

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Eutanasia [Euthanasia]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Francisconi, Carlos Fernando
Publisher	Universidad Militar Nueva Granada
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-01 12:38:15
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214902

Eutanasia:

una reflexión desde la mirada Bioética

► Carlos Fernando Francisconi*

► 110
 Bioética

RESUMEN

El autor discute el tema de la eutanasia en dos aspectos: su significado conceptual y la dimensión actual de los dilemas morales que envuelven al paciente que solicita morir debido a los sufrimientos insoportables por causa de su enfermedad. Los conceptos de Edgard y Graber Veatch, H. Hairy, M. Hairy son presentados y discutidos. También son presentados los conceptos que califican la eutanasia a través de sus formas voluntaria, involuntaria, no voluntaria y pasiva, el concepto del doble efecto son discutidas y rebatidas. Son analizados los límites de la autonomía del paciente. El autor disiente de la posición de Engelhardt que es un defensor de la autonomía total sin restricciones como un derecho del enfermo y acepta el pensamiento de Pellegrino y Thomasma que proponen que tanto el médico como los pacientes tienen compromisos con los principios morales fundamentales. Este es un argumento poderosa por lo cual no se debe aceptar la eutanasia activa.

Palabras clave

Eutanasia, muerte digna, paciente terminal, enfermedad.

► Fecha Recepción: Septiembre 15 de 2006

► Fecha Aceptación: Noviembre 15 de 2006

* Professor Adjunto dos Departamentos de Medicina Interna da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e PUCRS (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
 Chefe Serv. de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
 Coordenador e membro fundador do Programa de Apoio aos Problemas de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
 Presidente do Comitê de Ética da Organização Interamericana de Gastroenterologia.
 Membro do Comitê de Ética da Organização Mundial de Gastroenterologia.
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
 Membro do Comitê de Bioética do Hospital São Lucas da PUC-RS.
 Membro do Kennedy Institute of Ethics/Georgetown University/Washington - EE.UU.
 E mail: ccfranc@netmarket.com.br



▶ ABSTRACT

The conceptual meaning and the present dimension of the moral dilemmas that are presented by the patient who wants to die because of unbearable suffering are the two aspects of euthanasia that are discussed by the author in this paper.

The euthanasia concepts of Edward and Graber, Veatch, H. Hairy and M. Hairy and the presently one that is used in the Netherlands are presented and discussed. Also the qualifying concepts of euthanasia (active, passive, voluntary, non voluntary, involuntary and double effect) are defined. The limits of the patient's autonomy as defended by Pellegrino and Thomasma (in the way that fundamental Moral principles actually define the limits of patients and doctors autonomy) is seen as a more adequate to the doctors moral decisions when compared with the unlimited autonomy that is the basis of T. Engelhardt Moral theory. Under this point of view, active euthanasia is absolutely unacceptable.

▶ Key words

Euthanasia, worthy death, terminal patient, disease.

Lo que voy a discutir a continuación es el tema de la eutanasia: su significado conceptual y la dimensión actual de los dilemas morales que envuelven al paciente que solicita morir, debido a su estado clínico, que le esta produciendo sufrimientos insoportables o debido a la presión realizada sobre el medico para que anticipe la muerte del paciente.

Según Nicholson, fue Possidippus Comicus, en siglo IV a.c. el primero que uso el término eutanasia. Solamente en el año 120 d.c. fue que Suetonio, escribiendo en latin, utilizo la misma palabra griega para describir el hecho terminal al cual el emperador Augusto se refería diciendo: "Mors cita et sine cruciatu", una muerte rápida y sin dolor. Comenzaron en Alemania algunos movimientos, a principios del siglo pasado, con el fin de permitir que los médicos ayudaran a sus pacientes para que estos lograsen conseguir el tipo de muerte referido por Augusto. El centro mundial de los mismos intereses es en la actualidad Holanda como veremos mas adelante. La experiencia alemana sirve de referencia. La misma, muestra que cuando este problema no se resuelve de modo convincente puede ser causa de graves problemas para la sociedad. De 1909 a 1913 el parlamento alemán debatió un proyecto para que las personas fuesen "ayudadas" a morir por sus médicos. Aunque este proyecto nunca fue aprobado, el mismo sirvió sin embargo al nazismo para inicialmente matar ancianos y deficientes para, con posterioridad, exterminar globalmente gitanos, poloneses y judíos, alegando que eran seres sin valor. Véase la facilidad con que un gobierno, en condiciones políticas especiales, degeneró la idea de muerte para evitar el subimiento transformándola en puro asesinato masivo.

