

## ESTUDIOS

### [EUTANASIA]

#### **Dr. Pedro Eva Condemarín**

Médico Psiquiatra,  
Profesor Asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental,  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Chile.

### RESUMEN

En el presente artículo el autor define eutanasia y las diferentes formas que ella puede tener a partir de distinciones que se han propuesto como éticamente relevantes; explica conceptos importantes en el debate actual sobre la eutanasia (medios proporcionados o desproporcionados, principio del doble efecto, argumento de la pendiente resbaladiza, calidad o santidad de la vida); expone algunos argumentos a favor y en contra de las prácticas eutanásicas; e informa sobre la distinta evaluación que se ha hecho de las actuales experiencias de despenalización.

Eutanasia

En la acepción actualmente predominante, eutanasia es la acción u omisión que permite, acelera o provoca la muerte de un paciente terminal o de un recién nacido con graves malformaciones, para evitar sus sufrimientos. El concepto supone la intervención de un agente distinto del enfermo y que ella se lleve a cabo por el bien de éste, movida por la compasión (1).

Proposiciones y prácticas eutanásicas ha habido en distintas épocas y culturas (2). A veces han sido las normas consuetudinarias las que han determinado cuándo una persona enferma o anciana debe morir en beneficio del grupo. En otras ocasiones se ha atribuido al rol del médico el favorecer la muerte de los enfermos incurables o de quienes carecen de utilidad social. En la actualidad, apelando al principio ético de la autonomía, autores y grupos defienden la legitimidad de ayudar a morir a un paciente informado y competente que lo solicita o de aceptar la decisión de quien represente los mejores intereses del enfermo si éste no puede expresar la petición.

Factores determinantes del debate contemporáneo sobre la eutanasia serían la incapacidad de la profesión médica de aceptar la muerte inevitable y de poner límites al uso de una técnica capaz de mantener por tiempo indefinido una vida meramente biológica del cuerpo, cuando ya no existe posibilidad de una existencia realmente humana; el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo y la afirmación de la libertad como supremo valor del hombre; y una concepción inmanentista de la vida, aparejada con el rechazo del sufrimiento

como experiencia "purificadora y meritoria".

La eutanasia, ampliamente definida, puede ser clasificada desde diversos puntos de vista formulándose distinciones relevantes en el debate sobre su eticidad(3):

Eutanasia voluntaria: La decisión la toma el paciente directamente o terceros obedeciendo los deseos que el paciente ha expresado con anterioridad.

Eutanasia no voluntaria: La decisión la toma un tercero sin que haya habido posibilidades de conocer la determinación del enfermo.

Eutanasia involuntaria: La decisión la toma un tercero sin pedir el consentimiento de un paciente capaz de expresar su elección o en contra de su voluntad.

Eutanasia activa (o positiva): por acción (administración de sustancia letal p.e.).

Eutanasia pasiva (o negativa): por omisión (abstención o retiro de terapias).

Eutanasia directa: la acción u omisión intenta la muerte del paciente.

Eutanasia indirecta: la acción u omisión no busca la muerte del paciente, pero se es consciente que ésta puede producirse como efecto secundario no deseado de dicha acción u omisión.

La distinción entre acción y omisión (eutanasia activa o pasiva) apunta a la diferencia existente entre matar y dejar morir, conceptos susceptibles de diferente valoración moral(4). En el primer caso, el paciente muere como consecuencia directa de los acontecimientos iniciados por el agente. En el segundo caso, el paciente muere porque el agente no interviene en un curso de acontecimientos (evolución de la enfermedad) que ya está en marcha y que no son provocados por él. Según esto, tanto no comenzar con una terapia como retirarla una vez iniciada serían omisiones que dejan morir (eutanasia pasiva).

Aceptando la anterior distinción, con la que no todos los autores están de acuerdo, es necesario aún tener presente que hay omisiones que pueden ser tan culpables como las acciones y que se requieren entonces criterios para distinguir entre omisiones que pueden estimarse permisibles de otras que no lo son. Para hacer este discernimiento se ha postulado hacer la diferencia entre medios proporcionados (ordinarios) y desproporcionados (extraordinarios) para mantener a una persona con vida. La distinción entre unos y otros no se basa tanto en las características del tratamiento en sí (accesibilidad, complejidad o costo p.e.), sino en los beneficios y riesgos que el paciente puede obtener o sufrir con su utilización. El abstenerse de utilizar medios desproporcionados, que sólo prolongan la agonía, no sólo sería legítimo sino también una exigencia ética, poniéndose en duda definir esto como eutanasia. Una discusión vinculada con lo anterior es si la alimentación, la hidratación y la administración de oxígeno

pueden ser considerados en algunas circunstancias como medios desproporcionados o si su utilización siempre constituye un deber ético(5).

