



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

EUTANASIA

Argumentos a favor de la eutanasia activa voluntaria
basados en la Teoría de los Principios de Tom L.
Beauchamp y James F. Childress para considerarla dentro
de la Ley General de Salud.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA:

JORGE PÉREZ CANALES

ASESOR:

ALFONSO E. OCHOA HOFMANN

2013





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Eutanasia

Argumentos a favor de la eutanasia activa voluntaria basados en la Teoría de los Principios de Tom L. Beauchamp y James F. Childress para considerarla dentro de la Ley General de Salud.

Asesor: Alfonso E. Ochoa Hofmann

Alumno: Jorge Pérez Canales

Tal vez esto es la muerte:
aquel hombre tranquilo con los ojos abiertos,
la voz que oíste en un recodo de la tarde,
un latido de angustia ante el dibujo claro de un poema,
las pupilas ausentes en momentos de adiós.

Tal vez sólo esto cuenta:
escuchar en el filo del llanto
cierto mensaje yerto de una linde en penumbra,
andar entre cadáveres
rozarte el labio presto con la carne del frío,
acariciar las manos que se te van muriendo
mientras un canto en duelo se levanta en la noche
en medio de la triste eficacia del aire
y entrega un testimonio fortuito de quebranto,
un dato imperceptible
una esperanza a tientas
una blasfemia frágil
y la demencia ciega ante la estrella.

Porque el estar aquí te va agotando:
tienes los ojos grávidos de sombras
y ausentes de preguntas:
la tarde, tórrida, se iza, idéntica a sí misma:
en la noche resuenan pasos indiferentes
mientras la prostituta se pule la sonrisa
apoyada en un árbol de conos imprecisos
y se cae de las torres el terror de la nada
y el bagazo del pánico.

Así es la muerte:
una planicie fatigada que se irisa de imágenes
un mar de transparentes etapas de delirio,
un sonido en la yema del alma,
una reunión de hermanos en eterno crepúsculo
una gota en la nada,
un eco sin origen,
una caída a plomo por el borde del aire...

Ernesto de la Peña, *Tal vez esto es la muerte.*

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada de manera particular a mi sobrina **Valentina Pérez Hernández**, en este momento no puedo darle nada más que este minúsculo trabajo, el cual espero le sirva de ejemplo, y nunca olvide que aquello que se proponga y quiera lo puede realizar a base de esfuerzo y dedicación, siempre que exista la voluntad y el ánimo para hacerlo.

A mi madre **María de los Ángeles Canales Rangel**, a quien le agradezco infinitamente el fundir en mí el amor a la vida, por ser la estrella más bella que cuida mis noches y mis días.

A mis abuelos **Agustín Canales, Teresa Rangel, Fernando Pérez** quienes de algún modo, influyeron en la elección del tema. A **Micaela Balderas**, quien nos abandonó cuando este trabajo estaba realizándose.

A mi padre **Víctor Miguel Pérez Balderas**, a quien agradezco profundamente e inmensamente su apoyo y comprensión; a pesar de esta larga espera nunca perdió la esperanza ni la confianza en mí. Agradecimiento que se extiende a **Emma Galicia**.

A mi hermano **René Pérez Canales**, a quien le reitero mi total agradecimiento por su apoyo incondicional e infinito en todo momento, pues ha sido como padre y un gran amigo para mí. Del mismo modo a **Verónica Hernández**.

A **Tonantzin Hernández Ortega**, quien se convirtió en el pilar más fuerte que ahora existe. Gracias por mantener las esperanzas despiertas, el orden de este caos y compartir conmigo este camino.

A mi tía **Guadalupe Canales Rangel**, quien de manera especial me ha apoyado en este largo, pesado y, a veces difícil, camino. A **Elena Canales Rangel, Rebeca Canales Rangel, Juan Antonio, Diego y Diana Vela**, mi familia más cercana que ha estado a mi lado siempre, y en quienes se puede contar en cualquier circunstancia.

A mis maestras **Irma Griselda Amuchategui Requena**, por sus incansables muestras de apoyo y su especial amistad; a **Teresa M. Obregón Romero**, con profundo cariño y admiración, a quien agradezco que haya influido y fundido en mí el amor por la literatura y por ayudarme a conservar la esperanza (no nos dejes nunca Tessy); **Martha Patricia Irigoyen Troconis, Rebeca Pasillas Mendoza y**

María Fernanda González quienes me contagiaron el gusto de la literatura clásica y el latín.

A mi maestro, amigo y asesor, **Alfonso E. Ochoa Hofmann**, quien me contagió el amor por la filosofía y la investigación. Del mismo modo, a mi amigo **Luis Enrique Vega**.

A la doctora **Hilda Hernández**, por aquellas pláticas sobre medicina en las que aumentó mi entendimiento del *ars médica*. A **Manuel Morales**, amigo entrañable de la Biblioteca Central.

Por último, a mis amigos del círculo de lectura, **Rocío Pérez, Miroslava Rivera, Rosa María, Marco Antonio Reyes, Uriel Mendoza y Adolfo León**, próximos escritores.

Gracias a ellos, este trabajo logró concretarse.

Agradecimientos

A toda mi familia

A mis amigos

Entre los que se encuentran: Marlene Alejandra Becerril, Sofía Hernández, Elizabeth Ocampo, Elizabeth C. Alfaro Miranda, David López, Mayela Aguilar, Ruby Osorio, Daniela García, Susana Ledesma, Lizette Espinosa, Nancy Marisol Ortiz, Edith Ramírez Reyes, Sebastián Peregrina, Jazmín Hernández, Francisco Martínez, Miriam Cárdenas, Ricardo y Arturo Heredia, Karen Tirado, Mayra Duana, Daniel Rodríguez, Sandra Añorve, Graciela Ortega, Mayra Hernández, Nayeli Arredondo, Montserrat Martínez Silva y Ulises Baruch, y a todos aquellos a los que en este momento no tengo en la memoria, mil gracias.

Al amable personal de la Biblioteca Vasconcelos, de la Biblioteca Rubén Bonifaz Nuño, del Instituto de Investigaciones Filológicas y de la Biblioteca Central de la UNAM.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por todo.

Índice

Eutanasia

Argumentos a favor de la eutanasia activa voluntaria basados en la Teoría de los Principios de Tom L. Beauchamp y James F. Childress para considerarla dentro de la Ley General de Salud.

Índice	I
Introducción	V
Capítulo 1. La teoría de los principios de Tom Beauchamp y James F. Childress.....	1
1.1 Contexto histórico de la Teoría de los Principios.....	1
1.2 Teoría de los Principios.....	3
1.3 Los principios de la Teoría de los Principios.....	10
1.3.1. Respeto por la autonomía.....	10
1.3.1.1 Especificación del Principio de Respeto por la autonomía	14
1.3.1.2 Consentimiento informado	15
1.3.1.3 Significado, elementos y función del consentimiento informado	17
a) Revelación.....	19
b) Comprensión.....	22
c) Voluntariedad.....	24
1.3.1.4 El Consentimiento informado en la Ley General de Salud.....	25
1.3.1.5 La Competencia.....	27
1.3.1.6 Toma de decisiones por sustituto.....	28
1.3.2 No Maleficencia	34
1.3.2.1 Especificación del principio de no maleficencia.....	35
1.3.3 Beneficencia	44
1.3.3.1 Especificación del Principio de Beneficencia: el Paternalismo.....	47
a) Antipaternalismo.....	49
b) El paternalismo basado en el consentimiento	50
c) Paternalismo fuerte.....	50
d) Negar el tratamiento por considerarlo inútil (un paternalismo pasivo).....	52

1.3.3.2 Costes, riesgos y beneficios.....	54
1.3.3.3 Análisis coste-efectividad y coste-beneficio.....	54
1.3.3.4 Valoración de riesgos y Análisis riesgo-beneficio.....	55
1.3.3.5 Calidad de vida.....	55
1.3.4 Justicia.....	57
1.3.4.1 Especificación del Principio de Justicia: Justicia formal y material.....	58
1.3.4.2 El sistema de salud de dos niveles.....	60
1.4. Reglas y virtudes.....	63
1.4.1 Aspectos generales.....	63
1.4.2 Reglas en la relación médico paciente.....	64
a) Veracidad.....	64
b) Intimidad.....	68
c) Confidencialidad.....	69
d) Fidelidad.....	71
1.5 Virtudes de los profesionales de la medicina.....	72
a) Compasión.....	73
b) Discernimiento.....	73
c) Confiabilidad.....	73
d) Integridad.....	74
Capítulo 2. Medicina, pacientes y derechos.....	75
2.1 De la medicina.....	75
2.1.2 De vida y muerte.....	79
2.1.3 De los avances de la tecnología médica.....	83
2.1.4 Los fines de la medicina	87
2.1.4.1 La salud como fin fundamental de la medicina	89
2.1.4.2 Los tres fines u objetivos de la medicina, de Ruy Pérez Tamayo.....	90
2.1.4.3 Los cuatro fines de la medicina, del Hastings Center.....	92
a) La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.....	93
b) El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males	93
c) La atención y la curación de enfermos y los cuidados a los incurables.....	94

d) La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.....	95
2.1.5 Las actividades de atención médica en la Ley General de Salud.....	96
2.2 Pacientes Terminales.....	98
2.2.1 Relación médico-paciente.....	101
2.2.2 Modelos de la relación médico paciente.....	106
2.3 Derechos.....	108
2.3.1 Derechos de los pacientes terminales contenidos en la Constitución y en la Ley General de Salud.....	111
Capítulo 3. Breve historia de la eutanasia.....	116
3.1 Sociedades primitivas.....	117
3.2 La Biblia.....	118
3.3 La antigüedad grecorromana.....	122
a) Grecia.....	122
b) Roma.....	126
3.4 Edad Media.....	129
3.5 Renacimiento.....	133
3.6 Modernidad.....	141
3.7 Contemporánea (Siglo XX y XXI).....	146
a) La experiencia nazi.....	150
b) La experiencia holandesa.....	153
3.8 Estados Unidos e Inglaterra.....	163
a) Karen Ann Quinlan.....	164
b) Nancy Cruzan.....	165
c) Diane Trumbull.....	166
d) Anthony Bland.....	167
e) El suicidio en Oregón.....	168
Capítulo 4. Eutanasia y otros conceptos fundamentales.....	171
4.1 Concepto de eutanasia.....	171
4.2 Eutanasias.....	172
4.3 Tipos de eutanasia.....	181

a) Eutanasia activa y pasiva.....	182
b) Eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria.....	182
c) Eutanasia directa e indirecta.....	184
d) Suicidio médicamente asistido.....	184
e) Ortotanasia y Distanasia.....	187
f) Cuidados Paliativos.....	188
4.4 Muerte Natural.....	189
4.5 Santidad y Calidad de vida.....	194
4.5.1 Santidad de la vida.....	194
4.5.2 Inviolabilidad de la vida.....	196
4.5.3 La santidad de la vida, el análisis propuesto por Ronald Dworkin.....	201
4.5.4 Calidad de la vida.....	211
4.6 Tratamiento.....	213
4.7 Objeción de conciencia.....	216
Capítulo 5. Argumentos a favor y en contra de la eutanasia activa voluntaria.....	220
5.1 ¿Es la eutanasia activa voluntaria un delito?.....	220
5.2 Argumentos en contra y a favor de la Regulación de la Eutanasia.....	229
5.2.1 De la naturaleza de la medicina.....	230
5.2.2 De la santidad de la vida.....	235
5.2.3 De la eutanasia pasiva y activa.....	237
5.2.4 De la pendiente resbaladiza.....	249
5.2.5 De los cuidados paliativos.....	255
5.3 El debate de Tom L. Beauchamp y James F. Childress.....	260
5.4 La teoría de los principios vinculada a la Ley General de Salud para justificar la Eutanasia Activa Voluntaria.....	264
Conclusión.....	275
BIBLIOGRAFÍA.....	286

Introducción

*“No hay quien haya visto a la muerte
A la muerte nadie le ha visto la cara.
A la muerte nadie le ha oído la voz.
Pero, cruel, quiebra la muerte a los hombres.
[...] los grandes dioses, reunidos en consejo,
determinaron la muerte y la vida.
Pero la muerte no se ha de conocer el día”
Gilgamesh o la angustia por la muerte
(Tablilla X, col. VI)*

I

Al finalizar el *Diálogo del Fedón*, Sócrates, después de haber tomado la cicuta, le dice a Critón que es tiempo de ofrecer un gallo a Asclepio, dios de la medicina para los griegos e hijo de Apolo y Coronis. Son estas las últimas palabras del filósofo, las cuales guardan un significado profundo pues, aunque parezca trivial, Sócrates pide que se realice un sacrificio al dios de la medicina, cuando lo que le espera a él es la muerte y no la cura a sus males, como solía hacerse con ese tipo de sacrificios. El sacrificar un gallo (de preferencia blanco) a Asclepio era signo de agradecimiento porque se atribuía al dios la sanación del enfermo. Entonces, ¿por qué sacrificar un gallo cuando lo que vendrá es la muerte y no el alivio de la enfermedad? Una de las razones por las que Sócrates ordena dicho sacrificio a su nombre, es tal vez porque para él la muerte no es un mal, sino un bien. La muerte para el filósofo ateniense es la cura de los males que le afligen. Por esta razón, no resulta contradictorio ofrendar el gallo a Asclepio, puesto que es acorde con la función reconocida al dios, la cual era la curación de las enfermedades que agobian a los hombres¹.

A años de distancia de lo narrado por Platón, la muerte se ha considerado tanto un bien como un mal, primando este último como el sentido que se le da al morir en las sociedades actuales. Con esto no quiere decirse que morir sea siempre un

¹ Cfr. Platón, *Fedón*, trad. de Carlos García Gual, Madrid, Gredos, 2010. En cuanto al mito de Asclepio, dios de la medicina, véase Szczeklik, Andrzej, *Catarsis: sobre el poder curativo de la naturaleza y del arte*, trad. de J. Slawomirski y A. Rubió, Barcelona, Acantilado, 2010; Morillas, Mercedes et. al, *Los dioses del Olimpo*, Madrid, Alianza, 1998; Ovidio Nasón, Plubio, *Metamorfosis*, L. I-VII, 2da. ed., México, UNAM, 2008.

hecho malo o fatal, sino que para los seres humanos, quienes son conscientes de que han de morir, la muerte frustra sus planes de vida, termina con sus deseos y placeres, y acaba con sus experiencias y perspectivas. Pero, ¿qué ocurre cuándo una enfermedad mengua todo lo anterior, es decir, cuando una enfermedad frustra los planes de vida, los deseos, los placeres, las experiencias, etc., eclipsando la existencia del ser humano? Para algunos, la presencia de una enfermedad terminal, es razón suficiente para poder abandonar la vida, aunque para otros no lo es, puesto que la vida es un bien sagrado del cual no se puede disponer. Por ejemplo, para los cristianos, vivir el dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad, es la prueba más grande del amor a Cristo.

Ronald Dworkin utiliza una metáfora para argumentar a favor del dominio de la vida, como lo es la de la obra de teatro. Cuando el final de dicha obra es malo, no importa que lo anterior haya sido bueno, es decir, el hecho de que el final sea malo afecta lo anterior. Así ocurre con la vida de los seres humanos, aunque ésta haya sido grata y llena de experiencias placenteras, o acorde a los intereses de quien la vivió, si en el final de sus días se vuelve esclavo de una enfermedad terminal, toda experiencia pasada, aunque grata, termina contaminada por la experiencia final. Por tanto, debería tenerse a la mano, la posibilidad de terminar con la vida antes de que la vida termine con el paciente terminal.

II

El 13 de mayo de 1974, el poeta y diplomático mexicano, Jaime Torres Bodet, en su habitación, escribió la siguiente nota: “He llegado a un instante en que no puedo, a fuerza de enfermedades, seguir fingiendo que vivo. A esperar día a día la muerte, prefiero convocarla y hacerlo a tiempo... No quiero dar molestias ni inspirar lástima a nadie. Habré cumplido hasta la última hora con mi deber”², y después se suicidó. Estaba enfermo de cáncer y tiempo atrás, había tenido un accidente en su biblioteca que lo obligaba a estar atado a una silla de ruedas. Su obra poética refleja su condición humana y su relación con la muerte, en especial, después de la muerte de su madre.

² Gamboa, Héctor, *Escritores suicidas*, México, Nueva Imagen, 2001, p. 125.

El poeta se suicidó solo, contrario a lo que sentencia Antonin Artaud en su ensayo sobre Van Gogh, “por demás, uno no se suicida solo. Nadie ha estado jamás solo a la hora de nacer. Nadie tampoco lo está cuando muere... Y yo creo que siempre hay alguien en el minuto extremo de la muerte para despojarnos de nuestra propia vida”³.

El suicidio, al igual que la eutanasia, son dos actos a través de los cuales el ser humano puede disponer de su vida. Según Plinio el viejo, esta es la ventaja que tiene el hombre con respecto a los Dioses, pues para él los dioses aunque quieran no pueden darse muerte, siendo ésta el mayor don otorgado a los hombres ante las calamidades de la vida⁴.

De este modo, el hombre puede salir de su vida mediante la eutanasia, cuando por causa de enfermedad, la vida ha perdido las condiciones mínimas para ser vivida. Esto no quiere decir que entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad haya una tensión que sólo se puede resolver mediante la negación de una y la aceptación de la otra. Si bien, elegir libremente terminar con su vida, significa rechazar el derecho a vivir, no se hace porque el valor de la vida haya disminuido o sea nulo, al contrario, terminar con la vida cuando ésta ya no es posible de vivir con dignidad, implica, de algún modo, respetar el valor intrínseco de la vida, de lo contrario, vivir se convertiría en una obligación, en un sacrificio, en una condena para quien ya no puede o desea vivir a la sombra de la enfermedad.

Quien elige morir a vivir no lo hace porque deteste la vida, sino porque su vida ha perdido la calidad mínima de viabilidad. Por tanto, decide retirarse antes de que la vida lo consuma. Esta libertad para determinar el modo de morir es la misma libertad que se reconoce para determinar el modo de vivir, por tanto no es contraria a las libertades reconocidas a los hombres. De este modo, se entiende

³ Artaud, Antonin, *Van gogh. El suicidado por la sociedad*, trad. de Marco Antonio Campos, México, El altar de los muertos-Factoría Ediciones, 1999, pp. 87-89.

⁴ Plinio el Viejo, *Historia Natural*, libro II, Cap. 27-7, trad. de Antonio Fontan, Madrid, Gredos, 1998, p. 346.

que, pensar la eutanasia implica pensar en la vida. Como decía el filósofo Vladimir Jankélévitch, “la filosofía de la muerte es una meditación sobre la vida”⁵.

III

Esta investigación está compuesta por argumentos a favor de la Eutanasia Activa Voluntaria. Los argumentos que aquí se esgrimen descansan en la Teoría de los Principios de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Esta teoría fue desarrollada a finales de la década de los 70's del siglo pasado, y desde entonces, ha sido un referente en la bioética en Norteamérica, en relación a los nuevos dilemas que se presentan en esta área. La teoría de los principios es una teoría de la moral común, es decir, se basa en juicios compartidos por los miembros de la comunidad. La característica principal de estos juicios es que no son absolutos, por lo que se pueden ponderar con otros a fin de encontrar coherencia en la teoría. Además, esta teoría permite el diálogo, razón por la cual, se obliga a quien participa en la resolución de un problema moral, a elaborar argumentos de peso, para que puedan prevalecer sobre el contrario. Pero no son argumentos basados en creencias religiosas, sino en la razón, cualidad que casi todos comparten. Asimismo, los autores exigen el cumplimiento mínimo de los principios, por ejemplo reconocen que si se exigiera el cumplimiento del principio de respeto a la autonomía al pie de la letra, es decir, que las decisiones fueran puramente autónomas, sin influencias externas y con el conocimiento absoluto de las consecuencias, harían de la autonomía un ideal y no algo real en la práctica.

Esta teoría no implica la aplicación autoritaria de los principios, sino la aplicación razonable de los principios. Las respuestas que se den en un caso, no serán las mismas que se den en otro, puesto que las circunstancias y las personas van cambiando, por ello, es necesario mantener la reflexión constantemente. Los autores retoman juicios moralmente aceptados y les dan la categoría de principios, los cuales, sin establecer una jerarquía ni primacía entre ellos, son: el respeto por la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia.

⁵ Muñoz Rendón, Josep, *La piedra filosofal. Cómo morir y no perecer en el intento*, Barcelona, Ariel, 2009, p. 49.

Para quien escribe estas líneas, estos principios son necesarios para justificar una posición a favor de la eutanasia, pero se reconoce que no son suficientes, puesto que el tema de la eutanasia obliga a situarse dentro del terreno de la medicina y del derecho a la vida. Siendo así, se recurre a los fines de la medicina y al principio del valor intrínseco de la vida del cual se deriva el principio de la calidad de vida. Por medio de estos cuatro elementos, es decir, teoría de los principios, fines de la medicina, principio de valor intrínseco de la vida y calidad de vida, se constituirán razones a favor de la eutanasia activa voluntaria, las cuales buscan completitud y coherencia suficiente para demostrar que se puede regular esta práctica como un derecho.

En este sentido, la eutanasia es un tema que obliga a la reflexión tanto ética como jurídica. Por ello, se estudian los derechos establecidos en la Ley General de Salud y en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Estos derechos encuentran su referente ético en la teoría moral que se ha elegido. Entretanto, se enuncia desde este momento, que la eutanasia no implica un derecho a morir, por ser tal terminología confusa y prestarse a contradicciones, sino más bien un derecho a elegir, que forma parte del derecho a la libertad. La libertad que tienen los individuos de determinar su propia vida, y por ende, su propia muerte. La muerte no es, como se dijo líneas arriba, algo bueno o benéfico, ni dañino o malo. Por tanto, existe la posibilidad de que en ocasiones la muerte devenga un beneficio para quien la pide, y en estas circunstancias, no se puede negar al individuo el derecho a determinar su modo de morir.

IV

De conformidad con lo anterior, el presente trabajo se divide en cinco capítulos. En el primer capítulo, se expone la Teoría de los Principios, comenzando con una breve reseña sobre los autores y su teoría, posteriormente se especifica cada uno de los principios de la misma, presentando al final las reglas y virtudes que forman parte de dicha teoría. Dentro de la exposición de los principios, se irán incorporando ejemplos con el fin de hacer más clara la exposición.

El segundo capítulo está constituido por tres apartados. El primero consiste en exponer de manera sucinta lo que representa la muerte para el médico, el paciente y el Estado; después se analiza el problema de la tecnología aplicada a la medicina, finalizando el apartado con el tema de los fines de la medicina. El segundo está integrado por el tema de los pacientes terminales y los aspectos de la relación médico-paciente. El tercero comprende el tema de los derechos de los pacientes reconocidos en la legislación en México.

En el tercer capítulo se presenta una breve historia de la eutanasia. En este capítulo se incluyen algunas reflexiones acerca del suicidio realizadas por distintos autores. Para este capítulo se juzgó conveniente presentar los argumentos realizados a través de la historia tanto a favor como en contra de la eutanasia y el suicidio. La narración de estos hechos inicia en las sociedades primitivas, pasando por la época greco-latina, el Medievo, la modernidad, hasta llegar a la época contemporánea. Se recogen opiniones de filósofos, escritores, teólogos, médicos y juristas, con el objetivo de enriquecer el panorama de la eutanasia. Este capítulo finaliza con la exposición de cuatro casos ocurridos, tres en Estados Unidos y uno en Gran Bretaña, además de una breve reseña sobre la legalización del suicidio en Oregón.

El cuarto capítulo está compuesto por un conjunto de definiciones a partir de las cuales se formula un concepto de eutanasia, el cual se adecúa a la Teoría de los Principios, la idea del derecho como beneficio y los Fines de la Medicina presentados en los capítulos precedentes. Posteriormente, se desarrollan los conceptos de muerte natural, santidad de la vida, calidad de la vida, tratamiento y se expone el tema de la objeción de conciencia.

En el quinto capítulo, después de la exposición que antecede, fue necesario contestar la pregunta: ¿Es la eutanasia activa voluntaria un delito? Se dieron las razones morales y jurídicas para contestar de forma negativa. Finalmente, se presentan los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, y el debate llevado a cabo por Tom L. Beauchamp y James F. Childress en su teoría de los principios. Aunque se aclara que ambos autores no llegan a una posición a favor o en contra,

su intención por mantenerse neutros los lleva, quizá inconscientemente a argumentar a favor de dicha práctica, o al menos del suicidio asistido.

Por último se presentan las conclusiones de este trabajo, las cuales giran en torno de la permisibilidad de la eutanasia por las razones que se han ido exponiendo a lo largo de este trabajo.

V

El tema que se ha desarrollado en este trabajo no es fácil de tratar, pues las preguntas que se desarrollan, los textos revisados, la complejidad que en sí representa hablar de la muerte, obligan a pensar constantemente un mismo asunto llegando casi siempre a respuestas distintas. No sólo se trata de buscar los caminos por los cuales se puede ir abriendo paso la eutanasia, sino que es menester poner en evidencia las dos rutas que hay en torno a este tema: la prohibición o la permisión. Si se elige la primera, se seguirá limitando la libertad, se continúa con la imposición del modo de morir por parte del Estado y la sociedad, y se perpetúa el control sobre las decisiones que tiene las personas consideradas moralmente autónomas. Si se elige la segunda, se opta además por la responsabilidad, por el valor de la vida, por la dignidad, por la libertad y por el reconocimiento de que como sociedad, se tiene un control de la legislación, lo que evitaría abusos en nombre de la ley.

Elegir la permisión es elegir la responsabilidad para ser libres para elegir vivir y morir.

Todo ocurre cuando se permite que alguien más controle nuestra vida y nuestra muerte, tal como lo decía el filósofo estoico Lucio Anneo Séneca, “donde no hay un poder mayor, cualquier esclavo es dueño de tu vida y de tu muerte”.

Capítulo 1

La Teoría de los Principios de Tom L. Beauchamp y James F. Childress

«La humanidad necesita con urgencia un nuevo saber que proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y la mejor calidad de la vida [...] Una ciencia de la supervivencia debe ser algo más que una ciencia y, por tanto, propongo el término «Bioética» para poner de relieve los dos elementos más importantes para alcanzar un nuevo saber que se necesita desesperadamente: conocimiento biológico y valores humanos»
Van Rensselaer Potter

1.1 Contexto histórico de la Teoría de los Principios

En 1970, Van Rensselaer Potter, un bioquímico de la Universidad de Wisconsin, publicó un artículo titulado *Bioethics: The science of survival*, en el que por primera vez utilizó el término *Bioética* para referirse a una nueva disciplina en donde se diera un diálogo entre el conocimiento biológico y los valores éticos. Posteriormente, en 1978 a raíz de los innumerables y atroces experimentos en la investigación con seres humanos en la Alemania Nazi y en Tuskegee, Alabama, la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento, de los Estados Unidos, publicó un documento llamado *Principios éticos y pautas para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación o Informe Belmont*, cuyo apartado B, reconocía tres principios esenciales: el respeto a las personas; la beneficencia y la justicia. Estos principios fueron el resultado de deliberaciones llevadas a cabo en un periodo de cuatro años, en los que además, se concertó en establecer límites entre la investigación biomédica y la praxis médica; la importancia del análisis riesgo beneficio en la investigación con seres humanos; las directivas para la selección

de sujetos de investigación y la importancia, límites y alcances del consentimiento informado⁶.

En esta Comisión, llevada a cabo en el Centro de Conferencias Belmont en Washington, se incorporaron los filósofos Tom L. Beauchamp⁷ y James F. Childress⁸. El primero es licenciado en filosofía por la Universidad de Yale, y doctor en filosofía por la Universidad Johns Hopkins; es profesor de esta materia en la Universidad de Georgetown e investigador del Instituto Kennedy de Ética. Las líneas de investigación de este autor se centran alrededor de la filosofía moral, la bioética y la ética de los negocios, también ha realizado estudios sobre la historia del consentimiento informado y en torno a la filosofía de David Hume, de quien es editor de sus obras completas junto a David Fate Norton y M. A. Stewart. El segundo es un filósofo y teólogo norteamericano, doctorado en filosofía por la Universidad de Yale, especializado particularmente en ética médica, actualmente es profesor de la cátedra John Allen Hollingsworth en el Departamento de Estudios Religiosos y profesor de Educación Médica en la Universidad de Virginia. Ha desempeñado el cargo como director en el Monroe Hill College de dicha universidad (1988-1991), y como co-director del Centro de Política de Salud de Virginia de 1991 a 1999. Además de que fue, vicedirector del Departamento Nacional de Transplantes de Órganos y miembro del Comité Asesor para la recombinación del ADN, del Subcomité para la Terapia Genética Humana, del Comité consultivo de Bioética Médica, y de la Red Unida en pro del Uso Compartido de Órganos (UNOS). También ha estado en la Comisión Nacional Asesora de Bioética, designado por la presidencia de los Estados Unidos. Entre

⁶ A fin de profundizar más sobre el origen de la Bioética en la década de los años setentas del siglo XX, consúltese, Pérez Tamayo, Ruy y Lisker, Rubén, *La construcción de la bioética*, México, Fondo de Cultura Económica, 2007; Gafo, Javier, *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003; Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Principios de ética biomédica*, 4ta. ed., trad. de Teresa Gracia, Javier Juez y Lydia Feito, España, Editorial Masson, 1999; y Luna, Florencia y Salles, Arleen, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2008; así como, Mir Tabau, Joan y Busquets Alibés, Ester, "Principios de Ética Biomédica, de Tom. L. Beauchamp, y James F. Childress", en *Bioética & debat*, España, núm. 64, Vol. 17., septiembre-diciembre de 2011, http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/index

⁷ Cfr. <http://explore.georgetown.edu/people/beauchat/?PageTemplateID=79>

⁸ Cfr. <http://www.virginia.edu/ipe/people/Childress.html>

los premios que ha recibido este autor, se encuentran el *Lifetime Achievement Award* de la sociedad Americana de Bioética y Humanidades, y el Premio Facultad Jefferson. Ambos autores pertenecen al Hastings center, organización independiente y apartidista dedicada a la investigación en bioética.

Estos autores, de manera conjunta publicaron en 1979, el libro *Principios de Ética Biomédica*, el cual ha tenido hasta el momento siete ediciones (1979, 1983, 1989, 1994, 2001, 2009 y 2013); en español se publicó la edición de 1994 en 1999 y es la que se tomará en cuenta para dar fundamento a este trabajo de investigación.

Presumiblemente, el origen de este libro es el Informe Belmont, no obstante, el libro surge como una respuesta a lo que en 1970 Potter había postulado, es decir, a la necesidad de un *conocimiento que enseñe a usar el conocimiento*, de la posibilidad de entablar un diálogo entre biología y ética, es decir, la bioética.

Debido a que la ética había quedado en segundo plano, después del auge del positivismo analítico a inicios del siglo XX, era necesario traerla de nueva cuenta, pero esta vez, al terreno de las ciencias naturales, en especial, al de la medicina, la biología y la ecología. La Teoría de los Principios que desarrolla Beauchamp y Childress, es la primera respuesta, desde la bioética, a los nuevos dilemas éticos que surgen en medicina, de ahí que resulte imprescindible esta teoría al resolver los problemas de ética práctica.

1.2 Teoría de los Principios

La teoría de los principios es una teoría que se basa en la moral común, entendida como la “moral compartida por los miembros de una sociedad, es decir, del sentido no filosófico y de la tradición”. Una teoría de la moral común obtiene “gran parte de su contenido en las creencias habituales compartidas, y no en la razón pura, el derecho natural, el sentido moral especial”⁹. Es decir, la moral común está integrada por aquellas condiciones mínimas que toda sociedad acepta, pues derivan de las tradiciones y convicciones que han alcanzado como grupo social.

⁹ Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Principios de ética biomédica*, 4ta. ed., trad. de Teresa Gracia, Javier Judez y Lydia Feito, España, Editorial Masson, 1999, p.94.

Los autores han definido cuatro principios derivados de dicha moral, aplicables a la medicina, los cuales son: *el respeto a la autonomía* (norma que establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas autónomas para tomar decisiones); la *no maleficencia* (evitar causar daños y perjuicios) sin justificación; la *beneficencia* (grupo de normas sobre la adjudicación de beneficios y el análisis perjuicio-beneficio y coste-beneficio); y la *justicia* (grupo de normas que garantizan la distribución justa de beneficios, riesgos y costes)¹⁰.

Como se ha mencionado, estos principios surgen de la moral común, razón por la cual, al incorporarlos en la teoría pueden cambiar, ya que pasan por un análisis y si de éste se desprende que son inaceptables o incoherentes, se tendrán que adecuar, hasta que encuentren una coherencia global. Lo que estos autores realizaron en su teoría fue la elección, la interpretación, la especificación y la ponderación de los principios, creando de este modo una “ética para la biomedicina”.

De acuerdo con estos autores, “la teoría común incrementa su contenido moral mediante un método: a) que clarifica e interpreta el contenido; b) que da coherencia; y c) que especifica y pondera las exigencias de las normas”¹¹. Este método de justificación es el método del coherentismo. El cual, es tomado de los primeros escritos de John Rawls, y consiste en encontrar principios generales que sirvan para sustentar *juicios ponderados* o *juicios morales considerados*. Estos juicios, se refieren a “las convicciones morales que mayor confianza nos merecen y que pensamos que ofrecen el menor sesgo posible”¹². Cabe señalar que estos juicios, no son definitivos y pueden ser alterados mediante el *equilibrio reflexivo* para encontrar la coherencia en la teoría. En el caso de la medicina, los juicios ponderados son aquellos que “han permanecido inalterados a lo largo de la historia”¹³. Aunque estos juicios aparezcan como puntos fijos, no debe olvidarse que, lo son sólo de forma provisional, ya que pueden estar sujetos a revisión en

¹⁰ *Ibidem*, p. 34.

¹¹ *Ibidem*, p. 95.

¹² *Ibidem*, p. 18.

¹³ *Ídem*.

cualquier momento. Por ejemplo, la norma hipocrática que proscribe dar una droga letal al enfermo, aun con petición de éste, es un juicio que ha sido aceptado a través de la historia, mas en estos tiempos, en los que se obliga a los pacientes a vivir encadenados a la tecnología médica a pesar de la baja calidad de vida, la aceptación incuestionable a la norma hipocrática llega a causar más mal que bien, vulnerando los principios autonomía, beneficencia y no maleficencia, como se verá a lo largo de esta investigación.

En situaciones como la anterior, es cuando entra el llamado *equilibrio reflexivo* de Rawls, mediante el cual se logra “emparejar, pulir y ajustar los juicios ponderados de manera que coincidan y sean coherentes con las premisas de la teoría”¹⁴. Por ello, es necesario partir de los juicios “sobre lo que es moralmente correcto e incorrecto, y posteriormente construimos una teoría general lo más coherente posible con dichos juicios”¹⁵. De acuerdo con lo anterior, los autores proponen que se deben evaluar los resultados, si estos resultan incoherentes se reajustarán las normas, las veces que sean necesarias.

Es menester señalar que la coherencia en toda teoría no es completa, a causa de situaciones indeterminadas que no siempre se pueden prever ni predecir, en este sentido, exigir la absoluta coherencia resulta utópico. Por tal motivo, los autores de esta teoría sostienen que “el único modelo adecuado de teoría moral es conseguir *la mayor aproximación posible a la coherencia total*”¹⁶. Lo anterior sólo se logra mediante el equilibrio reflexivo, es decir, a mayor coherencia, mayor será el grado de aceptación de la teoría. Gracias a este método es como se consigue evaluar los puntos fuertes y débiles de los juicios y principios morales aceptados en la comunidad.

Respecto a lo anterior, Tom Beauchamp y James Childress reconocen que, hacer que los juicios ponderados resulten coherentes en la teoría no es suficiente, pues una vez que se ha aceptado un conjunto de creencias y convicciones morales, no

¹⁴ Rawls, John, *A THEORY OF JUSTICE* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971, págs. 20-21, 46-50, 579-580), en Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Óp Cit*, p. 18.

¹⁵ *Ibíd*em, p. 18

¹⁶ *Ibíd*em, p. 20.

se pueden justificar por medio de otros juicios morales “sin provocar una regresión infinita o un círculo vicioso de justificación en el que al final ningún juicio resulta justificado”¹⁷. Lo que se hace en este caso es admitir que hay juicios que no requieren justificarse con otros juicios, y que dichos juicios serán el punto de partida de la teoría. Por ejemplo, a primera impresión la norma que prohíbe a un médico asistir la muerte del paciente, es una norma que no necesita justificación, es aceptada porque se basa en el principio de que no hay que causar un daño al paciente, sino un bien. Pero, ¿qué pasa cuando para el paciente la muerte reporta más beneficios que daños? Se tendría que ajustar esta norma en razón de que hay casos en los que no está justificado prohibir la asistencia en la muerte por parte del médico. Evidentemente, estos juicios iniciales no se convierten en absolutos, sino que al entrar en conflicto con otros, habrá que esgrimir argumentos que les otorguen un peso específico en relación a los demás.

Con la finalidad de hacer posible lo dicho en el párrafo precedente, los autores utilizan dos procedimientos para justificar y reajustar su teoría: la especificación y la ponderación. La *especificación* consiste en “desarrollar considerablemente el significado y alcance de las normas”¹⁸. Por medio de la especificación se podrá determinar en qué caso se puede aplicar cierto principio y en qué caso no, además de que se evitarán conflictos morales, puesto que, algunas normas se elaboran para resolver determinados casos, pero en la práctica, la norma a veces es superada por un caso nuevo o difícil. Por ejemplo, si se acepta la norma que establece que “ningún procedimiento médico puede realizarse sin el previo consentimiento informado del paciente, salvo condiciones de urgencia” en la práctica se presentarán casos en los que sea imprecisa la excepción “condiciones de urgencia”. Cuando un paciente ha rechazado cualquier transfusión sanguínea durante todo el tratamiento, y a causa de una cirugía es necesario transfundirle sangre pero él está inconsciente y no puede dar su consentimiento, el médico podría actuar de dos modos: no transfundir al paciente, siguiendo la regla mencionada, o transfundirlo amparándose en que era una situación de

¹⁷ *Ibidem*, p. 21.

¹⁸ *Ibidem*, p. 28.

emergencia. En el fondo de este caso están latentes, en primer lugar, el principio de autonomía, y en segundo, el de beneficencia; de modo que esta regla tiene que ser especificada, así al momento de ocurrir situaciones como la anterior, la conducta del médico estará justificada.

Resulta claro que la regla utilizada como ejemplo, forma parte del principio de autonomía, sólo que ya está especificada, y como se vio en este caso, algunas veces es necesario *reespecificar* para poder manejar los diferentes problemas que surgen, reduciendo gradualmente el número de dilemas que el principio abstracto ha sido incapaz de resolver¹⁹.

La especificación se hace mediante deliberación, con el fin de aportar razones para llegar a la coherencia de las normas morales. Algunos problemas derivados de la especificación radican en que, en un caso difícil, puede haber distintas especificaciones que sólo servirán para plantear nuevos problemas; al suscitar problemas en casos difíciles, cuando es inevitable el conflicto moral, la especificación parece servir sólo para aquellos casos en los que se tienen razones para ser aceptada y que se podrá resolver mediante su empleo; además, “hacer las normas más específicas no evita el empleo de puntos de vista dogmáticos, sesgados o irracionales para conseguir que la conclusión preferida sea la correcta por mandato”²⁰. A pesar de los inconvenientes citados, el procedimiento de especificación resulta atractivo, pues dota de mayor coherencia la teoría, al evitar que las normas permanezcan estáticas y se vuelvan obsoletas con el paso del tiempo.

Los principios de esta teoría no son absolutos, sino *prima facie*²¹. Aunque se pueden considerar virtualmente absolutos con el fin de evitar el uso excesivo de la ponderación, y partir de dichos principios. Piénsese por ejemplo en la prohibición de la tortura, en la proscripción del racismo y en la represión del asesinato. Es

¹⁹ *Ibidem*, p. 26.

²⁰ *Ibidem*, p. 27.

²¹ “Un principio *prima facie* es una guía de acción normativa que establece las condiciones de permisividad, obligatoriedad, corrección o incorrección de los actos que entran dentro de su jurisdicción”, *Ibidem*, p. 98.

incorrecto realizar estos actos, sin embargo, en determinadas circunstancias sería incorrecto no realizarlos.

Beauchamp y Childress, establecen que la naturaleza de estos principios, como ya se dijo, radica en que son obligaciones que necesariamente deben cumplirse “salvo si entra en conflicto con una obligación de igual o mayor magnitud”²². Cuando dos o más actos, que son *prima facie* correctos y *prima facie* incorrectos, entran en colisión, el agente moral tiene la obligación de elaborar argumentos para decidir qué obligación va a supeditar a otra obligación *prima facie*, en las circunstancias y actos concretos. En consecuencia, una obligación de este tipo “compromete, a no ser que sea anulada o supeditada por obligaciones morales diferentes”²³, por medio de la ponderación se exponen razones adecuadas que inclinen la balanza hacia algún lado.

