sí misma, y que tiene dos efectos, uno bueno intentado y no obtenible de otra forma, y uno malo previsto y únicamente permitido como concomitante, puede ser llevada a la práctica lícitamente si existe una proporción razonable entre el bien intentado y el mal permitido".<sup>49</sup>

El ejemplo típico es la utilización de un analgésico como la morfina, en dosis crecientes. A partir de una determinada dosis se incrementa el riesgo de paro respiratorio (efecto malo concomitante) para lograr una analgesia satisfactoria (efecto bueno deseado). En estos casos se considera moralmente permitido el incremento de la dosis a pesar de la posibilidad de muerte introducida por la droga.

Campbell, profesor de ética de la Universidad de Edimburgo, señaló las condiciones que deben verificarse para la aplicación de este principio:

- La acción en sí misma no debe ser intrínsecamente mala.
- El buen efecto no debe ser consecuencia del mal efecto.
- El buen efecto debe ser el intentado directamente, y el mal efecto el tolerado.
- El buen efecto debe ser igual o mayor que el mal efecto.

Como formas de evitar la distanasia podemos agregar el apoyo, la compañía y el consuelo de parte de los seres queridos, la satisfacción de las creencias religiosas, y la confianza y comunicación del paciente y de sus familiares con los médicos y enfermeras que lo cuidan. El establecimiento de un plan de acción en beneficio del paciente una vez que se llegó a la conclusión de la irreversibilidad del proceso en forma unánime por todo el equipo de salud, permitirá evitar el congelamiento del momento de morir.

Eutanasia, desde el punto de vista jurídico, es la muerte provocada por el médico a pedido de un enfermo incurable a fin de evitarle dolor y sufrimiento. Caen fuera de este concepto las muertes causadas a ancianos, enfermos mentales, y otros, que se considerarán simplemente como homicidios, y tampoco se considera eutanasia el no aplicar a un enfermo terminal un medio extraordinario que pueda procurarle el alargamiento de la vida, pero no la curación. Como no suelen existir previsiones específicas en los códigos penales, por lo general, si la eutanasia se practica sin el consentimiento del paciente, en los países donde no está legalizada se la considera homicidio, y si se lleva a cabo con consentimiento, delito de ayuda al suicidio.<sup>50</sup>

Algunos autores distinguen dos tipos de eutanasia: pasiva, que consiste en suspender o no iniciar un tratamiento cuando tiene como único objetivo prolongar la vida del paciente terminal sin posibilidades de curación; y activa, que se produce cuando el médico suministra alguna medicación o aplica de algún procedimiento para poner fin a la vida del paciente. Sin embargo, desde el punto de vista legal, un médico puede decidir la no prolongación de la vida de un paciente desahuciado, o la administración de una droga que le aliviará el sufrimiento aunque le acorte la vida; tampoco se considera delito el no aplicar a un enfermo una terapéutica extraordinaria que no le procurará la curación de su enfermedad. El problema puede surgir cuando el paciente se encuentra imposibilitado para dar su consentimiento, y no ha manifestado ninguna cosa al respecto con anterioridad.

Son varios los aspectos que hay que tener en cuenta al hablar de eutanasia. Existen problemas de orden jurídico, de orden social, de orden médico y de orden ético- moral. Generalmente, los propios pacientes o sus familiares son los que solicitan al médico la práctica de la eutanasia. El entorno social se muestra compasivo con los sufrimientos del paciente terminal, pero el médico debe valorar

cada situación en particular, y tomar su decisión basándose en el código de ética y en las leyes vigentes.

El suicidio difiere de la eutanasia en que el acto de disponer de la vida es llevado a cabo por el propio paciente y no por el médico. De no existir un componente depresivo, y si el dolor y sufrimiento del paciente son difíciles de controlar, el deseo de cometer suicidio puede ser racional. Existe controversia en ciertos grupos médicos de Estados Unidos acerca de la moralidad de asistir a un suicidio en determinadas circunstancias. En caso de que el paciente lo lleve a cabo, el médico que conozca su situación no debe intentar la resucitación cardiopulmonar ni maniobras de reversión de cualquier tipo, ya que evidentemente el enfermo se opondría a su aplicación.

Hay diferencias significativas desde el punto de vista ético entre el suicidio y el rechazo al tratamiento:

- a. Al rechazar un tratamiento una persona no dispone de su vida, sino que impide que otro lo ayude a sobrevivir. Rehúsa una medida terapéutica no porque quiera matarse, sino porque quiere que se le permita morir.
- b. En caso de rechazo al tratamiento, la muerte es el resultado de una enfermedad irreversible que es su causa directa; en caso de suicidio, aunque haya una enfermedad concomitante, la muerte es consecuencia directa del acto autoinfligido.
- c. Aún cuando el resultado final sea el mismo, hay diferencias en la intención, circunstancias, motivos y deseos.
- d. La Iglesia Católica condena el suicidio, pero permite a los creyentes el rechazo de un tratamiento que se juzgue como extraordinario.
- e. Desde el punto de vista jurídico, el suicidio y el rechazo al tratamiento son considerados en forma completamente distinta. Si bien el suicidio no es delito, se considera como delincuente a la persona que induce o asiste al suicida.

En el caso del suicidio asistido, el acto final es realizado por el paciente, aún cuando el médico le haya aportado información o medios para suicidarse. En el caso de la eutanasia es el médico el que ejecuta un acto propio de su profesión que causa la muerte del paciente. Esta es la eutanasia activa, que es permitida y practicada en Holanda, por ejemplo, donde cuenta con la aprobación de la sociedad y de la comunidad médica, y cuya realización implica la inyección endovenosa de una droga letal de efecto inmediato.

El problema se presenta en casos de pacientes lúcidos, que padecen grandes sufrimientos, sin posibilidades de recuperación, en los que se sabe que la muerte ocurrirá en un plazo de días o semanas ("muerte cierta, hora incierta"). El paciente puede sentir que es lícito acortar el plazo que lo separa de la liberación que representa la muerte. Dice Kant:

"A este límite se llega cuando los sufrimientos físicos y las exigencias del mundo resultan tan oprimentes que yo no puedo permanecer más en lo que soy; cuando no es el heroísmo el que disminuye sino que, por la fuerza, decae la posibilidad física, y cuando no hay nadie en el mundo que afectuosamente sostenga mi ser. Al dolor más profundo puedo ponerle un fin, aunque yo esté siempre listo y dispuesto a la vida y a la comunicación, y justamente por esto"

Ante tal situación puede surgir el planteo de la eutanasia "activa". En los países donde se practica habitualmente, se exige que el paciente sea competente para tomar decisiones, debe existir documentación que evidencie que el enfermo ha requerido la eutanasia en forma voluntaria y repetidamente durante un período de tiempo razonable, y que padece un sufrimiento importante sin expectativas de recuperación. El acto eutanásico debe ser llevado a la práctica por un médico, después de consultar con otro profesional que no esté directamente relacionado con el caso. En Holanda se aplica la eutanasia entre cinco y diez mil veces por año.<sup>51</sup>

## **10. ASPECTOS JURÍDICOS COLOMBIANOS**

Presentamos a continuación aspectos generales en el estudio jurídico de la eutanasia. El término eutanasia es uno de los muchos que a lo largo de los siglos ha modificado su sentido original, pues de “muerte dulce” o “muerte sin sufrimiento físico” que significa etimológicamente, ha pasado en la actualidad a significar casi siempre una muerte provocada voluntariamente ya sea por el mismo sujeto (eutanasia suicida) o por un extraño, comprendiéndose en este segundo supuesto tanto la acción positiva de quitar la vida (eutanasia activa) como la omisión de los cuidados médicos ordinarios necesarios para recuperar la salud (eutanasia negativa). Cuando la acción de eutanasia se lleva a cabo a solicitud del sujeto se habla de eutanasia voluntaria y cuando se hace sin la petición o consentimiento del mismo, se habla de eutanasia involuntaria.

La eutanasia, desde el punto de vista jurídico, tiene que ver directamente con el derecho a la vida. Este derecho normalmente no es un objeto de las legislaciones positivas sino en un sentido negativo, o sea la Ley positiva no afirma normalmente que los hombres tienen derecho a vivir sino que protege la vida a base de castigar a aquellos que priven de la misma a otro, indicando, como es el caso de nuestra Constitución Política: Artículo 11 “el derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte” y el artículo 1º del nuevo Código Penal (Ley 599 de 2000, que entró en vigencia el 24 de julio de 2001) “El derecho penal tendrá como fundamento el respeto a la dignidad humana”. El Derecho Penal no solo debe defender a las personas contra los delitos sino que tiene también que garantizar los derechos individuales, que son entonces límites al poder punitivo.<sup>52</sup>

Es innegable que el derecho a la vida es un derecho natural en el hombre, pues la naturaleza humana es una naturaleza viva y todo hombre por instinto natural tiende a conservarla. Así se explica que para todos los hombres sea claro el que debe castigarse al homicida y que el suicidio, no siendo una acción antijurídica, pues no existe en el acto una relación de justicia con otra persona, sea una acción moral y socialmente responsable. Nadie duda que debe castigarse al que mata a



una persona sana y en la plenitud de la vida; nadie duda tampoco que esa acción seguirá siendo injusta y punible aunque el agente obre a petición o con autorización genérica o específica de la víctima. Todas estas acciones son claramente calificadas de homicidio.<sup>53</sup>

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que toda vida humana está sujeta a un término, en el campo jurídico, este es el ejemplo clásico de un término incierto, o sea un acontecimiento (la muerte) que seguramente va a llegar, aún cuando no se sepa el momento preciso de la misma. Debemos entonces considerar que así como la vida es natural en el hombre, ésta termina necesariamente y, por tanto, la muerte es también otro hecho natural y que como tal, no debe ser considerado como una degradación, pues los hechos naturales para el hombre no son desgraciados, sino que cumplen la evolución natural de toda persona humana.