Otra distinción éticamente significativa se hace entre la muerte del paciente como resultado inmediato pretendido (eutanasia directa) y su muerte como consecuencia prevista pero no intencional (eutanasia indirecta) de la acción médica. Ejemplo clásico de esto último es la administración liberal de analgésicos a un paciente terminal con el objetivo de calmar sus dolores aun cuando se sabe que tal prescripción puede determinar una abreviación de su vida. Aquí se aplicaría el principio del doble efecto, según el cual es éticamente aceptable realizar un acto moralmente bueno o neutro (administración de fármacos) con la intención de obtener un resultado también bueno (analgesia), aunque esto pueda causar, como efecto colateral no deseado, la muerte del paciente. Tampoco esta distinción concita unanimidad entre los autores, pues los defensores de la eutanasia sostienen que con ambas conductas (directa o indirecta) se pretende beneficiar al paciente, el resultado es el mismo (fallecimiento del enfermo) y aún que, en el contexto de la eutanasia, una activa conducta destinada a poner fin al sufrimiento podría ser considerada moralmente mejor que el mero permitir que se produzca el bien deseado por el paciente (liberarse de una situación que considera peor que la muerte).

El debate actual se da entre los partidarios de legalizar la eutanasia voluntaria, o en algunos casos no voluntaria (recién nacidos malformados p.e.), y que no ven diferencias significativas entre sus formas activa o pasiva, directa o indirecta, y quienes se oponen a tal legalización, aceptando éstos sólo la abstención del uso de medios terapéuticos desproporcionados y la aplicación del principio del doble efecto, situaciones para las cuales proponen no usar el término de eutanasia.

Los argumentos a favor de permitir la eutanasia (voluntaria, activa, directa) se basan en la compasión, considerando cruel rehusarse a librar al enfermo incurable de una situación de padecimientos e indignidad, y en la primacía de la autonomía del paciente, en el respeto a su autodeterminación, reconociéndole el derecho a decidir cuándo abandonar la lucha por la vida cuando ésta implica sufrimientos que él no puede afrontar y que la medicina no puede suprimir o aliviar.

En oposición a la legalización de la eutanasia, se argumenta que la vida humana es un valor superior, cuyo respeto posibilita la convivencia social, y que la finalidad constitutiva de la medicina es precisamente ese respeto, siendo completamente ajeno a ella el acto de matar. Al autorizar la eutanasia se cambiaría radicalmente la relación médico – paciente(6), creando en la sociedad una desconfianza hacia los profesionales de la salud, y se desmotivarían los esfuerzos para progresar en los cuidados paliativos o en la búsqueda de terapias eficaces para las enfermedades que hoy en día se consideran incurables.

A la posibilidad de autorizar la eutanasia en situaciones límite bien definidas se

opone el argumento de la pendiente resbaladiza, según el cual una actitud permisiva en casos discutibles puede ir progresivamente aumentando la tolerancia de actos cada vez más inaceptables. Otros opinan, sin embargo, que este argumento es una falacia pues no hay razón lógica por la cual la compasión y el respeto por la autonomía, que justifican la eutanasia, puedan justificar lógicamente también homicidios ajenos a tales motivaciones y que una ley inequívoca puede impedir la transgresión y el abuso(7).

En la reflexión sobre las consecuencias de los tratamientos médicos en general y de la pertinencia de la eutanasia en particular se ha planteado la necesidad de evaluar la calidad de vida del paciente como una variable determinante a la hora de la toma de decisiones. Este concepto puede ser considerado como opuesto al de santidad de la vida, que defiende el carácter sagrado, absoluto e inviolable que tendría toda vida humana en cualquier circunstancia. En la actualidad se tiende a superar esta contradicción postulando que el exigido respeto por la vida y su dignidad implica necesariamente tomar en cuenta también su calidad, pero con ciertos requisitos para evitar tanto el riesgo de una rigidez dogmática (concepto de santidad de la vida en términos absolutos) como el riesgo de arbitrariedad (concepto de calidad de vida relativo y subjetivo)(8). Desde esta perspectiva, las decisiones basadas en la calidad de vida deberían considerar a toda persona de igual valor, deberían diferenciar entre una vida personal y una vida meramente biológica, deberían ser tomadas por el propio enfermo o por quien pueda defender sus mejores intereses y deberían reconocer que para el paciente no toda forma de vida tiene igual valor.

El enfermo terminal con frecuencia sufre dolores insuficientemente tratados o se siente deprimido, abandonado o culpable de constituir una carga emocional y financiera para su familia(9). La pregunta que surge entonces, es si la petición de eutanasia no es más bien expresión de esos sentimientos que de un real deseo de morir, especialmente si se tiene en cuenta que la desmoralización puede hacer al paciente terminal más vulnerable a la sugestión de terceros, aumentando el riesgo de abuso. En efecto, varios estudios concluyen que la mayoría de los enfermos que solicitan acelerar su muerte padecen de dolor o depresión o carecen de apoyo familiar y además, que en la mayoría de ellos este deseo de morir fue transitorio(10). Por otra parte, se ha advertido el peligro de que lo que se le concede al paciente como un derecho pueda convertirse en un deber (11), ejerciéndose una presión externa que descalifique su decisión de mantenerse con vida bajo cualquier circunstancia, sobre todo si se tiene a la vista la proposición de que el momento en que puede declararse muerta a una persona debe ser escogido por el consenso social(12).