Por tanto, es menester utilizar el método de la ponderación, el cual consiste en analizar el contenido de los principios para determinar su valor y peso en caso de entrar en conflicto. Ponderación y especificación suelen confundirse, pues a veces cuando se está especificando se llega a ponderar, y viceversa, sin embargo, los autores aducen que “ponderar resulta particularmente útil en casos individuales, mientras que la especificación se considera sobre todo útil para el desarrollo de líneas de acción”²⁴.

Existen cinco condiciones que limitan el proceso de ponderación, a su vez que justifican la infracción de una norma *prima facie*:

- a) Las razones que justifiquen la norma vencedora deben ser mejores que las que justifiquen la norma infringida;
- b) Existen posibilidades realistas de alcanzar el objetivo moral principal que justifica la infracción;
- c) No existen acciones alternativas moralmente preferibles;

²² *Ibidem*, p. 29.

²³ *Ídem*.

²⁴ *Ibidem*, p. 29.

- d) La infracción seleccionada es la más leve, proporcional al objetivo principal del acto; y
- e) El agente intenta minimizar los efectos negativos de la infracción²⁵.

Aunque esta teoría está basada en los principios, no excluye las reglas morales ni las virtudes propias del agente que realiza una acción. Para estos autores, los principios son considerados como guías de conducta moral y tienen distintas características de acuerdo con la persona en cuestión. Para quien debe observarlos son obligaciones positivas (construyen a actuar a favor de alguien) o negativas (proscriben interferir la realización u omisión de conductas de quien se beneficia de los principios), mientras que para quien se le reconoce un principio implican un beneficio. En cuanto a las reglas, también sirven de guías para los actos de las personas, pero “tienen un contenido más específico y un alcance más restringido que los principios”²⁶. Por ejemplo, un principio que contempla esta teoría es el de respeto por la autonomía, el cual tiene un carácter general y puede ser aplicado a casos específicos, con ayuda de reglas, como la veracidad o la intimidad.

En este sentido, las reglas especifican los principios de esta teoría, razón por la cual, Beauchamp y Childress consideran tres tipos de reglas:

- a) *Reglas sustantivas*. Son aquellas que están formuladas para establecer guías de acción, siendo más específicas que los principios. Como ya se vio, la regla de veracidad, la de confidencialidad, la intimidad, la fidelidad, entre otras especifican el principio de autonomía y el de beneficencia;
- b) *Reglas de autoridad*. Son aquellas que determinan “quién puede y debe realizar los actos”, ejemplo de estas son las “reglas de autoridad subrogada”; también hay reglas de cómo distribuir los recursos y qué orientación elegir en la toma de decisiones; y
- c) *Reglas procedimentales*. Son aquellas que determinan “qué procedimientos se deben utilizar”, por ejemplo, para la obtención de trasplante de órganos.

²⁵ *Ibidem*, p. 31.

²⁶ *Ibidem*, p. 34.

Se recurre a estas reglas en ausencia o cuando son incompleta las anteriores²⁷.

Respecto de las virtudes, los autores de esta teoría no las rechazan, pues “la ética de la virtud nos ayuda a entender por qué las elecciones morales correctas no sólo dependen de los principios, y también a juzgar el carácter moral de una persona con mayor detalle que una ética basada sólo en principios y reglas”²⁸. De este modo se entiende que, los principios deben ser especificados y ponderados por personas virtuosas, y no por personas carentes de virtudes, pues no sólo se trata de realizar juicios acerca de qué principio tiene mayor peso que otro, sino que es necesario “un carácter fiable, un buen sentido moral y una sensibilidad emocional”²⁹. Las virtudes que contemplan los autores son compasión, confiabilidad, integridad y discernimiento.

1.3 Los principios de la Teoría de los Principios

1.3.1 Respeto por la autonomía

La palabra autonomía (αὐτονομία) está formada por los vocablos griegos *autos* (αὐτός, *por sí mismo o propio*), *nomos* (νόμος, *regla o norma*) e *ía* (ία) *acción o cualidad*), se refiere a la acción de darse normas por sí mismo. La autonomía se define como “la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretenden controlar, y sin limitaciones personales...que impidan hacer una elección”³⁰. Un derecho a la autonomía implica “un derecho a tomar, por sí mismos, decisiones importantes definitorias de sus propias vidas. Los adultos competentes tienen libertad para realizar “malas inversiones”, siempre que otros no les mientan o les priven de información”³¹.

²⁷ *Ibidem*, p. 35.

²⁸ *Ibidem*, p. 104.

²⁹ *Ibidem*, p. 445.

³⁰ *Ibidem*, p. 113-114. La definición está tomada del libro de Isaiah Berlin “Two Concepts of Liberty”, en *Four essays on liberty* (Oxford University Press, 1969), en Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Op. cit.*, pp. 113-114.

³¹ Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998, p. 290.

Las *condiciones* que se requieren para que una persona sea autónoma son las siguientes: ser libre para actuar sin influencia ni control externo; ser agente, es decir, tener capacidad para actuar de modo intencional; y, no estar institucionalizado, ya sea por deficiencia mental o preso por delito. De este modo, una persona autónoma se caracteriza por ser razonable, reflexiva, capaz de tener y tomar elecciones independientes. Para los efectos de este trabajo, lo que interesa no es tanto la capacidad de la persona, sino la elección autónoma, debido a que la capacidad de ser autónomo no hace que la persona materialice su autonomía. Por ejemplo, una persona que está en una institución psiquiátrica, por alguna deficiencia mental, puede ser capaz para realizar distintas tareas, lo que no la convierte en autónoma. Debe agregarse además que, la autonomía no es *incompatible* con la autoridad en una sociedad democrática³². Por tal motivo, si una persona autónoma elige ser parte de un culto religioso, seguir una tradición o votar por un partido conservador, aceptará la autoridad de los demás, ya que ha decidido someterse a la misma autónomamente.

Asimismo, esta teoría no exige que la persona autónoma sea auténtica, dueña de sí misma, que tenga deseos y preferencias racionales, que esté llena de una *fuerza de valores, creencias y planes de vida*, ni que la persona exponga las razones por las cuales actúa; ya que estos requisitos, harían que la autonomía fuese sólo un ideal moral. Esta teoría exige sólo una cosa: que la autonomía sea respetada.

El principio de autonomía prescribe que “siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y los demás individuos) no debe interferir en esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida

³² En el contexto médico, se evidencia que en algunos casos la autonomía y la autoridad son incompatibles “debido al carácter dependiente del paciente y la posición autoritaria del profesional sanitario” (*Ibidem*, p. 17). Sin embargo, la razón fundamental de este principio es que la autonomía del paciente sea respetada por parte del personal sanitario, cuya autoridad deberá aconsejar, guiar, más no obligar ni coaccionar las decisiones del paciente. Resultaría absurdo pensar que si el paciente ha elegido de manera autónoma ser tratado en determinado hospital, los médicos que ahí le asisten determinen sus elecciones y su tratamiento, subrogando su autonomía.

y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución”³³.

El análisis de la autonomía, estará enfocado en las condiciones que tiene la conducta de los agentes autónomos, quienes actúan de manera intencional, con conocimiento y sin influencias del exterior que controlen sus actos. La condición de la *intencionalidad* es determinante, pues una acción es intencional o no lo es, “sin embargo, las otras dos condiciones... sí pueden estar presentes en mayor o menor grado... para que una acción sea autónoma no es necesario que el conocimiento y la independencia sean totales, sino que bastará simplemente con cierto grado de ambas”³⁴. Por ejemplo, cuando un paciente con cáncer se somete a un tratamiento de quimioterapia adyuvante, es decir, a la administración de medicamentos que destruyen las restantes células cancerosas que han quedado después de la cirugía, no lo hace conociendo los efectos que dicho tratamiento producirá en su cuerpo, como náuseas, vómitos, hematomas, cansancio, pérdida de cabello, entre otros. Además, este mismo paciente puede actuar influido por algún familiar o porque espera la realización de un hecho que ocurrirá pronto.

Pensar que un agente moral conoce suficientemente un tema sobre el cual decidirá, y es independiente su decisión, es utópico. Es menester, por tanto, evaluar el caso específico, en el cual se da la elección autónoma.

Del carácter de *agente autónomo* no se deriva que éste sea respetado, “respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales”³⁵. Una persona puede ser autónoma en sus decisiones, pero si no se respetan las mismas, de nada sirve hablar de autonomía. Por tanto, el objetivo de este principio consiste en “respetar las decisiones que los individuos toman, incluso cuando creemos que no satisfacen sus mejores intereses”³⁶. Este

³³ Nino, Carlos Santiago, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. 2da. ed., Argentina, Editorial Astrea, 2005, pp. 204-205.

³⁴ *Ídem*

³⁵ *Ibidem*, p. 117.

³⁶ Dworkin, Ronald, *op. cit.*, nota 31, p 291.

principio exige que, quien respete la autonomía no lo haga solo de manera negativa (con abstenciones), sino también de manera positiva (con acciones), a fin de “asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto”³⁷.

En su forma negativa, el principio de respeto a la autonomía, sostiene que: “las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros”³⁸. El hecho de proscribir la intervención en las elecciones de los agentes autónomos, representa una obligación *prima facie*, debido a que existe la posibilidad de que esta obligación se ciña a otras, como la beneficencia o la no maleficencia, por ejemplo. En tanto que, en su forma positiva este principio implica la obligación de “ser respetuoso ofreciendo información y favoreciendo la toma de decisiones autónomas”³⁹. Esta circunstancia, obligaría a los médicos a exponer información a los pacientes para que puedan presentar su consentimiento informado de forma autónoma, a pesar de que esto signifique una ruptura entre el paternalismo del médico y la dependencia del paciente⁴⁰.

El contenido del respeto a la autonomía que presentan estos autores, está influenciado por los conceptos de autonomía y libertad, que exponen en sus teorías Immanuel Kant y John Stuart Mill, respectivamente. Para Kant, una persona es autónoma “si, y sólo sí, actúa sabiendo que lo hace de acuerdo con los principios morales universalmente válidos que han cumplido los requisitos del imperativo categórico”⁴¹. Una persona autónoma no tiene influencia o control externo sobre su voluntad, pues esta persona actúa por el deber. En cambio, cuando una persona actúa por pasión, deseo, miedo, ambición o en interés propio, su actuación no es autónoma, sino heterónoma. Las personas autónomas actúan

³⁷ Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *op. cit.*, nota 9, p. 118.

³⁸ *Ídem*.

³⁹ *Ibidem*, p. 119.

⁴⁰ “En medicina existe la tentación de utilizar la autoridad del médico para favorecer o perpetuar la dependencia de los pacientes, en lugar de promover su autonomía. Pero para respetar la autonomía de los pacientes éstos deben estar preparados para dejar de sentirse dependientes y conseguir todo el control posible o deseado de la situación”. *Ídem*.

⁴¹ *Ibidem*, p. 54.

guiados por la razón una vez que han aceptado libremente “los principios morales objetivos”, convirtiéndose así en sus propios jueces. En este sentido, para Kant “el respeto a la autonomía deriva del conocimiento de que toda persona tiene un valor incondicional y la capacidad de determinar su propio destino. No respetar la autonomía de un individuo significa tratarlo como simple medio”⁴², de forma indigna, puesto que los seres humanos son fines en sí mismos. Mientras que John Stuart Mill, elabora el principio de libertad con el cual defiende que, se debe “permitir que todo ciudadano se desarrolle en función de sus convicciones personales, siempre que éstas no interfieran con la libertad del resto; pero si un sujeto tiene ideas falsas o mal calibradas, tenemos la obligación de intentar persuadirle”⁴³.

Del respeto a la autonomía se derivan “derechos de autonomía”, entre los que encontramos la libertad, la confidencialidad, la intimidad, la sinceridad y el consentimiento. Para poder defender estos derechos en la práctica, es menester *especificar* el principio en función del contexto, y así determinar las posibles excepciones al mismo. En consecuencia, “el respeto a la autonomía...sólo tiene valor *prima facie* y puede ser supeditado por otras consideraciones morales”⁴⁴.

1.3.1.1 Especificación del Principio de Respeto por la Autonomía

Como se vio en el apartado precedente, el respeto a la autonomía contiene obligaciones positivas y obligaciones negativas. Las obligaciones positivas consisten en exponer información al paciente para que éste pueda manifestar un consentimiento informado. Esta obligación nos enfrenta a un primer problema, el cual consiste en determinar en qué consiste el consentimiento informado y su relevancia para la ética médica. Derivando de lo anterior, un segundo problema, es el de la competencia. En la siguiente sección, se analizarán estos dos problemas con la finalidad de especificar el principio de respeto a la autonomía.

⁴² *Ibidem*, p. 118. Los autores toman esta idea de Kant, en su libro *Foundations of the Metaphysics of Morals*, trad. Lewis White Beck (Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill Company, 1959)

⁴³ *Ídem*. La cita de Mill, corresponde al ensayo *On Liberty*, en *Collected Works of John Stuart Mill*, vol. 18 (Toronto: University of Toronto Press, 1977).

⁴⁴ *Ídem*.

1.3.1.2 Consentimiento informado

El consentimiento informado debe ser obtenido antes de iniciar, no iniciar o interrumpir cualquier tratamiento, con el fin de proteger la elección autónoma del paciente. En el ámbito legal⁴⁵, como en medicina, el consentimiento puede ser expreso o tácito. El consentimiento *expreso* consiste en una afirmación determinada en la que se declara la voluntad, pudiendo ser de manera escrita u oral; mientras que el consentimiento *tácito* se expresa “pasivamente mediante una omisión”.⁴⁶ Existe un tercer tipo de consentimiento, que en ocasiones tiene la misma validez que los dos anteriores, y sirve en ética médica, para resolver algún dilema que se presente en caso de que el paciente sea incompetente. El consentimiento *previo* o *presunto* consiste en la aprobación o desaprobación a un determinado tratamiento una vez que se ha perdido la competencia; este tipo de consentimiento, permite que el paciente conserve su autonomía y le sea respetada, por medio de las decisiones tomadas por un sustituto. El ejemplo más común es el de los pacientes con Alzheimer, que en los primeros estadios de la enfermedad, expresan su rechazo o aceptación a cualesquiera de los tratamientos disponibles. Si alguno de estos pacientes, tiene además una enfermedad terminal, y el Alzheimer ha avanzado lo suficiente para que ya no sean considerados competentes, se pueden tomar decisiones a nombre del paciente en función de lo decidido anteriormente, o bien, de las preferencias conocidas del paciente. En estos casos, a pesar de que el “yo” del paciente en ese momento se siente cómodo con los tratamientos que recibe o pida recibirlos, el médico tendría que ceñirse a la petición anterior, siempre que ésta sea coherente con la identidad e intereses del paciente. En este sentido, “cuando las elecciones de una persona afectada de demencia moderada son razonablemente estables, continúan en forma razonable con el tono general de su vida anterior, y son inconsistentes y autofrustrantes sólo en el mismo grado, más o menos, en que lo son las

⁴⁵ De acuerdo con los autores este concepto surge, a partir de litigios en los que se discutía la responsabilidad de la actuación del médico en relación a lo aceptado por un paciente antes de una intervención. Los casos más polémicos son los que versan sobre la negativa de los Testigos de Jehová a las transfusiones de sangre, mismas que son una práctica rutinaria en los hospitales.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 121.

elecciones de individuos totalmente competentes, podemos todavía contemplarla como alguien que está a cargo de su vida y que, por esa razón, tiene derecho a su autonomía”⁴⁷. La forma de manifestar este consentimiento es mediante las directivas previas o voluntades anticipadas⁴⁸.

El consentimiento, al igual que las creencias, valores y elecciones se modifican a través del tiempo. Esta característica del consentimiento, ha dado lugar a la idea generalizada de que el consentimiento puede ser *revocado*, ya que las elecciones que hace una persona en un momento determinado, pueden contradecirse con las que hará en un futuro. No obstante, en la práctica habrá que determinar que la modificación del consentimiento del agente moral, sea del mismo modo que su decisión primera, es decir, autónoma. Una posible opción para resolver lo anterior, es entender el carácter del paciente, es decir, debe existir una *compatibilidad* entre la nueva elección y el carácter de quien hace esa elección. En relación con el consentimiento previo, el conflicto que se presenta es determinar “hasta qué punto son válidos y comprometedores los deseos previos autónomamente expresados cuando la persona en cuestión se vuelve incompetente”⁴⁹. Puesto que “si sus elecciones y peticiones, no importan cuán firmemente se expresen, se contradicen unas con otras, al azar o de forma sistemática, de modo que no reflejan ninguna coherencia y ningún propósito discernible aunque sea a corto término, entonces, presumiblemente ha perdido su capacidad, que es lo que la autonomía pretende proteger”⁵⁰. Razón por la cual, no sería incorrecto no respetar las decisiones que tome y que afectan, de algún modo, su vida.

⁴⁷ Dworkin, Ronald, *op. cit.*, p. 294

⁴⁸ En México existe la regulación local de las voluntades anticipadas en el Distrito Federal (Ver. Ley de Voluntades Anticipadas para el Distrito Federal). Desafortunadamente, estos documentos surgen con el objetivo de resolver los problemas de donación de órganos, y no para solicitar asistencia en la muerte, pues queda proscrita la elección de la eutanasia.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 123. El consentimiento presunto, entra en conflicto en caso de que dicho consentimiento no sea conocido por el personal médico, o bien, que en caso de urgencia se desconozca la voluntad del paciente por atender a procedimientos rutinarios.

⁵⁰ Dworkin, Ronald, *op. cit.*, p. 294

1.3.1.3 Significado, elementos y función del consentimiento informado

El consentimiento informado no es la redacción de un documento que autoriza procedimientos e intervenciones médicas en el paciente, es más bien, “el intercambio de información que permite a los pacientes elegir entre distintas intervenciones médicas, y el acto de aprobar y autorizar dichas intervenciones”⁵¹. Lo anterior, debe realizarse en un periodo de tiempo determinado. Se dice que “una persona competente da su consentimiento informado cuando provista de la información adecuada, y sin coerciones, acepta seguir el tratamiento propuesto por su médico o someterse a algún tipo de experimentación”⁵², o rechazar o interrumpir alguno de los anteriores.

Existe un doble *significado* del Consentimiento Informado. En primer lugar, “*el consentimiento informado se puede analizar a través del estudio de la elección autónoma, [ya que] el consentimiento informado es una autorización autónoma para una determinada intervención...*”⁵³, de acuerdo con lo anterior, el paciente no sólo acepta una propuesta, sino además autoriza mediante el consentimiento informado su realización. Por ejemplo, un paciente que conociendo los riesgos y beneficios acepta someterse a un tratamiento experimental. En este primer significado, se entiende al consentimiento informado como un *contrato* entre el paciente y el médico, en el que el primero va a aceptar un determinado tratamiento, y el segundo solamente se ceñirá a lo aceptado por el paciente. En segundo lugar, “el consentimiento informado se puede analizar en función de *las reglas sociales del consentimiento* en aquellas instituciones que necesitan obtener un consentimiento legalmente válido de los pacientes”⁵⁴. Este segundo significado, consiste en ajustar el consentimiento del paciente a las reglas de la institución. De modo que, si las reglas de la institución establecen que se considerará válida la aceptación del paciente a ciertos tratamientos cuando dicho paciente realiza el

⁵¹ Beauchamp, Tom L., y Childress, James, F., *Op. cit.*, p.135.

⁵² Luna, Florencia, “Una Relación en cambio”, en Luna, Florencia y Salles, Arleen (eds.), *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica, Argentina, Sudamericana, 1995*, p. 45

⁵³ *Ídem.*

⁵⁴ Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, p. 135.

pago correspondiente del tratamiento al que se le va a someter, sólo se tendrá como válida cuando se realice dicho pago y no antes. En este caso, “el *consentimiento informado* es simplemente lo que, según las reglas en vigor constituye una autorización institucional o legalmente efectiva”.⁵⁵ Esta concepción, sin duda representa un problema que será necesario resolver ajustando no el consentimiento a las reglas, sino éstas al principio de respeto a la autonomía, no obstante, las reglas que se ajusten a dicho principio deben ser adecuadas para no volver la obtención del consentimiento imposible de cumplir.

Los *elementos* que componen este concepto son: el *informativo* y el *consentimiento*. El primero consiste en exponer o revelar información al paciente y que éste la comprenda, el segundo hace alusión a la “decisión voluntaria de someterse o no a una intervención propuesta”⁵⁶. Existe una clasificación analítica del consentimiento informado, la cual establece como elementos la competencia, la exposición, la comprensión, la voluntariedad y el consentimiento. A través de esta clasificación, se apreciará que al obtener el consentimiento informado, el paciente es competente, ha obtenido información, la cual ha comprendido y de modo voluntario da su consentimiento. Sin embargo, “cualquier definición de este tipo introduce dudosas presunciones sobre la autoridad y responsabilidad médica y las teorías legales de responsabilidad, creando una *obligación a exponer la información* en lugar de un *significado para el consentimiento informado*”⁵⁷. Por tal motivo, el análisis de los elementos del consentimiento informado girará en torno a la “autorización autónoma” y no tanto con la “exposición de la información”; empero, en este trabajo se consideran tres elementos del consentimiento informado, con la intención de presentar un concepto más sólido⁵⁸.

⁵⁵ *Ídem.*

⁵⁶ *Ibidem*, p. 137.

⁵⁷ *Ídem.*

⁵⁸ Estos elementos, sirven para explicar *la negativa informada*, la cual consiste no en dar una decisión a favor de un tratamiento, sino contra del mismo. La negativa informada, al igual que el consentimiento, están considerados en la Ley General de Salud como derechos de los pacientes, en general, y de los pacientes terminales, en particular.

a) Revelación

Para que el consentimiento informado sea válido, es menester exponer información. En el ámbito de la moral, el hecho de que la decisión sea autónoma cobra mayor importancia que la revelación de la información de cierta forma. Por esta razón, no existe un método que obligue al profesional sanitario a revelar información, sino un acuerdo de qué es lo que la exposición de la información debe incluir para que las decisiones sean autónomas, este acuerdo debe de contemplar:

- “Aquellos factores o descripciones que los pacientes o sujetos por lo general consideran importantes antes de decidir si aceptan o no la intervención;
- La información que el propio profesional considera importante;
- Las recomendaciones de profesionales;
- El objetivo del consentimiento, y
- La naturaleza y los límites del consentimiento como acto de autorización”⁵⁹.

Para que el paciente pueda tomar una decisión informada acerca de aceptar o rechazar un tratamiento, el médico deberá exponer los beneficios y los riesgos, los métodos, los objetivos, las molestias, así como la posibilidad de interrumpir el tratamiento una vez aceptado. Con la finalidad de lograr lo anterior, el médico puede valerse de alguno de los siguientes criterios:

- a. *Criterio de la práctica profesional*, el cual señala que, para considerar adecuada la información que se expone, ésta debe ser expuesta con base en las prácticas habituales de la profesión. Este criterio está justificado sobre la base del paternalismo médico, según el cual, el profesional sanitario conoce, gracias a su experiencia y compromiso con el paciente, de modo infalible la reacción que tendrá el mismo ante la revelación de la información, por lo que, decide omitirla o decirla de modo incompleta. Este criterio se enfrenta al

⁵⁹ *Ibidem*, p. 139.

respeto a la autonomía del paciente, puesto que asume que el paciente no tiene la capacidad de determinar y elegir sus propias decisiones, y coloca al médico como ser razonable que conoce qué es mejor para aquél. Por ejemplo, cuando un médico oculta información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad a un paciente terminal, por considerar que éste no es lo suficientemente maduro para afrontar la verdad;

- b. *Criterio de la persona razonable*, el cual se basa en que, la revelación de la información se determina utilizando como modelo a una *hipotética persona razonable*. Se asume que, cualquier paciente reaccionará ante la exposición de la información cómo reaccionaría cualquier persona razonable en las mismas circunstancias. Sin embargo, este criterio asume la existencia de una concepción, por todos aceptada, que indica quién es una “persona razonable”; además de que olvida la individualidad del paciente. Por ejemplo, cuando un médico revela información a todos sus pacientes asumiendo que estos son lo suficientemente razonables para afrontar la realidad de una muerte inminente; y
- c. *Criterio subjetivo*, a diferencia del anterior, este criterio consiste en determinar la información que se ha de revelar “en función de las necesidades específicas de cada persona individual”. Aunque este criterio parezca más funcional en la práctica, por tomar en cuenta “las necesidades específicas de información de cada persona en concreto”, surgen problemas como el de que no todos los pacientes saben qué información es la que quieren aceptar o no, además de que impondría al médico conocer aspectos específicos de los pacientes, mismos que a causa del tiempo o la confianza, no logran develarse. Una posible solución, está encaminada en buscar una “participación activa” por parte del paciente y del médico, logrando un intercambio de información, el cual permitiría dar cierta información para que las decisiones del primero sean autónomas e informadas. Por ejemplo, cuando un médico procura el diálogo con su paciente, comienza a entablar

una relación de confianza, lo que le permite discernir entre qué información resulta conveniente exponer y cuál reservar para otro momento⁶⁰.

Este último criterio también resulta problemático, pues en algunas ocasiones el tiempo se vuelve un límite, así como las diferentes preguntas y respuestas, y estados de ánimo que el paciente tenga el día de la consulta.

Existen excepciones, que en la práctica surgen de la utilización de alguno de los criterios expuestos, que justifican la *omisión de la información* de manera intencionada. La más importante, para este estudio, es *el privilegio terapéutico*, existen otras dos que están dirigidas a la investigación con seres humanos, que son *el uso terapéutico del placebo* y *la omisión de información a sujetos de investigación*⁶¹. La omisión del privilegio terapéutico señala que “el médico puede legítimamente ocultar información si considera razonable que lo contrario podría resultar en potencia perjudicial para un paciente deprimido, emocionalmente abrumado o inestable”⁶². Para evitar que el paciente ponga en peligro su vida, se creé un ambiente de ansiedad o estrés, o se tome decisiones precipitadas que sean irracionales, se omite de manera intencionada la información. Por ejemplo, si un paciente está convencido de que no tiene cáncer, razón por la cual no quiere someterse a una prueba, por considerarla dolorosa y absurda, porque de acuerdo con su concepción dicha prueba no demostrará nada, el médico tiene el deber de convencerle de que dicha prueba debe realizarse, pues en cuanto menor sea el tiempo transcurrido, mayores serán los beneficios de detectar y atacar el cáncer a tiempo. La justificación es, por tanto, terapéutica, de ahí deriva que el médico tiene la obligación de revelar la información una vez que la conducta antiterapéutica haya desaparecido, es decir, el hecho de retener la información, no es durante todo el tratamiento, sino en un periodo en el que “el médico tiene importantes razones para creer que la revelación completa de la información puede motivar que el

⁶⁰ *Ibidem*, pp. 140-142

⁶¹ El placebo es “una sustancia o intervención que el profesional sanitario considera farmacológica o biomédicamente inerte para el proceso que se trata”. La opción del placebo se basa en el principio de beneficencia, el cual justifica el uso del engaño cuando se utiliza para beneficiar al paciente, *ibídem*, p. 144.

⁶² *Ibidem*, p. 143.

paciente carezca de la competencia necesaria para aceptar o rechazar el tratamiento”⁶³.

b) Comprensión

En primer lugar, se admite que no basta con revelar información, sino que el paciente la comprenda para poder elegir de manera voluntaria. Se utilizan distintos procedimientos, como “plantear preguntas”, “conocer las preocupaciones e intereses del paciente” y “conseguir un clima que estimule a preguntar” y a establecer un diálogo. Sin embargo, no todos los pacientes comprenden de manera adecuada el diagnóstico, ni los procedimientos, riesgos y pronósticos. Entran en un estado de distracción, que viene siempre acompañado de preocupación, ansiedad, estrés o depresión, lo que hace que su decisión esté influida por alguna perturbación y deje de ser autónoma.

La comprensión de la información no debe obtenerse de manera exhaustiva, sino “con entender los hechos fundamentales suele ser suficiente”⁶⁴. El paciente debe comprender “al menos aquello que el profesional sanitario considera necesario e importante para aceptar una intervención, [tal como] el diagnóstico, el pronóstico, la naturaleza y el objetivo de la intervención, las alternativas, los riesgos y beneficios y las recomendaciones”⁶⁵. El médico puede exponer la información mediante *analogías* (este método “permite comunicar información novedosa y especializada a personas ajenas al contexto [estableciendo comparaciones] entre la información y los sucesos habituales conocidos por el paciente”), o emplear probabilidades (“ya sean numéricas o no numéricas” con respecto a situaciones previas).⁶⁶

Durante la comprensión de la información, se presentan *diversos problemas*, tales como:

⁶³ *Ídem*.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 149.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 150.

⁶⁶ *Ídem*.

- a. *El problema del procesamiento de la información.* Muchas veces el médico transmite la información que él considera adecuada, pero el paciente puede sopesar si es excesiva o escasa. El exceso de información se refleja en la dificultad de comprensión de la misma, lo que provoca que el paciente distorsione la información de manera desproporcionada, lo mismo puede decirse de cuando la información es escasa. Por tanto, cuando “la distorsión motiva que una persona no comprenda adecuadamente el riesgo...que existe en una determinada intervención, y este riesgo es fundamental para tomar la decisión, la elección no estará basada en comprensión completa, [y] la autorización no podrá ser considerada autónoma”;
- b. *El problema de la falta de aceptación y las ideas equivocadas,* si la información que se ha dado al paciente, ha sido entendida de manera equivocada, pierde sentido su aceptación. La equivocación del paciente, y a veces también, la ignorancia, limitan la capacidad para elegir, de modo que esta situación puede dar lugar a que el médico imponga su voluntad;
- c. *El problema de las renunciaciones al consentimiento informado,* cuando un paciente renuncia a recibir información, el médico deja de estar obligado a obtener dicho consentimiento. En ocasiones, cuando el paciente deja las decisiones en las manos del médico, apelando a su experiencia y conocimientos, éste tiene la obligación de persuadirle para que elijan de manera conjunta, para evitar situaciones en las que los médicos “abrevian o incluso omiten los procedimientos del consentimiento por conveniencia”⁶⁷.

Existen dos formas de resolver este último conflicto, la primera consiste en posponer el procedimiento médico “hasta que el paciente comprenda lo suficiente, por mucho que haya declarado autónomamente su deseo de no ser informado”⁶⁸. En este caso, si el médico advierte que el paciente ha entrado en un estado depresivo o está trastornado a causa de la revelación de la información, tiene la obligación de esperar a realizar determinado procedimiento, hasta que cese o disminuya las causas que lo orillaron a renunciar a ser informado; en tanto que la

⁶⁷ *Ibíd.*, p. 151-154.

⁶⁸ *Ibíd.*, p. 154.

segunda, se refiere a cuando el paciente renunció al “derecho a ser informado habiendo comprendido la situación, el profesional puede proceder sin insistir en que éste comprenda más que el hecho de que ha renunciado a un derecho”⁶⁹. En este caso, el médico deberá exponer cuáles son las consecuencias de la renuncia a la información, haciéndole notar la importancia que conlleva participar en los tratamientos y las tomas de decisión al final de la vida del paciente.

c) Voluntariedad

La ausencia de influencia, dominio o coerción externa representa la voluntariedad, es decir, cuando el agente moral actúa de manera libre lo hace voluntariamente. Por tanto, “la voluntariedad de un acto reside en que la persona lo realice sin estar sometida a ningún control por una influencia externa”⁷⁰. No sólo la coerción externa desaparece la voluntariedad, sino también el influjo de drogas, una enfermedad debilitante o un trastorno psiquiátrico.

Existen tres tipos de influencias:

- a. *La coacción*, la cual se presenta cuando “una persona recurr[e] intencionadamente a una amenaza creíble y seria para controlar a otra...Para que una amenaza resulte creíble ambas partes deben estar convencidas de que la persona que amenaza tiene posibilidades de cumplir su amenaza...de forma que [la amenazada sienta] que su autogobierno quede desplazado”. Por ejemplo, cuando un médico le dice al paciente que si rechaza un tratamiento, ya no podrá acceder a ningún servicio médico.
- b. *La persuasión*, “consiste en convencer a alguien de algo mediante argumentos y razones”. Dentro de la relación médico-paciente, aquél trata de convencer al paciente para que deje de actuar de tal modo esgrimiendo argumentos de tipo religioso, por ejemplo; y
- c. *La manipulación*, que “consiste en conseguir que alguien haga lo que el manipulador quiere a través de medios que no son persuasivos ni

⁶⁹ *Ídem.*

⁷⁰ *Ibidem*, p. 155.

coactivos”⁷¹. En medicina, se considera que la manipulación más común es la de la información, con el fin de que el paciente realice lo que el manipulador pretende. Estos tipos de influencia, que conllevan mentiras, omisión o distorsión de información y buscan que el paciente crea y decida, sobre algo que es falso, hacen que la elección deje de ser autónoma. Por ejemplo, cuando el médico altera u oculta información, con el fin de que el paciente actúe de tal modo respecto de un tratamiento.

Existe una idea general de no influir en las decisiones de los pacientes, sin embargo, ¿qué pasa cuando la decisión del paciente está equivocada y la única forma de hacerle entender es mediante coacción o dominio de parte del personal sanitario, lo que implicaría una violación al principio de respeto a la autonomía? Cuando influir en la decisión de un paciente tiene como objetivo “evitar abrumar al paciente con información que le puede asustar, especialmente si se encuentra en estado psicológicamente vulnerable o comprometido, [de modo que], si un médico amenaza a un paciente, irracional, pueril y desobediente, con interrumpir el tratamiento si no modifica ciertas conductas, la actitud del médico, aun siendo coactiva, es justificada”⁷². Contrario a la situación en la que el médico busca influenciar los actos del paciente para que éste actúe de modo relacionado a los principios y creencias de aquél.

1.3.1.4 El Consentimiento informado en la Ley General de Salud

En nuestra legislación federal de salud, se contempla el Consentimiento Informado como un derecho y como una obligación. En cuanto derecho se establece que el paciente debe recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los *procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos* que se le indiquen o apliquen⁷³. Mediante la revelación de la información el paciente podrá: decidir libremente sobre su atención⁷⁴, otorgar o no

⁷¹ *Ibidem*, pp. 156-157

⁷² *Ibidem*, p. 158.

⁷³ En Ley General de Salud, Artículo 77 bis 37, fracción V.

⁷⁴ *Ibidem*, fracción VIII.

su consentimiento válidamente informado y rechazar tratamientos o procedimientos⁷⁵; en cuanto obligación, la ley establece que el paciente tiene la obligación de colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud⁷⁶; además, debe informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas⁷⁷.

En relación a los pacientes terminales, la Ley especifica que uno de sus *derechos* es recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamiento por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca; asimismo, debe dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida⁷⁸. Por otro lado, entre las *obligaciones* del personal sanitario en relación a los pacientes terminales, la Ley establece la de proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que *el médico considere necesaria* para que el enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados; además, la de pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal; y la de informar oportunamente al enfermo, cuando el tratamiento curativo no dé resultados e informar de la opción de cuidados paliativos. También se contempla en la ley, el respeto a las decisiones de los enfermos en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se les haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión⁷⁹.

Lo que estipula la ley tiene un carácter paternalista, ya que utiliza el criterio de la práctica profesional, visto en líneas arriba, en lo referente a la forma de revelar la

⁷⁵ *Ibidem*, fracción IX.

⁷⁶ Artículo 77 bis 38, fracción IV.

⁷⁷ *Ibidem*, fracción VI.

⁷⁸ Artículo. 166 bis 3, fracciones. V y VI.

⁷⁹ Artículo. 166 Bis 15, fracciones. I, II, III, IV y V.

información. De este modo, es difícil tomar una decisión libre e informada y conseguir que el médico la respete, puesto que los considera incompetentes para tomarla. Si se respeta la autonomía de los pacientes, se respetará a su vez la dignidad, la cual según Santiago Nino, “prescribe que los hombres deben ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento”⁸⁰, de igual forma se considera que “respetar la voluntad del individuo no es lo mismo que satisfacer sus deseos”, dicho respeto, “consiste fundamentalmente...en permitir que el individuo asuma o sobrelleve aquellas consecuencias de sus decisiones que él haya tenido en cuenta al adoptar la decisión; o sea en permitir que incorpore esas consecuencias al curso de su vida”⁸¹.

1.3.1.5 La Competencia.

Un segundo problema del principio de respeto a la autonomía, es el de la competencia. A menudo, competencia y autonomía son empleados como sinónimos, mas no lo son. La primera hace referencia a la *habilidad* para hacer algo, y la segunda, se refiere al *autogobierno*. Por ejemplo, ocurre que una persona tiene la habilidad para manejar un auto, pero no tiene la capacidad para darse leyes o determinar sus actos conforme a la razón. Sin embargo, la competencia y la autonomía comparten las mismas características, incluso podría decirse que “toda persona autónoma es (necesariamente) competente (para la toma de decisiones)”, más “no todas las personas competentes” son autónomas; otra diferencia es que “la competencia es un nivel y no un concepto continuo como la autonomía”⁸². La competencia se entiende como una habilidad “para actuar sobre la base de una preferencia genuina o de acuerdo con un carácter, una convicción o un sentido de la propia identidad”⁸³. Decir que una persona es competente para algo, no quiere decir que lo sea para todo. Por lo tanto, la competencia tiene que ser un concepto específico, que establezca que “una

⁸⁰ Nino, Carlos Santiago, *op. cit.*, nota 33, p. 287

⁸¹ *Ibidem*, p. 290

⁸² *Ibidem*, p. 128.

⁸³ Dworkin, Ronald, *op. cit.*, p. 295.

persona es considerada competente cuando es capaz de comprender en qué consiste un determinado tratamiento..., de ponderar los posibles riesgos y beneficios y de tomar una decisión sobre esta reflexión”.⁸⁴

Existen dos ideas que se utilizan como criterios para determinar la competencia de los pacientes, la primera señala que “en medicina, la competencia se valora con el objetivo de proteger a los pacientes de decisiones que pueden no ir en favor de su propio interés”⁸⁵. Esta idea es propia del paternalismo y contraria al respeto a la autonomía. La segunda hace referencia a que entre mayores sean los riesgos y las consecuencias, mayor deberá ser la competencia. Esta idea sostiene que cuando exista una complejidad superior, se requiere mayor grado de habilidad y capacidad en el paciente. Por ejemplo, si un paciente es competente para aceptar un tratamiento que no tiene importantes consecuencias, no lo será para aceptar o negar uno que si las tenga. Sin embargo, ambas ideas no son determinantes para medir la competencia, pues como ya se mencionó, un paciente es competente cuando tiene “la capacidad de decidir de forma autónoma y no de si [sus] mejores intereses están siendo protegidos o si la magnitud del tratamiento es alta o baja”⁸⁶.

Finalmente, en caso de que se determine que un paciente no es competente, lo que el médico debe examinar es si su capacidad puede ser recuperada, es decir, “si la causa de la incompetencia es reversible...el principal objetivo debe consistir en restaurar la competencia antes de que el paciente tome una decisión”⁸⁷. En caso de ser irreversible, se tendrá que instituir un tutor o sustituto para la toma de decisiones, concernientes a la vida y muerte del paciente.

1.3.1.6 Toma de decisiones por sustituto

Un sustituto es un agente autónomo, es decir, aquel individuo que reúne las características de comprensión, racionalidad, reflexión, libertad y capacidad para realizar elecciones independientes. El sustituto toma decisiones por pacientes que

⁸⁴ Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, p.129.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 131.

⁸⁶ *Ibidem*, p. 134.

⁸⁷ *Ibidem*, p. 125.

no son autónomos o cuya autonomía es controvertida o puesta en duda. La toma de decisión por otro no garantiza que dicha decisión sea la correcta, sin embargo, lo que se espera, es una “*justicia procesal imperfecta*,”⁸⁸ es decir, un procedimiento justo pero incapaz de asegurar o garantizar que el resultado vaya a ser el correcto”⁸⁹.

Las condiciones que proponen Beauchamp y Childress, para poder ser sustituto, son las siguientes: la *capacidad para realizar juicios razonados (competencia)*; el *conocimiento e información adecuados*; la *estabilidad emocional*; el *estar comprometido con los intereses del paciente*, es decir, ser *parcial* y actuar en beneficio de aquél.