¿Pero que queremos decir, al final, cuando hablamos de eutanasia? En los últimos años este concepto ha sido examinado con detalle. Veamos el resultado de este análisis.

Literalmente eutanasia quiere decir buena muerte (bajo la óptica del paciente, evidentemente) la muerte viene a ser una alternativa mejor que la vida.

Edwards y Graber la definen como el término intencional de la vida de las personas (o animales) para su propio bien o bienestar, con el menor dolor posible.

Para Robert Veatch se trata de la aceleración misericordiosa de la muerte, limitada la mayor parte de las veces a acciones voluntarias y misericordiosas para matar a alguien que esta gravemente traumatizado o en estado de enfermedad terminal.

En Holanda, aceptase hoy como definición común el termino activo de la vida de un paciente por un médico, solicitada por el propio paciente.

Hairy (Hetta e matti) dicen: la inducción consciente de la muerte por medio de otras personas, ya sea por acción o por omisión, directa o indirectamente.

Examinemos algunos aspectos:

a) Hay un paciente con gran sufrimiento físico y/o normal para quien la muerte es deseable frente a la vida, es consciente de su actitud, manifestando sin lugar a dudas su voluntad.

b) Algunos autores consideran únicamente actos positivos en la definición de eutanasia, es decir, el médico mediante su acción provoca deliberadamente la muerte del paciente. Otros autores admiten actos negativos incluyéndolos en el mismo concepto, es decir, el medico al no tomar una determinada actitud que puede salvar la vida del paciente, esta realizando una eutanasia. Por ejemplo: un paciente terminal con insuficiencia renal aguda, el hecho de no serle aplicado un proceso dialítico sería una eutanasia.

A fin de que las palabras signifiquen claramente lo que ocurre con los pacientes y para que la discusión moral fuese más objetiva, se establecieron algunos calificativos para la misma palabra.

Eutanasia activa: es la realización de un acto concreto del cual resulta la muerte de una persona.

Eutanasia pasiva: ocurre cuando iniciamos o interrumpimos los medios que mantienen la vida del paciente.

Eutanasia voluntaria: cuando se atiende la solicitud del paciente expresado de modo manifiesto.

Eutanasia no voluntaria: ocurre cuando el paciente no puede dar su consentimiento o recusa voluntarios.

Eutanasia involuntaria: ocurre cuando el paciente todavía manifiesta deseo de vivir.

Eutanasia de doble efecto: la muerte ocurre como un efecto colateral de una acción médica cuyo fin primario era proporcionar un bien al paciente.

En términos prácticos, ¿cuando se piensa en eutanasia? Básicamente, cuando a juicio del paciente y algunas veces de su familia (tratándose de un caso de incapacidad de expresión del propio paciente) ya no vale la pena vivir. Por ejemplo:

a) Paciente de cáncer avanzado, dolores extraordinarios que no son calmados por analgésicos, sin perspectiva de mejora. En la actualidad se considera que 8.000 personas mueren con dolores terribles en los EE.UU. a pesar del progreso de los analgésicos.

b) Paciente en coma profundo o vida vegetativa irreversible según todos los conceptos neurológicos. En esta situación, al menos teóricamente, el paciente no esta sufriendo, pero no podemos ignorar el aspecto emocional, financiero y social que esto representa para su familia y comunidad. Es sabido que un paciente hoy puede sobrevivir en coma más de 35 años.

c) Paciente que sabe que es portador de una enfermedad incurable que va a aniquilarlo lentamente con gran sufrimiento físico y psicológico (p.e enfermedades degenerativas del

sistema nervioso central, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis en placas) corea de Huntington, o una enfermedad de gran actualidad, el SIDA.

d) Paciente quadriplégico para quien la calidad de vida restante es inaceptable después de larga discusión con la familia, su consejero espiritual y el equipo médico.

Todos los ejemplos expuestos tienen un hecho en común. La muerte es deseada ya por el paciente, ya por su familia. Esto nos lleva a una discusión de gran actualidad:

¿Cuál es el límite de la autonomía del paciente?