De la consideración anterior derivamos que el hombre tiene derecho a la vida, pero a una vida que necesariamente va a terminar. ¿Podrá el hombre adelantar voluntariamente el término natural de su vida? ¿Podrá una persona extraña adelantar ese término natural de la vida con autorización de sujeto?. La eutanasia se justifica con frecuencia bajo este prisma, señalando que lo único que se hace mediante ella es adelantar la fecha de una muerte que necesariamente va a llegar y evitar así sufrimientos al sujeto.

El derecho a la vida que es patente y claro en los sujetos sanos, parece ser que queda modificado cuando ese sujeto tiene una grave enfermedad, se encuentra en una situación de inconsciencia irreversible, nace con malformaciones congénitas o sucede alguna otra de las circunstancias que se aducen por los partidarios de la eutanasia.

Lo anterior nos lleva a plantearnos si el derecho a la vida es absoluto, o sea, si la tienen todas las personas humanas y en cualquier circunstancia en que se

encuentren, o si pueden haber situaciones en las cuales el sujeto mismo puede disponer de su propia vida autorizando a otros para que la supriman, o si aún pueden existir circunstancias en que, sin la voluntad del sujeto, otras personas (médicos, parientes, o el Estado) pueden suprimir la vida de alguien sin cometer una injusticia.

Admitir la validez de esas circunstancias para suprimir una vida ajena, volvería relativo el derecho a vivir, o sea, tendríamos que concluir que no todos los hombres, sino sólo aquellos que no se encuentran en las circunstancias en que el matar puede volverse lícito.

El problema de la eutanasia no es reciente, pues ya el juramento de Hipócrates, que los médicos han hecho durante siglos, señalaba que “nunca administraré a nadie un veneno mortal, aunque sea el mismo paciente el que me lo pida”. En el mismo juramento Hipocrático se indicaba que “el médico deberá actuar según la tradición médica y su juramento Hipocrático en el bien del paciente, sin dejarse influir ni por otra razón ni por nadie”.<sup>54</sup>

Las razones que con más frecuencia se aducen como circunstancias que pueden modificar el derecho a la vida y por tanto justificar (a ser justo) una acción de eutanasia son las siguientes:

- Existe un derecho a morir, como contrapartida al derecho de vivir y por tanto se trata de una libre elección del sujeto, o sea de una auto-determinación sobre una cosa que le pertenece.
- Dentro del derecho a morir existe el derecho a una muerte digna y es el propio sujeto el que puede señalar la forma en que quiere morir.
- El derecho a disponer de la propia vida es parte del derecho a la intimidad personal.

- Hay vida sin “valor humano”, o en las cuales se han demeritado los valores humanos por dolores o enfermedades o por situaciones incurables e irreversibles que constituyen una carga para el sujeto o para los familiares.
- Existen vidas humanas sin “valor social”, ya sea porque representan una carga económica para la sociedad (ancianos improductivos, minusválidos) o porque lo serán para sus padres o parientes cercanos (malformaciones congénitas). Como se ve, todas estas razones tienen siempre como justificación la relatividad del derecho a vivir; en cualquiera de los supuestos, se debe concluir que el hombre tiene derecho a vivir mientras no se den algunas de las circunstancias que puedan justificar la acción positiva o negativa de la eutanasia.
- Determinadas acciones de eutanasia plantean también el problema jurídico de hasta qué punto el sujeto tiene obligación de vivir, lo cual se podría concretar en la obligación de no privarse de la vida y la obligación de recuperar la salud cuando ésta se ha perdido. Parece claro que el primero de los supuestos anotados no es problema jurídico, si el sujeto al privarse de la vida lo hace sin intervención ni ayuda de nadie más; estamos en presencia de un problema moral, no jurídico, pues el mundo jurídico solo tiene que ver con las relaciones de justicia en los cuales necesariamente se implican al menos dos sujetos. La justicia es dar a cada cual lo suyo, y en este sentido, no existen relaciones de justicia del sujeto consigo mismo.

La segunda hipótesis en cambio si cae dentro del campo del derecho, pues aunque puede darse un abandono y unas omisiones por parte del sujeto que no quiera recuperar la salud, sería muy raro que éste se encontrara en una situación de aislamiento total en la que nadie se diera cuenta de su situación. Si concluimos que existe la obligación de cuidarse, debemos concluir también que existe la obligación de curar a otro, cuando esto esté dentro de las posibilidades de ese tercero que presencia la enfermedad o la agonía de otro individuo.

Volvemos con esto a tocar otro aspecto del derecho a la vida, el cual se presenta ante el mundo jurídico como un derecho absoluto, en el sentido de que es un

derecho que tiene todo hombre y en cualquier circunstancia en la que se encuentre. No es aceptable el considerar el derecho a la vida como un derecho que puede ser modificado por las circunstancias de enfermedad, minusvalidez, carga social, etcétera, en las cuales puedan encontrarse algunos hombres. Ahora bien, la vida tiene siempre un sentido finalista. No se vive por vivir, sino que se vive para algo y en virtud de la naturaleza social y limitada del hombre, se vive para alguien. O sea el sólo hecho de vivir, crear relaciones y vinculaciones trascendentales de todo hombre vivo con otras personas. Esta trascendentalidad de la vida, y el carácter absoluto del derecho a vivir, parecen bases suficientemente sólidas para considerar que el sujeto no puede disponer arbitrariamente de su propia vida ya sea quitándosela a sí mismo o autorizando a otro para que lo haga. Podemos concluir entonces que existe también una obligación de vivir, que tendrá un contenido jurídico en el sentido de ayudar a otros a vivir, y tendrá sólo un contenido moral contemplado desde el solo punto de vista del sujeto.

Ahora bien, como antes se ha dicho, la vida humana necesariamente termina; toda vida humana tiene un término natural y es necesario distinguir con la mayor claridad posible y conocer hasta donde sea posible ese término natural de cada vida humana, porque puede cometerse una injusticia privando al sujeto de la vida con anterioridad a ese término natural (eutanasia) y puede también cometerse una injusticia de sentido contrario no permitiéndole al sujeto por medios extraordinarios y desproporcionados el llegar al término natural de su vida, manteniéndolo en una situación de vida artificial de la cual ya no se espera nada en relación con el mismo sujeto (ensañamiento terapéutico).

El ensañamiento terapéutico no es, claro está, un caso de eutanasia, pero es un supuesto muy cercano al mismo, aún cuando sea de sentido contrario. Para poder calificar ambos, es necesario precisar con la mayor exactitud posible el momento de la muerte natural del hombre. En este sentido, la ciencia médica ha hecho

grandes progresos, pero existen todavía dudas sobre los síntomas vitales que es necesario comprobar, y el tiempo mismo durante el cual deben permanecer, para poder tener certeza de la muerte de un individuo.<sup>55</sup>

La eutanasia crea una peculiar posición de toda profesión médica ante la sociedad. El médico, tradicionalmente ha sido un profesionalista que entra en relación personal con su paciente, y no es poco científico el afirmar que en la especie humana, esa relación personal y de confianza que se establece entre paciente y médico, es parte, en muchas ocasiones, de una terapia adecuada por parte del médico. Si no existe confianza por parte del paciente, su relación con el médico se volverá no sólo difícil, sino que la misma cura tendrá dificultades, en ocasiones insuperables.

Ahora bien, la sociedad moderna ha masificado el ejercicio de la medicina, despersonalizando la relación médico-paciente. Esto ya no se relaciona con la persona de un médico de su confianza, sino con un sistema médico en el cual se le pide que ponga su confianza. Sin embargo, es necesario interrogarse si esto es adelanto o contraproducente para el paciente y para el médico.

Todo hombre en sus relaciones sociales, tiene que depositar confianza en sus semejantes. Sería imposible la vida en sociedad, sin esa fe que necesariamente tenemos en las personas que nos rodean y con las cuales nos relacionamos por el solo hecho de vivir. Esas relaciones de confianza en ocasiones se establecen con un sistema, pero hay otras que necesariamente tienen que establecerse con la persona. Así, por ejemplo, confiamos en que la policía guardará la seguridad pública, y no depositamos nuestra confianza en un policía determinado; cuando tomamos un avión para viajar a otra ciudad, no preguntamos el nombre, ni la capacidad, ni la pericia del piloto: confiamos en que las autoridades no le hubieran dado licencia de piloto si no tuviera esas cualidades, confiamos también en que el avión ha sido revisado por alguien que tiene capacidad técnica para ello, y así sucesivamente; o sea, confiamos en el sistema no en la persona.