En Holanda se ha despenalizado la eutanasia, bajo las siguientes condiciones(13): que el paciente esté informado sobre su enfermedad y conozca las posibles alternativas existentes; que el enfermo encuentre insoportable su sufrimiento físico o mental; que el deseo de morir sea firme; que su decisión sea personal y libre, sin presiones sociales; que el médico consulte a un colega sobre

la determinación de aplicar la eutanasia, asegurándose que existen causas suficientemente graves para fundamentarla; y que el profesional informe a las autoridades judiciales, comunicando las circunstancias en que se ha tomado tal decisión y el método que ha empleado.

La experiencia en ese país (donde el 2.1% de todas las muertes se deben a eutanasia o suicidio asistido, la mayoría en pacientes con cáncer avanzado) demuestra para algunos lo infundado que es el argumento de la pendiente resbaladiza y el temor al abuso, revelando ciertos estudios que la mayoría de los pacientes a los que se les ayudó a morir habrían muerto naturalmente al cabo de algunas semanas, por lo que el procedimiento influyó poco en el acortamiento de la vida(14). Otros estudios afirman, por el contrario, que sólo una minoría de casos de eutanasia son informados a las autoridades; que ha habido un importante incremento de la práctica de eutanasia en pacientes que se encuentran en estado de inconsciencia, operándose una transición desde la eutanasia voluntaria a la eutanasia no voluntaria; y que la mayoría de las muertes por eutanasia se produjeron dentro de las dos semanas desde la solicitud inicial, sin dar tiempo suficiente para evaluar la firmeza de tal decisión ni para descartar razonables expectativas de mejoría de un trastorno depresivo(15).

Hoy en día la mayoría de los médicos se opone a la eutanasia activa y directa, pero para que este rechazo sea sostenible y consistente se requiere la sistemática abstención de terapias inútiles (desproporcionadas) y la debida atención a las necesidades de los pacientes(16). A la inversa, proponer la legalización de la eutanasia, despreocupándose de los posibles y necesarios cuidados paliativos y manteniendo la tendencia a abandonar al enfermo terminal, con lo que se deja a éste en una situación de sufrimiento físico y psicológico que le hace ansiar la muerte (17), parece transgredir gravemente el principio de justicia.

## NOTAS

- (1) Kenis, 1993
- (2) Gracia, 1990
- (3) Kuhse, 1995
- (4) Kuhse, 1995
- (5) Lavados, 1994
- (6) Reichel, 1990
- (7) Kottow, 1995
- (8) Sánchez, 1995
- (9) López, 1990
- (10) Chochinov et al., 1995
- (11) Gafo, 1993
- (12) Roa, 1996
- (13) Gafo, 1993.
- (14) Breitbart et al., 1996

- (15) Chochinov et al., 1995  
(16) Reichel y Dick, 1990

## Bibliografía

Breitbart W et al.: "Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV – infected patients", Am. J. Psychiatry 153 (2): 238 - 242, 1996.

Chochinov HM et al.: "Desire for death in the terminally ill", Am. J. Psychiatry 152 (8): 1185 - 1191, 1995.

Gafo J: "Eutanasia", en Diez palabras claves en Bioética, Ed. Verbo Divino, Navarra, 1993, p.p. 91 – 135.

Gracia, D: "Historia de la eutanasia", en Gafo J (Ed.): La eutanasia y el arte de morir, UPCM, Madrid, 1990, p.p. 13 – 32.

Kenis Y: "Euthanasie", en Hottois G, Parizeau MH (Ed.): Les mots de la bioethique, De Boeck Université, Bruxelles, 1993, p.p. 208 – 215.

Kottow M: Introducción a la Bioética, Ed. Universitaria, Santiago, 1995, p.p. 154 – 157.

Kuhse H: "La eutanasia", en Singer P (Ed.): Compendio de Etica, Alianza Editorial, Madrid, 1995, p.p. 405 – 416.

Lavados M: "Decisiones ético – clínicas en el caso de un paciente terminal con cáncer metastásico. El problema de la eutanasia", Rev. Méd. Chile 122: 563 - 571, 1994.

López E: "La eutanasia y el derecho a morir con dignidad", en Etica y vida, 2ª. ed., Ed. Paulinas, Madrid, 1990, p.p. 219 – 236.

Reichel W, Dyck AJ: "La eutanasia: Un dilema moral contemporáneo", The Lancet (Ed. Esp.) 16 (4): 255 - 257, 1990.

Roa A: "La eutanasia y las nuevas concepciones sobre la muerte", Revista de Filosofía 47/48: 37 - 48, 1996.

Sánchez M: "La calidad de vida en la toma de decisiones sobre enfermos terminales", Quaderni di Bioetica e Cultura 3: 87 - 101, 1995.