En algunas ocasiones, es necesario contar con *directivas previas* o *voluntades anticipadas*, que son documentos elaborados por el paciente cuando aun es competente, en los que “establece unas directrices para los profesionales sanitarios o elige un sustituto para tomar las decisiones sobre tratamientos de soporte vital en caso de incompetencia”⁹⁰. Estos documentos pueden estar dirigidos a los médicos o bien, a un representante legal, que será quien tome las decisiones del paciente, en situaciones futuras. La finalidad de estos documentos es resolver los dilemas que surgen al final de la vida de los pacientes que se han vuelto incompetentes. No obstante, presentan en la práctica, los siguientes *problemas morales*⁹¹:

⁸⁸ Esta figura se toma de los tres tipos de justicia procesal de John Rawls: la justicia procesal pura, la perfecta y la imperfecta. De acuerdo con la primera “la idea intuitiva es estructurar el sistema social de modo tal que, sea cual fuere su resultado, éste sea siempre justo, al menos mientras se mantenga dentro de cierto ámbito”, en este tipo de justicia “no hay un criterio independiente para el resultado debido: en su lugar existe un procedimiento justo o imparcial tal, que el resultado sea igualmente correcto o imparcial, sea el que fuere, siempre y cuando se haya observado debidamente el procedimiento”; en la segunda, según Rawls, “existe un criterio independiente de lo que es una división justa, un criterio definido previa y separadamente del procedimiento que ha de seguirse”, también, “existe una norma independiente para decidir el resultado que es justo, y un procedimiento que se garantiza que se llegará a él”; y en la tercera, “existe un criterio independiente para el resultado correcto, [pero] no hay ningún procedimiento factible que conduzca a él con seguridad”. Rawls, John, *Teoría de la justicia*, 2da. ed., trad. de María Dolores González, México, Fondo de Cultura Económica, 2010, pp. 89-90.

⁸⁹ Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Op. cit.*,. p. 229.

⁹⁰ *Ídem*.

⁹¹ *Ibidem*, p. 230.

- a) “Son pocas las personas que los otorgan o que dejan instrucciones explícitas;
- b) El sustituto designado puede no estar disponible cuando se le necesita, puede resultar incompetente para la toma de decisiones o puede tener un conflicto de intereses;
- c) La revocación de la voluntad suele hacerse cuando el paciente ya es incompetente y algunos [pacientes] protestan sobre la decisión del sustituto;
- d) En algunas legislaciones, sólo tienen validez cuando el paciente cumple condiciones específicas;
- e) No permiten que los profesionales médicos modifiquen las instrucciones que van en contra de los intereses del paciente, situación que...éste no fue capaz de prever cuando era incompetente⁹²; y
- f) La dificultad de prever situaciones específicas que el sustituto o el médico pueden tomar.

Las directivas y voluntades anticipadas tienen como objeto respetar la autonomía de los pacientes y su derecho a la intimidad. Sin embargo, ¿qué ocurre cuando el paciente no redacta su voluntad anticipada?, ¿quién puede elegir por él? Y ¿cómo debe elegir? Estas preguntas tratarán de responderse en los siguientes párrafos.

Si el paciente se ha vuelto incompetente, y no dejó escrito un documento de Voluntad Anticipada, podrá ser su representante legal, alguno de estos sujetos⁹³:

⁹² Por ejemplo, la Ley de Voluntades Anticipadas para el Distrito Federal, en el artículo 3, fracción III, entiende por enfermo terminal aquel que “tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias: a) presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa; b) imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o c) presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes”. Si el paciente tiene una enfermedad, pero el pronóstico es superior a los seis meses de vida, no podrá hacerse efectiva su voluntad anticipada.

⁹³ La Ley General de Salud, conserva una jerarquía semejante a la que se ha anunciado, pues en el artículo 166 Bis 11 establece que en casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

- a. *Un familiar cercano*, quien conoce los deseos y preferencias del paciente, y que haya tenido una relación íntima con el éste, siempre y cuando, no tenga algún conflicto de intereses (por ejemplo, que vaya a recibir una herencia si muere aquél, razón por la cual pida que se desconecte el respirador artificial para que el paciente muera o rechace que se le alimente con sonda nasogástrica para acortar la vida del mismo); además, no debe estar influido por cuestiones externas (por ejemplo, que el costo de los tratamientos se han vuelto demasiado onerosos, por lo que determine suprimirlos y dejar que el paciente quede sin tratamiento);
- b. *El médico*, quien de manera continua, ha tratado al paciente, lo conoce lo suficiente como para elegir o rechazar de manera objetiva un tratamiento que favorezca sus intereses. Esta decisión, la debe tomar en conjunto con la familia (por ejemplo, cuando un médico desconecta el respirador artificial que mantiene con vida a un paciente en estado vegetativo permanente);
- c. *Los Comités de ética del hospital*, siempre y cuando, el comité de ética sea un comité plural, que busque proteger el interés del paciente, ponderando los riesgos y beneficios que se obtendrán con la decisión, y no defender una idea contraria a los intereses de éste. La decisión que tome el comité deberá ser revisada por una persona imparcial (por ejemplo, cuando ni los padres ni el médico se ponen de acuerdo en la decisión de no intervenir a un recién nacido que nace con una obstrucción intestinal, el comité de bioética del hospital puede resolver el caso considerando los beneficios y riesgos que implicará para el neonato la realización de la operación) ; y
- d. *El sistema judicial*, en caso de los Estados Unidos, cuando no hay acuerdo entre los tres anteriores, es deber del tribunal designar un sustituto que conozca del caso y solucione el conflicto que existe entre éstos, (por ejemplo, cuando el personal sanitario de un hospital, el comité de ética y la familia no logran ponerse de acuerdo entre alimentar de manera artificial o no a un paciente que a causa de un accidente ha quedado en coma irreversible, el tribunal por sí mismo o a través de un tercero resuelve el caso).

En relación a cómo decidir, existen tres criterios para la toma de decisiones por sustituto:

- a. *El criterio del juicio sustitutivo*, consiste en mantener el respeto por la autonomía cuando el paciente la ha perdido, toda vez que éste no ha dejado su voluntad por escrito, con el fin de evitar que se le prive de los derechos a decidir autónomamente y a la privacidad. Lo que significa que el sustituto, tendrá que decidir *como si* fuera él mismo el paciente, eligiendo o rechazando un tratamiento según sus deseos y necesidades, para que se respeten los derechos del paciente. Siguiendo este criterio, la decisión que tome el sustituto por el paciente incompetente deberá ser aquella que éste hubiera tomado si fuese competente, lo que origina una situación *ficticia*. Sin embargo, este criterio tiene un elemento demasiado atractivo: la autonomía precedente. Por lo que permite, “utilizarse para personas anteriormente competentes si existen razones para creer que se podrá tomar la decisión que el paciente hubiese tomado. En tal caso, la relación del sustituto con el paciente debe haber sido lo suficientemente íntima e intensa como para que el juicio refleje tanto los objetivos como las opiniones del paciente”⁹⁴. De este modo, el sustituto deberá responder “qué desearía el paciente en estas circunstancias”, porque conoce sus preferencias previamente, y no sólo responder “qué es lo que él quiere para el paciente”, lo que daría lugar a una situación de peligro para los pacientes incompetentes e inconscientes, porque puede considerarse que no es justo que sigan viviendo, ya que se consideran, erróneamente, una carga para la sociedad. Este criterio es apropiado si se emplea en pacientes con autonomía previa⁹⁵, no así con pacientes que nunca han sido autónomos, debido a que “no existe

⁹⁴ *Ibidem*, p. 164.

⁹⁵ Este criterio está reconocido en la Ley General de Salud como un derecho de los pacientes, en el artículo 166 Bis 3, fracción X, según el cual el paciente tiene derecho a designar a un familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de su enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación.

una base para realizar un juicio de elección autónoma si la persona nunca ha sido autónoma”⁹⁶.

- b. *El criterio de autonomía pura*, a diferencia del anterior, este criterio “sólo sirve para pacientes previamente autónomos que en algún momento han manifestado una decisión o preferencia autónoma relevante”⁹⁷, eliminando así el componente de ficción del sustituto. Con este criterio, se respetan considerablemente las decisiones autónomas previas del paciente incompetente que habían sido tomadas cuando era competente⁹⁸. No existen juicios presupuestos, sino la defensa de los juicios hechos por el paciente, mediante la redacción de un documento o recogidos en testimonios conocidos, acerca del curso que tomará su tratamiento. Tanto los documentos que contengan directivas o voluntades anticipadas, como los testimonios que se presenten para determinar el curso de acción a seguir cuando el paciente se vuelva incompetente, deberán cumplir los elementos del principio de respeto a la autonomía, es decir, el consentimiento informado y la competencia.
- c. *El criterio del mejor interés*. De todas las situaciones posibles, el sustituto deberá elegir la que produzca un mayor beneficio al paciente. Deberá ponderar si “los inconvenientes netos que para el paciente supondría vivir con el tratamiento deben superar, clara y significativamente, los beneficios que el paciente obtendría de la vida” y si, “el dolor recurrente, inevitable y agudo que resultaría de mantener al paciente con vida empleando dichas técnicas de soporte vital sería inhumano”⁹⁹. El *mejor* interés, hace referencia a la obligación que tiene el sustituto por “*maximizar los beneficios*” realizando un análisis comparativo de las diferentes posibilidades que le permita identificar cómo se puede obtener el máximo beneficio neto”.¹⁰⁰ Este criterio implica realizar una crítica al principio de la santidad de la vida, ya que si ésta

⁹⁶ *Ídem*.

⁹⁷ *Ibidem*, p. 165.

⁹⁸ En estricto sentido, este criterio está contenido en la Ley General de Salud en cuanto a la disposición de que los familiares del enfermo en situación terminal, tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo (artículo 166 Bis 10).

⁹⁹ *Ibidem*, p. 168.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 170.

es sagrada debe de vivirse con calidad, y no con sufrimiento perpetuo. De manera que, no puede prescindirse de la ponderación de riesgos y beneficios que comporta un tratamiento y sus alternativas, evaluando el dolor y el sufrimiento, con el fin de mantener la calidad de vida del paciente.

Este criterio busca objetividad ante los dos anteriores, al tomar en cuenta los riesgos y beneficios del tratamiento, así como incluir dos de los principios que se verán más adelante, el principio de no maleficencia y el de beneficencia. Por tanto, este criterio tiene supremacía, tanto en las decisiones del sustituto, como en las directivas previas, cuando los anteriores vayan contra los intereses del paciente.

La ventaja de este criterio, radica en que se basa en el análisis sobre la calidad de vida, ya que “los juicios sobre la calidad de vida no analizan el valor social de las personas, sino el valor que la vida tiene para la persona que debe vivirla. El valor de una vida es principal, aunque no exclusivamente, el valor que tiene para la persona que la vive”¹⁰¹. Aunque los médicos, los jueces, los grupos religiosos consideren que la vida es un bien sagrado como principio absoluto, debe precisarse que lo es, pero *prima facie*.

1.3.2 No maleficencia

Basado en la máxima *primum non nocere* (en primer lugar, no hacer daño), este principio “implica simplemente abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño”¹⁰². La no maleficencia tiene correspondencia con el principio utilitarista en su formulación negativa, pues se condiciona que debe buscarse el menor perjuicio para el menor número de personas, cuando las consecuencias no son deseadas. A diferencia del principio de beneficencia, que se verá en la siguiente sección, el principio de no maleficencia es más estricto que lo que implica aquél, es decir, se tiene la obligación de no dañar a nadie, más no se tiene siempre la obligación de ayudar a todos. Sin embargo, son las circunstancias las que determinarán si la beneficencia se supedita a la no maleficencia, o viceversa.

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 171.

¹⁰² *Ibidem*, p. 182.

La no maleficencia significa no causar un daño intencionadamente a nadie¹⁰³, entendiéndose por daño uno de estos dos significados, ya sea causar un agravio, o un trato injusto, u obstaculizar, dificultar o impedir la satisfacción de intereses. Por tanto, “agraviar implica violar algún derecho, mientras que hacer daño no necesariamente”¹⁰⁴. El sentido que se utilizará para explicar este principio, es el *neutro*, es decir, “obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de una de las partes por causas que incluyen condiciones autolesivas y los actos de la otra parte”. Evidentemente, lo que para alguno es un daño, para otro no lo es. Con el fin de evitar esta ambigüedad, se tomarán en cuenta “los daños físicos, incluyendo el dolor, las incapacidades y la muerte”¹⁰⁵. Infringir estos tipos de daño, son *prima facie* incorrectos, de modo que al provocarlos, se pueden dar razones para justificarlos siempre que el peso de los beneficios sea menor que el de los perjuicios¹⁰⁶. El principio de no maleficencia conlleva a no imponer sacrificios a los pacientes sin su consentimiento, los cuales obstaculizan o frustran sus intereses y derechos

1.3.2.1 Especificación del principio de no maleficencia: *el criterio del cuidado debido y las prácticas médicas.*

En ocasiones, las personas causan daño o generan situaciones de riesgo en otras personas, sin que medie malicia o intencionalidad. Para justificar estas conductas, se utiliza el *criterio del cuidado debido*, según el cual, obliga a efectuar un balance entre los riesgos y beneficios en una situación de urgencia¹⁰⁷.

¹⁰³ En el artículo 1, párrafo 5° de la Constitución Federal, se establece que los individuos tienen derecho a que no se menoscaben sus derechos y libertades, es decir, a que se respete su dignidad, disposición que resulta equiparable con el *principio de no maleficencia*.

¹⁰⁴ *Ídem*.

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 183.

¹⁰⁶ El principio de no maleficencia se basa en las siguientes reglas morales, cuya naturaleza es que son *prima facie*, no absolutas: a) no matarás; b) no causarás dolor o harás sufrir a otros; c) no incapacitarás a los otros; d) No privarás a los demás de los bienes de la vida; y e) no ofenderás. (p. 183).

¹⁰⁷ Por ejemplo, si en un accidente de tránsito, un paciente Testigo de Jehová queda inconsciente, se le puede realizar una transfusión de sangre para evitar que muera. Si el paciente despierta, y sabe que ha sido transfundido, reaccionará de manera negativa, porque de acuerdo con sus creencias, se le ha causado un daño y no podrá, según el credo, obtener la vida eterna al morir. Si este paciente intenta demandar al médico alegando que se le ha causado un daño, éste podrá objetar la acusación, señalando que su conducta estuvo ajustada a las prácticas médicas, además, al no existir una directiva previa, no se vulneró el principio de respeto a la autonomía. Por ello la importancia de expresar la voluntad anticipadamente.

En medicina existe la obligación, derivada del principio de no maleficencia, de tratar a los pacientes, la cual se considera *prima facie*. Esta obligación se especifica mediante algunas prácticas que funcionan como guías de acción que han sido utilizadas para justificar cuándo es obligatorio iniciar o no un tratamiento. Algunas de estas prácticas son las siguientes:

- a) *No inicio y retirada de tratamiento*. Los pacientes tienen el derecho de decidir, de manera informada, sobre el no inicio o interrupción de un tratamiento. Si de la evaluación de los riesgos y beneficios que ocasiona el tratamiento, son superiores los riesgos, entonces, el no iniciar un tratamiento o interrumpirlo, no representa un daño para el paciente. Anteriormente, no estaba reconocido este derecho, sólo se aceptaba el derecho del paciente a no iniciar un tratamiento, pero se rechazaba la posibilidad de interrumpirlo, ambos casos eran controvertidos, pues se llegaba a pensar que aquél que rechazaba un tratamiento o lo interrumpía, cometía una forma de suicidio. Por ejemplo, se miraba con buenos ojos no conectar al paciente a un respirador artificial a petición suya, pero estaba proscrito desconectar dicho respirador una vez conectado, aunque mediare petición del paciente. Este hecho se basaba en la sobrada distinción entre actos y omisiones, en donde un *acto* tiene un matiz negativo, no así una *omisión*. Por tanto, no iniciar un tratamiento (omisión) significaba que la enfermedad seguiría su curso natural hasta que el paciente muriera, en tanto que interrumpirlo (acción), representaba directamente la muerte del paciente. Adviértase, desde este momento, que la diferencia entre acto y omisión es incierta, y por tanto no se puede sostener de manera categórica al tomar una postura que acepte o rechace la eutanasia, ya que interrumpir un tratamiento puede hacerse mediante omisión o comisión¹⁰⁸, de modo que “tanto no iniciar como retirar un tratamiento pueden provocar la muerte de un paciente o constituir formas de dejar morir”¹⁰⁹. Esta distinción no tenía relevancia moral alguna, sólo se

¹⁰⁸ Por ejemplo, desconectar un respirador es considerado un acto, no recargar las baterías del mismo, es considerada una omisión.

¹⁰⁹ *Ibídem*, p. 187.

empleaba para evitar demandas de responsabilidad penal, ya que el médico que interrumpe un tratamiento, no se considera culpable de la muerte del paciente. No obstante, resulta lógico que si un paciente tiene el derecho de no iniciar un tratamiento, porque éste no conlleva una mejoría, también puede interrumpirlo una vez iniciado. La diferencia entre actos y omisiones se estudiará con mayor precisión en el capítulo cinco de este trabajo.

Asimismo, el hecho de interrumpir un tratamiento, para algunos representa una agresión a las esperanzas del paciente, quien cree que una vez iniciado el tratamiento, no puede interrumpirse. No obstante, el hecho de interrumpirlo, en primer lugar, no es una decisión arbitraria del médico, y en segundo, no representa abandonar al paciente. Puede pensarse que la interrupción del tratamiento es una infracción directa al principio de no maleficencia, más no lo es en cuanto es el resultado de la decisión autónoma del paciente o de su sustituto. Si, por el contrario, es una decisión influida por el médico, algún familiar, o persona externa, la interrupción causa un daño al paciente. Por ejemplo, cuando un médico le dice al paciente que hay que interrumpir la radioterapia porque hay más pacientes que la necesitan y a él el tratamiento ya no le produce ningún beneficio, lo que causaría un daño físico y psíquico al paciente.

La posibilidad de no iniciar o interrumpir un tratamiento a petición del paciente es un derecho reconocido en la Ley General de Salud¹¹⁰. Este derecho, se apoya en el juicios sobre la calidad de la vida, en razón de que, se permite el derecho a elegir la interrupción del tratamiento, por ser éste fútil, evitando que el paciente quede atrapado por el uso de la tecnología médica, la cual una vez iniciada nadie la podía detener.

- b) *Suministrar tratamientos ordinarios y extraordinarios.* La distinción entre tratamientos ordinarios y extraordinarios ha servido para justificar algunas

¹¹⁰ El artículo 77 bis 37, fracción IX, se establece que el paciente tiene derecho a otorgar o no su consentimiento informado y a *rechazar tratamientos o procedimientos*. Se reconoce también el derecho a que el paciente exprese su voluntad por anticipado, por escrito y ante dos testigos, en relación al rechazo, interrupción o inicio de un tratamiento cuando no le sea posible expresar su voluntad (artículo 166 bis 4). Este derecho aplica también al rechazo del tratamiento curativo y paliativo, con la posibilidad de reiniciarlo una vez suspendido o rechazado (artículo 166 bis 5, 6 y 7).

decisiones importantes dentro de la ética médica y el derecho, tales como, desconectar un respirador artificial a una paciente o no introducir una sonda nasogástrica, con el fin de evitar el dolor que esto implica. Del mismo modo, esta distinción ha sido defendida por la iglesia católica para resolver algunos de los dilemas de ética médica, como el suicidio asistido y la eutanasia pasiva voluntaria ¹¹¹. Además, esta distinción se ha empleado para determinar cuándo se puede rechazar o interrumpir un tratamiento de soporte vital. El problema radica en la imprecisión de los términos, por ejemplo, un tratamiento *ordinario* puede ser aquél que es *habitual*, mientras que uno *extraordinario*, puede ser alguno que no sea habitual o que es poco común. Lo que obliga a preguntarse ¿habitual o no habitual para quién o en qué circunstancias? Si un paciente adulto, ha recibido quimioterapia durante toda su vida, este tratamiento lo considerara *habitual*, en cuanto al que se le va aplicar por primera vez, lo consideraría no habitual; o bien, si un paciente con cáncer en etapa terminal, exige que se le aplique un tratamiento de radioterapia por ser éste un tratamiento habitual, en un hospital en el que no tiene los recursos para aplicar dicho tratamiento, lo que convierte dicho tratamiento en no habitual. Lo mismo puede decirse de los medios de soporte vital, en algunos casos se consideran habituales y en otros no. Piénsese en la alimentación artificial en un paciente en estado vegetativo permanente, es menos habitual que la de un paciente consciente, que ha quedado en estado tetrapléjico a causa de un accidente.

Aunado a lo anterior, realizar un juicio de valor con sólo considerar que un tratamiento es ordinario por ser *simple, natural, no invasivo, económico o rutinario*, y es extraordinario por ser *complejo, artificial, invasivo, oneroso, y excepcional*, no manifiesta una importancia moral para los fines del principio

¹¹¹ El papa Pío XII en 1957, afirmaba que “los cristianos no están moralmente obligados a someterse a tratamientos extraordinarios para retrasar el desenlace fatal de una enfermedad”. Para él no existe una obligación de conservar la vida a través de medios extraordinarios, pero no puede prescindirse de los ordinarios. En 1980, la Congregación para la Doctrina de la Fe, en su Declaración sobre la Eutanasia sustituyó esta distinción por la que distingue entre medios proporcionados y desproporcionados, pues la terminología anterior era confusa, aunque lo mismo puede decirse de ésta. Ver. Basso, Domingo M., Nacer y morir con dignidad. Estudios de bioética contemporánea, Argentina, Lexis Nexis, 2005, p. 97

de no maleficencia¹¹². Por ello, conviene evaluar los tratamientos no por sus características en sí, sino por lo que representan para el paciente, es decir, tomando como base la calidad de vida y los riesgos y beneficios que proporciona el tratamiento.

Al margen de lo anterior, resulta obligatorio evaluar los tratamientos “en función de las posibilidades de obtener beneficios y perjuicios y la magnitud de éstos... [de manera que] si no existen expectativas razonables de conseguir beneficios, cualquier gasto, dolor o inconveniente será excesivo, [por tanto] será obligatorio no tratar. Si existen expectativas razonables de obtener beneficios y los perjuicios son insignificantes, el tratamiento es optativo”¹¹³.

Esta distinción entre tratamientos obligatorios y optativos está en función de los riesgos y los beneficios que comporta cada tratamiento, utilizándose también al resolver casos en los que los pacientes son incompetentes, mediante un análisis que determine que los perjuicios al iniciar o rechazar un tratamiento, son mayores que los beneficios. Se utilizará esta distinción en el Capítulo cinco al justificar la práctica de la eutanasia activa voluntaria.

- c) *Técnicas de mantenimiento y técnicas médicas*. Las técnicas de mantenimiento son “aquéllas que se emplean para alimentar e hidratar mediante agujas, sondas, catéteres, etc.”¹¹⁴, prolongando la existencia del paciente, mientras que las técnicas médicas, son todos aquellos tratamientos cuya finalidad no es la alimentación e hidratación de los pacientes. Esta distinción también resulta problemática, debido a que la mayoría asume como norma universal que las técnicas de mantenimiento no se pueden rechazar, en tanto que las demás técnicas sí. Un paciente terminal puede ser alimentado e hidratado, incluso contra su voluntad, ya que no le está permitido negarse a ello, sin importar, la molestia que representa ser alimentado mediante una sonda nasogástrica, mientras que es libre para negarse a recibir la implantación del catéter o la colocación de prótesis. No

¹¹² Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *op. cit.*, p. 190.

¹¹³ *Ibidem*, p. 191.

¹¹⁴ *Ídem*.

obstante, “no existe ninguna diferencia significativa entre las diferentes técnicas de soporte vital, [en razón de que] el derecho de todo paciente a rechazar el tratamiento médico *no depende* de cuál sea dicho tratamiento”¹¹⁵, tan es posible rechazar la alimentación e hidratación artificial, como lo es rechazar otra técnica médica.

El problema que representa esta distinción, puede resolverse haciendo una valoración de las circunstancias que rodean un caso en específico. Por ejemplo, cuando un paciente inconsciente, al cual la alimentación e hidratación artificiales, mejoran sólo sus “niveles nutritivos y de hidratación”, pero esto no le produce ningún beneficio, sino que sólo prolonga interminablemente su agonía, es legítimo considerar este tratamiento *optativo*, y no *obligatorio*, y por lo tanto, interrumpirlo.

De nueva cuenta, la distinción entre obligatorio y optativo resuelve las inconsistencias que presentan las distinciones clásicas.

- d) *Efectos intencionados y previsibles*. En esta sección, se analizará una de las justificaciones más conflictivas que se ha defendido por la gran mayoría de autores conservadores en el ámbito de la ética médica, suele emplearse para justificar la prohibición de la eutanasia activa voluntaria.

La doctrina del doble efecto, abanderada por la iglesia católica para permitir la eutanasia pasiva voluntaria o lo que han denominado muerte digna, señala que cualquier acto tiene dos efectos, uno intencionado, y otro previsible. La característica del primero es positiva, mientras que la del segundo negativa, porque implica un perjuicio, aunque pareciera que el hecho de no desearlo exime de toda culpa a quien realiza el acto y hace moralmente aceptable la acción.

Esta doctrina exige cumplir cuatro condiciones para que un acto quede a su amparo:

- *La naturaleza del acto*, “el acto debe ser correcto, o al menos moralmente neutro”;

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 193.

- *La intencionalidad del agente*, “la intención del agente debe ser obtener sólo el efecto beneficioso. El efecto perjudicial debe ser previsible, tolerado y permitido, pero no premeditado”;
- *La diferenciación entre los medios y los efectos*, “el efecto perjudicial no debe ser un medio para obtener el efecto beneficioso. Si el efecto beneficioso es consecuencia directa del efecto perjudicial, el agente tendrá la intención de causar el efecto perjudicial con el objetivo de obtener el beneficio”; y
- *La proporcionalidad entre el efecto beneficioso y el perjudicial*, “el efecto beneficioso debe superar al perjudicial. El efecto perjudicial sólo está permitido si existen razones para que compense”¹¹⁶.

Esta doctrina hace énfasis en la consecuencia deseada del agente, pero relega a segundo plano la consecuencia no deseada, pero prevista. Sin embargo, ambos efectos son premeditados y dolosos, además de que se conocen y aceptan ambas consecuencias, aunque sólo se dé valor positivo a la primera. Por ejemplo: un médico que está a cargo de un paciente terminal, en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) decide aumentar la dosis de morfina a su paciente, porque los dolores de éste se han vuelto, en las últimas horas terriblemente insoportables. Al llegar la noche, el dolor se ha calmado, pero una hora después, el paciente muere. Si analizamos este ejemplo a la luz de la doctrina del doble efecto, tenemos que el aumento de la dosis de morfina, tenía la intención de paliar el dolor, sin embargo, dicho aumento implicaba la posibilidad de que el paciente muriera, y el médico era consciente de esta situación. Si el médico aumentó la dosis deseando aliviar el dolor, no tiene ninguna relación directa con la muerte de su paciente; si lo hizo con la intención de causarle la muerte, entonces, el acto del médico es ética y jurídicamente incorrecto porque está directamente relacionado con la muerte de éste.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 196.

La premeditación en la conducta del médico consiste en que, sabe desde un inicio que el incremento en la dosis de morfina paliará el dolor del paciente, aunque traerá como consecuencia su muerte, y acepta ambos resultados.

Una de las explicaciones que no rechaza la doctrina del doble efecto, es la que opta por analizar no la intención, sino los motivos del agente y su carácter. Interesa más el *por qué* se hizo un acto que lo que buscaba el agente al realizar el acto. De acuerdo con el ejemplo mencionado, lo que interesaría conocer es si el médico aumentó la dosis de morfina motivado por el sentido de *piedad* o *compasión* hacia el moribundo que sufría los insoportables dolores, ocasionándole la muerte. En este caso, si el médico es un ejemplo de humanidad y compasión, su actuación ha sido correcta, aunque haya ocasionado la muerte del paciente.

Algunas veces, el uso de esta doctrina dificulta la comprensión de problemas como la eutanasia activa voluntaria, ya que sólo genera confusión al considerar de manera absoluta e intrínseca la muerte como algo negativo. Si bien, matar a una persona es algo incorrecto, no siempre lo es. Volviendo, por último, al ejemplo expuesto, si el paciente no hubiera muerto como consecuencia del aumento de morfina, y continuara prolongándose su sufrimiento, resultaría que el objetivo del aumento de morfina ha fracasado. Se pensaría que si el objetivo que perseguía el médico era paliar el dolor del paciente, lo hubiera hecho de manera directa, mediante la administración de una inyección letal, ésta si lograría la finalidad buscada.

e) *Tratamientos obligatorios y optativos*. Como se dijo al inicio de este apartado, el principio de no maleficencia sostiene la presunción *prima facie* «a favor de la utilización de los tratamientos de soporte vital en los pacientes»¹¹⁷, es decir, la obligación de tratar. Para determinar cuándo un tratamiento es obligatorio u optativo, pueden seguirse alguno de estos dos criterios:

- *Cuando el tratamiento es inútil o carece de sentido*. Siempre que el tratamiento no reporta un beneficio físico o psicológico para el paciente, se puede prescindir de la obligación de iniciar o interrumpirlo. En estos

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 200.

casos, los tratamientos se consideran inútiles, ya que existen «pocas probabilidades de resultar eficaces...o tienen muchas probabilidades de ser más perjudiciales que beneficiosos». ¹¹⁸ Esta excepción, debe basarse en datos científicos y no sólo en probabilidades, para conseguir la certeza de que el tratamiento no arrojará resultados eficaces para el paciente. Si se cumple esta condición, el tratamiento que es inútil para un paciente determinado, se vuelve *optativo*.

Cuando se considera un tratamiento inútil, y por lo tanto, optativo, se mantiene latente la obligación del médico de no abandonar al paciente y de seguir proporcionado la información y cuidados que aún requiera aquél.

- *Cuando los inconvenientes del tratamiento superan los beneficios.* Un tratamiento se vuelve optativo, cuando los perjuicios que se ocasionan al paciente son superiores a los beneficios. Se piensa que algunos de estos tratamientos, sólo buscan prolongar la vida biológica del paciente, ignorando el lado psicosocial del mismo.

Se apela a juicios sobre la calidad de la vida, y no en «preferencias personales y en el valor social del paciente» ¹¹⁹. Estos juicios sirven para decidir lo qué beneficia al paciente, atendiendo a lo qué significa la vida para él. Ya que, la mayoría de las reglas en medicina, se habían basado sólo en el carácter biológico de la vida, y no en el biográfico o psicológico. La idea de la calidad de la vida, corre el riesgo de volverse confusa o malinterpretarse, por ello, hay que valerse de los principios de autonomía, no maleficencia y beneficencia con el fin de hacer plausible su utilización. Por último, debe entenderse que la calidad de la vida, es un juicio sobre la vida del paciente, no sobre lo que signifique para los demás, de esto se hablará en el capítulo cuatro, en relación al principio sagrado de la vida.

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 202.

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 204.

1.3.3 Beneficencia

En el terreno de la medicina, “las obligaciones y virtudes profesionales han sido interpretadas como compromisos de beneficencia”¹²⁰. El principio de beneficencia implica una obligación activa, a diferencia del de no maleficencia. Este principio corresponde a la formulación positiva del utilitarismo que consiste, en producir con una acción el máximo bienestar posible al mayor número de personas. Los beneficios que se aportan al cumplir este principio, deben estar equilibrarlos con los inconvenientes provocados. La beneficencia “impone la obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses”,¹²¹ sin descuidar los intereses de las minorías a quienes se les puede causar un riesgo o imponer sacrificios.

Se está ante el principio de beneficencia, “cuando se confía una persona a otra para que se encargue de ella o la cuide, la primera tiene lo que llamamos un derecho a la beneficencia, un derecho para que la segunda adopte decisiones a favor de sus mejores intereses”¹²², es decir, el *derecho* a la beneficencia se tiene cuando alguien asume la obligación de cuidado respecto a otro. Por tanto, esta obligación no es universal, sino específica, es decir, no existe una obligación de beneficiar a todos los miembros de la sociedad, sino sólo a aquellos con los que se tiene un deber particular o se esté en una relación donde se haga exigible un comportamiento beneficiante en función de circunstancias particulares. Por ejemplo, un médico tiene que ser beneficiante con los pacientes que tiene a su cargo, más no con todos los pacientes que acudan al hospital. Sin embargo, en caso de urgencia, cuando un paciente llega gravemente accidentado, y el médico está disponible, aunque no se considere estrictamente su paciente, tendrá que atender al accidentado, y esto en función de que el médico está en una relación de beneficencia con respecto del paciente, sea este quien fuere.

¹²⁰ *Ibíd*em, p. 257.

¹²¹ *Ibíd*em, p. 246.

¹²² Dworkin, Ronald, *op. cit.*, p. 299.

Las obligaciones específicas de beneficencia, son las que se tienen ante personas específicas, como la familia, los amigos o conocidos, y en vínculos especiales, como promesas y “funciones con responsabilidades de asistencia”¹²³. A partir de éstas, se determinan los compromisos de la medicina hacia los pacientes, promoviendo su bienestar y eliminando todos los perjuicios posibles.

En contraste con lo anterior, el hecho de que no sea moralmente obligatorio actuar de manera beneficiante en todo momento, no da lugar a que las normas de la beneficencia sean ignoradas por todos, sino a atender las obligaciones contraídas con los que se tiene una relación especial, y si es posible, tomar acciones benéficas con los extraños, de acuerdo con las siguientes condiciones:

- a) Cuando un individuo está expuesto al riesgo de una pérdida significativa o de un perjuicio para su vida o su salud o para algún otro interés principal. Por ejemplo, si alguien va pasando por la calle y mira que una casa se está incendiando, tiene la obligación de brindar ayuda o, en todo caso, llamar a los bomberos, si no lo hace estaría actuando de forma contraria al principio de beneficencia;
- b) Cuando una acción es necesaria para prevenir esta pérdida o perjuicio. Por ejemplo, cuando un médico va de salida del hospital, queriendo llegar a prisa porque se comprometió a regresar puntual para cenar con su familia, y justo antes de salir llega un enfermo convaleciente, y no hay algún médico disponible, el médico, en atención al principio de beneficencia, deberá atender al paciente, dejando sin cumplir su promesa de llegar puntual a la cena;
- c) Cuando una acción tiene un alta probabilidad de prevenirlo. Por ejemplo, si el padre sabe que el auto en el que viajarán sus hijos en carretera, necesita un servicio urgente, y no les avisa u omite llevar el auto al servicio, estaría actuando en contra del principio de beneficencia.
- d) Cuando una acción no representará riesgos, costes o cargas significativos para nosotros. Por ejemplo, si un hombre pasea por la arena y ve que

¹²³ Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, p. 254

alguien se ahoga en el mar, pero no sabe nadar, debe conforme con el principio de beneficencia, avisar a un salvavidas o a alguien que sepa nadar; y

- e) Cuando el beneficio, que esa persona puede obtener, supera cualquier perjuicio, coste o carga en la que es probable que (nos) incurra. Al presentarse estas condiciones, se tiene la obligación de ser beneficiante con los demás. Aunque, no quedan muy claros los riesgos, costes y cargas que hay que soportar, por ende, habrá que especificarlos según el caso en particular. En los ejemplos mencionados en los incisos anteriores, no se exige que quien actúa de modo beneficiante realice actos onerosos, simplemente se exige que actúe observando este principio¹²⁴.

Finalmente, existe una propuesta para justificar las obligaciones de beneficencia que radica en la *reciprocidad*. Los autores señalan que con el imperativo de Kant, es posible justificar este principio, pues si se actúa de modo beneficiante, se hace esperando que dicha acción se convierta en ley universal. Por ejemplo, en el caso de la eutanasia, cuando un paciente solicita al médico que termine con su vida, y dicha petición es autónoma y coherente con el modo de actuar del paciente, el médico puede aceptar pensando que, si él estuviera en una situación similar, le gustaría que alguien hiciera lo mismo por él.

Otro autor que Beauchamp y Childress retoman para justificar el principio de beneficencia es el filósofo escocés, David Hume, quien sostenía que “todas nuestras obligaciones de hacer el bien a la sociedad parecen implicar algo recíproco. Yo recibo los beneficios de la sociedad y, por tanto, debo promover sus intereses”¹²⁵. Esta idea señala que se tiene la obligación de ser beneficiantes con otros miembros de la sociedad, en razón de que se recibirá un bien de parte de la misma. Pero no siempre existe una relación recíproca entre la sociedad y los individuos, sin embargo, es mediante la reciprocidad, que se puede justificar una obligación de beneficencia más imparcial.

¹²⁴ *Ibidem*, p. 252.

¹²⁵ *Ibidem*, p. 255. Tomado de Hume, David, *Of suicide*, en *Essays Moral, Political, and Literary*, dir. Eugene Miller (Indianapolis , IN: Liberty Classics, 1985).

Por ejemplo, recordando que las obligaciones específicas de beneficencia derivan de relaciones morales con personas particulares “con frecuencia ligadas a funciones institucionales y a acuerdos contractuales”¹²⁶, en el ámbito de la medicina, un paciente contrata los servicios de un médico, quien se obliga a beneficiar en todo momento al paciente de acuerdo con la función que representa un médico en la sociedad. En caso de un accidente, si no existe contrato previo, pero el médico entra en relación con el paciente, aquél tiene la obligación de actuar en beneficio del paciente, por un acuerdo implícito de reciprocidad. Ya que, si omite utilizar sus conocimientos para actuar en beneficio del paciente, su conducta es inmoral y reprochable.

1.3.3.1 Especificación del Principio de Beneficencia: el Paternalismo

En la tradición de la medicina, se ha visto al médico como un padre, cuyo interés principal es el bienestar de los pacientes, que figuran como sus hijos. Los juicios del médico al igual que las decisiones relevantes sobre la vida del paciente, no eran cuestionadas hasta apenas hace un par de décadas. Actualmente, esto ha generado conflictos de prevalencia entre los principios de beneficencia y respeto a la autonomía¹²⁷. Sin embargo, la característica principal de la teoría de los principios es reconocer que no existe prevalencia de los principios de manera absoluta, ya que la prevalencia quedará determinada en cada caso en particular. Por el momento, se concluye, *prima facie*, que el principio de respeto a la autonomía tendrá que ceder ante el de beneficencia cuando se trate de personas que no pueden expresar su autonomía, o expresándola, su decisión les causa un detrimento en sus intereses y derechos personales.

Para la teoría de los principios, “la beneficencia ofrece la meta primaria y la razón fundamental de la medicina y la atención sanitaria, mientras que el respeto a la autonomía (y la no maleficencia y la justicia) fijan límites morales a las acciones

¹²⁶ *Ibidem*, p. 256.

¹²⁷ Como se vio en el apartado del respeto a la autonomía, el médico tiene la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente, respetar su intimidad y su voluntad; no obstante, el principio de beneficencia comprende en algunos casos, la omisión de respetar la autonomía del paciente en interés del paciente, siendo o no autónomo.

profesionales tras la búsqueda de esa meta¹²⁸. A diferencia de los dos principios expuestos en las secciones anteriores, el principio de beneficencia representa la justificación para iniciar y no interrumpir un tratamiento.

Por paternalismo se entiende, “la *desautorización* intencionada de las preferencias o acciones conocidas de una persona, donde la persona que las desautoriza justifica su acción con el propósito de beneficiar o evitar el daño a la persona cuya voluntad está desautorizando¹²⁹. Por ejemplo, si un paciente no quiere tomar un medicamento porque cree que dicho medicamento no es el adecuado para la enfermedad que tiene, el médico puede obligarle a que lo haga, pues de otro modo, la enfermedad evolucionará y estará en riesgo la salud del paciente. El paternalismo “no consiste en imponer ideales sino en imponer a los individuos conductas o cursos de acción que son aptos para que satisfagan sus preferencias subjetivas y los planes de vida que han adoptado libremente”. Por ello, una intervención paternalista estaría dirigida “a proteger a los individuos contra actos y omisiones de ellos mismos que afectan a sus propios intereses subjetivos o las condiciones que los hacen posibles¹³⁰. El paternalismo en medicina implica la no conformidad del médico en relación con las ideas, deseos o acciones del paciente, imponiendo acciones propias con el fin de causar un beneficio a aquél. Esta intervención debe ser transitoria y no permanente, sólo así se puede justificar moralmente el paternalismo.

En algunos casos, el paternalismo consiste en no decir la verdad al paciente respecto de su diagnóstico, buscando que éste no se estrese o caiga en depresión, poniendo en riesgo su salud.

Hay dos tipos de paternalismos, según la distinción de Joel Feinberg, el paternalismo débil y el paternalismo fuerte. En el primero “un sujeto interviene sobre la base de la beneficencia o la no maleficencia sólo para prevenir una conducta *esencialmente involuntaria*...para proteger a las personas contra sus

¹²⁸ *Ibidem*, p. 258-259

¹²⁹ *Ibidem*, p. 260

¹³⁰ Nino, Carlos Santiago, *op. cit.*, p. 414.

propias acciones esencialmente no autónomas [...]; mientras que en el segundo, un sujeto realiza “[...] intervenciones concebidas para beneficiar a una persona, aunque las decisiones y acciones arriesgadas de ésta sean informadas, voluntarias y (esencialmente) autónomas”¹³¹. El paternalismo débil engloba situaciones en las que no se dio un consentimiento informado, o la decisión tomada por el paciente estuvo influida por una depresión o el influjo de una droga; el paternalismo fuerte, implica situaciones sustancialmente autónomas, pero que son rechazadas para evitar un daño al paciente. El análisis que se seguirá será el de la justificación del paternalismo fuerte, por ser el que reviste un mayor conflicto con el principio de respeto a la autonomía.