La relación médico-paciente ¿puede transformarse en una relación de confianza del paciente con el sistema o deberá seguir siendo, por la misma naturaleza de las cosas, una relación personal de confianza entre el paciente y un médico concreto?

La interrogación se presenta porque en la actualidad la medicina masificada, socializada, o como quiera llamársele a ese ejercicio anónimo de la medicina en grandes centros hospitalarios por cuenta de instituciones masivamente organizadas, obliga al paciente, sin previa consulta a éste, a confiar en el sistema, no en la persona del médico.

Por otra parte, el médico como persona debe obligarse a cuidar a todos sus pacientes con la misma conciencia y solicitud, y es necesario no olvidar que el médico no tiene que "vérselas" con hombres sanos y fuertes, sino con personas enfermas y débiles que con frecuencia han perdido su vigor físico, en ocasiones sus facultades mentales, y que por tanto acuden al facultativo con la esperanza de que éste alivie sus dolores y restablezca su salud hasta donde sea posible. La petición por tanto que todo paciente hace explícita o implícitamente, cuando se constituye en su calidad de "paciente", es recuperar la salud o aminorar sus dolores, y esto nunca lo podrá hacer un sistema sino que necesariamente tendrá que hacerlo una persona humana. El paciente que se ve obligado a depositar su confianza en el sistema, necesariamente permanece en una situación de desconfianza que con frecuencia tendrá repercusiones en el tratamiento médico que se le proporcione, y más cuando la enfermedad de que se trate es grave ya sea por la enfermedad misma o por la edad del paciente. Se puede aducir muchas razones y se debe seguir investigando en la profunda realidad humana, de plena confianza, en la que el paciente se coloca cuando acude a la consulta del médico. Parece desde luego que no puede tratarse a la persona humana solamente desde el punto de vista físico, o sea considerarlo sólo un cuerpo enfermo, pues esto es

rebajarlo a la categoría de mamífero superior, y desde luego el hombre tiene un ingrediente natural que lo coloca muy por encima de éstos.<sup>56</sup>

Las consideraciones anteriores tienen que ver mucho con la eutanasia, porque ésta se ha practicado ampliamente y se ha tratado de justificar por razones nada personales. Cuando la relación médico-paciente se vuelve una relación sistema-paciente, la eutanasia se justifica con mucha mayor facilidad ya que el enfermo pasa a ser no una persona humana con sus características personales, sino un ente más al cual hay que proporcionarle unos tratamientos que muchas veces se despegan de sus características personales y tratan de ordenarse por normas generales y masificadas. También el ensañamiento terapéutico tiene que ver con esta masificación de la medicina, pues cuando no existe esa relación personal y de confianza entre el médico y el enfermo, éste se vuelve con más facilidad un objeto de experimentación sobre el cual se van a realizar prácticas que "puedan hacer avanzar los conocimientos médicos", quedando en segundo plano la dignidad de la persona sobre el cual se están realizando dichas prácticas.

Desde luego que no es fácil de solucionar en la sociedad moderna el tremendo problema que plantea la masificación de la medicina, ante el gigantesco número de pacientes y ante la posibilidad de que el médico abarque todos los conocimientos necesarios para ejercer una medicina moderna de alto nivel. Pero ante esta dificultad, se sigue presentando la realidad de la necesaria relación personal del paciente con el médico, como única situación verdaderamente humana que además promueve y dignifica ante la sociedad a la profesión médica. La segunda hipótesis en cambio si cae dentro del campo del derecho, pues aunque puede darse un abandono y unas omisiones por parte del sujeto que no quiera recuperar la salud, sería muy raro que éste se encontrara en una situación de aislamiento total en la que nadie se diera cuenta de su situación. Si concluimos que existe la obligación de cuidarse, debemos concluir también que existe la

obligación de curar a otro, cuando esto esté dentro de las posibilidades de ese tercero que presencia la enfermedad o la agonía de otro individuo.

## **11. LAS RELIGIONES FRENTE A LA EUTANASIA**

Históricamente, las religiones han tenido preocupación por la vida, el dolor y la muerte. Han insistido que la muerte da sentido a nuestra condición mortal. A menudo perciben la agonía como una invitación al examen de conciencia y un momento decisivo del desarrollo espiritual del individuo.

Cada concepción religiosa reconoce en principio una fuerte preocupación a favor de la preservación de la vida. Consideraremos en primer lugar las tres grandes religiones monoteístas con influencia mundial: el judaísmo, el cristianismo y el islam y en segundo lugar las religiones orientales: el hinduismo y el budismo.

Las primeras abordan los problemas éticos del fin de la vida desde una perspectiva común. “Centran su reflexión en torno a tres grandes principios. Dios es soberano; el hombre es su representante; el yo individual es esencial”.<sup>57</sup>

El principio de un Dios soberano significa que la vida y el cuerpo han sido creados por Dios y han de volver a Él. Este principio lo presenta el cristianismo en su Biblia: Génesis Capítulo 1,1 “En el comienzo de todo, Dios creó el cielo y la tierra. La tierra no tenía entonces ninguna forma; todo era un mar profundo cubierto de oscuridad, y el espíritu de Dios se movía sobre el agua”.<sup>58</sup>

Las sagradas escrituras en su primera parte comienzan con el libro Génesis; habla del origen del mundo y resalta la figura de los patriarcas. Hace parte de los libros que componen el Pentateúco (Génesis, Exodo, Levítico, Números, Deuteronomio).



La religión judía en uno de los apartes de su credo de Maimónides “creo con plena convicción que el Creador hizo y guía todas las criaturas, y que él solo realizó, realiza todas las obras”.59

Mosé ben Maimón (1135 – 1204), conocido en Occidente por Maimónides, que ejerció su actividad principalmente en Marruecos y en Egipto. Médico, comerciante, jurista, filósofo y teólogo. La Confesión de fe redactada por él en 1168 se ha impuesto en el judaísmo. Se encuentra hoy como confesión de fe en los devocionarios, al final de la oración matutina.

En el islamismo dice el Corán (Sura 3: 109): “A Dios pertenece cuanto hay en los cielos y en la tierra, y hacia Dios retornarán todos los asuntos”.60

Para esta religión el Hacedor ha creado el sublime orden del ser con un ilimitado Poder y Sabiduría; Él trajo a la existencia innumerables criaturas en toda la vastedad del mundo; y entre todas ellas Él ha elegido al hombre como el producto supremo de Su obra, incluso subordinado a su voluntad todos los fenómenos de la creación. Si este Hacedor fuera entonces a decretar que toda la existencia del hombre llega a su fin con la muerte física, volvería por cierto incomprensibles e inútiles los fundamentos mismos para la existencia del mundo y la presencia en él de una criatura tan noble como el hombre. Basado en el principio en comento, la obtención de una vida eterna representa sí el estadio último de la perfección para esta tradición.

Debemos nuestra existencia a un Dios benévolo que nos ha dado el ser. Por consiguiente, los momentos fundamentales de la vida humana, como el conocimiento y la muerte, tienen una connotación divina. Esta concepción tiene consecuencias importantes en las decisiones sobre la vida y la muerte. Confiere un carácter sagrado a la vida humana, lo que justifica el afán de preservarla

recurriendo a todas las tecnologías médicas disponibles. También significa que en definitiva corresponde a Dios decidir sobre nuestro tránsito hacia la muerte.

El segundo principio el hombre es el representante de Dios: hace de los seres humanos “agentes de Dios” llamados a realizar los designios divinos en la tierra, pero también a adoptar decisiones de las que son responsables: sus acciones favorecen u obstaculizan la voluntad divina.

En el Cristianismo, Génesis capítulo 1,26 “Entonces dijo: Ahora hagamos al hombre. Se parecerá a nosotros, y tendrá poder sobre los peces, las aves, los animales domésticos y los salvajes, y sobre los que se arrastran por el suelo.”<sup>61</sup>

Para el Judaísmo “Adán es simplemente el hombre. Todo hombre es imagen y semejanza de Dios.”<sup>62</sup>

Con excesiva frecuencia se entiende Adán (‘Adan, en hebreo) es el término que significa hombre. El hombre de género se convirtió en hombre propio. De hecho, en Gn 2 – 4 no se trata de la narración fabulosa de un primer hombre en el paraíso, sino de determinar la situación del hombre en general; del Adam, que es el prototipo de todos los hombres.

Para el Islamismo “Dios es así el comienzo y el origen del hombre, y también su propósito y su meta.”<sup>63</sup> Tal afirmación se desprende del Corán Sura 76. 1 –2 “¿No hubo un tiempo en que el hombre no era una cosa ni siquiera mencionada? Lo creamos de una gota (de esperma) entremezclada, y le concedimos la visión y la audición”.