A fin de que los términos utilizados no se presten a confusión, conviene observar que "autonomía" es el derecho del paciente para autodeterminarse después de estar correctamente informado para poder tomar una decisión. Si tomamos este principio al pie de la letra no se debe negar al paciente su deseo de morir.

Engelhardt defiende firmemente este principio. Lo considera como el más importante dentro de la jerarquía moral. Siguiendo la línea de pensamiento de este autor aceptaremos como válidas actitudes que son rechazadas, también desde el punto de vista moral, por las diversas sociedades: infanticidio, aborto, muerte asistida y eutanasia directa.

R.Veatch coloca la primacía de la autonomía en la relación médico-paciente. Este autor coloca, sin embargo, un límite a la autonomía del paciente: las acciones de un individuo no pueden estar desvinculadas de las obligaciones y compromisos con sus semejantes. Es decir, Veatch subraya la importancia del todo (sociedad) sobre la parte (persona) como factor limitante de acción.

Pellegrino y Thomasma discuten los límites de la autonomía. Es importante destacar que Pellegrino además de una gran buena formación filosófica es un médico muy reconocido y con gran sensibilidad ante las dificultades morales provenientes de la relación médico-paciente.

En mi opinión, las posiciones de los especialistas en ética y las de los médicos no siempre coinciden. Los primeros generalmente analizan la relación médico-paciente desde el punto de vista intelectual o abstracto. No miran de frente al paciente como hace el médico. Este último tiene innumerables experiencias en su vida y la mayoría de ellas con aspectos variables diferentes, lo que hace que cada caso sea verdaderamente un caso, diferente de los otros. El médico trata las mismas enfermedades pero nunca a pacientes iguales. Por este motivo, soy más sensible a la posición de Pellegrino. Me da la impresión que el consigue ver con

mayor lucidez los dos aspectos o lados de la cuestión, es decir, la parte médica y la parte moral.

En la discusión sobre los límites de la autonomía, su posición es la de que, independientemente del carácter de

Otros autores admiten actos negativos incluyéndolos en el mismo concepto, es decir, el medico al no tomar una determinada actitud que puede salvar la vida del paciente, esta realizando una eutanasia.





futilidad que algunos tratamientos puedan tener, lo importante es la consideración del tratamiento que es benéfico para el paciente, este tratamiento, por lo tanto, debe ser considerado por el médico como obligatorio. Es decir, la preservación de la salud del cuerpo es un bien y nosotros, médicos, debemos mantenerla a menos que circunstancias especiales vengan a sobreponerse al bien biológico.

He aquí un ejemplo práctico citado por el mismo en su libro "for the patient's good":

Dos pacientes tiene el mismo diagnóstico clínico: meningitis pneumococica. El primero es un paciente sano hasta el comienzo de su enfermedad y con buena perspectiva de vida para el futuro.

El segundo es un paciente que está muriendo debido a un cáncer metastático diseminado.

Ni el médico ni el paciente tendrían el derecho de no tratar la primera situación, pero en el segundo caso este derecho podría ser cuestionado y la decisión debería ser individualizada considerando la voluntad del paciente, de la familia, el sufrimiento adicional, gastos, etc...

En términos prácticos, esta discusión nos coloca, en mi opinión, en la posición siguiente:

El paciente debe ser visto como un ser autónomo hasta el punto que su decisión no coliga con principios morales fundamentales.

Prácticamente, ninguna sociedad médica mundial, con excepción de la holandesa, acepta la eutanasia activa, voluntaria, no voluntaria o involuntaria. Matar no puede formar parte de los actos realizados por el médico, aquí está el límite de la frontera de la autonomía del paciente. El médico también es un ser autónomo y tiene entre los principios de la moral que le es propia, el derecho de no aceptar aquello que juzgan moralmente incorrecto.

¿Y con respecto a la eutanasia pasiva?

Aquí la discusión es más compleja, debido a que no hay unidad de pareceres entre los especialistas en los temas, médicos, y especialistas en ética.

El problema fundamental en mi opinión es si "matar" o "permitir morir" son médica y moralmente la misma cosa. Con otras palabras, la acción (llevar o inducir a la muerte) sería igual a omisión (no tomar una medida que pueda alejar la muerte). ¿No iniciar un tratamiento es la misma cosa que interrumpir un tratamiento?