Antes de analizar este último tipo de paternalismo, se verán dos enfoques o posturas del paternalismo: la antipaternalista y el paternalismo basado en el consentimiento, para finalizar con el análisis del enfoque del paternalismo pasivo.

a) Antipaternalismo.

Los que están en contra del paternalismo consideran que no es posible justificar una *intervención paternalista*, sin vulnerar los derechos individuales, en especial, la libertad. Aceptan una concepción del paternalismo, sólo si ésta tiene como objetivo respetar y garantizar la libertad de los individuos en la sociedad. Existen derechos que ni siquiera el bienestar social puede justificar su violación. Cuando los individuos ponen en peligro su vida e integridad, se puede justificar la conducta paternalista del Estado, pero sólo para que el individuo recobre su autonomía.

Por otro lado, los antipaternalistas consideran inconcebible, imponer una concepción sobre lo bueno a los individuos, ignorando que ellos pueden tener una concepción propia, o asumiendo que la impuesta es mejor que la que ellos podrían formular. Las situaciones que pueden darse para esta postura, son las de hospitalización involuntaria, cuando se considera a personas que nunca han causado un daño a nadie, pero que son potencialmente peligrosos para sí mismos, recuérdese el caso del poeta mexicano Jorge Cuesta, quien fue internado

¹³¹ Feinberg, Joel, “Legal Paternalism”, *Canadian Journal of Philosophy* 1 (1971): 105-124, esp. 113, 116, en Beauchamp, Tom y Childress, James, p. 262.

en un sanatorio mental porque anteriormente se había castrado los genitales, aunque dicho internamiento no resultó benéfico, pues terminó suicidándose el 13 de agosto de 1942¹³².

b) El paternalismo basado en el consentimiento.

Según este enfoque, el paternalismo estaría justificado si el beneficiario de la acción que motiva la intervención paternalista, aceptaría o consentiría como lo haría una *persona razonable*. Para los defensores de esta postura, señalan que la intervención del médico en relación con las decisiones de un paciente incompetente está justificada sobre la base de que, dicha decisión hubiera sido consentida por el paciente si éste fuera o estuviera en una situación donde pudiera elegirla de modo autónomo.

No obstante, esta postura se basa en un consentimiento ficticio y generalizado por la idea de “persona razonable”, y no sobre un consentimiento real e individual. Del mismo modo, el paternalismo basado en el consentimiento es rebatible por el propio principio de beneficencia, porque “la beneficencia por sí sola, justifica las acciones verdaderamente paternalistas, de la misma manera que lo hace en la justificación de las acciones de los padres que desautorizan las preferencias de los hijos. No controlamos a los niños porque pensemos que consentirán más tarde...interferimos porque pensamos que tendrán vidas mejores...lo sepan o no...la justificación de estas intervenciones descansa en su bienestar, no en sus decisiones autónomas”¹³³. Por tanto, la justificación del paternalismo basado en el consentimiento, es preferible ya que, de algún modo incorpora el análisis de los intereses de la persona.

c) Paternalismo fuerte

Cualquier tipo de paternalismo debe de ser transitorio y con finalidades previamente establecidas. Además, debe respetar las siguientes condiciones:

¹³² En relación al suicidio del poeta veracruzano Jorge Cuesta, véase: Volpi, Jorge, “A pesar del oscuro silencio”, en *Días de ira. Tres narraciones en tierra de Nadie*, Madrid, Páginas de Espuma, 2011, y Gamboa, Héctor, *Escritores suicidas*, México, Nueva imagen, 2001.

¹³³ *Ibidem*, p. 267.

- “Un paciente está expuesto al riesgo de un daño significativo y prevenible;
- La acción paternalista probablemente prevendrá ese daño;
- Los beneficios proyectados de la acción paternalista para el paciente sobrepasan a los riesgos para el paciente;
- Se adoptará la alternativa menos restrictiva de la autonomía que asegure los beneficios y reduzca los riesgos”; y
- Se requiere que “la acción paternalista no restrinja sustancialmente la autonomía”¹³⁴.

Para justificar el paternalismo fuerte es necesario que la intervención transitoria produzca una vulneración mínima a la autonomía, sopesando además, “la beneficencia del médico y la autonomía del paciente en la relación médico-paciente”¹³⁵.

Un ejemplo donde el paternalismo fuerte puede llegar a ser justificado, es en el caso del suicidio. Instituciones como la iglesia, los médicos y el propio Estado, han asumido la jurisdicción para intervenir en el suicidio. Se entiende por suicidio la acción de quitarse la vida por sí mismo¹³⁶. Esta acción, para que no pueda obstaculizarse debe ser autónoma. Sin embargo, cuando media error, engaño o confusión de la información, o simplemente es producto de un estado depresivo, debe de intervenir de manera que el acto no se realice. Por lo tanto, debe dejarse una cosa en claro: “la intervención se justifica para asegurar o establecer la calidad de la autonomía de una persona; una intervención adicional está injustificada, una vez que se determina que las acciones de una persona son esencialmente autónomas”¹³⁷. Regresando al ejemplo anterior, cuando una persona que decide suicidarse, lo hace de manera que su autonomía se ve comprometida por la influencia de un estado psicológico desfavorable o el influjo de alguna droga, deberá prevenirse dicha acción, pero si la decisión del suicida ha

¹³⁴ *Ibíd.* P. 268.

¹³⁵ *Ibíd.*, p. 269.

¹³⁶ *Suicidio* en <http://etimologias.dechile.net/?suicidio>. De acuerdo con esta definición, “la palabra suicidio viene de dos términos del latín: *suicidium* formado de *sui* (de sí, a sí) y *cidium* (acto de matar, del verbo *caedere*= cortar y matar), denotando la acción de quitarse la vida”. De esta definición se desprende la idea que representa la palabra suicidio, es decir, la muerte de sí mismo.

¹³⁷ Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit. Ibíd.*, p. 271.

sido tomada de manera autónoma, y no se causa perjuicio a alguien más, debe ser respetada.

Quienes están en contra de la legalización del suicidio y la eutanasia, sostienen argumentos como que, una ley que permita el suicidio invitará a suicidarse a pacientes competentes o incompetentes, o restaría valor a la vida de los enfermos terminales. Sin embargo, bajo el amparo de estos argumentos u otros, no se puede imponer una acción o evitar la realización de otra, siendo la persona autónoma, por considerar que daña al paciente; del mismo modo, tampoco es permisible que los hospitales privados obliguen a prolongar la vida, para seguir cobrando el mantenimiento de ésta.

d) Negar el tratamiento por considerarlo inútil (un paternalismo pasivo).

Cuando se expuso el principio de no maleficencia, se dijo que estaba justificado no iniciar o la posibilidad de interrumpir un tratamiento, que el paciente consideraba inútil. Pero, ¿qué es lo que pasa cuando no es el paciente, sino el médico el que considera el tratamiento inútil? En este caso, estamos ante un paternalismo pasivo, que consiste en la “negativa de un profesional en llevar a cabo las preferencias positivas de un paciente por razones paternalistas”,¹³⁸ omitiendo la información sobre un tratamiento o negándolo al paciente por considerarlo fútil. Por ejemplo, si un médico determina, con base en el diagnóstico de cáncer avanzado de un paciente, que la quimioterapia no traerá ningún beneficio al paciente, entonces, de manera arbitraria, decide no ofrecer o negar dicho tratamiento. Este enfoque del paternalismo, está basado en modelos de la asistencia sanitaria que permiten determinadas prácticas que reconocen tratamientos establecidos, con el fin de que el médico no esté obligado a ofrecer aquello que no está reconocido como una práctica habitual en medicina. Este modelo sirve para proteger de la responsabilidad penal a los médicos, ya que no se les puede exigir aquello a lo que no están obligados a prestar.

¹³⁸ *Ibidem*, p. 273.

A pesar de que los familiares o los pacientes exijan iniciar o continuar con un tratamiento, si el médico lo considera fútil, puede no iniciarlo o interrumpirlo, de modo que su criterio estaría desautorizando las preferencias de los pacientes. Piénsese en los casos en que se está recibiendo un tratamiento de diálisis renal, cuando el médico considera que la diálisis ya no reporta un beneficio al paciente, por lo que retira dicho tratamiento e inicia otro, a pesar de que el paciente se sienta “cómodo” recibiendo el primer tratamiento. Lo anterior, se logra mediante la justificación de que el concepto de inutilidad *cancela* la obligación de beneficencia. Aunque, los juicios sobre la inutilidad del tratamiento aparezcan como objetivos y libres de valoración, algunas veces son subjetivos y llenos de valoración moral. En consecuencia, el médico está obligado a demostrar de manera objetiva las causas por las cuales ha llegado a la conclusión de que interrumpir un tratamiento o negarlo, justifican su acción, de lo contrario estaría actuando de modo maleficente. Es evidente que, los objetivos de un tratamiento no son los mismos que persigue el médico y los que persigue el paciente, en ocasiones éste busca prologar su vida un par de días, mientras que el médico busca la recuperación total o parcial del paciente, y al ser imposible, lo considera inútil, generándose un conflicto de intereses entre ambos.

El calificativo de inutilidad debe utilizarse con mucho cuidado en el ámbito de la ética médica, así como en el ámbito legal, ya que algunas veces puede justificar el principio de beneficencia, y otras el de no maleficencia, así como a una defensa del médico hacia el paciente, o del paciente hacia el médico. Finalmente, como se verá, si el tratamiento no ofrece un beneficio real al paciente o los riesgos son superiores a los beneficios, dicho tratamiento no es obligatorio.

Para justificar la toma de decisiones con base en el principio de beneficencia, los autores proponen utilizar los métodos de análisis riesgo beneficio y coste efectividad. En las siguientes líneas se expondrán de manera sucinta.

1.3.3.2 Costes, riesgos y beneficios.

Los costes hacen referencia a “los recursos que se requieren para obtener un beneficio, así como los efectos negativos de perseguir y conseguir[lo]”. Un *riesgo*, entraña la posibilidad de un *perjuicio futuro*, que en el ámbito sanitario, se manifiesta ese perjuicio “como un revés a los intereses en la vida, en la salud y en el bienestar del paciente”. En cuanto a los *beneficios*, estos se expresan mediante “la evitación de costes y la disminución de riesgos”, aunque en el entorno sanitario, los beneficios giran alrededor de un “valor positivo como la vida o la salud”.¹³⁹ Los costes se manifiestan en términos *monetarios*, mientras que los riesgos en términos *descriptivos*, y, algunas veces, *evaluativos*. De este modo, una circunstancia de riesgo, “es aquella en la que existe tanto una posible aparición de algo que ha sido estimado como perjudicial, como una incertidumbre sobre dicha aparición”.

El análisis de estos conceptos, sirve para la toma de decisiones en medicina, en relación a los tratamientos médicos. Son evaluaciones realizadas tanto por médicos como por los pacientes, en lo individual o de forma conjunta en la relación médico-paciente.

1.3.3.3 Análisis coste-efectividad y coste-beneficio.

Estos son instrumentos utilizados para determinar los valores y opciones en el ámbito médico exentos algunas veces de sesgo. Ambos instrumentos, “tratan de identificar, medir, comparar y evaluar todos los costes y consecuencias relevantes de políticas, programas y tecnologías en términos cuantitativos”¹⁴⁰. El análisis *coste-efectividad* expresa sus resultados en términos monetarios, en tanto que, el análisis *coste-beneficio*, evalúa sus resultados en términos no monetarios, como comparación entre años de vida e incapacidad o “años de vida ajustados a la calidad de vida” (AVAC). El análisis coste-efectividad trata de alcanzar un equilibrio entre los costos y la efectividad del tratamiento, aunque no muchas veces lo logra, su empleo sigue siendo significativo.

¹³⁹ *Ibidem*, pp. 276 y ss.

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 279.

1.3.3.4 Valoración de riesgos y Análisis riesgo-beneficio.

Las etapas de estimación de los riesgos son la *valoración*, la *identificación*, la *evaluación* y la *gestión* de los riesgos. La primera “implica el análisis y evaluación de las probabilidades de los resultados negativos, sobre todo los daños”; la segunda, “implica localizar algún peligro”; y la tercera “establece la aceptabilidad de los riesgos identificados y estimados, a menudo en relación con otros objetivos”¹⁴¹. De la evaluación de los riesgos se constituye el análisis *riesgo-beneficio*, el cual se formula “en términos de una proporción de beneficios esperados frente a riesgos y puede llevar a un juicio de aceptabilidad de riesgos que se está valorando”¹⁴². Lo que da lugar a la cuarta etapa, que consiste en administrar las “respuestas individuales o institucionales al análisis y valoración de riesgos, incluyendo las decisiones de reducir o controlarlos”¹⁴³.

Lo que se concluye del análisis *riesgo-beneficio* es la aceptación de algunos riesgos *mínimos* en relación a los beneficios obtenidos. Por ejemplo, algunos tratamientos contra el cáncer traen como consecuencia la pérdida de apetito, náuseas, vómitos, pérdida de cabello, falta de movilidad, estos efectos son sobrellevados por el paciente cuando los beneficios son mayores, en este caso, si se logra eliminar el mayor número de células cancerosas. Al ser los riesgos un *obstáculo a los propios intereses*, tienen la característica de ser probables y no desconocidos. No obstante, el desconocimiento de algunos elementos no debe de ignorarse al analizar los riesgos, puesto muchas veces la incertidumbre genera efectos imprevistos que alteran los efectos buscados.

1.3.3.5 Calidad de vida

La calidad de vida es la consideración más importante del análisis riesgo-beneficio, pues no sólo se trata de salvar o mantener una vida, sino que ésta tenga determinada calidad que la haga aceptable para su titular. La calidad de vida es “un concepto ético esencial que se centra en el bien del individuo, el tipo

¹⁴¹ *Ibidem*, p. 282.

¹⁴² *Ídem*.

¹⁴³ *Ídem*.

de vida que sea posible, dado la condición de la persona y si esa condición le permitirá llevar una vida que él o ella considere que merezca la pena”¹⁴⁴.

El análisis de la calidad de vida se obtiene mediante el análisis de los costos, los riesgos y los beneficios que un tratamiento reporta al paciente. El concepto de la calidad de vida será analizado en el capítulo cinco, como derivación del principio de la sacralidad de la vida. Los métodos para medir el valor de la calidad de vida¹⁴⁵ no pueden prescindir de condiciones como la ausencia de dolor y malestar,

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 294. Los autores toman esta idea de John LaPuma y Edward F. Lawlor, “Quality-Adjusted Life Years: Ethical Implications for Physicians and Policy-Makers”, *Journal of the American Medical Association* 263 (junio 1990): 2917-2921.

¹⁴⁵ Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, pp. 291- 295. Existen métodos que miden la calidad de vida, pues algunas veces determinar este concepto resulta problemático, pues como señalan los autores de esta teoría, “una sociedad puede gastar un número «x» de dólares para salvar una vida...en una situación, pero sólo gastar «y» para salvar una vida en otra situación”. Los métodos para medir la calidad de vida son utilizados en Estados Unidos para determinar el costo de los seguros médicos privados, y en esencia son los siguientes:

a) *El método de los ingresos futuros descontados*. Según este enfoque, “el valor de la vida puede ser determinado considerando qué es lo que personas en riesgo de padecer una determinada enfermedad o un accidente puede esperarse que ganen si sobreviven, [es decir], el valor de la vida es equivalente a la suma de dinero que debería invertirse en el momento actual a fin de pagar dividendos iguales a la suma que la persona ganaría a lo largo de su expectativa de vida”. De acuerdo con lo anterior, la persona que no tiene un *ingreso* no tiene valor alguno, y aquellos “que consumen los recursos de la sociedad tienen un valor negativo”, tales como los ladrones, desempleados o enfermos mentales. Este enfoque da lugar a discriminaciones tomando en cuenta a los grupos vulnerados históricamente.

b) *El método de la disponibilidad para pagar*. Este método toma en cuenta a aquellos individuos que tienen la posibilidad de “pagar para reducir los riesgos de muerte”. Este método se divide en dos: a) el enfoque de las *preferencias declaradas*, en donde, con base a las preferencias se consideran los riesgos asumidos frente a la obtención de beneficios; y b) el enfoque de las *preferencias expresadas*, que considera “cómo responden las personas a preguntas hipotéticas diseñadas para determinar cuánto están dispuestas a pagar para reducir el riesgo de muerte”.

c) *El método de la valoración moral*. Este método critica a los dos anteriores por el hecho de otorgar un precio o valor monetario a las vidas humanas. Este enfoque se basa en la concepción kantiana de la persona, la cual establece que los seres humanos no tienen precio sino dignidad. Por ello, “asignar un precio a una entidad no mercantil como la vida humana puede reducir su valor percibido, y la sociedad puede elegir valorar la vida humana de manera más elevada en decisiones colectivas de lo que harían algunos individuos en sus decisiones privadas”. Si bien, las personas no tienen un precio en términos monetarios, no quiere decir que tengan derecho a recibir beneficios *ad infinitum*, pues existen otros valores que hay que atender antes de plantearse que la vida humana es un valor absoluto.

d) *El método de los años de vida ajustados a la calidad (AVAC)*. La calidad de vida es un concepto aceptado por la mayoría, pocas personas estarían interesadas “en vivir la vida en estado vegetativo permanente, y es frecuente que los individuos que están considerando diferentes tipos de tratamiento para un padecimiento cambien algunos años de vida por una mejor calidad de la misma”. El enfoque de los años de vida ajustados a la calidad consiste, en el análisis de que “si un año extra de expectativa de vida de vida saludable (buena calidad) vale uno, entonces un año extra de expectativa de vida no saludable (mala calidad) debe valer menos de uno”. Este método distingue entre calidad y cantidad de vida, de modo que si apelamos a que la calidad de vida debe

la disminución de la movilidad física, la presencia de náuseas, el insomnio, la capacidad de hablar o relacionarse con los demás, la disnea¹⁴⁶, el debilitamiento físico, la caquexia¹⁴⁷, el control de esfínteres, el estreñimiento, las hemorragias, la ascitis¹⁴⁸, la ictericia¹⁴⁹, la fiebre, las úlceras decúbito, los edemas, la tos y las convulsiones. Algunas de estas circunstancias malogran la realización de planes de vida.

Quien decide qué método ha de emplearse, en algunas ocasiones es el médico, el director del hospital, los expertos, las compañías farmacéuticas, a la luz de los análisis de coste-beneficio y coste-efectividad. Debería invertirse esta decisión hacia el paciente, en caso contrario, se debe velar por el respeto a los límites que impone el principio de respeto a la autonomía, la no maleficencia y la justicia.

1.3.4 Justicia

La palabra justicia (*Iustitia*) deriva del sustantivo latino *ius* (derecho), y fue definida por el jurista romano Ulpiano, como la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su derecho (*Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuendi*). En este sentido, una situación de justicia se presenta cuando “las personas son acreedoras de beneficios o cargas a causa de sus cualidades o circunstancias particulares, [de modo que], quien tiene una exigencia válida basada en la justicia tiene un derecho, y por tanto, se le debe algo”¹⁵⁰.

prevaler sobre la cantidad, este tipo de análisis nos proporciona datos objetivos para poder decidir acerca de los tratamientos médicos.

¹⁴⁶ Es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

En <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003075.htm>

¹⁴⁷ Es la pérdida de masa corporal que no puede revertirse con la nutrición. La caquexia se observa en pacientes con cáncer, sida, enfermedad pulmonar, obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, tuberculosis, poli neuropatía amiloide, intoxicación por mercurio y deficiencia hormonal. En <http://www.ecured.cu/index.php/Caquexia>

¹⁴⁸ Es la acumulación de líquido en el espacio que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales (la cavidad peritoneal), resulta de la presión alta en los vasos sanguíneos del hígado (hipertensión portal) y niveles bajos de una proteína llamada albúmina. Tomado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000286.htm>

¹⁴⁹ Es la coloración amarilla de la piel y mucosa por exceso de bilirrubina.

¹⁵⁰ *Ibidem*, p. 312.

Dentro de la sociedad, las condiciones de escasez obligan que los recursos, los bienes, las cargas, los privilegios y la riqueza se repartan con arreglo a condiciones de justicia, lo que da lugar al término *justicia distributiva*, que se refiere “a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social”¹⁵¹.

1.3.4.1 Especificación del Principio de Justicia: *Justicia formal y material*.

Para Aristóteles, la justicia formal o proporcional establecía que los iguales deberían ser tratados de manera igual, y los desiguales de manera desigual. Esta concepción sólo establece que las características de la persona determinarán su trato, más no precisa cuáles son dichas características. De modo contrario, la justicia material determina las propiedades particulares para la distribución igual o desigual. A través de diversos principios, se fijan los límites de la justicia material. Por ejemplo, el *principio de necesidades fundamentales*, indica que la repartición debe satisfacer las necesidades fundamentales de las personas, de lo contrario, se les causa una afectación¹⁵².

Otros principios materiales de justicia consideran que se deben distribuir los recursos y las cargas de acuerdo a partes iguales, de acuerdo con su esfuerzo, con el mérito, con su contribución o con los intercambios de libre mercado. Estos principios se pueden emplear en distintas áreas de la sociedad a fin de concretar condiciones de justicia.

La justicia material atiende algunas veces a las *propiedades relevantes* de las personas para determinar una distribución particular. Estas propiedades están establecidas por *la tradición, la moral o el derecho*, y son justificadas moralmente sólo en casos concretos, por permitir condiciones de desigualdad¹⁵³.

Los autores analizan algunas teorías de la justicia, las cuales “sistematizan, simplifican y ordenan ciertas reglas y juicios” que “determinan cómo se deben distribuir los bienes y servicios”. Para Beauchamp y Childress, las teorías de la

¹⁵¹ *Ídem*.

¹⁵² *Ibidem*, p. 314

¹⁵³ *Ibidem*, p. 315.

justicia difieren en relación al “principio de justicia que enfatizan”¹⁵⁴. No obstante, los autores buscan la compatibilidad entre estas teorías para establecer el principio de justicia como la obligación de distribuir los beneficios y las cargas en el sistema de salud. De este modo, utilizan la teoría igualitarista¹⁵⁵ al establecer una justa distribución de los bienes en el ámbito sanitario para los ciudadanos con base en sus necesidades, determinando un sistema en el que todos los ciudadanos tengan acceso a un mínimo de salud, con un programa público de contención de “costos”; a su vez, se basan en la teoría liberal¹⁵⁶ para promover un sistema de libre mercado para los servicios de salud especiales. Como

¹⁵⁴ Luna, Florencia y Salles, Arleen, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 64.

¹⁵⁵ Los igualitaristas “proponen que las personas deben disponer de una distribución igual de ciertos bienes, tales como la asistencia sanitaria”. Utilizan la regla de “oportunidad justa” de John Rawls, a través de la cual “nadie debe tener garantizados beneficios sociales sobre la base de condiciones ventajosas no merecidas, y que a nadie se le deberían negar beneficios sociales sobre la base de condiciones desventajosas no merecidas”, puesto que en ambos casos, nadie es responsable de tenerlas. En este sentido, la regla de la oportunidad justa promueve beneficios sociales para aquellos que sufren desventajas sociales o naturales que no han elegido, a fin de conseguir condiciones reales de justicia. Si las personas son responsables de sus desventajas, la exigencia de la oportunidad justa deja de ser obligatoria, en Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, p. 324

De acuerdo con Norman Daniels, “las instituciones sociales que afectan a la distribución de la atención sanitaria deben ser organizadas...para permitir a cada persona lograr una parte justa de la gama normal de oportunidades presentes en esa sociedad”. De acuerdo con su teoría, hay que reconocer “una obligación social positiva de eliminar o reducir las barreras que impiden la igualdad justa de oportunidades, una obligación que se extiende a los programas que corrigen o compensan las distintas desventajas. La enfermedad y la discapacidad se ven como restricciones inmerecidas que limitan las oportunidades de las personas de lograr metas básicas”. Daniels, Norman, *Just Health Care* (New York: Cambridge University Press, 1985), págs.. 34-58, en Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, p. 325.

La distribución a las personas en situaciones desfavorables tiene límites en relación con la existencia de los bienes y servicios existentes en la sociedad. Se busca un reparto justo, más “no un reparto injusto amplio”. Las condiciones desfavorables son tanto naturales como sociales, de acuerdo con la lotería de la vida, “la lotería natural se refiere a la distribución de propiedades ventajosas y desventajosas a través del nacimiento, y la lotería social se refiere a la distribución de bienes o déficit sociales a través de la situación” social en general. De este modo, la regla de la oportunidad justa pretende compensar las condiciones desventajosas de aquellos que no las provocaron y que las padecen, es decir, “el objetivo es reparar las distribuciones desiguales creadas por condiciones inmerecidas para lograr una mayor igualdad”.

Otra utilidad de la regla de oportunidad justa, a parte de la compensación de desventajas, es la que permite identificar situaciones de discriminación dentro de la sociedad. *Ibidem*, p. 328.

¹⁵⁶ La teoría liberal señala que la distribución justa de los servicios y bienes de la asistencia sanitaria de una sociedad, se logra mediante el ejercicio del libre mercado “el cual opera sobre el principio material de la capacidad para pagar, ya sea directa o indirectamente a través de un seguro” *Ibidem*, p. 321.

consecuencia de lo anterior, diseñan un sistema de salud de dos niveles¹⁵⁷, el cual se explicará en el siguiente apartado, aunque hay que resaltar previamente que dicho esquema está diseñado especialmente para los Estados Unidos, donde el sistema sanitario es eminentemente privado y el Estado sólo participa en algunos planes de salud de manera exigua. En México encuentra correspondencia con algunos de los criterios que se han establecido en el sistema de salud público.

1.3.4.2 El sistema de salud de dos niveles.

En el primer nivel, se plantea la existencia de un mínimo decente de los servicios médicos accesible para todos los individuos; mientras que en el segundo, se contemplan servicios específicos a los que sólo sea posible acceder mediante el pago. En algunas ocasiones, se han presentado abusos por parte de las compañías de seguros médicos, las que sólo cubren cierto tipo de enfermedades o se niegan a cubrir otras; además, como es evidente, la cobertura estará en función de la capacidad para pagar, generándose situaciones de discriminación entre los sectores desfavorecidos de la sociedad. Del mismo modo, se ha causado detrimento a los derechos de los individuos, al transgredir los derechos a la intimidad y a la privacidad de los pacientes.

En México, el derecho a la salud implica dos tipos de obligaciones para el Estado: la obligación de no interferir en la obtención de la asistencia sanitaria y la obligación de poner a disposición bienes y servicios médicos en los que se exige una cuota mínima para acceder al primer nivel de salud, y cuotas media y alta para acceder a un segundo o tercer nivel, respectivamente.¹⁵⁸ La Ley General de Salud, dispone que para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y

¹⁵⁷ Esta concepción también tiene influencia de las teorías comunitaristas, pues algunos de los autores que se identifican en estas teorías sostienen que el sistema sanitario de dos niveles, comprende “un mínimo decente para todos y además libertad de contrato para los aventajados” en un primero y segundo nivel, respectivamente. *Ibidem*, p. 323.

¹⁵⁸ El ejemplo más reciente, es el Seguro Popular creado en 2004. En este sistema se exigen cuotas a los ciudadanos dependiendo del nivel de salud al que pretendan acceder de acuerdo con los padecimientos que sufran. En lo que respecta a la Ley General de Salud, esta diseña a través del Consejo de Salubridad General, un Cuadro Básico de Insumos, para el primer nivel, y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel (artículo 28)

de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura¹⁵⁹. En el caso de Estados Unidos, el debate ha girado en torno a si es obligación del Estado, destinar recursos para configurar el primer nivel de la asistencia sanitaria.

Existen dos argumentos a favor de esta obligación:

- *La protección colectiva*, según la cual, el Estado tiene la obligación de proteger a los individuos de riesgos del mismo modo que lo hace al protegerlos de los criminales o de alguna otra amenaza. En este sentido, resulta lógico instaurar un sistema de asistencia sanitaria que garantice a las personas la protección de los riesgos a causa de enfermedades; y
- *La regla de la oportunidad justa*, la cual advierte que “el daño, la discapacidad o la enfermedad crean profundas desventajas significativas y reducen la capacidad de vivir adecuadamente, la justicia se lleva a cabo si los recursos de la asistencia sanitaria social se usan para contrarrestar estos efectos desventajosos, moralmente arbitrarios, y para devolver a las personas una oportunidad justa de utilizar sus capacidades”¹⁶⁰.

La regla de la oportunidad justa exige la participación activa del Estado y de la sociedad para eliminar las desventajas que obstaculizan la justicia en relación a la atención sanitaria, puesto que las enfermedades y las discapacidades representan una desventaja a quienes la padecen. Sin embargo, aunque la regla de la oportunidad justa parece legítima, no puede exigirse de manera arbitraria toda vez que existen personas seriamente afectadas por distintas discapacidades a las que no se les puede atender debido a la limitación y escasez de recursos.

Si el Estado tiene una participación activa y no sólo pasiva, entonces se podría configurar un sistema sanitario con dos niveles de asistencia sanitaria. En el primer nivel, se prestaría una “cobertura social obligada para necesidades sanitarias básicas y de catástrofes” siendo de acceso igual y universal, y en el segundo nivel “una cobertura privada voluntaria para otras necesidades y deseos

¹⁵⁹ Artículo 26 de la Ley General de Salud. Consúltense además los artículos 34 a 40 de dicho ordenamiento.

¹⁶⁰ *Ibidem*, p. 337.

de salud”¹⁶¹, o atención específica, siendo accesible para aquellos que tengan la capacidad para pagarla.

La *distribución* de los recursos destinados a la asistencia sanitaria se realiza mediante *asignación*, cuyo objeto es alcanzar un reparto justo que garantice un mínimo decente de asistencia sanitaria para los ciudadanos. Las etapas de la distribución son las siguientes:

- Del presupuesto social completo, deberá asignarse una parte a los diversos sectores de la población, de modo que, la asignación que le corresponde al sector salud deberá competir con otros sectores con base en los fines que pretenden obtener cada uno de ellos. El procedimiento para distribuir el presupuesto puede ser democrático o no, siempre y cuando se tenga presente que para el sector salud es necesario contemplar un mínimo decente de asistencia sanitaria, mediante un seguro de cobertura universal para los ciudadanos, sin olvidar los demás gastos y necesidades de este sector;
- Una vez destinado un presupuesto al sector salud, se tendrá que repartir a los distintos servicios que ofrece la asistencia sanitaria;
- Ya distribuido el presupuesto del sector salud en los servicios determinados de la asistencia sanitaria, se planeará en cada uno de ellos la utilidad que le fue asignada, tratando de ponderar entre el gasto de los tratamientos y la prevención de las enfermedades; y
- En los sectores en los que los tratamientos son escasos y hay muchos pacientes que esperan recibirlos se atenderá de acuerdo a las prioridades de los pacientes a través del *racionamiento* de los recursos.

El racionamiento¹⁶² tiene tres posibles significados, según Beauchamp y Childress, el primero consiste en la *negación por falta de recursos* con base en los límites del mercado y la capacidad de pago. Quien puede pagarlo lo tiene, quien no, no. El

¹⁶¹ *Ibidem*, pp. 340-341.

¹⁶² En México uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, según la LGS, es *Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud*;

segundo se relaciona con *los límites de la política social*, es decir, se determina el acceso a cierta cantidad de productos para todos, de modo que, quien puede pagar más allá de esa cantidad se le niega el acceso. Y el tercer tipo de racionamiento se refiere a *un descuento o una asignación* se determina [que se] distribuye equitativamente, pero a aquellos que pueden permitirse bienes adicionales no se les niega el acceso más allá de la cantidad asignada¹⁶³.

La asignación que se haga en el sistema de salud, compromete juicios morales y del empleo de los análisis coste-efectividad y coste-beneficio, para determinar a quién se le permitirá el acceso a los tratamientos escasos, siguiendo, por tanto, patrones prioritarios como la efectividad del tratamiento, la edad del paciente, la expectativa de vida o la perspectiva de éxito del tratamiento, la disponibilidad o no disponibilidad para pagar, la permanencia en la lista de espera o incluso, el hecho de haber llegado antes que otro paciente a la fila de espera, etc.

Finalmente, existen dos métodos para la selección de los pacientes a los tratamientos escasos: *la utilidad médica y la utilidad social*. Que en la práctica pueden relacionarse dependiendo de las circunstancias, por ejemplo, en un periodo de guerra o de infección, tendrán mayor utilidad atender a los médicos que a algún otro paciente, puesto que aquellos de algún modo, garantizan la atención a los demás miembros de la sociedad. La utilidad médica busca el “uso efectivo y eficiente de los recursos médicos escasos” atendiendo a las necesidades del paciente y su pronóstico, mientras que la utilidad social, atiende al “valor social comparativo de los posibles receptores” de los recursos escasos.

1. 4 Reglas y virtudes

1.4.1 Aspectos generales

Como se ha visto hasta ahora, la teoría de los principios procura ser una teoría completa, razón por la cual se considera imprescindible el empleo de las reglas y de las virtudes para alcanzar la coherencia y la completitud deseada. De este modo, en esta última sección se revisaran las reglas y las virtudes que están

¹⁶³ *Ibidem*, pp. 350-351

presentes en la relación médico paciente. En primer lugar se presentarán las reglas que especifican los principios de respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Posteriormente, se presentan las cuatro virtudes cardinales de la medicina.

1.4.2 Reglas en la relación médico paciente.

a) Veracidad.

La regla de veracidad especifica el contenido del principio de respeto a la autonomía, no maleficencia y beneficencia (aunque algunas veces entra en conflicto con éste). En el ámbito médico, se entiende por *veracidad*, dentro de la relación médico paciente, “la transmisión de información completa, precisa y objetiva”¹⁶⁴. La veracidad de la información no sólo se exige para las decisiones que tome el paciente sobre su futuro, sino para cualquier decisión que tome dentro de la relación con el médico, así como con el personal sanitario, es decir, la exigencia de la veracidad no se ciñe al consentimiento informado, sino a cualquier decisión y procedimiento en que estén envueltos intereses del paciente.

En relación al principio de respeto a la autonomía, la obligación de la veracidad se descansa en la obligación de respeto a los demás, de tratarlos como seres autónomos, reconociendo su dignidad. Asimismo, la veracidad de la información resulta importante para el consentimiento informado, ya que éste no puede expresarse si el médico no ha transmitido información veraz al paciente. Por información veraz se entiende la narración de hechos que han sido contrastados de manera objetiva por parte de la persona que los emite¹⁶⁵. En el caso de información a pacientes terminales, la información debe cotejarse mediante la

¹⁶⁴ *Ibidem*, p. 381.

¹⁶⁵ El concepto de obligación de la veracidad en la información, tradicionalmente, se ha identificado a los profesionales de la información, no obstante, también otros profesionales, como en este caso los médicos, están constreñidos a transmitir información veraz, es decir, tienen la obligación de contrastar la información de *manera prudencial*, a fin de que dicha información sea comprobable objetivamente. En “De la verdad informativa a la “información veraz” de la Constitución Española de 1978. Una reflexión sobre la verdad exigible desde el derecho de la información”, http://www.unav.es/fcom/comunicacionysociedad/es/articulo.php?art_id=68

realización de estudios y pruebas diagnósticas, con el fin de hacer objetivamente comprobable dicha información.

El cumplimiento de la regla de la veracidad es imprescindible en toda relación médico-paciente, para cumplir con el principio de respeto de la autonomía.

En lo que se refiere al principio de no maleficencia, transmitir información veraz garantiza la no afectación al paciente, que muchas veces supone no informarlo. En estos casos, cuando el médico se vale del engaño o la mentira, se tiene que se le causa un daño al paciente. En relación a la mentira, Kant sostenía que, es “la mayor violación del deber del hombre para consigo mismo, considerado únicamente como ser moral”, por ser contrario a la veracidad¹⁶⁶. Para Immanuel Kant, la mentira puede ser externa (*mendacium externum*) o interna. Con la primera “el mentiroso se convierte en objeto de desprecio a los ojos de otros, pero por la mentira interna se convierte en objeto de desprecio a sus propios ojos, lo cual es todavía peor, y atenta contra la dignidad de la humanidad en su propia persona; con lo cual el daño que de ahí puede resultar para otros hombres no afecta a la especificidad del vicio”¹⁶⁷.

Siguiendo la línea del pensamiento de Kant, “la mentira es rechazo y destrucción de la propia dignidad del hombre. Un hombre que no cree él mismo lo que dice a otro tiene un valor todavía menor que si fuera simplemente una cosa; porque, siendo así que ésta es algo real y dado, algún otro puede servirse de su condición para sacar algún provecho”¹⁶⁸. Para este filósofo la mentira implica una “violación de los derechos de otros”, aunque se mienta por bondad, o se persiga con ella un fin realmente bueno, puesto que la teoría de Kant no califica las consecuencias, sino los medios que se utilizan para llegar a ellas. Mentir, aunque sea por piedad, es para Kant, “un delito del hombre contra su propia persona y una bajeza que tiene que hacerle despreciable a sus propios ojos”¹⁶⁹.

¹⁶⁶ Kant, Immanuel, *La metafísica de las costumbres*, trad. de Adela Cortina Orts y Jesús Conill Sancho, Madrid, Tecnos, 2002, p. 290.

¹⁶⁷ *Ibidem*, p. 291.

¹⁶⁸ *Ídem*.

¹⁶⁹ *Ibidem*, p. 292.

Sin embargo, en este trabajo, tanto la obligación de la veracidad de la información (sinceridad en Kant) como la de mentir son *prima facie*, ya que habrá casos en que la mentira estará justificada. Lo anterior se presenta, cuando con dicha información se le causa un daño al paciente, el médico debe justificar de manera objetiva, la no transmisión de la información.

En relación al principio de beneficencia, se presume que *entra en conflicto con la veracidad*, lo que obliga a plantearse si es necesario transmitir siempre información veraz “o si es justificable moralmente no decir toda la verdad o aun engañar al enfermo para evitarle un mal mayor”¹⁷⁰. Esto dependerá siempre de los beneficios que se obtengan para el paciente, ya que a veces, cuando no se le causa algún daño, está justificado mentir, y no lo está cuando decir la verdad conlleva beneficios para el paciente. Decir la verdad representa algunas veces “una forma de dignificar al otro, de respetar su autonomía”¹⁷¹.

Además, la veracidad se relaciona con la beneficencia, en cuanto a la obligación de respetar las promesas, en este sentido, “al iniciar una relación en terapia...el paciente...entra en un contrato, ganando así un derecho a la [veracidad] en relación con su diagnóstico, pronóstico, procedimientos y demás, así como el profesional adquiere el derecho de que los pacientes...le informen con veracidad”¹⁷². La relación entre beneficencia y veracidad se manifiesta en la relación médico paciente, cuando el paciente recibe del médico una información veraz creando un ambiente de confianza en el que el tratamiento y la relación, sean fructíferos.

Dentro de la relación médico paciente, se ha considerado que, la omisión de la obligación de la veracidad puede estar justificada en tres casos:

- a. El *engaño benevolente*, el cual consiste en revelar información limitada o engañar al paciente para no violar los principios de beneficencia y no maleficencia, debido a que si se revela información al paciente se le causa

¹⁷⁰ Luna, Florencia, “Una relación en cambio”, *op. cit.*, nota 52, p. 43.

¹⁷¹ *Ibidem*, p. 44.

¹⁷² Beauchamp, Tom y Childress, James, *op. cit.*, p. 380.

ansiedad, angustia y sufrimiento, pudiendo ocasionar que se suicide, por ejemplo. Esta situación puede no estar justificada debido a que no se conocen las consecuencias reales sino supuestas de la revelación veraz de la información. Además, de que puede erosionar la confianza en los médicos por parte de los pacientes ya que aquellos los consideran incapaces para afrontar la veracidad.

- b.** El *problema de la información*, el cual consiste en que no siempre se puede conocer toda la información, aunando a que si se conociera toda, el paciente sería incapaz de comprenderla y captarla. El problema de la información, no da lugar a que los médicos omitan ser veraces, sólo se exige la veracidad de aquella parte de la información que conocen efectivamente, puesto que el conocimiento total de la verdad es un ideal.
- c.** El *rechazo de la información*, el cual consiste en que el paciente no quiere saber la información acerca de su estado de salud ni sobre los tratamientos y sus resultados. Cuando el médico acepta el rechazo a la información por parte del paciente, debe dejar en claro al paciente lo importante que es conocer dicha información y las consecuencias de no conocerla. La importancia de conocer la información que el médico transmite al paciente de manera veraz, radica en los beneficios terapéuticos que el paciente adquiriría si conociera y participara en las decisiones relativas a su vida y a su muerte. Cuando el paciente rechaza recibir información, el médico debe informar al paciente de dicha importancia, sólo así estará justificada la omisión de la información por parte del médico, esto en razón de que el derecho a recibir información veraz, no implica imponer tal información. Por ello se necesita un rechazo consciente a la información, a fin de no violar el principio de respeto a la autonomía.