El ser del hombre es inexplicable sin la existencia de un originador, un creador. No ha sido establecido en el mundo como el producto de una serie de factores inconscientes, sino con un propósito definido: atravesar los distintos niveles que lo

conducen a perfección, por medio de su libre elección y devoción, hasta alcanzar su verdadero y absoluto objeto de adoración. Fue por la gracia de su sabio Creador que las luces del espíritu brillaron en la indigna y baja materia para que el hombre existiera, apareciera en el mundo, y finalmente retornara a el.

Además, como subrayan las enseñanzas del Islam, “Somos depositarios y administradores de nuestros cuerpos. Dios nos ha dado, pues, la capacidad y la responsabilidad de decidir acerca de un tratamiento que ponga término a la vida, la nuestra o la de un ser querido”.<sup>64</sup>

Salvo contadas excepciones, las principales tradiciones religiosas monoteístas han rechazado la doctrina del “vitalismo”, según la cual la vida biológica ha de preservarse a toda costa y empleando todas las tecnologías disponibles. Se estima que esa doctrina es teológicamente errada pues subordina la voluntad y los designios divinos a las terapias médicas: la tecnología sustituye a Dios.

EL tercer principio el “yo” individual ligado a la dignidad de la persona, es un valor esencial de las religiones en comento. El pensamiento judío y cristiano expresa esa idea mediante la fórmula “Dios creó el hombre a su imagen y semejanza”. Para el Islamismo “El yo religioso” está constituido por la razón, la libertad y la capacidad de decisión de la persona, pero también implica las relaciones con los demás (con los seres queridos, por ejemplo) y la integridad física”. Esos rasgos confirman la responsabilidad humana a la forma de poner término a existencia, entre ellas el rechazo de terapias médicas para prolongar la vida sin ningún beneficio real para la persona. Esto quiere decir, preservar la vida no es un bien absoluto en sí: la vida es un bien que abre la posibilidad de alcanzar aquellos más elevados que constituyen el “yo religioso”

De los parámetros morales definidos por esos tres principios (Dios soberano, el ser humano como agente divino y el yo individual), se desprende que un paciente

puede prescindir de la prolongación artificial de la vida. Un médico puede también autorizarlo a morir cuando prolongar la vida (por medios tecnológicos atenta contra la dignidad de la persona si altera su razón, vulnera su libertad o afecta su integridad física o sus relaciones con los demás).

Al interior de las religiones abordadas, existen criterios diferentes, en particular en el orden de prioridades así:

“Los judíos ortodoxos insisten en el carácter sagrado de la vida (se refleja en la integridad física). Ello se traduce en mayor recurso a las tecnologías que prolongan la vida, mientras que para los católicos, la prioridad es la capacidad del individuo de mantener relaciones humanas”.<sup>65</sup>

Las religiones monoteístas han reflexionado sobre la legalización de la asistencia médica para acelerar la muerte mediante la prescripción de un tratamiento letal a un paciente en la fase terminal. Los argumentos favorables a la asistencia médica para que una persona se quite la vida han tenido que vencer la prohibición profundamente arraigada sobre el suicidio. Por diversas razones, el suicidio es un pecado en esas tradiciones: atenta contra la naturaleza y la dignidad personal) “El yo personal”, perjudica a la comunidad y vulnera la soberanía de Dios. Un médico que ayude al suicidio puede ser considerado cómplice de ese acto y traidor al juramento sagrado de curar.

Otras corrientes del cristianismo protestante y el judaísmo reformado plantean diversos criterios. Enfrentados a la fase terminal de una enfermedad, un individuo tiene derecho a decidir quitarse la vida y los que lo rodean (o su familia) pueden estar de acuerdo. Esos argumentos dan importancia a la dignidad del individuo libre de sus actos, lo que justifica, desde un punto de vista político y filosófico, la autodeterminación y la posibilidad de elegir el momento, las circunstancias y la forma en que uno morirá.“ Por eso puede considerarse lícito que un médico

acelere la muerte prescribiendo o incluso administrando una sustancia letal. Sin embargo, nunca deberá obligársele a hacerlo.”<sup>66</sup>

### **11.1. Las religiones Orientales y la eutanasia.**

Para morir bien, afirman los maestros orientales, hay que vivir bien. La visión de las tradiciones religiosas y filosóficas orientales ha ejercido una influencia decisiva en la conciencia universal de los cuidados que deben prestarse a quien va a morir. “La labor pionera de la doctora suizo americana Elisabeth Kubler Ross en la evaluación de la experiencia de los pacientes que agonizan en los hospitales occidentales se inspira en las nociones del hinduismo sobre el “bien morir” y las “etapas” de la vida. Los valores budistas de compasión, de no violencia y de sufrimiento también han influido en los planteamientos éticos de la medicina occidental.” <sup>67</sup>

En esas tradiciones orientales, la dimensión ética de la decisión de poner término a la existencia obedece a dos grandes principios: la liberación y el ahimsa (la no-violencia).

En el hinduismo y el budismo, el ser humano está atrapado en el ciclo sin fin del renacimiento y la reencarnación (Karma Sam Sara). La finalidad de la vida mortal es distanciarse del mundo material, que culmina cuando el verdadero yo se libera de la pareja cuerpo mente. Para vivir bien y morir bien debemos ser conscientes en todo momento de la vía que lleva a la liberación.

En ambas tradiciones, todos los seres vivos son manifestaciones de las leyes del renacimiento Kármico. Para cumplir esas leyes, debemos preservar la vida y no infligir daño alguno a las criaturas vivientes. Los actos que destruyen la vida son condenados moralmente en virtud del principio de ahimsa, equivalente conceptual del carácter sagrado de la vida en la tradición occidental. Las más de las veces, el ahimsa implica un imperativo moral de preservación de la vida. Sin embargo,

admite cierta flexibilidad ética que abre la posibilidad de desechar un tratamiento o de buscar ayuda para acelerar la muerte.

Como regla general, tanto el hinduismo como el budismo se oponen al suicidio. Sin embargo, en ambas tradiciones se hace una distinción entre las razones egoístas (o autodestructoras) y las motivaciones altruistas (o misericordiosas) que pueden conducir a ese acto. Suicidarse por la muerte de un hijo o por dificultades económicas (razones egoístas) es un acto moralmente reprensible que refleja la ignorancia sobre la naturaleza de la vida y del destino humano. En vez de alcanzar la meta espiritual última de la liberación, la persona permanecerá atrapada en el ciclo Kármico de vida- muerte- renacimiento. Los que ayudan a ese suicidio se exponen también al castigo Kármico por haber violado el principio de ahimsa.

Pero la situación es muy diferente si el individuo busca la muerte por motivos espirituales, que son básicamente de dos tipos. El primero tiene que ver con la compasión: la preocupación del agonizante por el bienestar de los demás puede considerarse un signo de elevación espiritual. Una persona puede decidir la interrupción de un tratamiento para no imponer la pesada carga de su cuidado a la familia o a los amigos, o para evitar a sus seres queridos la angustia emocional o económica de una agonía prolongada.

La meta espiritual de la liberación puede ser también una justificación ética para acelerar la muerte. Cuando el sufrimiento físico impide el dominio de sí y hace perder la lucidez, está permitido abreviar la vida. El dolor o letargo pueden oscurecer un estado de conciencia que tanto los hindúes como los budistas consideran indispensable en el instante de la muerte para un renacimiento favorable. El sufrimiento extremo puede también agudizar la conciencia de lo material (el estado físico) a tal punto que impida proseguir la meta de la liberación.

Este tipo de razonamiento la primacía de los fines espirituales de liberación o de compasión frente a la preservación de la vida se aplica a la eutanasia médica por inyección o administración de una droga letal. Los eruditos hindúes y budistas han encontrado en sus tradiciones una justificación para esta eutanasia llamada “activa”, al ver la muerte como una liberación, como la culminación de la vida al separarse del mundo material. Luego avanzan un paso más al vincular la compasión: “compórtate con los demás cómo quisieras que se comportaran contigo”. La eutanasia puede considerarse entonces como un acto de compasión o una “muerte misericordiosa” para el moribundo que lucha por cumplir el objetivo más elevado del destino humano, la liberación.

### **11.2. Posición de la iglesia católica en el tema de la eutanasia y el suicidio asistido.**

El 5 de mayo de 1980, “la Congregación para la Doctrina de la Fe publicaba una importante toma de postura de la Iglesia Católica sobre el tema de la eutanasia. Es un importante documento del Magisterio de la Iglesia Católica y que resume la actual doctrina católica sobre el tema tan debatido en nuestros días”.<sup>68</sup>

Los puntos más importantes de esta Declaración sobre la eutanasia son los siguientes:

- Condena de la eutanasia activa directa: Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente... sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable. No se acepta la eutanasia < con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos mentales o a los incurables la prolongación de la vida desdichada, quizá por muchos años, que podría imponer cargas demasiado pesadas a las familias o a la sociedad. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo“.
- Subraya el significado cristiano de valor y la posibilidad de que el creyente pueda asumirlo voluntariamente. Pero añade, no sería, sin embargo, prudente imponer

como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor”.

- La Declaración condena el encarnizamiento terapéutico: es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo.