Ejemplo práctico: paciente con SIDA en fase Terminal de la enfermedad desarrolla insuficiencia respiratoria aguda debida a un cuadro infeccioso:

Situación A: no se coloca al paciente en el respirador, siendo esta decisión la que pondrá fin a la vida.

Situación B: después de 15 días en el respirador el paciente no mejora clínicamente y se produce un empeoramiento del cuadro general: ¿es válido retirar el respirador? (Para fines de discusión entiendo que el paciente o la familia, en los dos ejemplos, están de acuerdo con las decisiones médicas).

Por razones de tiempo voy a resumir, la que parece ser la posición aceptada por la mayoría de las asociaciones médicas mundiales; es un tema polémico y susceptible de una larga discusión respecto a su moralidad.

a) No se acepta que deliberadamente los médicos realicen actos para provocar la muerte. Hasta que se me demuestre lo contrario esto es un eutanasia activa.

b) Se acepta como correcto desde el punto de vista moral el hecho de no prolongar la vida con medidas extraordinarias o fútiles. D.Brock sugiere que las medidas extraordinarias serían aquellas poco comunes, invasoras, caras, tecnológicamente complejas, artificiales y heroicas en su

REFERENCIAS DOCUMENTALES

Desde el punto de vista católico serían medidas ordinarias "aquellas que de acuerdo con las circunstancias personales, del lugar, del momento y de la cultura, no envuelven ningún proceso grave tanto para el paciente como para la familia (o sociedad)"...

esencia. Desde el punto de vista católico serían medidas ordinarias "aquellas que de acuerdo con las circunstancias personales, del lugar, del momento y de la cultura, no envuelven ningún proceso grave tanto para el paciente como para la familia (o sociedad)" (pio XII) o, alternativamente, "todos los remedios, tratamientos y operaciones que ofrecen una esperanza razonable de beneficio para el paciente que puede ser obtenido y utilizado sin dolor o tastos excesivos o sin otros inconvenientes".

Corresponde a los médicos definir lo que dentro de circunstancias específicas es ordinario o extraordinario: cuando se hacen juicios sobre la calidad de vida, cuando se juzga médicamente que la vida en aquellas condiciones no vale la pena ser respetada o preservada a aquel precio y que las medidas para mantener el paciente vivo son peores que la muerte tanto para el paciente como para la familia, se puede llegar a la conclusión que inclusive la alimentación por sonda o suero corriendo por una vena son medidas extraordinarias para mantener al paciente vivo. En Marzo de 1986 el consejo de ética y temas judiciales de la asociación médica americana definió que interrumpir la hidratación y nutrición del paciente en coma irreversible es éticamente aceptable y, como cita Edwars en su libro, estudios de opinión pública apoyaron esta decisión de la clase médica.

Huyamos por consiguiente de los rótulos y de las frases hechas y tengamos presente el núcleo moral de nuestra profesión: buscar el bien del paciente.

Procurar siempre que sea posible curar la enfermedad, intentar aliviar siempre el sufrimiento y estar preparado para que el momento final de una existencia humana sea siempre digno y sereno, excluyendo la eutanasia activa o directa.

VEATCH, Robert. *Death Inside Out*. Edited with Peter Steinfels. New York: Harper and Row, 1975.

VEATCH, Robert. *Death, Dying, and the Biological Revolution*. New Haven: Yale University Press, 1976.

VEATCH, Robert. *The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner*, Part 2. Bloomington, IN: Indiana University Press, 1991.

VEATCH, Robert. "Death and Dying." *U.S. Catholic* (April 1972):6-13.

VEATCH, Robert. "Brain Death: Welcome Definition of Dangerous Judgment?" *Hastings Center Report* 2 (No. 5, November 1972): 10-13.

VEATCH, Robert. "Euthanasia." *In Academic American Encyclopedia*. Bethel, Connecticut: Grolier Educational, 1999, pp. 310-311.

PELLEGRINO Edmund D. , THOMASMA David C. *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. Oxford University Press, USA February 1, 1988.

ENGELHARDT Tristram, *Fundamentos de la Bioética*, Editorial Paidós, Barcelona, 1995.