Finalmente, la obligación de la veracidad también se exige cuando los médicos incurren en mala praxis en relación a sus pacientes o colegas. Por ejemplo, si un médico sabe que algún colega suyo está actuando de manera incorrecta con el paciente, violando sus derechos o no respetando su autonomía, dicho médico tiene la obligación de informar a sus superiores.

b) Intimidad

Se entiende por intimidad el “estado o condición de inaccesibilidad física o de la información” de un individuo, por parte de individuos extraños¹⁷³. El derecho a la intimidad se refiere a *controlar* las “diversas maneras de acceder al conocimiento de información” de una persona¹⁷⁴. De este modo, existen zonas de intimidad de las personas, cuyo acceso es restringido. Las zonas de intimidad son definidas por la ley o establecidas por las personas en relación al sentido de intimidad que comparten. Entre dichas zonas, se encuentran “las relaciones personales y familiares, afectivas y de filiación, las creencias y preferencias religiosas, convicciones personales, inclinaciones políticas, condiciones personales de salud, identidad y personalidad...”¹⁷⁵. En este sentido, la regla de intimidad deriva de los derechos a la libertad, a la vida y a la propiedad. La intimidad tiene un *valor instrumental* gracias al cual se logran fines como “el desarrollo personal, la creación y mantenimiento de relaciones sociales íntimas, y la expresión de la libertad individual”¹⁷⁶.

La regla de la intimidad es exigible mediante el cumplimiento del derecho a la vida privada, el cual consiste en un “derecho humano fundamental por virtud del cual se tiene la facultad de excluir o negar a las demás personas del conocimiento de ciertos aspectos de la vida de cada persona que solo a ésta le incumben”¹⁷⁷.

Cuando alguien va al médico, tiene que dejar al descubierta parte de su información personal, que no se divulga a cualquiera, salvo por estar en esa relación con el médico. En este sentido, se acepta la pérdida de una parte de la intimidad al relacionarse con otros individuos permitiendo el acceso a información privada.

¹⁷³ *Ibidem*, p. 391.

¹⁷⁴ *Ibidem*, p. 392.

¹⁷⁵ De Dienheim Barriguete, Cuauhtémoc Manuel., “El derecho a la intimidad, al honor y a la propia imagen”, en Banco de Conferencias Digitales del Instituto de Especialización Judicial del Tribunal Supremo de Justicia del Estado de Michoacán., p. 1 disponible en la página web: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/57/pr/pr28.pdf>

¹⁷⁶ Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, *Ibidem*, p. 393.

¹⁷⁷ De Dienheim Barriguete, Cuauhtémoc Manuel., *op. cit.*, *Ídem*.

La intimidad se encuentra regida por la autonomía, en el sentido de que el paciente consiente que el médico conozca parte de su información personal, que ausculte su cuerpo, analice sus fluidos y estudie sus enfermedades. De manera que, el acceso a la intimidad debe tener límites claros, con el fin de que los médicos no vayan *más allá* de lo permitido por los pacientes y violen el principio de no maleficencia. Se causa un daño al paciente, cuando por ejemplo, el médico divulga la información del paciente a otros médicos o personas ajenas.

Cuando se permite al médico acceder a la intimidad del paciente, queda garantizado el derecho a la intimidad, lo que significa que el médico no puede compartir esa información con personas ajenas al paciente, puesto que permitir que el médico conozca la información sobre el paciente, no implica que éste haya renunciado de forma completa a su intimidad.

Este derecho se reconoce a los pacientes competentes como a los incompetentes, aunque éstos no puedan ejercerlo por sí mismos, no significa que no lo tengan, y a que tanto vale la regla de no divulgar la información dada por el paciente competente como la dada por el paciente incompetente.

c) Confidencialidad

En medicina, la regla de confidencialidad, consiste en prohibir la revelación “de información obtenida en [la relación médico paciente] sin el consentimiento” de éste. En este sentido, “hay confidencialidad siempre que una persona revele información a otra, ya sea de palabra o mediante un examen y la persona a la que se revela la información promete no divulgarla a un tercero sin el permiso de la persona que se ha confiado”¹⁷⁸. Esa promesa puede ser expresa o tácita, esta última derivada de la naturaleza de la profesión.

Al ser complementarias, la regla de confidencialidad llega a confundirse con la de intimidad. Por ejemplo, si se permite que alguien conozca nuestra información y la divulgue sin nuestro consentimiento, estamos en presencia de una violación a la confidencialidad; lo mismo si se permite que alguien conozca nuestra información,

¹⁷⁸ *Ibidem*, p. 404.

y la persona a la que se la confiamos la anota, por ejemplo, en un historial médico, y una persona ajena al hospital tiene acceso a ese historial, viola nuestra intimidad.

La regla de confidencialidad se justifica mediante tres argumentos:

- a. Argumento consecuencialista.** La confianza que existe en el médico para revelar cierta información es fundamental en la relación médico paciente con respecto a los objetivos y fines de un tratamiento. Sin embargo, cuando la información que recibe el médico afecta efectiva y gravemente a terceras personas, éste tiene el deber de revelar la información a los afectados, dejando sin efectos la regla de confidencialidad. Lo anterior merma el propósito de la confidencialidad, erosionando la confianza en los médicos. No obstante, se justifica la violación a la regla de confidencialidad para proteger los derechos de terceros. Una posible solución es que, los médicos dejen en claro que la confidencialidad puede omitirse cuando exista peligro a terceros. Por ejemplo, cuando un paciente le dice a su psiquiatra que matará a su esposa, éste debe considerar si lo que le ha dicho el paciente es algo serio, algo que implique una confesión cierta y posible, deberá dar aviso a la mujer, aunque este hecho represente una ruptura en la confianza de la relación médico-paciente.
- b. Argumento derivado de la autonomía e intimidad.** Se justifica la regla de la confidencialidad en razón a la protección de los derechos de autonomía e intimidad del paciente. Si el médico logra una relación de confianza con el paciente, éste podrá revelar información al médico, recibir información de aquél, tomar decisiones informadas y comprometerse con el tratamiento.
- c. Argumentos de fidelidad.** El médico tiene la obligación de cumplir las promesas hechas al paciente, aunque no sea explícita la obligación de no divulgar la información revelada sin su consentimiento, el médico debe respetar la confidencialidad del paciente¹⁷⁹.

¹⁷⁹ Ibídem, pp. 405-408.

Cómo se vio en la última parte del primer argumento, algunas veces está justificado no obedecer la regla de la confidencialidad y revelar la información que el paciente confió al médico. En estos casos, la justificación se basa en que la información revelada por el paciente afecta de manera efectiva e inminente los intereses y derechos de terceros. Este tipo de riesgos deben ser objetivos y reales, sobre personas identificables. Además, si el médico advierte que la obligación de la confidencialidad no cubre la no revelación de la información que represente un peligro para terceros, no se estará violando la regla de confidencialidad.

d) Fidelidad

Se entiende por fidelidad la lealtad o confianza hacia otra persona¹⁸⁰. En medicina, la relación médico paciente es una relación fundada en la fidelidad, en el cumplimiento de las promesas y en la lealtad de parte del médico en los intereses del paciente.

Existen situaciones en las que la fidelidad del médico está dividida. Algunas se presentan en los siguientes casos:

- a.** Cuando existen intereses de terceros, donde el médico tiene la obligación de velar por los intereses de su paciente a pesar de entrar en conflicto con los intereses de la persona que le contrato. Por ejemplo, en los caso de los niños Testigos de Jehová, el padre, quien contrata los servicios del médico, prohíbe que a su hijo le realicen transfusiones de sangre, sin embargo, el médico tiene que velar por los intereses del niño realizando dichas transfusiones, por la fidelidad a la salud de éste y no al compromiso con el padre ;
- b.** Cuando existen intereses institucionales, del mismo modo, el médico tiene la obligación de fidelidad hacia los pacientes y no hacia la institución que le contrató para un servicio. Por ejemplo, los médicos de la prisión, en estados

¹⁸⁰ *Ibidem*, p. 414.

donde se permite la pena de muerte, deberían negarse a administrarla siempre que ésta no represente un interés para el preso;

- c. Cuando existe un conflicto entre los intereses del médico y la enfermera. Anteriormente, se consideraba a la enfermera como la mano derecha del médico, quien ejecutaba lo que aquél ordenaba. Actualmente, la enfermera puede objetar, e incluso denunciar, las decisiones del médico que contravengan los intereses del paciente; y
- d. Cuando existen conflicto de intereses, algunos médicos reciben ganancias o privilegios por parte de algunas empresas farmacéuticas o laboratorios médicos, cuando recomiendan sus productos o remiten a los pacientes a dichos laboratorios. En este caso, el médico debe separar los intereses personales de los intereses del paciente para que su conducta sea considerada moral. Un ejemplo es cuando un médico receta medicamento de patente omitiendo poner en la receta el nombre científico de la sustancia que contiene aquél medicamento, porque cierto laboratorio le paga por recetar los medicamentos¹⁸¹.

1. 5 Virtudes de los profesionales de la medicina

Durante el desarrollo de los Principios de esta teoría, se mencionó que éstos deben ser ponderados para determinar su prevalencia en cada caso. El ideal es que la ponderación se realice mediante juicios de personas virtuosas. Este requisito es la base de toda justificación llevada a cabo cuando surgen dilemas éticos en medicina. Algunas veces, es más difícil justificar la decisión de una persona con carácter inmoral, que la decisión que realiza una persona cuyo carácter es moralmente aceptado y se ha mantenido coherente en decisiones anteriores. En este sentido, el estudio de las virtudes es fundamental para la teoría ética que se presenta en este capítulo.

Las virtudes forman parte del carácter de las personas, junto con las creencias, los motivos, las convenciones y las emociones, y tienen una valoración moral en un contexto y época determinada. De este modo, las virtudes van “acompañadas de

¹⁸¹ Ibídem, p. 415-424.

una comprensión de lo que es correcto, bueno y merecedor de nuestra amabilidad”. Para Aristóteles, “la acción correcta, derivada de la virtud moral, requiere prudencia práctica (*phrónesis*)”¹⁸², es decir, el juicio práctico, que es guiado por la razón, permite entre elegir una acción y no otra.

En este apartado, analizaremos las siguientes virtudes:

a) Compasión

Esta virtud manifiesta “una actitud de atención activa al bienestar de otro con una conciencia imaginativa y una respuesta emocional de simpatía, ternura e inquietud profundas ante la desgracia y el sufrimiento de otra persona”¹⁸³. En la relación médico paciente, inspira el “sentimiento moral de cuidado” hacia éste. Actualmente, algunos autores han hecho un énfasis especial en esta virtud en relación al cuidado de los moribundos, el ejemplo más sobresaliente es el de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross, quien ha sentado las bases para el tratamiento paliativo a los pacientes terminales tanto en los *hospices* como en *Unidades de Cuidados Paliativos*¹⁸⁴.

b) Discernimiento

Esta virtud promueve “una penetración que implica un juicio y una comprensión agudos, y da como resultado una acción decisiva”¹⁸⁵. La virtud del discernimiento implica el juicio razonable a fin de distinguir los principios, las reglas y los fines a elegir en circunstancias particulares.

c) Confiabilidad

La virtud de la confianza se refiere a la “creencia convencida en la habilidad y el carácter moral de otra persona y un modo de fiarse de ésta”¹⁸⁶. Mediante esta virtud, la relación médico paciente puede estar basada en la intimidad, permitiendo

¹⁸² *Ibidem*, p. 448.

¹⁸³ *Ibidem*, p. 449.

¹⁸⁴ Cfr. Gafo, Javier *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003.

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 450.

¹⁸⁶ *Ibidem*, p. 452

los objetivos de un tratamiento siempre y cuando el paciente confíe en su médico y éste en su paciente.

d) Integridad

La integridad es una de las virtudes más importantes, puesto que compromete los valores del individuo. La integridad consiste en actuar de modo coherente con los valores, creencias y objetivos personales. El actuar coherente es un actuar a lo largo del tiempo y no en un momento determinado, ya que conlleva ser firme, fiable y fiel al carácter moral que se ha forjado¹⁸⁷. Cuando alguien renuncia a sus valores, creencias o proyectos se dice que pierde la integridad, y de algún modo ya no vuelve a ser el mismo.

¹⁸⁷ *Ibídem*, p. 454.

Capítulo 2

Medicina, pacientes y derechos.

*“Otra dosis de morfina –y perder el conocimiento-.
Le diré al médico que piense en otra cosa.
Es imposible, imposible, seguir así”.*

Leon Tolstoi, La muerte de Ivan Illich

*“No siempre está en manos del médico
poder curar al enfermo;
pues muchas veces la fuerza
del mal es superior a toda ciencia y arte”*

Ovidio

En este capítulo se revisará el tema de la medicina en relación a la muerte del paciente, la tecnología médica y los fines de la medicina que interesan a la ética médica; además se analizará el tema de los enfermos terminales y los aspectos de la relación médico-paciente. Para finalizar con el tema de los derechos que tienen reconocidos los pacientes en la legislación de salud en México.

2.1 De la medicina

La palabra medicina deriva del latín *medicina* y está compuesto por dos vocablos *mederi* «curar» e *ina* «materia de», lo que equivaldría a hablar de la *materia de curar*. La medicina se define como “el arte y la ciencia del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y la conservación de la salud”¹⁸⁸. “La medicina se percibe como un conjunto de conocimientos en constante evolución y una diversidad de prácticas clínicas”. De esta manera, la medicina “facilita un valioso conjunto de metáforas para el tratamiento de la salud y la enfermedad; estudia la integridad del cuerpo y la mente. La salud de los pacientes individuales es

¹⁸⁸ Cfr. Diccionario Médico, Dornal, citado en Allert, Gebhard, Callahan, Dan *et al*, *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas*, trad. por el A&G Translations, España, The Hastings Center, de Nueva York, Fundació Víctor Grífols I Lucas, 2004, p. 19.

fundamental para la ética y la práctica de la medicina, con lo cual se reconoce la dignidad del individuo”¹⁸⁹.

En la antigüedad, los griegos contaban el mito en el que, Atenea extrajo dos frascos de sangre de la Gorgona Medusa; el que fue extraído del lado izquierdo servía para resucitar a los muertos, y el del lado derecho era un veneno que causaba la muerte a los vivos. Ambos frascos se los dio a Asclepios, padre de la medicina e hijo del dios Apolo (a quien se atribuye la enseñanza a los médicos del arte de retrasar la muerte)¹⁹⁰. De este modo, Asclepios tenía el poder para realizar ambas cosas. La ninfa Cariclo, hija del centauro Quirón, quien instruyó a Asclepios en el arte de la medicina, se le reveló la profecía de la muerte de este Dios, y al comunicársela se quedó sin habla y fue convertida en yegua. Aquél hizo caso omiso de aquella revelación, y utilizó la poción que resucitaba a los muertos en Hipólito¹⁹¹, hijo de Teseo. Este hecho hizo enfadar a Zeus, quien lo fulminó con un rayo. Algunos cuentan que de las cenizas de Asclepios se formó una serpiente, cuyas extremidades representan los dos poderes que tenía aquél dios, y recordaban los frascos de sangre extraídos de Medusa. En la Grecia antigua, “los templos de Asclepio estaban situados en las afueras de las urbes, en lo alto de las colinas, en medio de arboledas y cerca de algún manantial de agua cristalina. Tras cruzar el umbral del templo, el enfermo se sometía a ayunos y abluciones, se vestía de blanco y ofrecía al dios un sacrificio propiciatorio”¹⁹², por lo general un gallo. Este mito, al igual que muchos mitos griegos, es una interpretación de la

¹⁸⁹ *Ibidem*, p. 21.

¹⁹⁰ En la línea 45 del Himno a Apolo, Calímaco sostiene que “Febo es quien ha enseñado a los médicos el arte de retrasar la muerte”, en Mercedes Morillas (et. al) “Apolo” en *Morillas, Mercedes et. al, Los dioses del Olimpo, Madrid, Alianza, 1998*, pp. 32-46. Puede consultarse la versión en internet de los Himnos en:

<http://historiantigua.cl/wp-content/uploads/2011/07/54863288-Calimaco-Himnos-Epigramas-Y-Fragmentos-Ed-Bilingue.pdf>

¹⁹¹ La mitología está llena de personajes que vuelven del mundo de los muertos, algunos ejemplos son: Sísifo, Eurídice, aunque se frustra su resurrección a causa de la desconfianza de Orfeo, Pélope, hijo de Tántalo, entre otros. Para los griegos, los Dioses escapaban de la muerte, no así del destino, representado por las Moiras.

¹⁹² Szczeklik, Andrzej, *Catarsis: sobre el poder curativo de la naturaleza y del arte*, trad. de J. Slawomirski y A. Rubió, Barcelona, Acantilado, 2010, p. 57. Este mismo autor, refiere que “los griegos llamaban a estas ceremonias *katharmós*”. En las que pretendían purificar al enfermo de sus culpas y reconciliarlo con el dios. Después, “en el silencio y la penumbra del templo por cuyos rincones reptaban serpientes domesticadas, el enfermo se entregaba a un sueño profundo”. pp. 57-58. Al librarse de la enfermedad, ocurría la *Katharsis*.

realidad. La medicina, y en particular los médicos, tienen el poder de dar y quitar la vida.

Actualmente, esta última facultad está proscrita *prima facie*, es decir, asistir a la muerte puede estar justificado en algunos casos. Sin embargo, cómo se verá con mayor detalle al inicio del Capítulo cinco, asistir la muerte, aun con consentimiento del paciente, es un delito. Al médico que acepta la petición del paciente de suministrar una inyección letal para terminar con su vida, a causa de una enfermedad terminal, se considera como criminal de acuerdo con la legislación penal vigente. En este sentido, el Estado prohíbe atentar contra la vida humana, considerada como un bien jurídico del cual no se puede disponer en ninguna circunstancia.

Por tanto, existe una tensión entre los intereses que tiene el Estado de conservar la vida de los pacientes, los intereses del paciente de determinar el modo de su muerte, y el médico, quien se encuentra en una encrucijada a causa del conflicto de intereses que presentan los primeros dos, por lo que, en ocasiones se suma al interés del Estado, y en otras al del paciente. Por ejemplo: Si un médico, conociendo al paciente terminal y entendiendo las consecuencias de la enfermedad que padece, opta por atender su petición de eutanasia, el Estado lo considera, como ya se dijo, un criminal. En caso contrario, cuando el médico se niega a atender la petición del paciente, por considerarla contraria a la medicina o por objetar en conciencia¹⁹³, el Estado no realiza ninguna acción contra él, y el paciente ve obstaculizada su decisión de morir.

En relación a lo anterior, se aprecia que “la medicina y el derecho se encuentran en la difícil situación de tener que responder a estos pacientes “si usted estuviera recibiendo algún tratamiento de soporte vital tendría derecho a interrumpir el tratamiento y podríamos dejarle morir. Pero como no es así, sólo podemos

¹⁹³ El tema de la objeción de conciencia, se estudia con mayor detalle en el Capítulo cuatro.

proporcionarle cuidados paliativos hasta que fallezca de muerte natural, por muy doloroso, indigno y costoso que resulte”.¹⁹⁴

En ambos casos hay consecuencias para distintas partes. En el primer ejemplo, el médico respeta los principios de respeto a la autonomía, no maleficencia y beneficencia vistos en el capítulo anterior, además de que respeta su deber ante el paciente de que éste no sufra a causa de su padecimiento, al aceptar aplicar la eutanasia al paciente, actuando moralmente; no obstante, su actuar ante la ley es ilícito, por lo que se considera homicida; en el segundo, el médico rechaza aplicar la eutanasia por temor a ser juzgado por homicidio, porque busca respetar el deber de no matar al paciente, por convicciones personales o por considerar la práctica de la eutanasia contraria a los fines de la medicina, causando un daño al paciente al incumplir los principios mencionados. En este caso actúa lícitamente, pero de manera inmoral.

Una posible solución ante este dilema, no es otorgar mayor peso al aspecto moral o al jurídico, sino en desentrañar por qué ambos aspectos no están en armonía. Como primer argumento, se tiene que el Código Penal data de inicios del siglo pasado, cuando ni la eutanasia activa voluntaria ni el suicidio asistido tenían la importancia que tienen ahora. Lo anterior es consecuencia de un segundo argumento, que radica en la crítica al progreso de la tecnología aplicada a la medicina. Hoy en día, un hombre inconsciente puede vivir conectado a un aparato respiratorio y alimentado de manera artificial por tiempo indefinido. Un tercer argumento que podría esgrimirse es que, la concepción absoluta de la indisponibilidad de la vida es, como todas las obligaciones y derechos, *prima facie*, en este sentido, cuando el bien jurídico tutelado llamado vida, entra en conflicto con el bien jurídico tutelado llamado libertad, se tienen que dar razones y evaluar las circunstancias particulares, para determinar cuál tiene, en ese caso, primacía sobre el otro. Finalmente, hay que recordar que, en una sociedad como la nuestra, al Estado no le corresponde establecer obligaciones absolutas, sino velar el

¹⁹⁴ Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Principios de ética biomédica*, 4ta. ed., trad. de Teresa Gracia, Javier Judez y Lydia Feito, España, Editorial Masson, 1999, pp. 214-215.

cumplimiento de los derechos fundamentales de los individuos. Por tanto, cuando un individuo elige el modo en que quiere morir, el Estado debe respetar dicha elección, en razón de que se reconoce el derecho a la libertad. Y si el individuo no causa ningún perjuicio a terceros con su elección, es libre de determinar su propia muerte.

Volviendo a los ejemplos que se mencionaron al inicio, cuando el paciente terminal determina que la muerte es preferible a la vida, su elección debe ser respetada, pues de lo contrario se le impone el sacrificio de seguir viviendo contra su voluntad.

2.1.1 De vida y muerte

La vida humana, implica “todo lo que un ser humano es, experimenta y hace: sus estados y procesos biológicos y psiconeuronales, sus actividades, sus logros o fracasos, sus relaciones con otros semejantes”¹⁹⁵, etc. Por tanto, se deben tener en cuenta las características de una vida. Si se aceptara una noción biológica de la vida, podríamos aceptar una noción biológica de la muerte, es decir, tomar elementos naturales para definir la vida y la muerte. Sin embargo, esta concepción carecería de otros elementos que componen la vida y que acompañan a la muerte. No tomar en cuenta el carácter biográfico o psicosocial de la vida es hablar de entes mutilados y aislados de todas las condiciones sociales, emocionales y afectivas que tienen las personas. Como sugería Paul-Louis Landsberg, “la experiencia que tiene el hombre de la necesidad de su muerte no tiene nada en común con la hipótesis de una muerte natural del organismo”¹⁹⁶.

Un paciente terminal, cuya vida es en primera instancia un beneficio, puede considerar que deja de serlo conforme avanza la enfermedad; la calidad de la vida pierde las condiciones objetivas y subjetivas que el propio paciente consideraba. En este caso, el paciente puede elegir por terminar con su vida siempre y cuando,

¹⁹⁵ Ferrater Mora, John, y, Cohn, Priscilla, “Eutanasia”, en *Ética aplicada del aborto a la violencia*, 2da. ed., Madrid, Alianza Editorial, 1991, p. 104

¹⁹⁶ Landsberg, Paul-Louis, *Ensayo sobre la experiencia de la muerte*, trad. de Alejandro del Río Hermann, España, Caparrós Editores, Instituto Emmanuel Mounier, 1995, pp. 26-27.

ésta no represente un bien. No debería obligársele a seguir viviendo, cuando su vida no tiene siquiera una mínima calidad para él. Como sostiene Philippa Foot, “no es el simple hecho de estar vivo lo que puede determinar, o constituir por sí mismo, un bien, sino más bien que la vida alcance cierto nivel de normalidad”.¹⁹⁷ Este nivel de normalidad es el que justificaría la decisión del paciente para disponer libremente de su vida.

En el libro *La muerte de Iván Illich*, Lev Tolstói, presenta algunos de los síntomas y angustias más claras que tiene un paciente terminal, en este caso con cáncer abdominal. El retrato que hace Tolstói refleja la soledad en que el paciente va muriendo día a día, la incomprensión e indiferencia de la familia y el apoyo que recibe de su sirviente Gerasim, quien lo cuidaba con cierto esmero y sin esperar algo a cambio, salvo que alguien hiciera lo mismo por él cuando estuviera muriendo. Saliendo del médico después de saber que su vida pronto terminará el paciente empieza a experimentar cambios, todo cambiar, todo se vuelve ajeno, triste: “tristes eran los coches de punto, tristes las casas, tristes los transeúntes, tristes las tiendas. El malestar que sentía, ese malestar sordo que no cesaba un momento, le parecía haber cobrado un nuevo y más grave significado a consecuencia de las oscuras palabras del médico. Iván Illich los observaba con una nueva y opresiva atención”¹⁹⁸.

A partir de ese instante, la vida del paciente es otra, “cambiante todo sin tregua, cayendo imparable de una apariencia en otra; víctima de una apariencia siempre distinta a la que tuvo hace menos de un instante, sujeto al tiempo, presa de un espacio que no posee, hierve y se revuelve el mundo que contempla”¹⁹⁹, es la angustia de un dolor latente, la recuperación inalcanzable, las carencias económicas, espirituales, la falta de compañía y el trato burocrático con el hospital. También se vuelve “la imposibilidad de regresar, la llegada de una nueva

¹⁹⁷ Foot, Philippa, “Eutanasia”, en *Las virtudes y los vicios y otros ensayos de filosofía moral*, trad. de Claudia Martínez, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, 1994, p. 60.

¹⁹⁸ Tolstói, Lev *La muerte de ivan illich*, trad. de Juan López-Morillas, España, Alianza Editorial, 2005, p. 46.

¹⁹⁹ Bonifaz Nuño, Rubén, Introducción: Interpretación, en Ovidio Nasón, Plubio, *Metamorfosis*, L. I-VII, 2da. ed., México, UNAM, 2008, p. VII.

e inentendible vida..., aceptar que los diálogos nunca volverán a ser iguales, el dolor ante la cruda realidad, la frustración ante las evidencias, el conflicto por desear la muerte pero no atraerla con la fuerza suficiente a pesar de no hacer nada para prolongar la vida..., el huero por no haber dicho todo lo que debió haberse dicho, la frustración por los planes incumplidos..., la certeza del dolor, y, un largo etcétera que se escribe conforme el presente revive el pasado y cuando se entiende que el hoy habla del mañana”²⁰⁰.

La angustia de la muerte, de ver agotadas aquellas posibilidades que algún día estuvieron en potencia, es propia de los seres humanos. El ser humano, es el único que tiene consciencia de que va a morir, “lo que llamamos la muerte es antes que nada la conciencia que tenemos de ella. Percibimos el paso que hay de estar vivos a ser un cadáver; es decir, ser ese objeto angustiante que para el hombre es el cadáver de otro hombre”²⁰¹. Como señala Voltaire, “la especie humana sabe que ha de morir, y lo sabe sólo por la experiencia”²⁰². Del mismo modo, señala Leticia Flores Farfán que “morir no es un acontecer intrascendente para la condición humana en tanto que ha quedado inscrita en ella desde su aparición en el mundo de la consciencia de su finitud y vulnerabilidad”²⁰³.

Para algunos, esta idea causa temor y angustia, para otros, es una liberación. Por tanto, la consciencia de la muerte se alimenta a través de la muerte de los otros y por el hecho de que aquella termina con las posibilidades de todo ser humano. En este sentido, se considera a la muerte como algo contrario a un beneficio. Razón por la cual, se tiende a evitar o prolongar su llegada. No obstante, “ante la crisis de la enfermedad, por la cual va a sobrevenir la muerte. Sabemos que la persona amada, como tal, aun existe; que solamente se esconde tras este proceso. A menudo también puede reaparecer una vez más; por ejemplo, en las últimas palabras del moribundo. Pero el hecho predominante es éste: un cuerpo vivo

²⁰⁰ Kraus, Arnoldo, *Morir antes de morir. El tiempo del Alzheimer*, México, Taurus, 2007, p. 123.

²⁰¹ Bataille, Georges, *El erotismo*, 4ta. ed., trad. de Antoni Vicens y Marie Paule Sarazin, España, Tusquets Editores, 2005, p. 50.

²⁰² Voltaire, *Dictionnaire Philosophique*, t. IV. En Landsberg, Paul-Louis, *op. cit.*, nota 187, p. 21

²⁰³ Flores farfán, Leticia y Constante, Alberto (coords.) *Miradas sobre la muerte. Aproximaciones filosóficas desde la literatura, la filosofía y el psicoanálisis*, México, Itaca-Facultad de Filosofía y Letras-UNAM, 2008, p. 9

sufre; el nuestro simpatiza carnalmente con ese camarada torturado”²⁰⁴. El progreso de la tecnología, como se verá en el siguiente apartado, ha transformado el proceso de la muerte.

De lo anterior se presume que los seres humanos no desean la muerte, puesto que prefieren la vida. Esta idea ha existido desde los orígenes de la civilización, con la prohibición de la muerte. El principio *non occides* encerraba la prohibición de dar muerte a los seres humanos, no sólo por ser considerado una afrenta contra Dios, sino por ser considerado un acto violento y terrible, ya que “la muerte era un signo de violencia, de violencia que se introducía en un mundo que podía ser arruinado por ella. Aún inmóvil, el muerto formaba parte de la violencia que había caído sobre él”²⁰⁵.

Consecuentemente, “la muerte es algo mirado con miedo por la mayoría de los hombres; 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”²⁰⁶. Las doctrinas morales condenan el homicidio, por ser contrario a la ley universal, por no maximizar el beneficio para la sociedad, o por ser contrario a las virtudes, etc. Para el utilitarismo de preferencia, “matar a una persona normalmente constituye, por tanto, violar no sólo una, sino una amplia gama de las preferencias más importantes que pueda tener un ser...Matar a una persona que quiere seguir viviendo es..., injusto, siendo las demás circunstancias iguales”²⁰⁷.

La prohibición de matar está justificada con el derecho a la vida. Pero este derecho, como se ha dicho, no es un derecho absoluto, sino *prima facie*. ¿Qué pasa cuando la vida no representa un beneficio para quien la vive?, ¿puede esta persona consentir su muerte?, ¿se tiene la obligación de vivir cuando la vida ya no es considerada un bien para su titular?, ¿son la tecnología médica aplicada a la medicina y los valores del médico un obstáculo para las decisiones libres de los

²⁰⁴ Landsberg, Paul-Louis, *op. cit.*, nota 195 pp. 34-35.

²⁰⁵ Bataille, Georges, *op. cit.*, nota 200, p. 50

²⁰⁶ Basso, Domingo M., *Nacer y morir con dignidad. Estudios de bioética contemporánea*, Argentina, Lexis Nexis, 2005, p. 320.

²⁰⁷ Singer, Peter, *Ética práctica*, 2da. ed., trad. de Rafael Herrera Bonet, Gran Bretaña, Cambridge University Press, 1984, p. 118.

pacientes?, ¿es la vida un derecho o una obligación? El objeto de esta investigación es contestar estas interrogantes a lo largo de estos capítulos.

2.1.2 De los avances de la tecnología médica

El progreso científico y tecnológico ha beneficiado distintas áreas del conocimiento humano, entre las cuales se encuentra la medicina. Estos beneficios se ven reflejados en los innovados medios de soporte vital utilizados, la mayoría de las veces, para prolongar la vida de los pacientes en las Unidades de Terapia Intensiva o para mantener de manera interminable la vida de pacientes inconscientes o terminales.

Por medio del empleo de los distintos medios de soporte vital, algunos pacientes se sienten reconfortados por el hecho de poder utilizarlos y encontrar alivio a sus malestares y dolencias. En estos casos, los pacientes y sus familias están agradecidos cuando el médico les salva la vida mediante el uso de técnicas terapéuticas, devolviéndoles el consuelo y la esperanza; los médicos se sienten orgullosos de saber emplear y servirse de la tecnología para prolongar la vida de sus pacientes, aspecto que los aleja del fracaso que presentaba la muerte del paciente cuando no se contaba con dicha tecnología.

En contraste, para otros el uso de la tecnología médica es un obstáculo para poder ejercer su libertad, debido a que les obliga a sacrificar sus intereses a costos físicos y psicológicos muy altos acompañados de sufrimiento y de dolor. La prolongación indefinida de la vida de estos pacientes es causada por “la incapacidad hasta ahora demostrada...para encontrar remedio a la inmensa mayoría de las enfermedades crónicas, [lo que] significa que la medicina se ha visto forzada a recurrir a tecnologías intermedias de altísimo coste. El pulmón artificial y la insulina...la azidotimidina y otros fármacos empleados en el tratamiento de sida, muchas formas de cirugía cardíaca y la diálisis renal”²⁰⁸. Algunos de estos tratamientos o instrumentos médicos tienen dos inconvenientes

²⁰⁸ Allert, Gebhard, Callahan, Dan *et al*, *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas*, trad. por el A&G Translations, España, The Hastings Center, de Nueva York, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2004, p. 21

para los pacientes: son caros y son escasos. Esto genera desigualdad en los servicios públicos y privados de salud. En los servicios de salud pública, la escasez es un rasgo común, originado por la falta de recursos y la enorme cantidad de pacientes; mientras que en el servicio privado, se da el inconveniente de que sólo pueden acceder a ellos los que pueden pagar, abriéndose la brecha entre ricos y pobres.

Esto demuestra, que “a veces algunos progresos comportan también una cara negativa, y algunas ganancias sólo pueden obtenerse a expensas de una cierta calidad de vida”²⁰⁹. Mantienen con vida a los pacientes por días, semanas o años, en condiciones que menguan dicha calidad, permaneciendo las personas “entubadas, desfiguradas por operaciones experimentales, que sufren o que están sedadas casi hasta la inconsciencia, conectadas a docenas de máquinas que suplen gran parte de sus funciones vitales, exploradas por docenas de médicos a los que ellas no podrían reconocer y para quienes, más que pacientes, son casi campos de batalla”²¹⁰.

Anteriormente, los médicos se rehusaban a retirar los tratamientos de soporte vital una vez iniciado el tratamiento, por el temor de cometer un asesinato, puesto que la retirada del respirador artificial, por ejemplo, provocaba la muerte del paciente²¹¹. Este hecho trajo como consecuencia, el temor de los pacientes a que se prolongue su vida mediante los instrumentos de soporte médico que sustituyen las funciones vitales de manera indefinida. Para los pacientes, “morir «artificialmente» parece más inquietante que morir «naturalmente» [o voluntariamente], ya que un control exterior sustituye al azar de lo imprevisto”²¹²,

²⁰⁹ Baudouin, Jean-Louis y Blondeau, Danielle, *La ética ante la muerte y el derecho*, trad. de David Chiner, Barcelona, Herder, 1995, p. 13.

²¹⁰ Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998, p. 234.

²¹¹ Dos casos que dieron lugar a una gran cantidad de acalorados debates en Estados Unidos, respecto al retiro de los medios de soporte vital, fueron el de Karen Ann Quinlan y el de Nancy Cruzan, que se verán en el siguiente capítulo. En el caso de Karen Ann Quinlan, el hecho de retirar el respirador artificial no trajo aparejada la muerte, sino que ésta ocurrió algunos años después.

²¹² Baudouin, Jean-Louis y Blondeau, Danielle, op. cit, nota 208, p. 22.

corriendo el riesgo de que un *artificio técnico* no permita que el proceso de morir concluya.

En la actualidad, este temor sigue vigente pero en menor grado, ya que en algunos países se ha reconocido el derecho de los pacientes a solicitar el retiro de los medios de soporte vital, así como de los tratamientos, cuando sean fútiles. Por tal motivo, “el poder de la tecnología médica -según Dworkin-, ha incrementado claramente el interés de la gente a cerca de la forma de controlar el momento y la forma de la propia muerte²¹³. El derecho a interrumpir el tratamiento, es el medio de defensa que tiene el paciente contra el desenfrenado uso de la tecnología aplicada a la medicina.

Para algunos autores, el progreso de la tecnología y la ciencia, han traído una consecuencia aún más grave: *la deshumanización de la muerte*. Si bien, el uso de la tecnología en medicina ha dado lugar a avances significativos, por un lado, y a retrasar la muerte de los pacientes que hace cincuenta años morían prematuramente, por el otro, esta misma tecnología ha provocado un profundo cambio en el significado y sentido de la muerte, debido a que “morir hoy en día..., suele ser morir inconscientemente, entubado, sedado, bajo perfusión, anestesiado, solo, en el hospital y alejado de todo lo que antes constituía la vida. La tecnificación ha dejado su huella indeleble sobre el rostro de la muerte”²¹⁴.

Sin embargo, la culpa no es sólo del progreso tecnológico, ya que éste no es bueno ni malo, aunque puede emplearse en ambos sentidos. Por tanto, se admite que “las principales dificultades no provienen de la ciencia o de la tecnología en sí mismas, sino más bien de la pérdida de sentido de la persona”²¹⁵, de la sociedad que “ha perdido al mismo tiempo el sentido profundo de la muerte, es decir, la convicción de lo importante que es integrarla en la vida y la realidad”²¹⁶.

²¹³ Dworkin, Ronald, *Op. cit.*, nota 209, p. 239.

²¹⁴ Baudouin, Jean-Louis, y, Blondeau, Danielle, *op. cit.*, pp. 24-25.

²¹⁵ *Ibidem*, p. 43

²¹⁶ *Ibidem*, p. 117.

Esta expulsión de la muerte del terreno de la vida, es lo que la ha convertido en un tabú, “donde el carácter *pornográfico* de la muerte aparece como el resultado último de una evolución del proceso de morir que ha ido despojando gradualmente al mismo de toda ritualización, de toda ceremonia, de todo significado, hasta llegar a convertirlo en algo terrible de lo que sólo puede hablarse a través de eufemismo y a lo que no cabe en ningún caso mirar a la cara directamente”²¹⁷.

Consecuentemente, convertir la muerte en un tema prohibido aislándola del mundo de los vivos, repercute la relación de éstos con los moribundos, puesto que “la muerte aparece no sólo como un fracaso individual sino también como un fracaso colectivo”. Dando lugar a que ya no se muera en casa, sino en la soledad de un hospital²¹⁸. Como dice F.S. Fitzgerald, “allá por 1860, todavía se consideraba apropiado (o correcto) nacer en casa”²¹⁹. Actualmente, el nacimiento y la muerte han sido despojadas de su atmósfera íntima del hogar, para ser suplantadas por el nacimiento y la muerte dentro del hospital, el cual “suele ser transformado en un lugar para morir, en el que la fealdad de la muerte, más tolerable por la asepsia simbólica del lugar, no se infiltra en el ámbito de la vida y no altera la comodidad de los vivos”²²⁰.

Además, se transforma el papel de la familia en relación con el paciente terminal, ya que “anteriormente, eran los encargados íntimos de proporcionar los cuidados físicos y la compañía espiritual de un ser querido que se estaba muriendo. Hoy en

²¹⁷ Gorer, Geoffrey, *The pornography of Death*, en *Death, Grief and Mourning in contemporary Britain*, en Méndez Baiges, Víctor, *Sobre morir: eutanasias, derechos, razones*, Madrid, Trotta, 2002, p. 30

²¹⁸ Este es el testimonio del familiar de un paciente, en una encuesta realizada en España: “Yo quería que muriera en casa. Un familiar pensaba que era mejor, por si pasaba algo, que estuviera en un hospital. Y al final, menos mal... no sé... murió en casa, estábamos todos, y en el hospital igual le pilla sola o le pilla con una enfermera y es más frío”. Cfr. Díez Ripollés, José Luis, Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (eds.) *La atención a los enfermos terminales. Una investigación multidisciplinar*, España, Tirant lo Blanch libros. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología, 2000, p. 53.

²¹⁹ Fitzgerald, Francis Scott., “El curioso caso de Benjamín Button”, en *Los mejores cuentos*, trad. de Vicente Campos y Gemma Mart, Barcelona, Navona, 2009.

²²⁰ Baudouin, Jean-Louis, y, Blondeau, Danielle, *Op. cit.*, p. 47

día, unos profesionales extraños...les sustituyen para llevar a cabo esa primera función”²²¹. El escritor y médico mexicano, Arnoldo Kraus retrata esta situación,

tocar y palpar son maniobras médicas, pero, primero, son rincones humanos, sensaciones vitales. Nacemos tomados por otras manos, recargados en el vientre materno. Fallecemos amortajados por las últimas manos. Los tiempos sin tiempo, los «tiempos tecnología» han opacado e incluso desaparecido esos renglones. Se tiente menos, se palpa menos, se penetras menos en el otro. Tocar y ser tocado es vital. A los moribundos..., no se les toca ni se les habla por temor, cuando paradójicamente, lo que más requieren es percibir el calor y la presencia de los vivos... Tocar debería ser un ejercicio del alma, del deseo²²².

En resumen, los conflictos aparejados a los avances tecnológicos y científicos aplicados a la medicina, la pérdida de sentido y significado de la muerte en la sociedad, han dado lugar los siguientes problemas: el alto costo que representa la obstinación médica para el paciente, su familia y, en algunos casos para el Estado; generándose desigualdades entre pacientes pobres y ricos, y entre los pobres que asisten a los hospitales públicos donde los recursos son escasos; La entubación del paciente, la alimentación intravenosa y demás tratamientos que prolongan el sufrimiento del paciente hacen que la muerte se vuelva artificial; esto conlleva a la deshumanización de la muerte; además de convertirla en un tema tabú; lo que trae como consecuencia, el aislamiento de los pacientes, la muerte en la soledad del hospital y el abandono de los moribundos. Estos dilemas han hecho que algunos autores se pregunten a cerca de los fines de la medicina.