- Acepta el derecho a morir que la Declaración lo entiende como « el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana.

- La Declaración supera la terminología de medios ordinarios/ extraordinarios y utiliza, en su lugar, una nueva pareja de términos que ya estaba presente en las discusiones de la teología moral católica, la de medios proporcionados / desproporcionados. Considera que este cambio debe realizarse « tanto por la impresión del término (ordinario) como por los rápidos progresos de la terapia». Para evaluar el carácter proporcionado o no de un medio terapéutico habrá que tener en cuenta: « el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales. Este cambio terminológico es importante y no es meramente un cambio de nombre: significa no centrarse exclusivamente en las características de las terapias médicas usadas, sino tener también muy en cuenta el conjunto de circunstancias que rodean al propio enfermo.

- Como consecuencia de lo anterior, el documento vaticano significa un claro sí a lo que calificamos como ortotanasia y clásicamente ha sido llamada eutanasia pasiva: Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (desproporcionados), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos». A la pregunta sobre quién debe decidir en estos casos se citan, en primer lugar, al propio enfermo y a sus familiares y después al médico. Este tiene la capacidad para ponderar «si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.



- Se afirma claramente la legitimidad del dejar morir en paz: es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. El no recurrir a una terapia costosa o arriesgada no equivale al suicidio. Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarán únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Se vuelve a rechazar, por tanto, el encarnizamiento terapéutico.

- Finalmente, hay un punto, marginalmente expresado por la DECLARACIÓN, 57 que tiene gran importancia y que se refiere al significado de la petición de eutanasia por parte del enfermo: las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia, éstas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros.

Complementa esta posición el Catecismo de la Iglesia Católica, en el número 2279 enseña lo siguiente: “Aunque la muerte se considera inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados.”<sup>69</sup>

Numerosas comunidades religiosas se han opuesto a la legalización de la eutanasia médica. El rechazo más vigoroso fue el de la Iglesia Católica. Para el

Papa Juan Pablo II, la eutanasia ilustra la “cultura de la muerte” de las sociedades occidentales y es la manifestación de una ideología social que renuncia a proteger la vida, apoya la liberación del aborto, la pena de muerte y las guerras incesantes. Además, muchos creyentes se inquietan por los pacientes que se encuentran en una situación vulnerable y que, al no poder sufragar un tratamiento oneroso, podrían ser forzados a aceptar la eutanasia. También les preocupa el impacto en la deontología médica.

La Iglesia Católica nunca ha admitido la llamada eutanasia activa (o positiva) directa, es decir, la acción con la que se pretende exclusivamente poner fin a la vida de un paciente o acelerar su muerte. “Tal práctica es un atentado contra la indisponibilidad de la vida humana”.<sup>70</sup>

Pero la tradición de la Iglesia ha admitido, basándose en el principio moral del doble efecto, la legitimidad de recursos de calmantes, aunque su administración pudiese ocasionar indirectamente un acortamiento de la vida. La misma moral católica, basándose en la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios o, mejor, proporcionados y no proporcionados, afirma también que la Medicina no está siempre obligada a hacer todo lo posible por prolongar la vida del paciente. Existen situaciones en las que es legítimo, e incluso hasta obligatorio, abstenerse de aplicar terapias no – proporcionadas y no habituales, que únicamente sirven para prolongar alusivamente el proceso irreversible de morir. Por una parte el documento vaticano descarta sin paliativos la eutanasia positiva directa. Pero, por otra, ante la muerte inminente, admite la licitud moral de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, las curas normales debidas al enfermo. Se reconoce el derecho a morir con serenidad, dignidad humana y cristiana.

## **12. PRECISIONES NECESARIAS.**

### **12.1. Razones a favor y en contra de la eutanasia voluntaria positiva.**

La eutanasia significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal. El mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Puede también ser provocada por otros a petición del enfermo o con su consentimiento. En todos estos casos se habla de eutanasia voluntaria. Si se causa la muerte contra la voluntad del paciente o sin su conocimiento hablamos entonces de la eutanasia involuntaria.<sup>60</sup> Y la no voluntaria aquella en la cual no se es capaz de comprender entre la vida y la muerte. Incluye así a los enfermos incurables, a los recién nacidos con graves discapacidades y las personas de edad avanzada que han perdido la capacidad permanente como para tomar una decisión válida. Para Varga, las razones a favor de la eutanasia voluntaria positiva:

1. La vida de una persona que sufre de una enfermedad terminal ha venido a ser inútil para su familia, para la sociedad y para el mismo paciente. Una persona sana no debe cometer suicidio porque tiene muchos deberes para con su familia, la sociedad y su propio desarrollo. Por el contrario, una persona que sufre de una enfermedad no tiene ya más deberes que cumplir, sencillamente porque se encuentra en incapacidad de hacer algo por sí misma o por los demás.

- Cuando uno se encuentra ante dos males, tiene que escoger el mal menor. La prolongación de un sufrimiento inútil es un mal mayor el procurarse una muerte inmediata, que de todas manera pronto iría a sobrevenir
- Resulta inhumano e insensato conservar en vida a un paciente cuando él ya no quiere vivir más, y una simple inyección podría ponerle fin a su lamentable estado, sin dolor.

- Una persona que no cree en Dios puede razonablemente concluir que el hombre es el dueño de su propia vida, por su cuenta o con ayuda de otros.
- La libertad del hombre para obrar no debe cohibirse a menos que haya razones convincentes de que su libertad entra en conflicto con los derechos de los demás. Por tanto tal persona tiene el derecho a morir como ella escoja.

Razones en contra de la eutanasia voluntaria positiva:

- La tradición occidental y la filosofía teísta se han manifestado contra la muerte directa de uno mismo, sea solo, sea con la ayuda de los demás.
- Cuando hablamos de eutanasia voluntaria se presume que el paciente solicita libremente la muerte. Para evitar cualquier engaño o mala interpretación, la solicitud del enfermo debe obtenerse por escrito y con la firma en presencia de testigos. ¿ se encuentra un paciente, debilitado por una enfermedad terminal, de hecho en capacidad de valorar su propia situación y de hacer una petición con una mente lúcida?. Por tanto, existe el problema de la libertad en la toma de la decisión.
- Además, debe determinarse el tiempo exacto para la aplicación de la inyección mortal. Esto se parece mucho a una ejecución. Es cosa cruel anunciar a una persona la hora exacta de su muerte.
- La eutanasia voluntaria positiva es deshumanizante. No es un morir con dignidad.”

La eutanasia voluntaria está caracterizada por el consentimiento de la persona afectada. Este consentimiento está dado por la exteriorización de una voluntad positiva que determina el alcance del proceder a tomarse respecto de su vida; así la persona demuestra tener un acabado conocimiento y reflexión de lo que espera hacer consigo misma. Repútase así, válido el consentimiento.<sup>61</sup>

Debemos consignar que la persona al manifestar su decisión debe tener esa capacidad suficiente aludida, lo cual imposibilita formular un consentimiento viciado por un estado de shock producido por la gravedad de la enfermedad padecida; como así también no podría formularse en caso de menores. En estas situaciones la decisión debe dejarse al arbitrio de las personas a cargo de los mismos.

Tampoco sería el consentimiento en estado de inconsciencia, en los cuales debería existir una expresión anterior de la persona afectada como por ejemplo un testamento vital ante notario.

### **13. CONSIDERACIONES.**

Para hablar de la eutanasia se hace imprescindible perfilar de manera inequívoca la acción que la constituye y diferenciarla de otros comportamientos con los que se suele confundir.

El significado actual de la expresión “eutanasia”, es justamente el que coincide con la descripción de la conducta a la que se refiere el artículo 326 del Código Penal. Es la actividad llevada a cabo para causar la muerte a un ser humano a fin de evitarle sufrimientos. Por los fines que persigue se le llama también homicidio piadoso u homicidio por piedad, ya que la muerte se busca como un medio para evitar a la persona dolores insoportables, deformaciones físicas, una ancianidad muy penosa, o en general cualquier condición personal que mueva a la compasión.

Según los medios que utilice el agente, la eutanasia puede ser “activa”, si despliega una actividad adecuada dirigida directamente a causar la muerte, o “pasiva”, negativa o por omisión, si la muerte se causa omitiendo el prestar a la persona los medios necesarios para mantener la vida. De esta manera, la eutanasia es siempre un tipo de homicidio, toda vez que implica el que una persona le cause intencionalmente la muerte a otra, bien sea mediante un

comportamiento activo o mediante la omisión de los cuidados y atenciones debidos. Por otra parte, la eutanasia puede ser consentida o no por quien la padece, caso el primero, que también es llamado por algunos “suicidio asistido”.