2.1.3 Los fines de la medicina

Cuando se habla de los fines de la medicina se tiene la impresión de que éstos son comunes a todos y están ampliamente reconocidos. Esta situación sugiere que dichos fines están establecidos de forma indiscutible. Sin embargo, en el momento en que aparece un dilema ético causado, casi siempre por el avance de la tecnología aplicado a la medicina, dichos fines no son suficientes para ofrecer

²²¹ Milles, Steven, “Prolongar la vida y la muerte, Muerte personal y muerte médica”, en Thomasma, David, y, Kushner, Thomasine (eds.), *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, trad. de Rafael Herrera Bonet, España, Cambridge University Press, 1999, p.183.

²²² Kraus, Arnoldo, *op. cit.*, nota 199., p. 67.

soluciones. En el caso que nos compete, los fines de la medicina manifiestan cierta ambigüedad que provoca que sean especificados con el propósito de dar respuesta a los posibles dilemas éticos, como la eutanasia, por ejemplo.

No debe olvidarse que, los conocimientos y objetivos de la medicina son el “reflejo de la época y la sociedad de las cuales formen parte, al servicio de los fines que la sociedad considere oportunos y sujetos a las mismas restricciones que las demás instituciones sociales”²²³. En este sentido, los fines de la medicina tendrán que ajustarse a las costumbres de una sociedad y el contenido del derecho. En este análisis se verá que la normatividad en materia de salud, admite de algún modo la posibilidad de no iniciar o suspender un tratamiento. Si bien, esta posibilidad se homologa con la *eutanasia pasiva voluntaria*, se crítica al sistema normativo por su incoherencia al aceptar el no inicio y la suspensión de un tratamiento, y negar la posibilidad de acabar con una vida humana mediante el suministro de una sustancia letal. Siempre que concurren las condiciones establecidas, se considerará que, dentro de los fines de la medicina, en una sociedad como la nuestra que privilegia los derechos del individuo sobre los de la sociedad, la eutanasia activa voluntaria es justificable, pues se apela a la responsabilidad individual y no a la coerción estatal.

Los dilemas que surgen en la práctica de la medicina, a los que intenta dar respuesta la ética médica, han hecho evidente que considerar como único fin de la medicina a la salud, sea un hecho cuestionable. Puesto que, esta finalidad queda superada una vez que se acepta el carácter inminente de la muerte y el médico admite los límites de su conocimiento y posibilidades. “La medicina es una actividad compleja que ha perseguido históricamente una *pluralidad de fines*. Entre ellos, al lado del de curar, también están, y han estado siempre, el de prevenir las enfermedades, el de aliviar el sufrimiento, el de cuidar a los que tienen que morir, entre otros. El éxito de la medicina tecnológica del siglo XX pareció haber llevado a olvidar en algún momento esa pluralidad de fines para concentrarse únicamente en el objetivo de la curación de la enfermedad. Pero eso

²²³ Allert, Gebhard, Callahan, Dan, et al, *op. cit.*, nota 207, p. 32

no es el descubrimiento de ninguna esencia última de la misma sino, precisamente, la raíz de algunos de sus problemas actuales”²²⁴.

En este apartado, se exponen tres propuestas sobre los fines de la medicina, que han dado diversos autores.

2.1.3.1 La salud como fin fundamental de la medicina.

Para algunos autores, entre ellos el bioeticista norteamericano, Leon R. Kass, la medicina al ser “inherentemente ética”, tiene sólo un fin: la salud ²²⁵. Posteriormente, considera que al ser la salud un “bien perecedero”, el siguiente objetivo del médico es cuidar, “aliviar y mejorar las vidas de los que están muriendo” ²²⁶. No obstante, estas finalidades trazadas por Kass, tienen la desventaja de ser imprecisas. Si bien es cierto, la finalidad de la salud aparentemente cubre los servicios de asistencia sanitaria, resulta errónea. Qué pasaría, como hace notar Gerald Dworkin, con una mujer embarazada que busca que un médico la ayude para dar a luz, este hecho no representa una pérdida de salud, por tanto, el médico “no cura ninguna enfermedad, preserva ninguna función ni devuelve la integridad”²²⁷.

No obstante, Kass especifica el objetivo de la medicina propuesto por él, sosteniendo que, “el médico debe servir al gran bien universal de la salud al mismo tiempo que también debe...responder ante la enfermedad... [y] ante su significado para cada individuo, el cual [a causa] de sus síntomas, puede estar preocupado por la debilidad y la vulnerabilidad, la necesidad y la dependencia, la falta de autoestima y la fragilidad de todo lo que le importa”²²⁸. Evidentemente, el paternalismo extremo que propone Kass, ignora el principio de respeto a la

²²⁴ Méndez Baiges, Víctor, *Sobre morir: eutanasias, derechos, razones*, Madrid, Trotta, 2002, p. 80

²²⁵ Kass, Leon, “No daré ninguna droga letal. Por qué los médicos no deben matar”. Artículo presentado en la ponencia sobre Ética y Filosofía del Colegio Americano de Médicos, que se llevó a cabo el 23 de octubre de 1991 en Chicago, Illinois. Cf. Thomasma, David, y, Kushner, Thomasine (eds.), *op. cit.*, nota 220, p. 255.

²²⁶ *Ibidem*, p. 265.

²²⁷ Dworkin, Gerald, “La naturaleza de la medicina”, en Dworkin, Gerald, Frey, R.G y Bok, Sissela (coords.) *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, trad. de Carmen Francí Ventosa, España, Cambridge University Press, 2000, p. 36.

²²⁸ Kass, Leon, *op. cit.*, p. 256.

autonomía del paciente, al exponer a éste como un ente frágil que necesita de la omnisciencia del médico en todo momento.

Kass determina el fin de la medicina en razón de su postura contra la eutanasia. Para él, los médicos no deben, bajo ninguna circunstancia, matar. Crítica los argumentos a favor de la eutanasia dividiéndolos en dos grupos: los que se basan en la autonomía y los que se basan en condiciones objetivas de la calidad de la vida. A reserva de exponer este tema en el último capítulo de esta tesis, sólo se atenderá al fundamento que utiliza este autor para postular la salud como único fin de la medicina, esto es, al Corpus Hippocraticum.

Hipócrates, padre de la medicina, descendiente de Asclepios según la tradición griega, estableció tres principios fundamentales: “no abusar de la confidencialidad”, “no mantener relaciones sexuales con los pacientes” y “no administrar drogas letales”²²⁹. De aquí surge la idea de que los médicos no *pueden* ni *deben matar*. Si no pueden hacer lo anterior, entonces, la finalidad de los médicos es curar, proporcionar salud. Sin embargo, esta conclusión es inadecuada. En primer lugar, porque impone el sacrificio a los pacientes terminales de que su existencia, llena de sufrimiento y dolor, se prolongue indefinidamente, y en segundo lugar, porque se basa en un código ético de hace casi dos mil años, cuyo valor es “más histórico que actual”, lleno de “muy nobles sentimientos, pero nada más”²³⁰.

Por lo tanto, determinar que la salud es el único fin de la medicina basándose en el Juramento Hipocrático, sólo para rechazar argumentos que respaldan la eutanasia activa voluntaria, es un argumento incompleto y cuestionable, ya que no cubre los servicios de la asistencia sanitaria, como la prevención y la promoción de la salud, por ejemplo; además de estar influido por la ideología conservadora del autor.

²²⁹ *Ibidem*, p. 262.

²³⁰ Pérez Tamayo, Ruy, “El médico ante la muerte”, en *Eutanasia: hacia una muerte digna*, México, Colegio de Bioética-Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2009, p. 19

2.1.3.2 Los tres fines u objetivos de la medicina, de Ruy Pérez Tamayo.

Para el eminente médico mexicano, Ruy Pérez Tamayo, son tres los fines de la medicina: “1) preservar la salud; 2) curar, o aliviar cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente; y 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias”. Con base en estos dos últimos, se puede argumentar a favor de la eutanasia activa voluntaria. El segundo garantiza el alivio del dolor y el acompañamiento del moribundo; en cuanto que el tercero obliga a evitar las muertes innecesarias, más no las muertes que, como se dijo anteriormente, representan un beneficio al paciente.

El autor reduce sus tres fines en uno solo: “lograr que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos, y mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible”²³¹.

Los fines que determina este autor, comprenden a mayor escala los servicios de la asistencia sanitaria de cualquier sistema de salud, además de que son acordes a una ética médica laica, lo que significa, a diferencia de la propuesta anterior, que no buscan imponer una ideología basada en valores trascendentales o en tradiciones antiguas. En este sentido, justificar la eutanasia requiere una ética laica y no una ética religiosa, puesto que “para una ética secular, sin una apertura a la trascendencia, la propia libertad se convierte en el último punto de referencia, sustituyendo a Dios como horizonte final de las decisiones humanas... Desde esa comprensión de la vida y del sentido del hombre no es fácil argumentar que no se pueda disponer activa y positivamente del final de la existencia” distinta de una ética religiosa, donde “la perspectiva religiosa cristiana da una valoración distinta del hecho de la vida, de la enfermedad y de la muerte... Para una visión cristiana de la vida, el dolor y la muerte no son un absoluto sin sentido, sino un camino de participación en el misterio del Dios escondido, manifestado en Jesús”²³².

²³¹ *Ídem.*

²³² Gafo, Javier, *Diez palabras clave en bioética*, España, Verbo Divino, 1993, pp. 118-119.

La ética médica laica que propone Ruy Pérez Tamayo, es definida como una ética basada en “los principios morales y las reglas de comportamiento que controlan y regulan las acciones de los médicos cuando actúan como tales, derivados únicamente de los objetivos de la medicina, sin participación o influencia de otros elementos no relacionados con esos objetivos”²³³. Como se verá más adelante, esta propuesta será coherente con la Teoría de los Principios expuesta en el capítulo anterior.

2.1.3.3 Los cuatro fines de la medicina, del Hastings Center.

A finales de 1996, el *Hastings Center*, de Nueva York, reunió un grupo interdisciplinario para definir y especificar los fines de la medicina. El estudio estuvo dirigido por Dan Callahan, y se integró por médicos, abogados, bioéticos, filósofos, psicólogos, entre otros. Los países convocados fueron Alemania, Chile, China, Dinamarca, España, Estados Unidos, Holanda, Hungría, Indonesia, Italia, el Reino Unido, la República Checa, la República Eslovaca y Suecia.

La necesidad de cuestionar y redefinir los fines tradicionales de la medicina, es que de no hacerlo las consecuencias serían devastadoras para la ética médica²³⁴, la sociedad y los sistemas de salud, los cuales “serán económicamente insostenibles; con una tendencia a generar medicina demasiado cara, [aumentando] la brecha de desigualdad entre ricos y pobres en el acceso a la mejor medicina...; crearán confusión en el terreno clínico; sin encontrar un equilibrio adecuado entre la cura y los cuidados, entre la conquista de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida”²³⁵.

Los fines de la medicina que este grupo consideró asequibles²³⁶, son cuatro:

²³³ *Ibidem*, p. 18

²³⁴ Algunas de estas consecuencias, están enunciadas en la parte final del apartado a) de este capítulo.

²³⁵ Allert, Gebhard, Callahan, Dan et al, *op. cit.*, p. 27

²³⁶ *Ibidem*, pp. 37-47.

a) La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.

Existen tres razones para justificar este fin: en primer lugar, con *la prevención* se mantiene el estado de salud y en la mayoría de los casos se evitan enfermedades, logrando que las personas vivan en armonía en la sociedad; en segundo lugar, *los beneficios económicos* que generan la prevención y la promoción de la salud son considerables para los pacientes y para el Estado, en relación al sistema de salud pública; y en tercer lugar, la importancia de demostrar que la medicina no sólo es tratar pacientes ya enfermos y salvar vidas, sino que también le compete promover la salud de los ciudadanos para evitar que éstos enfermen.

Sin embargo, la prevención de la salud está determinada por los ingresos económicos, la educación del paciente y la ideología religiosa. Además, algunas campañas para prevenir enfermedades son consideradas violatorias del principio de respeto a la autonomía, como lo es la campaña contra el Tabaquismo o la vacunación obligatoria. Estas campañas se justifican algunas veces, mediante el principio de beneficencia.

b) El alivio del dolor y del sufrimiento causados por males.

Las personas “sufren algún tipo de dolor en el cuerpo y buscan ayuda, o tienen problemas psicológicos y desean aliviarlos; con frecuencia el dolor y el sufrimiento se sienten en conjunción. Sin embargo, el dolor y el sufrimiento” son distintos, “el dolor se refiere a una aflicción física aguda y se manifiesta de muchas formas: el dolor puede ser agudo, punzante, penetrante. El sufrimiento, en cambio, “es un fenómeno que abarca múltiples escenarios y que no se restringe al lenguaje médico o al de la enfermedad”²³⁷, se refiere a un estado de preocupación o agobio psicológico, típicamente caracterizado por sensaciones de miedo, angustia o ansiedad. Un dolor agudo y constante puede ser causa de sufrimiento, pero el dolor no siempre provoca sufrimiento”²³⁸.

²³⁷ Arnaldo Kraus, *Op. cit.*, p. 59.

²³⁸ Allert, Gebhard, Callahan, Dan et al, *Op. cit.*, p. 40.

En pacientes terminales, el alivio del dolor se da en las unidades de cuidados paliativos y control del color, sin embargo, muchas veces los médicos son reacios a prescribir drogas, como la morfina, a estos pacientes, por el temor de que se vuelvan adictos o se abrevie el tiempo que queda de vida. Además de que “en los países en vías de desarrollo tanto como en los desarrollados, existen importantes carencias en la educación sobre el alivio del dolor, en la aplicación de los conocimientos disponibles y en el respaldo médico y cultural necesario para asegurar un acceso automático a métodos paliativos aceptables”²³⁹. Aunque la legislación²⁴⁰ obligue que el personal sanitario que esté a cargo de pacientes terminales en las Unidades del Dolor, deba de estar capacitado y formado para atender a estos pacientes, en la mayoría de los casos no lo están²⁴¹. El sufrimiento también es atendido en estas unidades, aunque muchas veces la atención es precaria, por falta de recursos económicos o bien, por falta de preparación del personal sanitario en el tratamiento de los enfermos terminales ²⁴². Desafortunadamente, este último punto es común en la relación médico-paciente, debido a que “no se comprende que el temor a la mala salud, a la enfermedad y a su padecimiento puede provocar a menudo tanto sufrimiento como su existencia real”²⁴³.

c) La atención y la curación de enfermos y los cuidados a los incurables

Cuando las personas enferman van al médico para que éste les cure, les quite sus malestares y, por medio de la medicina, vuelvan a estar sanos. Lo anterior debe ir acompañado de una atención de calidad en la que el médico demuestre interés y respeto por sus pacientes.

²³⁹ *Ibidem*, p. 41

²⁴⁰ El **Artículo 166 Bis 14**, de la Ley General de Salud, prescribe lo siguiente: Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los *cuidados paliativos*, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

²⁴¹ Díez Ripollés, José Luis, Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (*eds.*) *Op. cit.*, nota 217, p. 190

²⁴² Por desgracia, la relación médico paciente se ve menguada en la práctica, ya que, el paciente se entera del diagnóstico de su enfermedad en el momento en que llega a la Unidad de Cuidados Paliativos, y no antes.

²⁴³ Allert, Gebhard, Callahan, Dan et al, *op. cit.*, p. 41.

En el caso de los enfermos crónicos e incurables, la medicina se debe ajustar a aquello que puede paliar su dolor y sufrimiento, de manera que, van de la mano el acompañamiento físico o médico y el psicológico. Ayudar al paciente a entender su enfermedad, no es otra cosa que enseñarlo a entenderse a sí mismo.

d) La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila

La medicina busca siempre luchar contra la muerte, sin embargo, aunque su lucha no es una cuestión de “todo-o-nada-“, existe la prioridad de evitar las muertes prematuras (*mors immatura*). De manera que, “el deber principal de la medicina y de los sistemas de asistencia sanitaria, será, en términos generales, ayudar a los jóvenes a llegar a viejos y, una vez logrado esto, ayudar a los ancianos a vivir el resto de sus vidas cómoda y dignamente”²⁴⁴.

Los autores consideraron establecer cuatro *finis erróneos*²⁴⁵, que implican una prohibición para los médicos. Los fines de la medicina presentados en esta propuesta, son muy similares a los de la anterior, sólo que aquí están expuestos de manera completa. Lo fundamental de esta última propuesta es que fue formulada por un grupo interdisciplinario y pluralista, lo que le imprime un valor

²⁴⁴ *Ibidem*, p. 45.

²⁴⁵ *Ibidem*, p. 48. Dichas finalidades son las siguientes:

a) “*Malos usos y usos inaceptables del conocimiento médico*”. Por mal uso se entiende “aquel en que el propio objetivo es moralmente condenable, o aquel que se produce en un contexto inapropiado. El uso de técnicas médicas para la tortura, por ejemplo, es una perversión clara de la medicina, que subvierte sus fines, utilizando para infligir dolor conocimientos concebidos para aliviarlo”.

b) “*Usos de la medicina aceptables bajo determinadas circunstancias*”. El hecho de que se intente mejorar la naturaleza humana, por no aceptar las condiciones genéticas, tiene límites. La medicina no está al servicio de la vanidad ni de los prejuicios, sino de la salud.

c) “*Usos de la medicina inaceptables, excepto en circunstancias muy concretas y excepcionales*”. En el caso de los médicos contratados por empresas para realizar exámenes previos a posibles candidatos a un puesto, trae consigo cuestiones como la confidencialidad que no puede dejarse a un lado por el interés del patrón. Si se omitiera la confidencialidad, la persona revisada por el médico podría ser estigmatizada, si fuera portador de alguna enfermedad o virus; y

d) “*La autonomía y el bienestar social como fines médicos*”. Para estos autores, la autonomía no es un fin fundamental para la medicina, por ser excesivamente individualista, lo mismo puede decirse del bienestar social. De modo que, la medicina no puede enfocarse ni en una ni en otra, puesto que sería abusar de ella. En este sentido, la medicina no puede dar todo por el individuo, ni servir para generar el bien común bajo una ideología que discrimine a los débiles o discapacitados.

mayor. Pues, para algunos autores, los fines de la medicina, pueden justificar la eutanasia activa voluntaria, aunque para otros no.

2.1. 4 Las actividades de atención médica en la Ley General de Salud

Finalmente, este primer apartado termina con la exposición de las actividades de atención médica en la Ley General de Salud en México. Si bien, la legislación sigue el esquema anterior de los fines de la medicina, es importante resaltar que dichos fines han sido establecidos en la Ley como derechos de los individuos derivados del derecho fundamental a la Protección de la Salud, reconocido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La ley prescribe los siguientes fines, objetivos y actividades:

- a. *Finalidades del derecho a la protección de la salud.* El derecho a la protección de la salud, contempla de manera particular las siguientes finalidades²⁴⁶:
 - El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
 - La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
 - La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
 - La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
 - El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
 - El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;
 - El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; y

²⁴⁶ Ley General de Salud, Artículo 2.

- “El tratamiento integral del dolor”²⁴⁷.
- b. *Objetivos del Sistema Nacional de Salud.* Asimismo, los objetivos²⁴⁸ del sistema nacional de salud establecidos en la Ley que son importantes para este estudio, son los siguientes:
- Proporcionar servicios de salud a toda la población y *mejorar la calidad* de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
 - *Colaborar al bienestar social de la población* mediante servicios de asistencia social; y
 - Impulsar un sistema *racional* de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
- c. *Actividades de la Atención Médica.* La *atención médica*, forma parte de los servicios de salud que contempla la Ley General de Salud²⁴⁹, y comprende “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”²⁵⁰. Entre las que se encuentran las siguientes²⁵¹:
- *Preventivas*, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
 - *Curativas*, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;
 - *De rehabilitación*, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad; y
 - *Paliativas*, que incluyen el cuidado integral para preservar la *calidad de vida* del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

²⁴⁷ *Ibídem*, Artículo 3.

²⁴⁸ *Ibídem*, Artículo 6.

²⁴⁹ *Ibídem*, Artículo 24. Los otros dos servicios son: de salud pública y de asistencia social.

²⁵⁰ *Ibídem*, Artículo 32.

²⁵¹ *Ibídem*, Artículo 33.

Estas últimas corresponden con los fines de la medicina expuestos en el apartado anterior.

2.2 Pacientes Terminales.

En este apartado, se expone el tema de la enfermedad terminal, sus elementos, y las enfermedades terminales más comunes.

La enfermedad representa la carencia de salud, la cual se ha considerado como “la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente [...] caracterizada [...] por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales”²⁵². Algunas veces, la enfermedad incapacita, lesiona, hiende volviéndose un obstáculo para continuar con las actividades cotidianas. Pero no sólo es una ausencia de salud lo que caracteriza a la *enfermedad*, sino más bien “una alteración fisiológica o mental, basada en una desviación de la norma estadística, que causa malestar o discapacidad, o bien aumenta la probabilidad de una muerte prematura”²⁵³. La enfermedad viene acompañada, casi siempre, de malestares y dolencias, es decir, de afectaciones psíquicas y físicas.

Una enfermedad se considera *terminal* cuando la alteración psicológica y mental es irreversible “progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes [...] con cierto [...] impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, y con una pronóstico de vida [de seis meses], por causa de cáncer, sida, [anemia aplásica, isquemias cerebrales, insuficiencia renal, leucemia mieloide aguda, arteriosclerosis, enfisema pulmonar, cirrosis hepática], enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes, y otras

²⁵² Allert, Gebhard, Callahan, Dan et al, *op. cit.*, p. 35

²⁵³ *Ibidem*, p. 36.

enfermedades y condiciones crónicas relacionadas con la edad avanzada”, como el Alzheimer²⁵⁴.

Los elementos de la enfermedad terminal son los siguientes:

- El estado de la enfermedad es avanzado, progresivo e incurable;
- La existencia de pocas o nulas posibilidades de una respuesta a tratamiento específico;
- Caracterizada por “numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes”;
- Causando un “gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte”; y
- Con el “pronóstico de vida inferior a seis meses”²⁵⁵.

En este sentido, un paciente terminal es “aquella persona que, como consecuencia de una lesión o enfermedad, padece, según los actuales conocimientos médicos, una afección incurable y que le ha hecho entrar de forma irreversible en el proceso que le conducirá inevitablemente en un plazo breve a la muerte”²⁵⁶.

Cabe señalar que, algunas de estas enfermedades no son fatales si se detectan a tiempo, por ello se tendrán en cuenta sólo aquellas que están en la fase terminal. El elemento de temporalidad, es cuestionable en razón de que, algunos enfermos tardan en morir más tiempo del que se señala en la definición, cuando es así, no está claro si se les puede considerar o no terminales.

En el caso particular de los pacientes con Alzheimer, surgen algunas dificultades en relación al valor de las decisiones que tomaron cuando eran capaces y las

²⁵⁴ Definición del Grupo de Estudios de Política Criminal de Andalucía. . Cfr. . Díez Ripollés, José Luis , Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (eds.), *op. cit.*, p. 19. En México, el artículo 161 Bis, fracción I, de la Ley General de Salud, considera enfermedad terminal todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses.

²⁵⁵ Sanz Ortiz, J, Gómez Batiste, X; et al, Atención a enfermos terminales. Recomendaciones de la sociedad española de cuidados paliativos, (SECPAL), Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 10. Cfr. . Díez Ripollés, José Luis, Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (eds.), *Op. cit.*, p. 20.

²⁵⁶ *Ibidem*, p. 19.

decisiones que manifiestan en los estadios intermedios y finales de esta enfermedad. El Alzheimer, “la forma más común de demencia”²⁵⁷, es una “progresiva enfermedad del cerebro denominada así por el médico y neuropatólogo alemán Alois Alzheimer, que fue el primero que la identificó y describió en 1906. Los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de esta enfermedad pierden casi toda la memoria de su vida anterior y no pueden, salvo periódica y fragmentariamente, reconocer o responder a otras personas, incluso a aquellas que constituían su círculo próximo. Algunos de los síntomas más frecuentes son la incontinencia, la falta de percepción de la realidad, alucinaciones, incapacidad para realizar tareas básicas, como caminar, comer o ducharse. Estos pacientes son “incapaces de llevar a cabo planes, proyectos o deseos, aunque sean de estructura muy simple. Expresan deseos y aspiraciones, pero éstos cambian rápidamente, y con frecuencia muestran muy poca continuidad en su conducta, incluso en períodos de días o de horas”²⁵⁸. El deterioro fisiológico que tienen estos pacientes es a causa de que las “terminales nerviosas del cerebro degeneran en una placa entretejida de materiales fibrosos”. Dicha degeneración ocurre de manera “gradual e inexorablemente y, de manera usual, conduce a la muerte –entre cuatro y doce años después de su inicio-, en un estado de inmovilidad en que el paciente está seriamente debilitado”²⁵⁹.

A pesar de que, la enfermedad es progresiva, irreversible e incurable, sin posibilidad de tratamiento, con distintos síntomas que merman la calidad de vida, y causa un gran impacto tanto en el paciente como en su familia, el elemento que pronostica el tiempo de vida de seis meses que prescriben las legislaciones como requisito para que sea considerada como enfermedad terminal, no se cumple, y cuando está por cumplirse, el paciente ya no es competente para solicitar algún tipo de asistencia en la muerte. El Alzheimer representa la muerte continua del “yo” de los pacientes, se colapsa su consciencia y su identidad. En consecuencia, “hay quienes prefieren optar por el suicidio antes de que la enfermedad les impida

²⁵⁷ Morley, John E., “Envejecimiento. Avances científicos en el envejecimiento”, en Thomasma, David C., y Kushner, Thomasine (Eds), *op. cit.*, p.153.

²⁵⁸ Dworkin, Ronald, *op. cit.*, p 285.

²⁵⁹ *Ibidem*, pp. 285-286.

decidir, antes de perder la autonomía y antes de desintegrarse²⁶⁰; este hecho parecen ignorarlo los legisladores, pues al determinar en la ley un lapso de tiempo de vida dentro de los elementos del concepto de enfermedad terminal, se está causando un daño irreversible a estos pacientes, ocasionando que tomen decisiones apresuradas como en el caso de Janet Adkins²⁶¹, o tengan cierto temor por lo que les pueda pasar una vez que hayan cruzado el umbral de su consciencia para entregarse en los oscuros pasillos de la demencia.

Tal como afirma el médico Arnoldo Kraus,

las demencias seniles nunca paran, siempre tienen hambre, siempre encuentran qué romper. Las fronteras son para los vivos, no para ellas. No perdonan, comen y corroen. Desfiguran el rostro. Destrozan. Fracturan el tejido del ser y deshilachan las costuras de la familia hasta que los hilos ceden y se quiebran. Eso les sucede a los viejos con demencia: se quiebran. Parecería que nunca hubiese tenido un esqueleto con el cual caminar y una boca con la cual hablar²⁶².

Por lo anterior, el concepto de enfermedad terminal no debería ser categórico, al establecerse un periodo determinado de tiempo, sin tomar en cuenta a pacientes con Alzheimer, quienes padecen una muerte antes de morir.

2.2.1 Relación médico-paciente

En el capítulo uno, se dijo que para que una decisión al final de la vida del paciente sea válida y respetada, el médico debe contar con el consentimiento informado del paciente; además se subrayó la transcendencia para el principio de autonomía de que la relación médico-paciente estuviera constituida sobre la base de la confianza recíproca. En el presente apartado, se expondrá la importancia de

²⁶⁰ Kraus, Arnoldo, *op. cit.*, p. 39

²⁶¹ Janet Adkins, una mujer a la que se le declaró la enfermedad de Alzheimer, en los primeros estadios de la enfermedad, y para evitar caer en estado de demencia, donde ya no fuera competente, se puso en contacto con un patólogo de Michigan, llamado Jack Kevorkian, quien ponía a disposición de los enfermos una “máquina de la muerte” con la que los pacientes podían suicidarse. Adkins fue la primera en utilizar dicha máquina. Lo que se reprocha a Kevorkian, no es el hecho de auxiliar en el suicidio a los pacientes, sino el no haber entablado una relación extendida con los enfermos, no haber realizado pruebas que corroboraran el diagnóstico y no haber ofrecido alternativas a los enfermos.

²⁶² Kraus, Arnoldo, *op. cit.*, p. 27.

la relación médico-paciente, por ser en ésta donde se materializan los principios éticos de la teoría que se ha adoptado para este trabajo, además de que en dicha relación se concretan los derechos del paciente.

La relación médico-paciente muchas veces es considerada utópica, porque exige un compromiso serio por parte de sus dos integrantes. Esta relación ha sido criticada por ser impersonal, exigua, breve y tiránica. Algunas veces se estigmatiza el papel de los médicos, se les acusa de presunción y de aparentar ser los portadores de un conocimiento especializado, frente a un paciente débil, angustiado por lo incierto de su destino. Otras veces, es el paciente a quien se señala como el principal responsable de los fracasos de esta relación, a causa de su ignorancia, de su falta de compromiso para consigo mismo y para con el tratamiento. El paternalismo médico estaría justificado en esta última situación, siempre que el médico buscara la forma de hacer que el paciente se comprometiera e interesara por lo que le ocurre.

Cuando la relación médico-paciente, no es recíproca, ocurre lo que le sucedió a Iván Illich en el libro que describe el proceso de su muerte.

Para él había sólo una pregunta importante, a saber: ¿era grave su estado o no lo era? Pero el médico esquivó esa indiscreta pregunta. Desde su punto de vista era una pregunta ociosa que no admitía discusión; lo importante era decidir qué era lo más probable: si riñón flotante, o catarro crónico o apendicitis. No era cuestión de la vida o la muerte de Iván Illich, sino de si aquello era un riñón flotante o una apendicitis. Preguntó Iván al médico: «probablemente, nosotros los enfermos hacemos a menudo preguntas indiscretas. Pero dígame: ¿esta enfermedad es, en general, peligrosa o no?...» El médico le miró severamente por encima de los lentes como para decirle: «Procesado, sino se atiende usted a las preguntas que se le hacen me veré obligado a expulsarle de la sala»²⁶³

La relación comienza como un encuentro entre dos extraños, en el que uno acude a recibir un servicio del otro, quien se ha formado y capacitado para brindar dicho servicio, algunas veces de manera gratuita, otras pagando un precio bajo o alto,

²⁶³ Tolstói, Lev, La muerte de Iván Illich, *op. cit.*, nota 189, pp. 45 y ss.

dependiendo del nivel de especialidad que requiera. En el inicio hay una confianza implícita y parcial por parte de ambos. La relación se construye sobre la base del respeto y el diálogo, y en ocasiones sobre el silencio. Ambos formulan preguntas y al final se llega al diagnóstico, éste trae consigo una serie de alternativas terapéuticas y el tan esperado pronóstico; se tocan cuestiones definitivas y provisionales. Al final, la confianza se completa o se retira, todo depende del papel que siga cada uno de los personajes vinculados por la enfermedad y la salud, y del nivel de seriedad que le presten. De este modo, la relación “tiene una historia natural, un principio en el que el miedo y la incertidumbre iniciales, por parte del enfermo, y la apertura y el trato receptivo y respetuoso, por parte del médico se irán transformando poco a poco en la tranquilidad y la confianza del enfermo, y el trato amable y afectuoso, pero cada vez con más conocimiento del problema de su paciente, del médico”²⁶⁴.

Esta relación se ha dado desde antes del origen de las civilizaciones antiguas. Compartidas por los primeros hombres que expresaban de algún modo sus dolencias a los otros; la relación médico-paciente estuvo protagonizada por los chamanes, los magos y sacerdotes, quienes mediante ritos, bailes y sacrificios a alguna deidad, buscaban curar las enfermedades de los hombres y restablecer su salud.

La relación médico-paciente siempre ha sido fundamental para la medicina. Gracias a ella, el paciente puede expresar sus malestares y recibir información por parte del médico que calma su angustia y su sufrimiento. Desafortunadamente, la información no siempre es positiva para el paciente, por eso es necesario que el médico esté preparado no sólo con el conocimiento científico que entraña la medicina, sino en el trato humanitario hacia el paciente, con el fin de que pueda brindar a éste óptima atención psicológica.

Los beneficios que se obtienen de la relación médico-paciente son incontables cuando se desarrolla en los términos que se vienen señalando. En primer lugar, se

²⁶⁴ Pérez Tamayo, Ruy, *op. cit.*, nota 229 p. 20.

desarrolla la confianza de manera amplia, lo que da lugar a que el paciente intervenga activamente en las decisiones concernientes a su salud; en segundo lugar, el médico recibe la satisfacción de estar realizando su trabajo de manera correcta, comprometiéndose a actuar moralmente en todas las situaciones; en tercer lugar, se respetan los principios de la ética biomédica en relación a la transmisión de la información para obtener el consentimiento informado respetando las decisiones del paciente (autonomía); se analizan los beneficios y riesgos de implementar o suspender un tratamiento (no maleficencia); se analizan también los beneficios objetivos para la calidad de vida del paciente (beneficencia); y se brinda atención equitativa a los demás pacientes estableciendo prioridades racionadas conforme a las necesidades de los mismos (justicia); en cuarto lugar, y ligado a los principios de beneficencia y no maleficencia, el hecho de que el paciente confíe en su médico representa un progreso en el tratamiento establecido, pudiendo así recuperar su salud en condiciones adecuadas y efectivas.

Además, en la relación médico-paciente, se redacta y organiza la historia clínica del paciente en un expediente. Éste es un “documento en el cual se registran las anotaciones médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y el tratamiento de un paciente”²⁶⁵.

Asimismo, se considera que dentro de esta relación, el paciente puede ejercer su derecho a las actividades de la asistencia médica, tanto preventivas, curativas y de rehabilitación, como las paliativas. En este último caso, la relación médico-paciente toma un camino distinto a aquella que estaba enfocada al restablecimiento de la salud. Cuando la enfermedad del paciente es irreversible y no hay tratamiento alguno que le restablezca su salud, el papel del médico consiste en cuidar y acompañar al paciente. Analizar juntos las posibilidades

²⁶⁵ Martínez, Luis y Carrillo, Luz María, “El expediente Clínico”, en *La responsabilidad profesional del médico*, México, Porrúa, 1998, p. 101. El expediente clínico contiene la Historia Clínica del paciente, cuyas partes son: a) filiación y antecedentes individuales; b) lugar de residencia, alimentación, hábitos de vida; c) antecedentes familiares; d) enfermedades anteriores; e) padecimiento actual; f) inspección; g) exploración por aparatos y sistemas; h) estudios paraclínicos; i) molestia principal y lista de problemas; j) Hipótesis y diagnóstico; k) tratamiento; y l) pronóstico. pp. 103 y ss.

efectivas de controlar el dolor y compartir cualquier tipo de información que resulte esencial para el paciente y su familia.

De este modo, la relación del médico con un paciente terminal, toma un rumbo diferente que la relación descrita líneas arriba, ya que lo que prima aquí es el acompañamiento, las palabras como abrazos que confortan. Es, por decirlo de algún modo, una relación más delicada, ya que el ánimo del paciente es en cierto sentido frágil, puede entrar en un periodo de depresión, de ira, de rechazo ante su situación, de coraje contra la vida. Las fases por las que pasa el paciente al enterarse de su situación terminal, han sido desarrolladas por Elizabeth Kübler-Ross, entre las que se encuentra:

- La *negación*: en que el enfermo rechaza la información que se le ha dado;
- La *agresividad*: el paciente se pregunta por qué le afecta precisamente a él y fácilmente vuelve esa agresividad sobre las personas cercanas;
- La *negociación*: en que el terminal acepta el hecho de la proximidad de su muerte, pero *negocia* frecuentemente con Dios- y pone interiormente plazos para ese acontecimiento;
- La *depresión*: el enfermo terminal se siente desalentado, sin interés por cuanto se desarrolla a su alrededor; y
- La *aceptación*: el paciente puede acabar asumiendo y dando sentido al fin de su vida. Con la necesaria ayuda...considera que bastantes pacientes pueden llegar a esta fase²⁶⁶.

La importancia de la relación del médico con estos pacientes radica en hacer posible “la comunicación sincera y la comunión personal”²⁶⁷. La primera “supone compartir toda la información clínica que permita al paciente, a la familia y a todos los profesionales de la salud implicados, tener el conocimiento, tanto intelectual como emocional, de que el paciente se está muriendo”; mientras que la segunda está enfocada a buscar establecer el diálogo una vez que se le ha hecho saber al

²⁶⁶ Gafo, Javier, *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003, p. 263.

²⁶⁷ Hill, Patrick, “La atención al moribundo desde una perspectiva ética”, en Thomasma, David, y, Kushner, Thomasine (eds.) *op. cit.*, p. 222.

paciente que pronto morirá, lo que representa un esfuerzo enorme para el médico, ya que la relación se ha vuelto un tanto fría, “impersonal y anónima”²⁶⁸. Cuando se sabe que la muerte está cerca, “ya no es posible ignorar el hecho de que no es en realidad la muerte en sí lo que suscita temor y espanto, sino la idea anticipatoria de la muerte... El terror y la angustia sólo pueden suscitarnos en la conciencia de los vivos la idea, la representación mental de la muerte. Para los muertos no hay miedo ni alegría”²⁶⁹.

2.2.2 Modelos de la relación médico paciente

Leon R. Kass, en su crítica a la eutanasia activa sostenía que existen dos modelos de la relación médico-paciente moralmente neutros. El primero era contractual y el segundo se basaba en las virtudes de benevolencia y caridad que tiene el médico hacia el paciente. Según este autor, el acuerdo entre el médico y el paciente justifica que aquél cumpla los deseos de éste como un *cliente consumidor*. El médico es visto como la *jeringuilla de alquiler* altamente cualificada que vende sus servicios de forma libre, en el primer caso; para el segundo, el médico puede realizar cualquier acto que solicite el paciente amparando su conducta en motivos humanitarios, arguyendo que cuando las cosas “se hacen por amor, nada puede estar mal” al contrario, son *dignas de elogio*²⁷⁰.

El autor hace una crítica a la eutanasia, pero en el curso de su argumentación cambia el tema de la prohibición de asistir la muerte a la prohibición de tener sexo con sus pacientes²⁷¹. Por tanto, su defensa contra la eutanasia pierde camino hacia una defensa seria e inobjetable.

²⁶⁸ *Ibidem*, p. 223.

²⁶⁹ Elias, Norbert, *La soledad de los moribundos*, trad. de Carlos Martín, México, Fondo de Cultura Económica, 1987, p. 93.

²⁷⁰ Kass, Leon, *op. cit.*, p. 255.

²⁷¹ *Ídem*. Esto también lo hace notar Gerald Dworkin, cuando señala que los argumentos de Kass “no son válidos” porque “cambia de objetivos en pleno curso” (Dworkin, Gerald, et al, *op. cit.*, nota 226, p. 33).

Robert Veatch, propone cuatro modelos de la relación médico-paciente para una época revolucionaria²⁷². El primero es el *modelo de ingeniería*, el cual sostiene que “el médico que cree que sólo puede presentar todos los hechos y dejar al paciente hacer las elecciones se está autoengañando, aun si es moralmente correcto y acertado hacerlo en todos los momentos críticos en que deben hacerse elecciones decisivas”²⁷³; el segundo es el *modelo sacerdotal*, según el cual ha que “beneficiar y no dañar al paciente”, otorgando “protección a la libertad individual”, para “preservar la vida humana”, mediante la obligación de “decir la verdad y mantener las promesas”, con el fin de llegar a la “justicia”²⁷⁴; el tercero es el *modelo de colegas*, que señala que paciente y médico “deberían actuar como colegas, persiguiendo el objetivo común de eliminar la enfermedad y preservar la salud”²⁷⁵; finalmente, el cuarto es el *modelo contractual*, el cual consiste en que “dos individuos o grupos interactúan de forma tal que hay obligaciones y se esperan beneficios para ambas partes”²⁷⁶.

Este último modelo está determinado por las reglas que rigen los contratos, tales como “la libertad, la dignidad, la veracidad, el mantenimiento de las promesas y la justicia”, así como por la confianza. Por lo que, resulta adecuado para la ética médica siempre y cuando se respeten los principios establecidos en el capítulo anterior, es decir, “con la relación contractual hay un reparto, por el que el médico reconoce que el paciente debe mantener su libertad de control sobre su propia vida y destino cuando tienen que hacerse elecciones significativas. Si el médico no es capaz de sobrellevar su conciencia bajo estos términos, el contrato no se hace o se rompe. Esto significa que deberá haber una discusión abierta, relativamente amplia, sobre las premisas morales ocultas en las decisiones médicas antes y a medida que son ejecutadas”²⁷⁷.

²⁷² Veatch, Robert, Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria, 1972, en Luna, Florencia, y Salles, Arleen (eds.), *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, Argentina, Sudamericana, 1995, pp. 56 y ss.

²⁷³ *Ibidem*, p. 57.

²⁷⁴ *Ibidem*, pp. 58-60.

²⁷⁵ *Ibidem*, p. 60

²⁷⁶ *Ídem*.

²⁷⁷ *Ibidem*, pp. 61-62

Además, este modelo acentúa la importancia de la reciprocidad y del diálogo en las decisiones concernientes al final de la vida del paciente, a fin de respetar el consentimiento informado que éste tome.

2.3 Derechos

Dentro de este capítulo se han presentado los problemas que derivan de la aplicación de los avances tecnológicos y científicos en la medicina, lo que ha dado lugar a la reformulación de los fines u objetivos de la misma, algunos de ellos son puestos en la práctica, en la relación médico-paciente. Una categoría especial de estos últimos, es la de los pacientes terminales, quienes debido a su padecimiento están íntimamente relacionados con el tema de la eutanasia activa voluntaria. En el presente apartado, se abordará el tema de los derechos de los pacientes en general, y de los pacientes terminales en particular, que incluye la Ley General de Salud, no sin antes, dar una breve explicación de lo *qué es un derecho*, y enunciar los derechos fundamentales que dan sustento a los derechos que contiene la Ley en comento.

La palabra derecho tiene muchos sentidos, y por tanto, muchos significados. Puede significar *mandato, orden, prerrogativa, libertad, beneficio, reclamo*, entre otros. En este estudio, se sigue la concepción de derecho como beneficio, la cual es acorde con los principios expuestos en el primer capítulo. Entender el derecho como un beneficio, pertenece a una concepción moral del derecho. Los derechos morales, tienen los siguientes rasgos:

- a. "...son tales que si existieran, su existencia estaría dada por su validez o *aceptabilidad* no por su reconocimiento efectivo o *aceptación* real por ciertos individuos; no son, en consecuencia, principios de una moral positiva sino de una moral crítica o ideal que puede o no tener vigencia en algún ámbito;
- b. Si estos principios fueran aceptados para justificar ciertas conductas, ellos serían aceptados como justificación *final* de esas conductas; es decir, no

hay principios de *otra clase* que prevalezcan sobre ellos para valorar una acción que esté comprendida en su dominio; y

- c. Los principios morales pueden valorar cualquier conducta (...), si una conducta está o no sometida a valoración moral no puede determinarse *a priori*, sino que depende del contenido de los morales básicos²⁷⁸.

Aunque su contenido está determinado por la moral común, en algunos casos, estos derechos se encuentran en el orden jurídico, de este modo, apelar a ellos hace más sólidos los argumentos que los acompañan.

La definición de derecho implica que éste representa para las personas un bien, sin el cual no puedan continuar desarrollándose. Este tipo de derechos tienen la característica de ser correlativos con obligaciones para otros. Cuando se dice que “tengo derecho a «x» hacen referencia a la existencia, en el sistema relevante, de una norma que impone a otros el deber de dejar de hacer «x» o de facilitarme la realización de «x» –si «x» es una acción- o de proporcionarme (o hacerme «x») o no quitarme (o no hacerme «x») –si «x» es un bien o beneficio-. Como se ve, las obligaciones pueden ser activas o pasivas, según exijan actos u omisiones²⁷⁹. Algunas veces, tener un derecho implica para otros obligaciones de hacer o no hacer; si “un hombre tiene derecho en el sentido de la libertad [significa] que nadie puede exigir que no haga lo que tiene derecho a hacer”, es decir, que no interfieran en su acción. Mientras que “algunas veces uno de estos derechos impone a otras personas el deber de asegurarme aquello a lo que tengo derecho”²⁸⁰. Por tanto, estos derecho generan dos tipos de deberes u obligaciones: la de no interferir o las de servicio.

En México, el derecho a la salud, por ejemplo, genera los dos tipos de obligaciones: no interferir en la elección del médico u hospital que uno desea para ser tratado, y el deber de generar los servicios necesarios para que la sociedad pueda tener acceso al derecho a la salud pública. Por tanto, cuando “se adscribe a

²⁷⁸ Nino, Carlos Santiago, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. 2da. ed., Argentina, Editorial Astrea, 2005, p. 20.

²⁷⁹ *Ibidem*, p. 27.

²⁸⁰ Foot, Philippa, *op. cit.*, nota, 196, pp. 62-63.

alguien el derecho moral de acceder a una situación «S» (que puede ser la posibilidad de realizar cierta acción o la de disponer de determinados recursos o la de verse librado de ciertas contingencias) cuando el individuo en cuestión pertenece a una clase «C» y se presupone que «S» implica normalmente para cada miembro de «C» un bien de tal importancia que debe facilitarse su acceso a «S» y es moralmente erróneo impedir tal acceso”²⁸¹.

Un derecho implica una situación valiosa para una clase de personas, por ser *distribuidos e individualizados*. Estos derechos sirven de *límite o umbral* ante la persecución del bienestar colectivo ²⁸². Es decir, limitan la realización de satisfacciones sociales por atender las necesidades y satisfacciones individuales.

Un derecho es algo que debe protegerse porque es valioso para los individuos, porque es útil para ejercer otros derechos. Si bien, no es común renunciar a un beneficio, existe la posibilidad, de que el bien que protege el derecho deje de ser beneficioso para el individuo, cuando esta situación ocurre, la protección de ese derecho pasa a segundo término respetándose los otros derechos, y el Estado no debe interferir en las decisiones de los individuos de renunciar a tales derechos, siempre y cuando no afecten a terceros. Por ejemplo, si un individuo considera que su vida ya no tiene la calidad suficiente para ser vivida, puede renunciar a su derecho a vivir, eligiendo el modo en el que va a morir, respetándose su derecho a elegir.

Los titulares de los derechos morales, de acuerdo con Carlos S. Nino, son las personas “que poseen las propiedades que son factualmente necesarias para gozar o ejercer tales derechos...esto presupone, naturalmente, la distinción entre ser titular de un derecho y estar capacitado para ejercerlo”. No basta ser titular de un derecho, sino que es necesario “poseer las condiciones para ejercerlos”²⁸³. Las personas morales son “plurales y distintas, con sistemas separados de fines”.²⁸⁴

²⁸¹ Nino, Carlos Santiago, *op. cit.*, nota 277, p. 40

²⁸² Dworkin, Ronald, *Talking Rights Seriously*, Cambridge, Mass. p. 91-92. En Nino, Carlos Santiago, *op. cit.*, p. 34-35.

²⁸³ *Ibidem*, p. 46.

²⁸⁴ *Ibidem*, p. 133.

Por tal motivo, para ser persona moral es menester cumplir con la condición de ser, “al menos potencialmente, autoconsciente. Según nuestras actuales creencias científicas esto requiere un sistema nervioso desarrollado”²⁸⁵. En consecuencia, una persona moral es “un ser con consciencia de su propia existencia en el tiempo y con capacidad para tener necesidades y planes para el futuro”.²⁸⁶

La consciencia es una condición para ser titular de derechos morales, mas éstos pueden ejercerse por medio de un representante, en caso de que la persona caiga en un estado de inconsciencia permanente o transitoria, con base en lo que determinen las leyes. Sin embargo, las personas inconscientes son titulares de derechos morales, aunque no puedan ejercerlos otros lo hacen por ellos, pues no por su situación serán objeto de discriminación, indignidad y vejaciones contra su persona.

2.3.1 Derechos de los pacientes terminales contenidos en la Constitución y en la Ley General de Salud.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a diferencia de los textos constitucionales de otros países²⁸⁷, no consagra de manera explícita un derecho a la vida, sin embargo, el reconocimiento de otros derechos suponen la existencia de aquél, por lo tanto su reconocimiento se entiende implícito. Otro derecho no reconocido expresamente, derivado de los que reconoce la Constitución, es el derecho a la intimidad. Éste se deriva de los artículos 14, párrafo 2º, y 16, párrafos 1º, 2º y 12º, que garantizan la inviolabilidad de las propiedades, posesiones y derechos, la inviolabilidad del domicilio, papeles y posesiones, la inviolabilidad de la correspondencia y conversaciones privadas, así como la protección a los datos personales, y la consecuente restricción a la información personal, respectivamente. Se considera el derecho a la vida y a la intimidad, porque junto con la libertad de ideas, establecido en el artículo 6º,

²⁸⁵ *Ibíd.*, p. 253.

²⁸⁶ Singer, Peter, *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, trad. de Yolanda Fontal Rueda, España, Paidós Transiciones, 1997, p.213.

²⁸⁷ La Constitución Española, por ejemplo, consagra el derecho a la vida en el artículo 15.1, junto con los derechos a la integridad física y moral; la Constitución de Colombia, consagra el derecho a la vida en su artículo 11; La Constitución de Venezuela, lo reconoce en el artículo 43; entre otras.

párrafo primero, y la libertad de culto del primer párrafo del artículo 24, se derivan de los principios morales expuestos en el primer capítulo, y sirven de fundamento para concebir la eutanasia activa voluntaria en la legislación de nuestro país. El respeto a la autonomía, es también el respeto a la dignidad y ambos se fundan en la idea de libertad y privacidad. Como sostiene Philippa Foot, “no hay duda de que las personas tienen el derecho a vivir en el sentido de la libertad, pero lo que es importante es el racimo de derechos de reclamo agrupados bajo el título de derecho a la vida. El principal de éstos es, desde luego, el derecho a estar libre de interferencias que amenacen la vida”²⁸⁸.

No se sostiene la idea de un derecho a morir, porque todavía no se logra entender su complejidad ni límites, al contrario, se sostiene y se afirma, el derecho a la libertad, con la cual se puede elegir el modo de morir, siempre que esta elección represente un beneficio para quien la elige.

Algunos de estos derechos, están especificados en la Ley General de Salud. Esta Ley establece los derechos de los pacientes en general, y de los pacientes terminales en particular. Así, el artículo 51, establece que “los usuarios tendrán derecho a obtener *prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares*; asimismo se les reconoce “el derecho de elegir, de manera *libre y voluntaria*, al médico *que los atienda* de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda...sólo los asegurados podrán ejercer este derecho”; el artículo 51 Bis, reconoce el derecho a “recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria *respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen*”. El 51 Bis 2, sostiene que “los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada

²⁸⁸ Foot, Philippa, *op. cit.*, p. 63.

por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico”. Se reconoce también, un derecho para “contar con facilidades para acceder a una segunda opinión”, respecto del diagnóstico y pronóstico.

El artículo 77 bis 36, consagra el derecho de los pacientes de recibir un trato digno, sin “ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública”; del mismo modo, el artículo 77 bis 37, establece los siguientes derechos: recibir servicios integrales de salud; acceso igualitario a la atención; trato digno, respetuoso y atención de calidad; contar con su expediente clínico; recibir información y decidir libremente; otorgar o no su consentimiento válidamente informado; rechazar tratamientos o procedimientos; ser tratado con confidencialidad; recibir atención médica en urgencias; recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica; no cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban; y ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

En lo que respecta a los pacientes terminales, tienen además de los anteriores, los siguientes derechos:

- Recibir los cuidados básicos, consistentes en la higiene, alimentación e hidratación;
- Solicitar y recibir cuidados paliativos, consistentes en el “cuidado activo y total” con la intención de controlar el dolor y otros síntomas, “así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales”;
- Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables”;
- Recibir información por parte de su médico para poder “dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos,

medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;

- Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, *esté impedido a expresar su voluntad*, lo haga en su representación”;
- Recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- Recibir trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida”²⁸⁹.

En el caso de los pacientes terminales mayores de edad, “en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho expresar *su voluntad por escrito* ante dos testigos, *de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento*”²⁹⁰, además tiene derecho *a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo*”²⁹¹, esta suspensión, “*supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente*”²⁹². Una vez suspendido un tratamiento, el paciente tiene derecho a solicitarlo nuevamente, ratificando su decisión por escrito”²⁹³.

La Ley General de Salud, especifica el objetivo del derecho a la suspensión o rechazo del tratamiento, según el cual se deja que el padecimiento evolucione naturalmente, prolongando inútilmente su existencia. Lo anterior representa un

²⁸⁹ Artículo 166 Bis 3.

²⁹⁰ Artículo 166 Bis 4.

²⁹¹ Artículo 166 Bis 5.

²⁹² Artículo 166 Bis 6.

²⁹³ Artículo 166 Bis 7.

doble problema, por un lado, cuando lo que desea el paciente es aminorar el dolor, el dejar que la enfermedad continúe *naturalmente*, retirando los medicamentos que contribuyen a paliar dicho dolor, se le deja morir al paciente de una forma cruel, porque la muerte no llega y el sufrimiento sigue prolongándose; por el otro, “estamos mucho menos seguros acerca de lo que significa dejar que alguien se muera de lo que estamos respecto de matar a alguien”²⁹⁴.

Los derechos enunciados en este apartado, contribuyen a generar el debate sobre la legalización de la eutanasia. Una primera impresión de ellos, es que resultan contrarios para argumentar a favor de esta práctica, sin embargo, vistos a la luz de los fines de la medicina y de los principios morales aceptados en el primer capítulo, demuestran la viabilidad para una legislación que contemple la eutanasia. En los siguientes capítulos se verá qué tan plausible es lo que se viene argumentando.

²⁹⁴ Ferrater, John, y, Cohn, Priscilla, *Op. cit.*, nota 194, p. 98

Capítulo 3

Breve historia de la eutanasia

*“La muerte es una vieja historia y, sin embargo,
siempre resulta nueva para alguien”*

Iván Turgueniev

*“Vivimos totalmente nuestras vidas a la sombra de la muerte...
también es cierto que morimos a la sombra de nuestras vidas”*

Ronald Dworkin

*“La muerte es una vida vivida.
La vida es una muerte que viene”*

Jorge Luis Borges

En este capítulo se presenta de manera sucinta la historia de la eutanasia, mencionando algunos aspectos relacionados con el suicidio. Estas dos formas de autodeterminación de la vida han acompañado al hombre desde la antigüedad. En ocasiones, se realizaban por motivos económicos o utilitaristas, mientras que en otras, eran producto de la compasión y de la piedad. A través de la historia la palabra eutanasia adopta un carácter polisémico, pues la ambigüedad de la misma permite emplearse de distintos modos. Por ello es necesario revisar los acontecimientos relevantes que tanto en la eutanasia como en el suicidio aparecen para determinar en qué consisten cada una de estas prácticas.

La historia de la eutanasia, no es sólo la historia de una práctica llevada a cabo, sino también el conjunto de argumentos que la comparten o rechazan, así como las asociaciones, propuestas para legislarla y las leyes que la han regulado. Esta historia está caracterizada por la dialéctica permisión-prohibición. Si bien, nunca ha estado permitida ni prohibida totalmente, este binomio aparece en todas las épocas en la voz de filósofos y escritores, posteriormente, de médicos. Junto al tema de la eutanasia, se ha desarrollado, quizá con mayor profundidad, el del suicidio, razón por la cual, en este esbozo de historia de la eutanasia no puede prescindirse del tema del suicidio.

3.1 Sociedades primitivas

Para los pueblos primitivos “la muerte, al tener siempre una causa exterior, presenta un carácter fortuito”, dentro del clan regeneraban a su miembro perdido “y es como si nada hubiese sucedido”²⁹⁵. Por mor al temor de la muerte, los hombres primitivos inventaron las religiones, pues para ellos la terminación de la vida venía dada por alguna fuerza sobrenatural. Conforme iban evolucionando, fueron creando normas consuetudinarias, las cuales regían a estas sociedades, y algunas contemplaban el suicidio y la eutanasia como algo correcto al llegar a la senilidad o al padecer alguna enfermedad que reportada dolores intolerables. Se abandonaba a los ancianos y a los enfermos para que su muerte llegara rápidamente. En la isla de Viti-Levu, -refiere Pérez Valera-, a los ancianos “se les estrangulaba sobre una sepultura abierta”²⁹⁶. Los visigodos, “precipitaban a los viejos cuando estaban cansados de la vida” en una roca alta, denominada *Roca de los Abuelos*²⁹⁷. Del mismo modo, los habitantes de *la isla de Ceos* “que habían llegado a cierta edad se reunían en un solemne festín, donde, coronaban la cabeza de flores, bebían alegremente la cicuta”²⁹⁸. “En la india antigua –alude Luís Jiménez de Asúa-, los incurables eran conducidos por sus allegados al borde del Ganges; se les asfixiaba más o menos completamente, llenándoles las narices y la boca de barro, y se les arrojaba en el río sagrado”²⁹⁹, con la intención de acabar con su sufrimiento. Entre los esquimales, se tenía la costumbre de practicar, según Pérez Valera, “una especie de eutanasia voluntaria, pues a petición del anciano o del enfermo se les abandonaba tres días en un iglú herméticamente cerrado”³⁰⁰, pues se tenía la idea de que “la vida es dura y el margen de seguridad pequeño”, por lo que “no se puede mantener a los miembros improductivos de la

²⁹⁵ Landsberg, Paul-Louis, *Ensayo sobre la experiencia de la muerte*, trad. de Alejandro del Río Hermann, España, Caparrós Editores, Instituto Emmanuel Mounier, 1995, p. 29.

²⁹⁶ Pérez Valera, Víctor M., *Eutanasia, ¿Piedad? ¿Delito?*, México, Universidad Iberoamericana-Noriega Editores, 2003, p. 94

²⁹⁷ Juanatey Dorado, Carmen, *El derecho y la muerte voluntaria*, México, Fontamara, 2004, p. 14.

²⁹⁸ *Ídem*.

²⁹⁹ Jiménez de Asúa, Luis, *Libertad de amar y derecho a morir*, Argentina, Depalma, 1984, p. 363. El autor cita a J. Regnault, *Assassinat médical ou suprême charité?*, en “Revue, Ancienne Revue des Revues”, del 15 de junio de 1906.

³⁰⁰ Pérez Valera, Víctor M., *Op. cit.*, nota 294, p. 94.

sociedad”³⁰¹. Para los pobladores de las “islas Trobiand (en la costa nordeste de Nueva Guinea), el suicidio parece haber sido una forma de sanción jurídica”, lo mismo ocurría con los miembros de la comunidad Cheyenne de Estados Unidos, y los Ashanti (Ghana), en los primeros, el suicidio servía de amenaza “para controlar la conducta de personas allegadas a los suicidas”; a los segundos, el suicidio se consideraba “un grave delito”³⁰².

Al emplear algunos tipos de eutanasia, como el abandono o el homicidio piadoso, los miembros de las comunidades antiguas pretendían, no respetar la autonomía de los individuos, sino evitar que estos se convirtieran en una *carga* para la sociedad, pues algunos de ellos ya no servían de utilidad para preservar la comunidad.

3.1 La Biblia

Contrario a la prohibición del suicidio y la eutanasia en la Edad Media, la Biblia no hace mención alguna en contra de ambas prácticas. Sólo algunos versículos podrían servir de fundamento para rechazarlas apoyándose en el Libro Sagrado³⁰³. Por ejemplo, en el *Génesis* (9,6) está escrito “el que derrame la sangre humana, por mano de hombre será derramada la suya; porque el hombre ha sido hecho a imagen de Dios”, frase que hará suya Tomas de Aquino para sustentar su tesis de la indisponibilidad de la vida; en el *Eclesiastés* (3, 1-2) se menciona que, “todo tiene su momento...hay un tiempo para nacer y tiempo de morir”. Además, la proscrición por antonomasia, contenida en el decálogo entregado por Yavé a Moisés, contenida en el *Éxodo* (20,13) “no matarás”, que San Agustín retomará para argumentar contra la licitud del suicidio.

³⁰¹ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, nota 288, p. 17.

³⁰² *Ibidem*, pp. 17-18.

³⁰³ Las referencias bíblicas están tomadas de *SAGRADA BIBLIA*, versión directa de las lenguas originales. Por Eloiño Nacar Fuster y Alberto Colunga Cueto, O.P. Ed. Librería Parroquial, Biblioteca de Autores Cristianos, 21 ed. Madrid, 1975.

En el libro de los *Proverbios* (31,6) se prescribe dar el licor a los miserables y el vino a los afligidos, supuestamente para “aminorar el sufrimiento del que va a morir” como acto piadoso³⁰⁴.

Algunos autores han sostenido, que los moribundos deben afrontar sus dolencias con valor y nunca perder la fe en Dios, argumentan que sólo así se logra “completar en el Cuerpo Místico de Cristo los sufrimientos del señor”³⁰⁵. El filósofo Paul-Louis Landsberg, sostiene que la prohibición al suicidio es entendida sólo cuando comprendemos el “escándalo y a la paradoja de la cruz. Es verdad que pertenecemos a Dios, como Cristo perteneció a Dios. Es verdad que debemos subordinar nuestra voluntad a él, como Dios lo hizo. Es verdad que debemos dejarle a él la decisión sobre nuestra vida y nuestra muerte. Tenemos desde luego el derecho, si deseamos morir, de suplicar a Dios que nos deje morir. Pero añadiendo siempre: Que se haga tu voluntad y no la mía. Pero este Dios no es nuestro amo como el amo de un esclavo: es nuestro padre”³⁰⁶.

En este sentido, la Carta de San Pablo a los Romanos (8,28), estipula que “Dios hace concurrir todas las cosas para el bien de los que él ama, de los que según sus designios son llamados”. De este modo, el enfermo se tiene que resignar, al igual que Job, a la voluntad divina, por ser “buena, grata y perfecta” (Romanos 12, 2). No obstante, la libertad está vedada “pues si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos, morimos para el Señor. En fin, sea que vivamos, o muramos, del Señor Somos. Que por esto murió Cristo y resucitó, para dominar sobre muertos y vivos” (Romanos 14, 8-9).

Contrario a lo anterior, la Biblia contiene, en el Antiguo Testamento principalmente, algunos personajes que se suicidaron. En el libro de los Jueces (16, 26-27), se narra el suicidio de Sansón como una acción heroica. Una vez sacado de la prisión en la que lo tenían los filisteos, *Sansón* fue llevado ante ellos para que los divirtiera con un baile. Estaban ahí los príncipes de los filisteos y sobre el techo de

³⁰⁴ Pérez Valera, Víctor M., *op. cit.*, p. 58.

³⁰⁵ Basso, Domingo M., *Nacer y morir con dignidad. Estudios de bioética contemporánea*, Argentina, Lexis Nexis, 2005, p. 349.

³⁰⁶ Landsberg, Paul-Louis, *op. cit.*, nota 294, p. 121

la casa “más de tres mil personas, hombres y mujeres...Entonces invocó Sansón a Yahveh, diciendo: “Señor, Yahveh, acuérdate de mí; devuélveme la fuerza por mis dos ojos”. Sansón se agarró a las dos columnas centrales que sostenían la casa; y haciendo fuerza sobre ellas, sobre la una con la mano derecha, sobre la otra con la mano izquierda, dijo: “¡Muera yo con los filisteos!”³⁰⁷ En este caso, Yahveh no sólo acepta la acción suicida de Sansón, sino que ni siquiera intenta persuadirle de que desista de su venganza³⁰⁸. Otro caso que aparece en el libro de los Jueces, es el de *Abimelec* (9, 52-54). En Tebes, Egipto, había una torre, en la que se habían refugiado todos los habitantes de la ciudad, “Abimelec llegó a la torre, la atacó y se aproximó para pegar fuego a la puerta, y entonces una mujer le lanzó contra la cabeza un pedazo de rueda de molino y le rompió el cráneo. Llamó él en seguida a su escudero y le dijo: “Saca tu espada y mátame, para que no pueda decirse que me mató una mujer”³⁰⁹.

En el libro II de los Macabeos (16, 37-46) se narra la historia de un tal *Racías*, quien era considerado padre de los judíos. Estando Nicanor en Jerusalén, mandó prender a Racías, para “dar muestra de su maldad hacia los judíos”, sin embargo, cuando los soldados iban a prender la casa donde se encontraba Racías, éste “se echó sobre su espada, prefiriendo morir noblemente antes de caer en manos de criminales y recibir ultrajes indignos de su nobleza”, mas no murió. Por lo que “resueltamente corrió al muro y virilmente se arrojó encima de la tropa”, pero no volvió a morir, “enardecido de ánimo, se levantó, y mientras a torrentes le corría la sangre de las graves heridas, atravesó a la carrera por entre la muchedumbre, hasta erguirse sobre una roca escarpada” donde “se arrancó las entrañas con ambas manos y las arrojó a la tropa, invocando al Señor de la vida y del espíritu”³¹⁰.

³⁰⁷ Sagrada Biblia, *op. cit.*, nota 302, pp. 303-304.

³⁰⁸ San Agustín justifica a Sansón, pues “cuando Dios manda y declara sin rodeos ni ambages que lo manda, ¿Quién declarará culpable la obediencia? ¿Quién acusará una obra de piedad?” en San Agustín, *La ciudad de Dios*, trad. de Lorenzo Riber, España, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Alma Mater, Colección de Autores Griegos y Latinos, España, T. I, 2002, p. 52

³⁰⁹ Sagrada Biblia, *op. cit.*, p. 295.

³¹⁰ *Ibidem*, p. 680.

El libro I de Samuel (31, 3-5), narra el suicidio de Saúl. En la batalla de los filisteos con los israelitas, aparece Saúl perseguido junto con sus hijos, quienes fueron muertos por los filisteos, mismos que después descubrieron a Saúl, y temeroso “dijo a su escudero: “Saca tu espada y traspásame, para que no me hieran esos incircuncisos y me afrenten”. El escudero no obedeció por el gran temor que tenía; entonces tomando Saúl su propia espada, se dejó caer sobre ella”. Del mismo modo, el escudero “se arrojó...sobre la suya, y murió con él”³¹¹. En el libro II de Samuel, (17, 23), *Ajitofel*, consejero del rey David, quien no siguió su recomendación por la influencia de Hushai, “se fue a su casa de la ciudad y, después de tomar disposiciones a cerca de su casa, se ahorcó; y muerto, fue sepultado en el sepulcro de su padre”³¹². En este último caso, no se menciona alguna pena para el suicida, al contrario, le fue permitida la sepultura.

Uno de los suicidios contenidos en el Nuevo Testamento, que más por la moral del acto, que por otra razón, es condenado, es el de *Judas Iscariote*. En el Evangelio de San Mateo (27, 5) se cuenta que después de entregar a su maestro, “arrojando las de plata en el templo, se retiró, fue y se ahorcó”³¹³; en los Hechos de los Apóstoles (1, 17-19), se alude a Judas, diciendo que “era contado entre nosotros, habiendo tenido parte en este ministerio...adquirió un campo con un salario inicuo; pero, precipitándose de cabeza, reventó y todas sus entrañas se derramaron”³¹⁴.

Finalmente, el mismo *San Pablo* sostiene en su primera Carta a los Corintios (13,3) “y si repartiere toda mi hacienda y entregare mi cuerpo al fuego, no teniendo caridad, nada me aprovecha”, definiendo la caridad como algo “benigno”, que “no piensa mal; no se alegra de la injusticia, se complace en la verdad”³¹⁵. Lo anterior también se encuentra en la justificación de la eutanasia que hace la filósofa Philippa Foot, al reconocer dos virtudes la caridad y la justicia.

³¹¹ *Ibidem*, p. 354.

³¹² *Ibidem*, p. 376.

³¹³ *Ibidem*, p. 1269.

³¹⁴ *Ibidem*, p. 1377.

³¹⁵ *Ibidem*, p. 1449.

2.1 La antigüedad grecorromana

a) Grecia

El término eutanasia εὐθανασία, ha sido legado por la cultura griega, y quiere decir, *buena muerte* o *morir bien*. Para algunos autores ³¹⁶, el Estado proporcionaba la cicuta a quienes, por enfermedad o cansancio de la vida (*taedium vitae*), solicitaban permiso para morir, basándose especialmente en la descripción de Estado ideal que hace Platón; algunos otros, niegan esta situación, por falta de datos empíricos que la respalden³¹⁷. En este trabajo, se siguen los argumentos de la primera hipótesis.

El poeta griego *Poseidippos*, según Pérez Valera, decía que “nada mejor puede el hombre pedir a los dioses, que una buena muerte”; del mismo modo, Sócrates atribuía una conducta *humanitaria* a Asclepios, dios de la medicina, al tomar “la decisión de no prolongar la vida “en los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro”³¹⁸. Por ello, “los médicos dejarán morir a aquellos que tengan el cuerpo enfermo, y las almas corruptas e incurables podrán fin a sus vidas”³¹⁹. Es muy posible –continúa Humphry-, que en aquél entonces los médicos pusieran en práctica este concepto, aunque quizá por razones un tanto distintas”.

Respecto de *Sócrates*, Platón describe el proceso en el que fue condenado a beber cicuta en el Diálogo titulado Apología. En donde Sócrates sostenía que “no es difícil...evitar la muerte, es mucho más difícil evitar la maldad”³²⁰. Para este filósofo la muerte no representaba un mal, al contrario sostiene que es probable

³¹⁶ Entre los que se encuentra Emile Durkheim, con su obra *El suicidio*, trad. de Lucila Gibaja, México, Tomo, 2004, pp. 363 y ss; Humphry, Derek y Wickett, Ann, *El derecho a morir: comprender la eutanasia*, trad. de María Rosa Buixaderas, España, Tusquets, 2005, p. 20; y, Pérez Valera, Víctor M., *Eutanasia, ¿Piedad? ¿Delito?*, México, Universidad Iberoamericana-Noriega Editores, 2003, p. 94, entre otros.

³¹⁷ Esta contradicción la hace notar la profesora Carmen Juanatey, apoyándose en Marra R., *Suicidio, diritto e anomia*, 1987, pp. 22-31, en Juanatey, Carmen, *Op. cit.*, pp. 19 y ss.

³¹⁸ Valadés, Diego, “Eutanasia. Régimen jurídico de la Voluntad Individual”, en Valadés, Diego y Carpizo, Jorge, *Derechos humanos. Aborto y eutanasia*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2008, p. 83.

³¹⁹ Humphry, Derek y Wickett, Ann, *El derecho a morir: comprender la eutanasia*, trad. de María Rosa Buixaderas, España, Tusquets, 2005, p. 21

³²⁰ Platón, “Apología de Sócrates”, en *Diálogos I*, trad. de Julio Calonge, España, Biblioteca Clásica Gredos, 2008, p. 182.

que lo que le está sucediendo es un bien, y reconoce que, “no es posible que lo comprendamos rectamente los que creemos que la muerte es un mal”³²¹. Puesto que para él, la muerte puede ser una de estas dos cosas: “o bien el que está muerto no es nada ni tiene sensación de nada, o bien, según se dice, la muerte es precisamente una transformación, un cambio de morada, para el alma de este lugar aquí a otro lugar”, pues si es “una ausencia de sensación y un sueño, como cuando se duerme sin soñar, la muerte sería una ganancia maravillosa”, mientras que si ocurre la segunda cosa, la muerte sería “como emigrar” a otro lugar donde “están todos los que han muerto”³²², también sería un bien, porque se encontraría con viejos amigos y héroes de los mitos griegos que él admiraba.

Lo más interesante es la frase con la que concluye Sócrates su proceso, una vez que fue condenado, declara que “ya es hora de marcharnos, yo a morir y vosotros a vivir. Quién de nosotros se dirige a una situación mejor es algo oculto para todos, excepto para el dios”³²³.

Mientras Sócrates espera la muerte, una vez condenado, Platón narra las últimas horas de la vida de su maestro en el Diálogo Critón o del *Deber*. En éste, presenta los argumentos por los cuales, teniendo la oportunidad, Sócrates no huye de la muerte a la que ha sido sentenciado, según los cuales, éste acepta la sentencia, por estar basada en las leyes que toda su vida ha respetado y han regido su conducta. Este hecho tiene dos posibles interpretaciones: el deber de cumplir las leyes es absoluto, aun cuando éstas no sean favorables; y las leyes que rigen la vida de los seres humanos, desde antes de su nacimiento, pueden regir, desde la forma de morir hasta después de la muerte, considerándose la viabilidad de algunos tipos de eutanasia, y respetando la validez de los testamentos, respectivamente.

³²¹ *Ibidem*, p. 183.

³²² *Ibidem*, p. 184.

³²³ *Ibidem*, p. 186.

El médico alejandrino *Erasístrato*, al igual que Sócrates, muere bebiendo la cicuta, a causa de una úlcera³²⁴.

El mismo *Platón*, en su Diálogo de la *República*, diseña un Estado ideal, en el cual resalta el valor de las personas sanas, al ser útiles para la *polis*, cuando éstas caen enfermas sí se les debe atender con el arte de la medicina, para no perjudicar los asuntos políticos. En cambio, refiriéndose a una tradición, “en los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro, (Asclepios) no intentó prolongar la desdichada vida de los enfermos por medio de dietas... [al contrario] ha pensado, en efecto, que no se debía curar al que no puede vivir en un período establecido como regular, pues eso no sería provechoso para él ni para el Estado”³²⁵. Además, resalta el hecho de que “la vida de alguien enfermizo e intemperante por naturaleza no sería de provecho ni para sí mismo ni para los demás, por lo cual no se le debía aplicar el arte de la medicina ni llevar a cabo tratamiento alguno, ni aunque fuese alguien más rico que Midas”³²⁶. Y concluye con la propuesta de que se dicte, dentro de ese Estado ideal, una ley relativa a los médicos, en la cual se estipule que “los ciudadanos bien constituidos sean atendidos tanto en sus cuerpos como en sus almas..., [y a los otros, los incurables] se les dejará morir, por estar mal constituidos físicamente; y a los que tengan un alma perversa por naturaleza e incurable se los condenará a muerte”³²⁷.

Posteriormente, el árabe *Averroes*, en la *Exposición de la República de Platón*, sostiene que “la sociedad modelo necesitará los médicos para diferenciar a quienes tienen un defecto curable de los que poseen otro incurable. El primero será curado y al segundo se le dejará morir, aunque existiese la posibilidad de prolongarle la vida mediante la medicación, pero a costa de no poder participar en ninguna de las actividades de la comunidad. Respecto a los disminuidos, Platón sostiene que no conviene darles tratamiento alguno si se les considera verdaderamente incapaces de desarrollar todas sus facultades, debido a que si

³²⁴ Pérez Valera, Víctor M., *Op. cit.*, p. 96

³²⁵ Platón, “La República”, L. III, en *Diálogos IV*, trad. de Conrado Eggers Lan, España, Biblioteca Clásica Gredos, 2008, p. 185.

³²⁶ *Ibidem*, p. 186.

³²⁷ *Ibidem*, p. 188.

desaparece la vida de un ser inane desde su nacimiento no hay diferencia entre su precaria existencia y el no existir. Por eso, Sócrates prefirió la muerte a la vida cuando comprendió que no le sería posible llevar una vida auténticamente humana en la injusta sociedad de su tiempo³²⁸. Para este autor, la vida tiene un fin, cuando éste desaparece, no vale la pena seguir viviendo. Pone el caso de los artesanos, que al enfermar, se comprometen a seguir un tratamiento, pero cuando éste les imposibilita para hacer sus labores, lo rechazan prefiriendo morir, en vez de volverse inútiles³²⁹.

En el Diálogo *Las leyes*, Platón condena el suicidio, no el que se realiza para evitar una situación horrible o evitar una desgracia, sino aquel de quien corta el hilo de sus días por cobardía. Aunque su sobrino y sucesor de la Academia, Espeusipo, se suicidó a causa de una enfermedad dolorosa que lo paralizaba. El gran filósofo *Aristóteles*, en *Ética a Nicómaco*, rechaza el suicidio porque es producto de “un espíritu débil y como un hecho nocivo al bien del Estado”³³⁰. Puesto que, el suicida quebranta los deberes que tiene frente a la sociedad. Este autor considera al suicidio como una acción cobarde para librarse de dolores y sufrimientos, por tanto es propia de aquellos que carecen de virtudes. Paradójicamente, algunos autores como Eumelo, señalan que ya en el exilio, después de la muerte de Alejandro Magno, en Calcis, isla de Eubea, Aristóteles murió a los setenta años de edad al beber acónito, una especie de planta venenosa³³¹.

Finalmente, dos opiniones acerca de la prohibición de provocar intencionalmente la muerte. En primer lugar, *Hipócrates* en el Juramento médico, ordenaba la no administración de alguna droga letal aun cuando el paciente la solicitara. Sin

³²⁸ Averroes, Abu-l-Walid Ibn Rusd, *Exposición de la república de platón*, trad. de Miguel Hernández Cruz, Madrid, Tecnos, 1990, p. 32. En relación a los deficientes que “pueden vivir pese a ser incurables” existe el dilema de si se les elimina o se les tolera; Los médicos son necesarios en la sociedad modelo para determinar “La curación de las lesiones traumáticas, y el diagnóstico de las enfermedades crónicas de las que no lo son”, p. 33.

³²⁹ *Ibidem*, pp. 32-33.

³³⁰ Citado por Gafo, Javier, *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003, p. 296.

³³¹ Critchley, Simon, *El libro de los filósofos muertos*, trad. de Alejandro Pradera, México, Taurus, 2009, p. 73.

embargo, los médicos hipocráticos distinguían entre enfermedades tratables e incurables (irritables), en este último caso, era aconsejable “no tratar” haciendo consciencia a los médicos que “en tales casos no tiene poder la medicina”³³². En segundo lugar, el médico griego *Areto* de Capadocia, sostenía que “jamás es lícito a ningún médico procurar una muerte con el propósito de poner término a los mayores sufrimientos. Pero le está permitido, cuando no puede mitigar la crueldad de un mal presente, obnubilar la mente del enfermo con narcóticos y somníferos”³³³.

b) Roma

El historiador latino *Suetonio*, escribe en la parte final del Libro II, de la Vida de los Césares, que a Augusto, “le tocó una suerte de tránsito fácil, [cuando] escuchaba que alguien había muerto rápidamente, y sin sufrimiento alguno, pedía para él y para los suyos una “eutanasia” (pues este era precisamente el término griego que solía utilizar)³³⁴. Suetonio, pone en boca del *Divino Augusto* el vocablo eutanasia, entendida como una muerte rápida y sin sufrimiento. Del mismo modo, Cicerón se refiere a la eutanasia como “muerte digna” en su carta a Atico, en donde sostenía que “lo que el hombre puede desear recibir de los dioses, nada mejor que una buena muerte”³³⁵. Este mismo autor, llegó a la misma conclusión a la que alude Sócrates en la Apología de Platón, “filosofar es aprender a morir”.

Las escuelas morales en Roma mantenían como condición para que el suicidio fuera lícito, el hecho de que se hiciera para evitar el cansancio de la vida, pero estaba prohibido si se hacía para huir de los deberes sociales³³⁶. Los *estoicos* “adoptaron el suicidio como una alternativa cuando la vida ya no era natural a

³³² *TRATADOS HIPOCRÁTICOS*, Vol. I, Ed. Gredos, Madrid, 1983. p. 111. Tomado de Gracia, Diego, “Historia de la eutanasia” en Urraca Martínez, Salvador, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, p. 78.

³³³ Pérez Valera, Víctor M., *Op. cit.*, p. 98.

³³⁴ Suetonio, *Vida de los césares*, trad. de David Castro de Castro, Madrid, Alianza, 2010, p. 228. El texto latino es el siguiente: “Sortitus exitum facilem et qualem semper optaverat. Nam fere quotiens audisset cito ac nullo cruciatu defunctum quempiam, sibi et suis similem **euthanasiam** (hoc enim et verbo uti solebat) precabatur”. La cita en latín se encuentra en Marciano, Vidal, *Bioética. Estudios de Bioética racional*, Madrid, Tecnos, 1998, p. 65

³³⁵ Tomado de Marciano, Vidal, *Op. cit.*, *Ídem*.

³³⁶ Gafo, Javier, *Op. cit.*, nota 329, p. 297.

causa del dolor, de graves enfermedades o anomalías físicas³³⁷, *Zenón*, el fundador de esta escuela, murió manteniendo la respiración después de sufrir un accidente donde se rompió un dedo, según unos autores; o ahorcándose después de sufrir dicho accidente, según otros. Su sucesor, Cleantes, murió después de negarse a comer, después de haber sufrido de un “flemón”³³⁸. Los *epicúreos*, solían “meditar sobre la muerte [para] acostumbrarse a pensar que este hecho de concluir la vida no tiene en sí nada de espantoso. El hombre, condenado naturalmente a morir, puede sólo adelantar su muerte, riesgo de su libertad, si en un determinado momento la vida le parece insostenible”³³⁹. *Epicuro* recomendaba no angustiarse con la idea de la muerte, pues “la muerte no es nada para nosotros. Porque todo bien y todo mal reside en la sensación y la muerte es privación del sentir”. La muerte es algo bueno, porque “elimina el ansia de inmortalidad. Nada hay...temible en el vivir para quien ha comprendido...que nada temible hay en el no vivir”³⁴⁰. A pesar de que este autor sufría dolores atroces al final de su vida, no se suicidó, siendo acorde con la filosofía que promovía “la práctica de vivir bien y la práctica de morir bien” ya que las consideraba una misma cosa. Al momento de su muerte, dijo que todos sus sufrimientos “se compensaban con la alegría del alma”³⁴¹. Los *cínicos* veían el suicidio como la absoluta libertad, se cuenta que el cosmopolita *Diógenes*, se suicidó manteniendo la respiración.