En frente de este comportamiento aparece otro que consiste en todo lo contrario: la distanasia, entendida como el retrasar la muerte todo lo posible, utilizando para ello todos los medios ordinarios o extraordinarios al alcance, así sean estos proporcionados o no, y aunque esto signifique causar dolores y padecimientos a una persona cuya muerte de todas maneras es inminente. En otras palabras, la distanasia es la prolongación artificial de la agonía de un moribundo, entendiendo por agonía el proceso que conduce a la muerte a plazo corto, inminente e inevitable. La distanasia es también conocida bajo la denominación de “ensañamiento u obstinación terapéutica”.<sup>62</sup>

Siendo la muerte un hecho natural con el cual culmina necesariamente toda vida humana, dilatarlo a toda costa y por cualquier medio, aun a costa del sufrimiento de quien va morir ineludiblemente, constituye una acción reprochable, porque atenta contra la dignidad de aquel a quien se le practica, e incluso contra su integridad personal en ciertos casos. Por ello, evitar la distanasia es un deber social que debe ser cumplido en salva guardia de los derechos fundamentales del moribundo.

Aunque el lindero entre la conducta que consiste en evitar una acción distanásica y la que consiste en practicar la eutanasia puede aparecer en ciertos casos difíciles de precisar, existe de todos modos una diferencia sustancial que radica en la intencionalidad del agente: en efecto, en la conducta eutanásica hay intención de matar, aunque sea por piedad, y en la conducta evitativa de la distanasia no existe tal intención; es ésta la clave del asunto.

Si bien la anterior diferenciación puede resultar difícil “probatoriamente hablando”, no lo es en cambio en el terreno conceptual, en donde, como se dijo, la diferencia es clara y radica en la diversa intencionalidad del agente: homicida en la eutanasia, no homicida en el caso contrario.

De igual manera, es claramente diferenciable la eutanasia, de la conducta que consiste en decidir que no se recurrirá a medios extraordinarios o desproporcionados frente a las posibilidades de sobrevivencia humanas, utilizados para evitar o distanciar el advenimiento de la muerte, aunque ésta sea inminente, como sí lo es en el evento de la distanasia. En efecto, en este caso también se echa de menos la intención directamente homicida traducida en una conducta activa o pasivamente dirigida a causar la muerte. Tampoco aquí, como en la conducta evitativa de la distanasia, que se da en el marco de la agonía, la muerte ajena es buscada.<sup>63</sup>

Resulta imprescindible referirse además a otra conducta que asume el hombre frente a los casos de enfermos incurables que padecen agobiantes sufrimientos y dolores: esta otra conducta es la que ha sido llamada “medicina paliativa”. La medicina paliativa es una forma de atender a los enfermos desahuciados, que igualmente se opone a la eutanasia y a la distanasia. La medicina paliativa reconoce que el enfermo es incurable y dedica toda su atención a aliviar sus padecimientos mediante el empleo de los recursos científicos y técnicos propios de la ciencia médica. Si bien en ocasiones el empleo de esos recursos conlleva, como efecto necesario no querido, el acortar la vida del paciente, quienes emplean este tipo de medicina no se proponen este efecto, sino tan sólo el alivio del enfermo.

La medicina paliativa constituye una actitud humanitaria que responde a la dignidad del enfermo, sin causarle mediante una acción directamente occisiva, la muerte. Se diferencia de la eutanasia en la ausencia de esta acción directa y en la

intencionalidad de quien la aplica que se reduce a tratar de aliviar el dolor, sin buscar para ello la muerte. Si ésta se presenta, o resulta anticiparse, ello no es querido por el agente, esto es, por quien suministra los paliativos.<sup>64</sup>

## **ABSTRACCIÓN**

### **POR PARTE DEL MÉDICO**

Es muy difícil además tener una certeza en la prognosis de la enfermedad y en su curso. La medicina puede llegar a la conclusión de que un enfermo es irrecuperable, que su enfermedad es absolutamente irreversible y que el tiempo de vida que le queda es sumamente reducido. Pero todos hemos conocido casos en que el curso de la enfermedad es absolutamente inesperado, en que la vida del enfermo se prolonga machismo más de lo que la medicina hubiera podido esperar, incluso en niveles importantes de recuperación.

### **POR PARTE DEL ENFERMO**

Toda enfermedad origina una serie de gastos, de desajustes en la vida familiar, de sufrimientos entre las personas que viven cerca del paciente... En una situación en que la vida y la dinámica familiar se perturba; ¿la eutanasia es posible?, resulta fácil que el enfermo se sienta coaccionado para pedir que se ponga fin a su vida, aunque no sea ésta su auténtica voluntad.

### **POR PARTE DE LA SOCIEDAD**

En primer lugar no se ve fácil una ley que regule la eutanasia y que evite los abusos que pudieran seguirse de ello. Hay que reconocer que no es sencilla una hipotética legalización de la eutanasia que tenga en cuenta esta complejidad de matices y que evite los abusos que se pueden seguir.



## **ANEXO 1**

### **“LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO”**

Juan Pablo II

Discurso de S.S. Juan Pablo II a la Academia Pontificia para la Vida (27-II-1999)

1. Bienvenidos, ilustres miembros de la Academia pontificia para la vida, que os habéis reunido en Roma con ocasión de vuestra asamblea general anual. Al dirigir a cada uno de vosotros mi cordial saludo, agradezco al presidente, profesor Juan de Dios Vial Correa, las amables palabras con que ha interpretado vuestros sentimientos. Saludo, asimismo, a los obispos presentes: a monseñor Elio Sgreccia, vicepresidente de la Academia pontificia para la vida, y a monseñor Javier Lozano Barragán, presidente del Consejo pontificio para la pastoral de los agentes sanitarios, al que está unida la Academia pontificia.

Un pensamiento especial va a su inolvidable primer presidente, el profesor Jérôme Lejeune, que falleció hace casi cinco años, el 3 de abril de 1994. Quiso decididamente esta nueva institución, casi como su testamento espiritual, para la salvaguardia de la vida humana, previendo las crecientes amenazas que se cernían en el horizonte.

Deseo expresar mi satisfacción por toda la actividad de investigación rigurosa y de amplia información, que la Academia pontificia ha sabido preparar y realizar durante este primer quinquenio de vida. El tema que habéis elegido para vuestra reflexión La dignidad del moribundo, pretende llevar luz de doctrina y de sabiduría a una frontera que, en algunos aspectos, es nueva y crucial. En efecto, la vida de los moribundos y de los enfermos graves está expuesta hoy a una serie de peligros que se manifiestan, unas veces, en forma de tratamientos deshumanizadores y, otras, en la desconsideración e incluso en el abandono que puede llegar hasta la solución de la eutanasia.

2. El fenómeno del abandono del moribundo, que se está extendiendo en la sociedad desarrollada, tiene diversas raíces y múltiples dimensiones, bien presentes en vuestro análisis.

Hay una dimensión sociocultural, definida con el nombre de «ocultación de la muerte»: las sociedades, organizadas según el criterio de la búsqueda del bienestar material consideran la muerte como algo sin sentido y, con el fin de resolver su interrogante, proponen a veces su anticipación indolora. La llamada «cultura del bienestar», implica frecuentemente la incapacidad de captar el sentido de la vida en las situaciones de sufrimiento y limitación, que se den mientras el hombre se acerca a la muerte. Esa incapacidad se agrava cuando se manifiesta dentro de un humanismo cerrado a la trascendencia, y se traduce a menudo en una pérdida de confianza en el valor del hombre y de la vida.

#### Dimensión filosófica e ideológica

Hay, además, una dimensión filosófica e ideológica, basándose en la cual se apela a la autonomía absoluta del hombre, como si fuera el autor de su propia vida. Desde este punto de vista, se insiste en el principio de la autodeterminación y se llega incluso a exaltar el suicidio y la eutanasia como formas paradójicas de afirmación y, al mismo tiempo, de destrucción del propio yo.

#### Dimensión médica y asistencial

Hay, asimismo, una dimensión médica y asistencial, que se expresa en una tendencia a limitar el cuidado de los enfermos graves, enviados a centros de salud que no siempre son capaces de proporcionar una asistencia personalizada y humana. Como consecuencia, la persona internada muchas veces no tiene ningún contacto con su familia y se halla expuesta a una especie de invasión tecnológica que humilla su dignidad.

Un impulso oculto: la ética utilitarista

Existe, por último, el impulso oculto de la llamada «ética utilitarista», por la cual muchas sociedades avanzadas se regulan según los criterios de productividad y eficiencia: desde esta perspectiva, el enfermo grave y el moribundo necesitado de cuidados prolongados y específicos son considerados, a la luz de la relación costo-beneficio, como cargas y sujetos pasivos. En consecuencia esa mentalidad lleva a disminuir el apoyo a la fase declinante de la vida.

#### Cultura de la muerte

3. Este es el marco ideológico en que se fundan las campañas de opinión, cada vez más frecuentes, que pretenden la instauración de leyes en favor de la eutanasia y del suicidio asistido. Los resultados ya obtenidos en algunos países, unas veces con sentencias del Tribunal supremo y otras con votos del Parlamento, confirman la difusión de ciertas convicciones.

Se trata de la avanzada de la cultura de la muerte, que se manifiesta también en otros fenómenos atribuibles, de un modo u otro, a una escasa valoración de la dignidad del hombre, como, por ejemplo, las muertes causadas por el hambre, la violencia, la guerra, la falta de control en el tráfico y la poca atención a las normas de seguridad en el trabajo.

#### Obligación de la Iglesia

Frente a las nuevas manifestaciones de la cultura de la muerte, la Iglesia tiene la obligación de mantenerse fiel a su amor al hombre que es «el primer camino que (...) debe recorrer» (Redemptor hominis, 14). A ella le compete hoy la tarea de iluminar el rostro del hombre, en particular el rostro del moribundo, con toda la luz de su doctrina, con la luz de la razón y de la fe; tiene el deber de convocar, como ya ha hecho en diversas ocasiones cruciales, a todas las fuerzas de la comunidad y de las personas de buena voluntad para que, alrededor del moribundo se establezca con renovado calor un vínculo de amor y solidaridad.

### Sentimientos ante la muerte

La Iglesia es consciente de que el momento de la muerte va acompañado siempre por sentimientos humanos muy intensos: una vida terrena termina; se produce la ruptura de los vínculos afectivos, generacionales y sociales, que forman parte de la intimidad de la persona; en la conciencia del sujeto que muere y de quien lo asiste se da el conflicto entre la esperanza en la inmortalidad y lo desconocido, que turba incluso a los espíritus más iluminados. La Iglesia eleva su voz para que no se ofenda al moribundo, sino que, por el contrario, se lo acompañe con amorosa solicitud mientras se prepare para cruzar el umbral del tiempo y entrar en la eternidad.

### La dignidad del moribundo

4. La dignidad del moribundo, está enraizada en su índole de criatura y en su vocación personal a la vida inmortal. La mirada llena de esperanza transfigura la decadencia de nuestro cuerpo mortal. Y cuando este ser corruptible se revista de incorruptibilidad y este ser mortal se revista de inmortalidad, entonces se cumplirá la palabra de la Escritura: la muerte ha sido absorbida por la victoria» (1 Cor 15, 54: cf. 2 Co 5, 1).

Por tanto, la Iglesia, al defender el carácter sagrado de la vida también en el moribundo, no obedece a ninguna forma de absolutización de la vida física; por el contrario, enseña a respetar la verdadera dignidad de la persona, que es criatura de Dios, y ayuda a aceptar serenamente la muerte cuando las fuerzas físicas ya no se pueden sostener. En la encíclica *Evangelium Vitae* escribí: «La vida del cuerpo en su condición terrena no es un valor absoluto para el creyente, sino que se le puede pedir que la ofrezca por un bien superior. (...) Sin embargo, ningún hombre puede decidir arbitrariamente entre vivir o morir. En efecto, sólo es dueño absoluto de esta decisión el Creador, en quien "vivimos, nos movemos y existimos" (Hch 17, 28) (n. 47).

Línea de conducta moral ante el moribundo: condenas de la eutanasia y del suicidio.

De aquí brota una línea de conducta moral con respecto al enfermo grave y al moribundo que es contraria, por una parte a la eutanasia y al suicidio y, por otra, a las formas de «encarnizamiento terapéutico, que no son un verdadero apoyo a la vida y a la dignidad del moribundo.

Es oportuno recordar aquí el juicio de condena de la eutanasia entendida en sentido propio como «una acción o una omisión que, por su naturaleza y en la intención, cause la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor, pues constituye «una grave violación de la ley de Dios. Igualmente, hay que tener presente la condena del suicidio, dado que, «bajo el punto de vista objetivo, es un acto gravemente inmoral, porque conlleva el rechazo del amor a sí mismo y la renuncia a los deberes de justicia y de caridad para con el prójimo, para con las distintas comunidades de las que se forma parte y para la sociedad en general. En su realidad más profunda, constituye un rechazo de la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y sobre la muerte.

Urge una movilización de todas las fuerzas de la solidaridad humana

5. El tiempo en que vivimos exige la movilización de todas las fuerzas de la caridad cristiana y de la solidaridad humana. En efecto, es preciso afrontar los nuevos desafíos de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido. Para este fin no baste luchar contra esta tendencia de muerte en la opinión pública y en los parlamentos, también es necesario comprometer a la sociedad y a los organismos de la Iglesia en favor de una digna asistencia al moribundo.

Desde esta perspectiva, apoyo de buen grado a cuantos promueven obras e iniciativas para la asistencia de los enfermos graves, de los enfermos mentales crónicos y de los moribundos. Si es necesario deben tratar de adecuar las obras

asistenciales ya existentes a las nuevas exigencias para que ningún moribundo sea abandonado o se quede solo y sin asistencia ante la muerte. Ésta es la lección que nos han dejado numerosos santos y santas a lo largo de los siglos y, también recientemente, la madre Teresa de Calcuta con sus oportunas iniciativas. Es preciso educar a toda comunidad diocesana y parroquial para asistir a sus ancianos, y para cuidar y visitar a sus enfermos en sus casas y en los centros específicos según las necesidades.

#### Cuidados paliativos

La delicadeza de las conciencias en las familias y en los hospitales favorecerá seguramente una aplicación más general de los «cuidados paliativos» a los enfermos graves y a los moribundos para aliviar los síntomas del dolor, llevándoles al mismo tiempo consuelo espiritual con una asistencia asidua y diligente. Deberán surgir nuevas obras para acoger a los ancianos que no son autosuficientes y se encuentran solos; pero, sobre todo, deberá promoverse una amplia organización de apoyo económico, además de moral, a la asistencia prestada a domicilio: en efecto, las familias que quieren mantener en su casa a la persona gravemente enferma, afrontan sacrificios a veces muy costosos.

Las Iglesias particulares y las congregaciones religiosas tienen la oportunidad de dar en este campo un testimonio de vanguardia, conscientes de las palabras del Señor a propósito de cuantos se prodigan por aliviar a los enfermos: «Estaba enfermo y me visitasteis.

María, la Madre dolorosa que asistió a Jesús moribundo en la cruz, infunda en la madre Iglesia su Espíritu y la acompañe en el cumplimiento de esta misión.

Os imparto a todos mi bendición.

**ANEXO 2.****COSTO O VALOR DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

<b>Unidad de Cuidados Intensivos Adulto</b>	
Valor diario de cama	\$750,000
Unidad Cuidado Intermedio Cama	\$540.000
Honorario Intensivista	\$100,000
Interconsultas Especialistas	\$60.000
Consulta Soporte Nutricional	\$30.000
Implantación Catéter Subclavio	\$95.000
Colocación Catéter Swan Ganz	\$250,000
Colocación línea Arterial	\$95,000
Inserción Marcapaso Transitorio	\$550.000
Colocación Hemofiltro	\$550.000
Diseccción Venosa	\$80.000
Pericardiocentesis	\$260,000
Punción Lumbar	\$120,000
Toracocentesis	\$100,000
Toracostomia Cerrada o Tubo de Tórax	\$120.000
Colocación de Balón Contrapulsión	\$130.000
Cardioversión Farmacológica	\$160,000
<b>Procedimientos realizados en la Unidad de Cuidados Intensivos</b>	
1. Según Cotización Valor UVR \$5.000 (Se toman como referencia las UVR del ISS 2001)	
<b>Uso de Equipos</b>	
Ventilador	\$ 120.000
Derecho de Marcapaso Transitorio	\$ 190,000
Balón de Contrapulsación	\$ 330,000

<b>Insumos y Medicamentos</b>	
Oxigeno por Ventilador Día	Según Consumo
Oxido Nítrico Unidad	Según Consumo
<b>Exámenes Diagnósticos</b>	<b>Según Consumo</b>
<b>Insumos y Materiales</b>	<b>Según Consumo</b>
<b>UNIDAD DE CUIDADO NEONATAL</b>	
Valor Diario Cama Intensivo	\$750,000
Unidad Cuidado Intermedio Cama	\$500.000
Unidad de Cuidado Básico	\$300.000
Honorario Neonatólogo	\$100,000
Interconsultas Especialistas	\$60,000
Consulta Soporte Nutricional	\$ 30.000
<b>Procedimientos realizados en la Unidad de Cuidado Neonatal</b>	
1. Según Cotización Valor UVR \$5.000 (Se toman como referencia las UVR del ISS 2001)	
<b>Uso de Equipos</b>	
Ventilador	\$120.000
Incubadora día (No UCI)	\$260.000
Fototerapia (1 hora)	\$15.000
<b>Insumos y Medicamentos</b>	
Oxigeno por Ventilador Día	Según Consumo
Oxido Nítrico Unidad	Según Consumo
<b>Exámenes Diagnósticos</b>	<b>Según Consumo</b>
<b>Insumos y Materiales</b>	<b>Según Consumo</b>



## **BIBLIOGRAFIA.**

1. RODRIGUEZ ESTRADA, Mauro. ¿Eutanasia o Autanasia? Por una muerte digna. México: Editorial el Manual Moderno, 2006. p. V.
2. Ibid, p. VI.
3. "Kant Y El Derecho a la Vida" Pg. 83 Cali 1993.
4. <http://es.wikipedia.org/wiki/Eutanasia>
5. DESJARLAIS, Robert; EISENBERG, Leon, GOOD, Byron y KLEINMAN, Arthur. Salud Mental en el Mundo. New York: Paltex, Organización Panamericana de la Salud, 1997. p. 126.
6. SUETONIO, Cayo. Vida de los doce Cesares. Madrid: Sarpe, 1985. P. 65.
7. VIDAL, M. Bioética. Madrid: Tecnos, 1989. p. 67.
8. Ibid. p. 67.
9. MORO, Tomás. Utopía. Madrid: Biblioteca Mundial, 1987. p.161.
10. GAFO, JAVIER. Dilemas éticos de la medicina actual: la eutanasia y el arte de morir. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1990. p.13-32.
11. MAZUELOS, José. Reflexiones sobre la eutanasia. En: Isidorianum. Sevilla. Vol. 8, No. 16, (1999); p. 464.
12. MAZUELOS, José. Reflexiones sobre la eutanasia. En: Isidorianum, Sevilla. Vol. 8, No. 16, (1999); p. 464 – 465.
13. GAFO, Javier. 10 Palabras claves en bioética. Navarra: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1993. p. 100- 101.
14. Sanz Ortiz, J. La comunicación en Medicina Paliativa (Editorial) Medicina Clínica (Barcelona), 2002; 98: 416 –418.
15. <http://mediosterapeuticosuno.blogspot.com/>
16. Frey, R.G. "Distintos tipos de muerte", en La Eutanasia y el Auxilio Médico al Suicidio, Gerald Dworkin; R. G. Frey; Sissela Bok. Cambridge University Press, Madrid, 2000.

17. Declaración para la promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa. Consulta Europea sobre los Derechos de los Pacientes. Ámsterdam, 28-30 de marzo de 1994. Oficina Regional para Europa, Organización Mundial de la Salud.
18. Méndez, Víctor, "Eutanasias, derechos, razones", Trotta, Madrid, 2001.
19. Grupo de Estudio de Ética Clínica, Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. Revista Médica de Chile, jun. 2003, Vol. 131, N° 6, p. 689-696.
20. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Washington, 2001.
21. Brian Clowes, Ph.D., The Facts of Life (Front Royal, Virginia, EE.UU.: Human Life International, 1997).
22. Sagrada Congregación Para La Doctrina De La Fe Declaración «Iura Et Bona» Sobre La Eutanasia 5 De Mayo De 1980.
23. Brian Clowes, Ph.D. Eutanasia y aborto dos puntas de un mismo hilo Paraguay, Asunción 15 de julio de 2009.
24. Obispo James T. McHugh, Carta Pastoral "Asuntos sobre la muerte y el morir", 11 de marzo de 1991.
25. Nacional de Obispos Católicos de EE.UU., Comité para las Actividades pro vida. "La nutrición y la hidratación" reflexiones morales y pastorales," abril de 1992.
26. Zúñiga Fajuri, Alejandra DERECHOS DEL PACIENTE Y EUTANASIA EN CHILE Revista de Derecho (Austral), vol. XXI, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 111-130 Universidad Austral de Chile.
27. Garzón Alarcón N. Enfermería y cuidados paliativos. En: Acerca de la muerte. Curso de Tanatología. Sánchez Torres F. (Compilador) Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos. Bogotá: Giro Editores Ltda. 2002. p. 197-208.
28. Joseph R. Stanton, M.D., boletín "Life Advocate", octubre de 1992.

29. Dr. Javier Gutiérrez Jaramillo: Eutanasia Activa en Pacientes Terminales: Colombia Médica: Vol. 28 3: 157- 160 1992.
30. Payán Julio C. Lánzate al vacío, se extenderán tus alas. Diálogos sobre sociedad, salud y libertad. 1ª Ed. Mc Graw Hill 2000 139.
31. Doris ma. Arias madrigal los derechos humanos: un paradigma para la atención en salud de los privados de libertad rev. Latinoam. Der. Méd. Medica. Leg. 1(2) / 2(1): 43-50, 1996/1997.
32. Revista médica de Colombia junio 30 de 2010.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud de España. 2007, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la Eutanasia. 2007.
34. DEL ROSAL BLASCO B., "El tratamiento jurídico-penal y doctrina de la eutanasia en España", en AAVV: El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada, 1ª edic. Valencia, Ed. Tirant Lo Blanch, 1996.
35. Artículo 2º. Constitución Política De Colombia, Edición A Cargo De Mario Madrid-Malo Garizábal, Actualizada Hasta El 1º De Septiembre De 2004 Bogotá, D.C.
36. Eliecer Crespo Fernández, ESTUDIOS FILOLOGICOS 43: 83-100, 2008, La conceptualización metafórica del eufemismo en epitafios, Metaphorical conceptualization of euphemism in epitaphs Universidad de Alicante, Facultad de Filosofía y Letras Alicante, España.
37. Critchley Simon (2008). El libro de los filósofos muertos. Madrid, Taurus.
38. León Azcárate, Juan Luis de (2007). La muerte y su imaginario en la historia. segunda edición. Bilbao: Universidad de Deusto.
39. García Sabell, D. (1999). Paseo alrededor de la muerte. Madrid: Alianza Editorial.
40. Aries, P. La muerte en Occidente. Barcelona: Argo Vergara. 2002.
41. Eugenia Ibarra Localización: Revista de estudios sociales, N° 26, 2007 (Ejemplar dedicado a: Raza y Nación (I), Págs. 105-115.
42. Parían, Brice. Historia de la Filosofía. Siglo XXI Editores, pp. 314-317.

43. Historia de la Filosofía. Volumen 1: Filosofía Griega. Javier Echegoyen Olleta. Editorial Edinumen.
44. ARIES, P, Historia de la muerte en Occidente, traducción de F. Carbajo y R. Perrin, Barcelona, ed. El Acantilado, 2000, Pág. 85.
45. Hans Thomas, Cuadernos de bioética, Vol. 13, N° 47-49, 2002 (Ejemplar dedicado a: Inicio de la vida y clonación), Págs. 129-150.
46. Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente resumen del foro de los asesores de Morir Dignamente, Colombia. 1992.
47. Barragán, H., "La Medicina y la Sociedad frente a la Muerte", en J.A. Mainetti "La Muerte y la Medicina", Editorial Quirón, La Plata, 1998, pp. 137-154.
48. Hans Küng (19 de marzo de 1928) nacido en Sursee (Cantón Lucerna, Suiza). Teólogo y sacerdote católico.
49. Rizzo Marcelo. Medicina y terminalidad. Quirón Vol 26 Nro. 1 marzo de 1995.
50. Miguel Ángel Nuñez Paz, HOMICIDIO CONSENTIDO Y DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD, Editorial Tecnos 1999.
51. PAPACCHINI, Ángel: "LOS DD.HH. EN KANT Y HEGEL " Pag. 31 - 105.  
En: Documento, escrito en Cali. Colombia.
52. GOMEZ, S. Francisco. De los principios Fundamentales. En: Constitución Política de Colombia. Santafé de Bogotá: editorial. Leyer, 2000. p.13.
53. Ibíd. pag. 13.
54. Gonzalo Herranz Conferencia. EUTANASIA Y AYUDA MÉDICA AL SUICIDIO. Pamplona, 21 – 23 de octubre de 2009.
55. Tabeada, Pag., El principio de proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos. Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, 2008. 27: 17-23.
56. Jorge Falcon, María Graciela Álvarez. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de pacientes. Eutanasia

activa y pasiva, y alivio de síntomas medicina - Buenos Aires. volumen 56 - nº 4, 2006.

57. CAMPBELL. COURTNEY, S. Las religiones frente a la Eutanasia. En: el Correo de la UNESCO. París.
58. Dios habla hoy. La Biblia. Santa Fe de Bogotá: Sociedades Bíblica Unidas, 1987. pag.
59. Ibíd. Pag.1.
60. Dios habla hoy. Op. Cit., pag. 2.
61. KÜNG. HANS. El Judaísmo. Pasado y Presente. Madrid: Editorial Trotta, 1991. pag. 45.
62. SAYYID. MUJTAVA, Musavi Lari. Op. Cit., pag. 82.
63. CAMPBELL. COURTNEY, S. Las religiones frente a la Eutanasia. En: el Correo de la UNESCO. Paris: Vol. (53), No. (1). (ener- 2000); pag. 37- 39.
64. SAYYID. MUJTAVA, Musavi Lari. Los fundamentos de la Doctrina Islámica. Teherán: Ediciones Fundación para la difusión de la cultura Islámica en el mundo. Libro III. traductor Hasan Abdul Ali Bize, 2000. pag. 33.
65. Ibíd. Pág. 38
66. Ibíd. pág. 39
67. GAFO, Javier. La eutanasia y la Iglesia Católica. En: Dilemas Eticos de la medicina actual – 4 la eutanasia y el arte de morir. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1990. p. 117.
68. BRIAN, Clowes. Alternativas a la eutanasia y al suicidio asistido: la atención a los moribundos en los hospicios. En: <http://www.Brian.Com.>, 1999. P.1-5.
69. BLAZQUEZ Niceto. Bioética fundamental. Madrid: Editorial Biblioteca de Autores Cristianos, 1996. P. 525.