Uno de los autores que abordó con mayor detalle el tema de la libertad para disponer de la vida fue el estoico Lucius Annaeus *Seneca*, quien se suicidó al igual que el escritor Petronio, a causa de Nerón. En las *Cartas a Lucilo*, sostiene que

la vida lleva a unos velozmente a donde habían de llegar por más que se retrasen; a otros los macera y los cuece. La cual, vida, como sabes, no siempre ha de ser retenida. Porque lo bueno

³³⁷ Humphry, Derek y Wickett, Ann, *Op. cit.*, nota 318, p. 21.

³³⁸ Ambos datos están contenidos en Critchley, Simon, *Op. cit.*, nota 330, pp. 88-90; y Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 21. Este último es el que contiene la versión del ahorcamiento de Zenón.

³³⁹ García Gual, C., *Epicuro*, Madrid, 1981, p. 7, tomado de Juanatey Dorado, Carmen, *op.cit.*, p. 53.

³⁴⁰ Muñoz Rendón, Josep, *La piedra filosofal*. Cómo morir y no perecer en el intento, Barcelona, Ariel, 2009, p. 28.

³⁴¹ Critchley, Simon, *op. cit.*, p. 94.

no es vivir, sino vivir bien. Así que el sabio vive tanto como debe, no tanto como puede. Verá dónde ha de vivir, con quiénes, de qué modo, qué ha de hacer. Piensa siempre en la calidad y no en la cantidad de su vida. Si se le presentan muchas molestias y estorbos que perturben su tranquilidad, se hace libre a sí mismo. Ni hace esto tan sólo en la última necesidad, sino que tan pronto como la fortuna comienza a serle sospechosa, mira diligentemente si ha de irse. Estima que nada importa si ha de acabarse él mismo o esperar su fin, si ha de ser más temprano o más tarde. No le teme como si se tratara de un gran daño. No importa morir más pronto o más tarde; lo que importa es morir bien o mal. *Pero morir bien es huir el peligro de vivir mal...* No puedes, pues, decidir de manera general, cuando un poder externo amenaza la muerte, si hay que anticiparla o esperar. Porque hay muchas circunstancias que pueden llevar a lo uno o a lo otro. Si la una muerte es con tormentos y la otra sencilla y fácil, ¿por qué no echar mano de ésta? Así como elige la nave quien ha de navegar y la casa el que la ha de habitar, así la muerte el que ha de salir de la vida... Nada hizo mejor la ley eterna que darnos una sola entrada para la vida y muchas salidas. ¿He de esperar la crueldad de la enfermedad o del hombre cuando puedo salir de en medio de los tormentos y apartar los obstáculos? La única cosa por la que no podemos quejarnos de la vida es ésta: que no obliga a nadie. Bien están las cosas humanas, porque nadie es desgraciado sino por su culpa. Te agrada; vive. No te agrada; te es lícito volverte allí de donde viniste... No hay obstáculos para quien desea romper los lazos y salir. La naturaleza nos guarda el campo abierto... Grande es aquel hombre que no sólo se ordenó la muerte, sino que supo encontrarla³⁴².

Según Séneca, “sólo la ciencia del morir llegará día en que tenga que ser usada”. *Marco Aurelio*, en el mismo sentido que Séneca, sostenía que “una de las funciones más nobles de la razón es saber si es hora de dejar este mundo o no”³⁴³. Además sostenía que “el cese de la vida para cada cosa, por un lado, no es un mal, porque tampoco es reprochable, dado que no es efectivamente de propia elección ni contrario a la comunidad; y, por otro, es bueno, dado que es oportuno al conjunto y surte y recibe beneficio”³⁴⁴.

Como bien refiere, Luis Jiménez de Asúa, “en tiempos de Valerio Máximo, el Senado de Marsella tenía un depósito de cicuta a disposición de quien mostrase ante la corte deseos de abandonar la vida. Pero esto, más que a fines eutanásicos

³⁴² Séneca, “Carta LXX”, en *Séneca, Cartas a Lucilo*, trad. de José M. Gallegos Rocafull, México, SEP, 1985, pp. 297 y ss.

³⁴³ Critchley, Simon, *Op. cit.*, p. 27.

³⁴⁴ Marco Aurelio, *Pensamientos, cartas, testimonios*, trad. de Javier Campos Daroca, Madrid, Anaya, 2010, p. 177.

respondía a la costumbre de facilitar el suicidio”³⁴⁵. Este último, sólo se permitía si el suicida no trataba de cometer fraude. Las penas para estas acciones, iban desde la crucifixión, que evitaba dar sepultura al suicida, a la cancelación del testamento, la confiscación de los bienes y la prohibición del luto para los familiares de éste. El suicidio, se daba principalmente entre los soldados, que lo hacían para evitar ser enviados al combate, en este caso, cuando se descubrían las intenciones del suicida, se le castigaba con pena de muerte, mas si su acción era causada por enfermedad o el cansancio de la vida, sólo era expulsado del ejército³⁴⁶.

3.4 Edad Media

Al inicio de la Edad Media, aun prevalecían las ideas de los estoicos sobre el suicido. Paulatinamente, conforme el cristianismo fue tomando fuerza como religión oficial del Imperio en tiempos de Constantino, se fue configurando la prohibición casi total ante este tipo de prácticas. Pues “para el cristiano, en efecto, la muerte ya no es un final sino un principio; es el final de una primera vida terrestre y, sobre todo, el comienzo de la vida eterna. La vida terrestre es una preparación para la eterna y la muerte se convierte en el paso obligatorio previsto por Dios”³⁴⁷.

Explicando el mandamiento no matarás, *San Agustín* sostiene que “debemos entender que también nos comprende a nosotros mismos aquella prohibición”³⁴⁸, pues “¡cuánto más debe entenderse que no le es lícito al hombre matarse a sí mismo...nadie, ni el mismo a quien se manda, entiéndese exceptuado”³⁴⁹, “resta que entendamos del hombre el precepto: *No matarás*; ni a otro hombre ni tampoco a ti. Porque el que se mata a sí mismo, no deja de matar a un hombre. Además, se consideraba que el suicida usurpaba las funciones de Dios, quien le había dado la vida, y sólo él la podía quitar, como señala el doctor Pieter Admiraal “el

³⁴⁵ Véase. Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, pp. 27 y ss.

³⁴⁶ Ídem.

³⁴⁷ Baudouin, Jean-Louis y Blondeau, Danielle, *La ética ante la muerte y el derecho*, trad. de David Chiner, Barcelona, Herder, 1995, p. 76

³⁴⁸ San Agustín, *op. cit.* nota 307, p. 44

³⁴⁹ *Ibidem*, p. 45

momento de la muerte estaba en manos de Dios y usurparlo constituía un acto pecaminoso de orgullo, es decir, negar el poder de Dios sobre la vida humana”³⁵⁰. Aunque, para San Agustín, este mandamiento tiene dos excepciones: “aquellos que Dios manda matar, ora sea por ley que Él haya dado, ora por expresa orden ocasional intimada a alguna persona”³⁵¹. De este modo, no infringieron la ley los que hicieron la guerra en nombre o por mandato de Dios, tampoco Abraham, quien intentó matar a su hijo por mandato divino, Jefté, quien prometió al señor inmolarle lo primero que topase a su encuentro cuando volvía de la pelea victorioso, y quien le salió al encuentro fue su hija³⁵². Posteriormente, esta excepción, sirvió de excusa para el suicidio de algunos mártires cristianos. También es extensible a los casos en que se prefiere la muerte al pecado, así da cuenta de un caso de unas “mujeres, en tiempos de persecución, (que) por librarse de los perseguidores de su honestidad se arrojaron en el río que las había fatalmente de arrebatarse y ahogar”³⁵³. Así evitó perder la virginidad en mano de aquellos.

Según San Agustín, cuando alguien se suicidaba por alguna de las razones amparadas por la excepción al mandamiento *no matarás*, lo hacía actuando no sólo bajo los designios *inescrutables* de Dios, sino mediante el libre albedrío del suicida. Aunque advierte, “nadie debe darse la muerte (por) su propio albedrío, no sea que, por huir de molestias temporales, vaya a dar en las eternas...Ninguno, como por deseo de vida mejor, que tras la muerte se espera, porque a los culpables de su muerte, después de la muerte no los acoge mejor vida”³⁵⁴.

Después de la muerte de San Agustín, se llevaron a cabo varios Concilios en los que se abordó el tema del suicidio. El primero fue el Concilio de Arles en 452, donde se consideró el suicidio como “un crimen que no podía ser efecto más que

³⁵⁰ Admiraal, Pieter, “La eutanasia y el auxilio médico al suicidio”, en Thomasma, David, y Kushner, Thomasine (eds.), *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, trad. de Rafael Herrera Bonet, España, Cambridge University Press, 1999, p. 228.

³⁵¹ San Agustín, *Op. cit.*, p. 46.

³⁵² *Idem*. Retomando el pensamiento estoico, San Agustín admite que “todos los que han ejecutado en sí este homicidio (de sí mismo) por ventura sean de admirar por su grandeza de alma, pero no son de loar por la sanidad de su mente.

³⁵³ *Ibidem*, 26,1. p. 52

³⁵⁴ *Ibidem*, 26,5. p. 53.

de un furor diabólico”³⁵⁵. Sin embargo, esta disposición sólo era aplicable para los miembros de las clases pobres, ya que era permitido para los de las clases privilegiadas. En el Concilio de Orleans, en 533 “se acordó denegar la celebración de funerales a los suicidas por haber cometido un acto criminal”³⁵⁶. En 563, tres décadas después, se celebró el Concilio de Braga, donde se negaba “la celebración de funerales a *todos* los suicidas –independientemente de su posición social, método o circunstancias”³⁵⁷, “en el santo oficio de la misa, así como la de que el canto de los salmos acompañase los cuerpos de los suicidas a la tumba”³⁵⁸. En el Concilio de Toledo, del año 693, se determinó “que cualquiera que *intentara* suicidarse sería excomulgado”³⁵⁹. Como observa Carmen Juanatey, durante estos Concilios se va dejando atrás la permisión al suicidio que habían tolerado los estoicos, y se considera al suicidio como “un acto moralmente reprobable, asimilable al homicidio y castigado... con sanciones rigurosas”³⁶⁰. Dichas sanciones eran aplicables a cualquiera que lo intentara o lo llevara a cabo, no importaban las razones por las que lo hicieran.

En este orden de ideas, refiere Pieter Admiraal, “las personas que se suicidaban eran normalmente enterradas fuera de los muros de la ciudad, en un cruce de caminos, donde esa forma de cruz pudiera ahuyentar al diablo que rondaría buscando el alma perturbada del individuo”³⁶¹. Fue hasta el año 1284 cuando en el derecho canónico se determinó la sanción en la que se prohibía dar sepultura a los suicidas en el “campo santo”.

Posteriormente, basándose en el pensamiento de San Agustín y de Aristóteles, *Tomás de Aquino*, se declaró contra el suicidio y sobre asistir la muerte de los individuos, basándose en la idea de la indisponibilidad de la vida. Para este autor,

³⁵⁵ Durkheim, Emile, *El suicidio...*, p. 360. En Juanatey, Carmen, *Op. cit.*, p. 35.

³⁵⁶ Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 23.

³⁵⁷ *Ídem*.

³⁵⁸ Durkheim, Emile, *El suicidio...*, p. 360. En Juanatey, Carmen, *Op. cit.*, p. 36.

³⁵⁹ Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 24.

³⁶⁰ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, p. 37.

³⁶¹ Admiraal, Pieter, *op. cit.*, p. 229. Anteriormente, Platón había considerado que las tumbas de los suicidas deberían estar aisladas, “además, deberían ser enterrados ignominiosamente en lugares sin nombre en los márgenes que delimitan los doce distritos; y su tumba no sería señalada por lápida o nombre alguno” Platón, *Laws*, 873 c-d, en Szasz, Thomas, *Libertad fatal*, trad. de Francisco Beltrán Adell, España, Paidós, 2002, p. 36.

“la vida es un don dado al hombre por Dios y sujeto a su divina potestad, que mata y hace vivir. Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios, como el que mata a un siervo ajeno peca contra el señor de quien es siervo”³⁶². Por medio del libre albedrío, el hombre puede disponer de las cosas que le pertenecen, pero de la vida nunca podrá disponer porque sólo es depositario del bien que Dios le concedió. Por otro lado, considera que “el suicidio no sólo era pecaminoso por violar el Quinto Mandamiento, sino que era el más peligroso de los pecados ya que no dejaba tiempo para el arrepentimiento”³⁶³.

Santo Tomás sostiene que, “en el suicidio hay una triple malicia, consecuencia de una triple deserción. El suicida deserta como individuo de las tareas que todo ser humano tiene ante sí y que Dios ayuda a realizar; hay, además, una deserción social de la tarea del hombre ante los demás y ante la sociedad; y, finalmente, hay una deserción religiosa de la misión que toda persona tiene ante Dios”³⁶⁴.

Asimismo, Aquino menciona que el suicidio es ilícito por ser contrario a las virtudes de Justicia y Caridad, ya que “el homicidio solamente es pecado en cuanto es contrario a la justicia”; además, de que el ser que se ama a sí mismo, busca conservar su existencia, por ello, “el que alguien se dé muerte es contrario a la inclinación natural y a la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo”³⁶⁵. Contrario a esto, como ya se mencionó, estas serán las virtudes conforme a las cuales, uno puede elegir la eutanasia, en el pensamiento de la filósofa británica Philippa Foot.

³⁶² Tomás de Aquino, *Summa Theologica*, parte II, 2, q. 6, a. 5, BAC, Madrid, 1956, tomo VIII, p. 440, en Méndez Baiges, Víctor, *Sobre morir: eutanasias, derechos, razones*, Madrid, Trotta, 2002, p. 72

³⁶³ Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 24

³⁶⁴ Tomás de Aquino, *Summa Theologica*, parte II, II, q. 64, a.5. En Gafo, Javier, *Op. cit.*, nota 329 p. 298.

³⁶⁵ Tomás de Aquino, *Summa Theologica*, parte II, II, q. 64, a.5. en Juanatey Dorado, Carmen, *Op. cit.*, p. 57.

Finalmente, se celebró el Concilio de Reims en 1583, donde se previó la “excomuni3n para aquellos que hubiesen contravenido la prohibici3n de sepultura eclesiástica”³⁶⁶ dispuesta en 1284.

3.5 Renacimiento

En la 3poca renacentista, algunos pensadores cat3licos fueron cuestionando los argumentos de la disponibilidad de la vida, entre ellos est3n Francis Bacon y David Hume, quien de manera indirecta da respuesta a la tesis de Tom3s de Aquino en su ensayo *Del suicidio* publicado p3stumamente. Antes de estos autores, *Tom3s Moro*, al igual que Plat3n, describi3 una ciudad ideal en su libro *Utopía*, en donde sostenía que ahí

cuidan a los enfermos con gran afecto y no dejan en absoluto pasar nada por alto concerniente a la medicina o a una buena dieta con la que pueda devolvérseles de nuevo la salud. Confortan a los que est3n afectados de enfermedades incurables sent3ndose a su lado, hablando con ellos y para resumir toda clase de ayudas que puedan existir. Pero si la enfermedad es no s3lo incurable sino hasta llena de continuo sufrimiento y angustia, entonces los sacerdotes y los magistrados exhortan al hombre viendo que no es capaz de hacer ninguna funci3n vital y que sobreviviendo a su propia muerte es perjudicial y molesto para los dem3s y pesado para s3 mismo, que se decida a no consentir m3s esa pestilente y dolorosa enfermedad. Y viendo que su vida no es para 3l m3s que una tortura, que no sea reacio a morir sino que mejor cobre buenos 3nimos y se desembarace a s3 mismo de esta dolorosa vida como de una prisi3n o de un potro de tormento, o permita de buen grado que otro le libre de ella. Y le dicen que obrando as3 har3 sabiamente, viendo que con su muerte no perder3 ning3n privilegio sino que acabar3 su dolor. Y puesto que en este acto seguir3 el consejo de los sacerdotes, es decir, de los int3rpretes de la voluntad y gusto divinos, le hacen ver que obrar3 como hombre bueno y virtuoso. Los que son as3 convencidos ponen fin a sus vidas voluntariamente de hambre o bien mueren durante el sueño sin ninguna sensaci3n de agonía. Pero no obligan a nadie a morir contra su voluntad ni dejan de usar la misma diligencia y cuidado con 3l, aunque creen que 3sta es una muerte honorable. Por otra parte, el que se suicida antes que los sacerdotes o el Consejo hayan aceptado el motivo de su muerte, lo tiran sin enterrar a alg3n apestoso pantano como indigno de ser enterrado o consumido por el fuego³⁶⁷.

³⁶⁶ *Ibíd.*, p. 38.

³⁶⁷ Moro, Tom3s, *Utopía*, trad. de Joaquim Malafr3 Gavald3, Madrid, Planeta, 1977, p. 91.

En la ciudad utópica que describe Santo Tomás Moro, se atendía con respeto a los enfermos, a los incurables no se les abandonaba, se reconocía los límites de la medicina, pues a los que sufrían dolores y angustias insoportables, se les permitía disponer de su vida optativamente, pues su vida se había convertido en una carga para el mismo paciente. Lo que resulta interesante, es el hecho de que no se obligaba a morir a los pacientes, además de las sanciones que se imponían a quienes se daban muerte por motivos distintos a la enfermedad incurable y el sufrimiento. Este párrafo manifiesta una respuesta a aquellos que se oponen a la regulación de la eutanasia, que arguyen que se pasaría de un derecho a morir a un deber de morir.

Entre los médicos del renacimiento, dos resultan importantes para este tema: *Paracelso* y *Ambroise Paré*. El primero, sostenía que “la muerte de todas las cosas de la Naturaleza no es sino una inversión y modificación de las fuerzas y virtudes, un reinar sobre lo bueno y sobre lo malo, una extinción y aniquilación de la primera naturaleza y un nacimiento de la segunda y nueva naturaleza”. Asimismo consideraba que “hay muchas cosas en la vida que parecen malas, pero al morir o después de la muerte se presentan con redoblada fuerza y virtud”³⁶⁸. Para este médico, “sólo quien supera lo mortal es señor, y quien lo supera el último es el Auténtico”³⁶⁹. El misticismo de este autor se refleja en cada uno de sus textos, por ejemplo, afirmaba que “es la muerte la que nos trae el despertar y nos devuelve de este modo, por así decirlo, lo que nos ha quitado...La tierra es la prisión del hombre”, “nosotros, los hombres sobre la Tierra, morimos todos en pecado, y tenemos por eso que ir a prisión y ser guardados en ella hasta que llegue el Juicio, igual que ha de esperar cualquier preso”³⁷⁰.

Ambroise Paré, quien consideraba que la medicina tiene los límites que Dios dispone, narra que en una ocasión en París, al entrar al campo de batalla, se encontró con unos soldados agonizantes, quienes “no veían, no oían, ni hablaban;

³⁶⁸ Paracelso, “La transfiguración del cuerpo”, en *Textos esenciales*, trad. de Carlos Fortea, España, Siruela, 2001, p. 246.

³⁶⁹ *Ibidem*, “De la superación de la muerte”, *op. cit.*, p. 246.

³⁷⁰ *Ibidem*, “La muerte como llamada a despertar”, *op. cit.*, p. 245.

y todavía les llameaban los vestidos por la pólvora. Estándoles yo mirando con lástima, llegó un soldado viejo, el cual [le preguntó] si había modo de curarlos. Respondí que no. Al punto se acercó a ellos y los degolló de buen talante y sin enojo. Viendo yo tan gran crueldad, le dije que era un mal hombre. Me replicó que rogaba a Dios que, de hallarse él en tal coyuntura, pudiese dar con alguien que hiciere por él otro tanto, para no tener que agonizar miserablemente”³⁷¹.

El poeta inglés *John Donne*, escribió al final de sus días un libro en el que basándose en la ley natural, justificaba el suicidio de santos y mártires cristianos. Este autor consideraba que una vez que la enfermedad no los pudo someter (refiriéndose a la peste), Dios mandó médicos *ignorantes* y *torturadores*. Según Donne, “tengo las llaves de mi prisión en mis manos, y no vislumbro un remedio más inmediato para los males que afligen mi corazón que mi propia espada”³⁷². Del mismo modo, *Montesquieu* declaraba que, “se me ha dado la vida como regalo [...] Puedo, por tanto, devolverla cuando llegue el momento. [...] Cuando esté abrumado por el dolor, la pobreza o la indignidad, ¿por qué debería abstenerme de poner fin a mis problemas, o a renunciar cruelmente a un remedio que está en mis manos?”³⁷³.

Posteriormente, el canciller inglés *Francis Bacon*, emplea ya propiamente el término *eutanasia*, distinguiendo dos tipos, la eutanasia externa (*euthanasia exterio*) y la interna (*euthanasia interiori*). La primera está regida por la acción de otros, la segunda corresponde a la “preparación del alma” al morir. Respecto de la eutanasia externa considera que “la misión del médico no consiste sólo en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y sufrimientos; y no únicamente cuando ese alivio pueda conducir a la curación, sino también cuando pueda proporcionar, aun sin esperanza de recuperación, un partir de la vida más suave y tranquilo (...) Actualmente, en cambio, los médicos cuidan casi religiosamente a los enfermos incurables, cuando a mi juicio, si no quieren faltar a

³⁷¹ Paré, Ambroise, *Apologie, et traité contenant les voyages en divers lieux*, Ed. Delpriane, México, 1947. En Gracia, Diego, *op. cit.*, nota 331, p. 73.

³⁷² Szasz, Thomas, *Libertad fatal*, trad. de Francisco Beltrán Adell, España, Paidós, 2002, p. 42

³⁷³ *Ibidem*, p. 41.

su misión y al deber de humanidad, deberían aprender el arte de *facilitar diligentemente una suave partida de esta vida*".³⁷⁴

En Italia, "Lombroso cuenta que hacia 1600 los viejos y los incurables eran muertos solemnemente en Suecia por sus propios parientes", lejos de la influencia cristiana. Al ser la eutanasia discutida en Italia, "el famoso médico italiano Luigi Ferrannini insistía en que nada puede justificar el uso de los recursos de la ciencia para destruir la vida, que es un don inalienable"³⁷⁵.

El filósofo inglés, *John Locke* se opuso a la idea de que el hombre pudiera disponer de su vida. Si bien, en el estado natural los individuos tienen libertad, esto no quiere decir que "sea un estado de absoluta licencia", pues deben buscar su conservación. El motivo por el que dichos individuos deciden reunirse en sociedad, es para preservar su existencia, por lo tanto, sería incoherente para ellos atentar contra su propia vida. Además de que, "todos los hombres son obra de un Hacedor omnipotente e infinitamente sabio, no son más que servidores de un único Señor y Soberano, puestos en el mundo por orden suya y para su servicio, parte de su propiedad, y, creados para durar mientras le plazca a él y sólo a él"³⁷⁶. Así el argumento de Locke pasa de ser un argumento racional a convertirse en un argumento teológico, pues primero apela a la voluntad de los hombres de reunirse en sociedad para conservar la especie, y luego señala que éstos, no pueden disponer de su vida porque no les pertenece.

Una respuesta al argumento de Locke, se encuentra en el filósofo escocés *David Hume*, quien escribió un ensayo en el que refutaba –además– los argumentos de la indisponibilidad de la vida que elaboró Tomas de Aquino. Este ensayo fue publicado de manera póstuma en 1777, ya que a causa de sus obras anteriores (*La historia natural de la religión, De las pasiones, De la tragedia*) fue perseguido y condenado por la iglesia católica, por lo que optó por la prudencia y pidió que el

³⁷⁴ Bacon, Franciscus de Verulamio, *De Dignitate et augmentis scientiarum*, Expendis Gasparis Giradi, Bibliopolae Veneti, Lugani, MDCCLXIII. En Pérez Valera, Víctor M., *op. cit.*, pp. 100-101

³⁷⁵ Jiménez de Asúa, Luis, *op. cit.*, nota 290, p. 365.

³⁷⁶ Tomado de "John Locke (1632-1709). "El caballo desbocado de la muerte", en Muñoz Rendón, Josep, *op. cit.* nota 339, p. 39.

ensayo sobre el suicidio fuera publicado después de su muerte. Hume niega que el suicida usurpe la actividad de Dios, pues “la vida humana depende de las leyes generales de la materia y el movimiento, y que no supone ninguna intromisión en la función de la providencia perturbar o alterar estas leyes generales”. Rechaza la prohibición de disponer de la vida por ser considerada producto del Todopoderoso, ya que sostiene que “para el universo, la vida de un ser humano no tiene mayor importancia que la de una ostra”³⁷⁷. Asimismo, menciona que “si la disposición de la vida humana quedara hasta tal punto reservada al ámbito especial de competencia del todopoderoso que supusiera una intromisión en su derecho que los hombres dispusieran de su propia vida, sería igual de criminal actuar a favor de su preservación que de su destrucción”. Poniendo como ejemplo lo siguiente, “si aparto una piedra que está a punto de caer sobre mi cabeza, estoy perturbando el curso de la naturaleza, e invadiendo la peculiar competencia del todopoderoso, al prolongar mi vida más allá del período que le había asignado las leyes generales de la materia y el movimiento”³⁷⁸.

Para Hume, la vida humana es un bien, pero también puede no serlo. Cuando la vida humana se vuelve desdichada, al grado de que si la existencia “se siguiera prolongando, se tornaría indeseable”³⁷⁹. Por el hecho de darse cuenta de que la vida se vuelve indeseable para quien la vive, se puede escapar de la misma. De esta manera, rechaza la obligación de vivir una vida llena de sufrimientos y dolores, y afirma que el poder de la providencia que nos creó y nos hizo racionales, es el mismo que nos autoriza para disponer de la vida. En este sentido, no se rebela ante el todopoderoso, sino que se ejerce una facultad que el mismo entregó a los individuos.

el horror del dolor prevalece sobre el amor a la vida, es lícito poner fin al sufrimiento. *Pero la providencia te ha destinado –continúa Hume-, como a un centinela, a determinado puesto, y si*

³⁷⁷ Hume, David, “Del suicidio”, en *Ensayos morales, políticos y literarios*, trad. de Carlos Martín Ramírez, Madrid, Trotta, 2011, p. 497. Del mismo modo Giordano Bruno afirmaba que “el hombre no es más que una hormiga ante el infinito”, En Singer, Peter, *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, trad. de Yolanda Fontal Rueda, España, Paidós Transiciones, 1997, p. 170.

³⁷⁸ Hume, David, *op. cit.*, *Ídem*.

³⁷⁹ *Ibidem*, p. 498.

desertas de él sin que te retiren te haces culpable de rebelión contra tu todopoderoso soberano y habrás provocado su disgusto. Me pregunto cómo llegas a la conclusión de que la Providencia me ha colocado en esta situación. Por mi parte me encuentro que debo mi nacimiento a una cadena de causas, de las que muchas, y precisamente la principal, dependen de actos humanos voluntarios. *Pero la Providencia ha guiado esas causas y nada sucede en el universo sin su consentimiento y cooperación.* Si es así, entonces tampoco mi muerte, aunque sea voluntaria, sucede sin su consentimiento. Y, cuando el dolor y el pesar superan hasta tal punto mi paciencia como para hacer que esté cansado de la vida, puedo deducir que se me ha retirado de mi puesto en los términos más claros y expresos³⁸⁰.

Como se verá más adelante, Kant al rechazar el suicidio toma en cuenta argumentos racionales y religiosos. De este modo, responde al argumento de Hume, en el sentido de que “los hombres son una especie de centinelas que no han de abandonar su puesto hasta ser relevados en él por alguna mano bienintencionada. Dios es nuestro propietario y su providencia vela por nuestro bien. Un siervo que se halla bajo el cuidado de su amo bondadoso se comporta de modo reprehensible cuando se opone a sus designios”³⁸¹.

Para Hume, nuestras acciones no perturban el orden del universo (recuérdese que somos como una ostra para éste). Por lo tanto, da tres razones a favor del suicidio:

- a) Una persona que se retira de la vida no hace daño a la sociedad pues *deja únicamente de hacerle bien*, por ello el daño sería mínimo;
- b) Las relaciones con la sociedad son recíprocas, cuando *recibo los beneficios de la sociedad* debo *promover su interés*, mas si me retiro de la sociedad, ya no recibo ningún bien, entonces ¿puedo seguir vinculado con ella?; y
- c) Las obligaciones para con el Estado, y con esto contesta a Aristóteles, no son perpetuas, sino que tienen límites, *no estoy obligado a hacer un pequeño bien a la sociedad a costa de causarme un gran daño a mí mismo*³⁸².

³⁸⁰ *Ibíd.*, p. 499.

³⁸¹ Kant, Immanuel, *Lecciones de ética*, trad. de Roberto Rodríguez Aramayo, Barcelona, Crítica, 1988, p. 194.

³⁸² Hume, David, *op. cit.*, nota 376, p. 500.

Finalmente, señala que cuando “no está en mi poder promover el interés del Estado...que soy una carga para él...que mi vida evita que otra persona sea útil para el bien público... [entonces] en tales circunstancias, mi dimisión de la vida no sería sólo inocente, sino loable”³⁸³ y esto sólo porque “si mi vida no fuera mía, sería criminal que la pusiera en peligro o dispusiera de ella”³⁸⁴. Hume, hace también una apología para el suicida, pues considera que el suicidio es “a menudo coherente con el interés y con nuestra obligación para con *nosotros mismos*, no puede cuestionarlo nadie que conceda que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden hacer que la vida sea una carga y se convierta en algo peor que su aniquilamiento. Yo creo que nadie dejaría la vida mientras valiera la pena conservarla. Pues es tal el horror natural que nos inspira la muerte, que los pequeños motivos nunca podrá reconciliarnos con ella”³⁸⁵.

Schopenhauer, afirmaba que “tan pronto como los terrores de la vida...tuvieran más peso que los terrores de la muerte, el hombre pondría fin a su vida”³⁸⁶. El filósofo alemán *Friedrich Nietzsche*, consideraba que “cuando se llega a cierto estado, no es conveniente vivir más tiempo. La obstinación en vegetar cobardemente esclavo de médicos...cuando se ha perdido ya el sentido de la vida y el derecho a la vida, debería inspirar a la sociedad un desprecio profundo”. Al igual que Platón, consideraba que “los médicos podrían ser intermediarios de ese disgusto: nada de recetas, que con cada nuevo día caiga sobre los enfermos una nueva dosis de tedio”, además afirmaba que había que crear “una nueva responsabilidad, la del médico, para todos los casos en que el interés más elevado de la vida, de la vida ascendente, exige que se aparte y atropelle sin compasión la vida degenerada, en nombre del derecho a vivir”, porque para él era preferible, “morir altivamente cuando no es posible vivir altivamente”³⁸⁷.

³⁸³ *Ídem*.

³⁸⁴ *Ibidem*, p. 498.

³⁸⁵ *Ibidem*, p. 501.

³⁸⁶ En *Admiraal, Pieter, op. cit.*, p. 229.

³⁸⁷ Nietzsche, Friedrich, “Moral para los médicos”, en *El crepúsculo de los ídolos*, trad. de Enrique Eidelstein, Miguel Ángel Garrido y Carlos Palazón, España, Edicomunicación, 2000, Obras Inmortales, T. III, p. 1349.

Además, este autor sostenía que “la muerte libremente escogida, en el día señalado, con lucidez y corazón alegre, en medio de niños y de testigos, cuando todavía es posible un adiós real, cuando el que nos abandona existe todavía y es verdaderamente capaz de evaluar lo que ha querido y lo que ha conseguido, de recapitular su vida”, y reconoce que “todo esto está en oposición con la desdichada comedia que representa el cristianismo a la hora de la muerte. Jamás se perdonará al cristianismo el abusar a la hora de la debilidad del moribundo para violentar su consciencia y tomar la actitud del moribundo como pretexto para un juicio acerca del hombre y de su paso”. Finalmente, concluye que “se muere siempre porque mismo uno quiere... Por amor a la vida se debería de desear una muerte libre y consciente, sin azar y sin sorpresa... [porque aunque] no está en nuestras manos el no haber nacido, pero podemos reparar esa falta, pues a veces es una falta”³⁸⁸.

Habría que añadir, lo que dice *Goethe* sobre el suicidio. Éste “es un hecho que forma parte de la naturaleza humana. A pesar de lo mucho que se ha dicho y hecho a cerca de él en el pasado, cada uno debe enfrentarse a él desde el principio, y en cada época debe repensarlo”³⁸⁹. El autor alemán, escribió un libro titulado *Las cuitas del joven Werther*, en el que su protagonista se suicida tras una desilusión amorosa, el libro sirvió de ejemplo para algunos de sus lectores. Además, la defensa realizada a favor de la eutanasia a finales del siglo XVIII, por el médico *Karl Friedrich Marx*, con su tesis doctoral *De eutanasia Medica*, en la que “expone la necesidad de enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos que están en la fase terminal de su vida”, pues “los médicos tienen que aprender la ciencia de la eutanasia, ya que no son capaces de dar a sus enfermos la “atanasia”, es decir, la inmortalidad”³⁹⁰.

³⁸⁸ *Ídem*.

³⁸⁹ Goethe, Johann, *Poesía y verdad*, p. 367, en Szasz, Thomas, *op. cit.*, nota 371, p. 13.

³⁹⁰ En Gracia, Diego, *op. cit.*, p.81

3.6 Modernidad

Hasta este momento, los argumentos sobre la eutanasia y el suicidio, así como la definición de la primera han evolucionado a pasos de gigantes. Como se ha visto, Augusto la entendía como una muerte tranquila y rápida, en cuanto al propio Bacon, como aquella que era realizada por el médico para calmar los sufrimientos del enfermo. Del mismo modo, la veía el médico Karl Friedrich Marx, siguiendo – tal vez-, la propuesta de Séneca en la carta LXX a Lucilio, de acuerdo con la cual “sólo la ciencia del morir llegará día en que tenga que ser usada”. Esta evolución ha pasado distintas etapas, pues tanto el suicidio como la eutanasia, se consideran primero como un acto de honor y valor, después como un pecado mortal por atentar contra Dios y no poder arrepentirse, posteriormente, se convirtió en una potestad del médico para terminar con el dolor del agonizante.

En la modernidad, el concepto de eutanasia y el suicidio comienzan a circular por derroteros distintos, para convertirse en una de las ideas que se mantienen hoy día, es decir, son parte de un ejercicio de la autonomía, no obstante, para uno de los principales autores que defiende la autonomía, el suicidio estaba moralmente prohibido.

Dentro del esquema filosófico de *Immanuel Kant*, el suicidio no tiene cabida, pues este acto es contrario al *deber* del individuo, puesto que “el hombre no puede enajenar su personalidad mientras haya deberes, por consiguiente mientras viva”³⁹¹. Además de ser incompatible con la segunda acepción del imperativo categórico, la cual consiste en obrar de tal modo que se considere a la humanidad como un fin y nunca como un medio. Si un individuo que sufre una situación dolorosa se suicida, su acción es contraria a dicho imperativo pues el suicida se utiliza como un medio para alcanzar un fin. El suicidio implica quitarse la vida (un asesinato) por lo que se considera una transgresión del deber hacia otros hombres, con los que se tiene un vínculo especial o familiar, y contra dios.

³⁹¹ Kant, Immanuel, *La metafísica de las costumbres*, trad. de Adela Cortina Orts y Jesús Conill Sancho, Madrid, Tecnos, 2002, p. 281.

En este sentido, Kant analiza la acción del suicidio en sí, sin atender concepciones religiosas, aunque termina sosteniendo que “hemos sido emplazados en este mundo bajo ciertos designios y un suicida subvierte los propósitos de su Creador” Para Kant, “el suicida abandona el mundo como alguien que deserta de su puesto y puede ser considerado un rebelde contra Dios”³⁹². Esto en razón de que, “el suicidio es ilícito y aborrecible, no porque Dios lo haya prohibido, sino que Dios lo prohíbe precisamente por su carácter aborrecible”³⁹³. Este argumento es similar al que utiliza Platón en el Diálogo de *Eutifrón*, en el que Sócrates pide a Eutifrón que reflexione “¿Acaso lo pío es querido por los dioses porque es pío, o es pío porque es querido por los dioses?”³⁹⁴. Del mismo modo, se podría reflexionar ¿acaso el suicidio es incorrecto porque es prohibido por la ley por ser incorrecto, o es incorrecto porque es prohibido por la ley?

Sostiene Kant, que hay una perspectiva ilusoria de que el suicidio es admirable. Para los que defienden esta idea, se puede disponer de la vida siempre y cuando no se lesione el derecho de los demás. Proponen el suicidio para sustraerse de las calamidades e innumerables angustias de una enfermedad, sin embargo, Kant señala que la idea de que se puede disponer del propio cuerpo “bajo condición de mantener el propósito de la *autoconservación*” es incorrecta porque una persona no puede disponer de su vida, ya que esta acción es “lo más opuesto al supremo deber para con uno mismo, ya que elimina la condición de todos los restantes deberes”³⁹⁵. Asimismo, el suicidio entra en contradicción con la libertad, pues va más allá del uso del libre arbitrio.

Kant también critica los argumentos a favor del suicidio como el que sostiene que “la prolongación de la vida se vería supeditada a determinadas circunstancias, siendo preferible poner término a la misma cuando no se puede seguir viviendo conforme a la virtud y la prudencia”. Pone el ejemplo de Catón, quien para evitar caer en las manos de César, sucumbió su vida por medio de la daga, según Kant,

³⁹² Kant, Immanuel, *Op. cit.*, nota 380, p. 194.

³⁹³ *Ibidem.* 194-195.

³⁹⁴ Platón, “Eutifrón”, *op. cit.*, nota 319, p. 231.

³⁹⁵ Kant, Immanuel, *op. cit.*, p.189.

bajo la máxima “Si no puedes continuar viviendo como Catón, más vale no seguir viviendo”³⁹⁶. Este acto, incluso para este filósofo, es virtuoso, ya que es acorde con la filosofía que manifestó Catón durante toda su vida.

Según Kant, “quien llegue tan lejos como para considerarse dueño de su propia vida, también se creará dueño de la vida ajena, abriendo así las puertas a todos los vicios; pues, al estar dispuesto a abandonar el mundo, no le importa mucho ser atrapado cometiendo las mayores atrocidades”. Aunque se piense que “bajo ciertas circunstancias se ha de sacrificar la vida (si no puedo conservar mi vida sino violando los deberes para conmigo mismo, me veo obligado a sacrificarla con objeto de no contravenir tales deberes)”... el suicidio no admite justificación bajo ningún respecto”³⁹⁷. Puesto que cuando el hombre se suicida se coloca debajo de los animales, “quien así obra no respeta la humanidad y se convierte en una mera cosa...al convertirse en una cosa no puede exigir que otros deban respetar en él su condición de ser humano”³⁹⁸.

No obstante, resulta relevante el hecho de que Kant considere que “existen algunas cosas máspreciadas que la vida. La observancia de la moralidad es algo sublime. Es preferible sacrificar la vida que desvirtuar la moralidad. Vivir no es algo necesario, pero sí lo es vivir dignamente; quien no puede vivir dignamente no es digno de la vida”. Para Kant, “aquel que está dispuesto a quitarse la vida no merece vivir”³⁹⁹.

Sin embargo, este filósofo explica que “la miseria no autoriza al hombre a quitarse la vida, pues en ese caso cualquier leve detrimento del placer nos daría derecho a ello y todos nuestros deberes para con nosotros mismos quedarían polarizados por la *joie de vivre*, cuando en realidad el cumplimiento de tales deberes puede llegar a exigir incluso el sacrificio de la vida”⁴⁰⁰.

³⁹⁶ *Ibidem*, p. 190.

³⁹⁷ *Ibidem*, p. 191.

³⁹⁸ *Ibidem*, p. 192.

³⁹⁹ *Ídem*,

⁴⁰⁰ *Ibidem*, pp. 192-193.

Afirma Kant, contrario a lo que afirmaba Mill, que “mi libertad –que no admite limitación externa alguna- no puede ser utilizada en contra mía para destruirme. La libertad así condicionada es una libertad noble. Ni el infortunio ni un destino adverso deben desalentarnos para continuar viviendo, en tanto que pueda vivir dignamente como corresponde hacerlo a un hombre”⁴⁰¹.

Del mismo modo, el suicidio significa la negación de la moralidad, porque al “destruir al sujeto de la moralidad en su propia persona es tanto como extirpar del mundo la moralidad misma en su existencia”⁴⁰², en consecuencia, “el suicidio es malo porque no respeta al sujeto moral autolegisador que es la realidad más valiosa en el mundo y cuya conducta individual ayuda a construir aquel orden moral dentro del cual pueden suscitarse inicialmente las cuestiones sobre el suicidio”⁴⁰³.

De acuerdo con la posición de este autor, un individuo tiene la obligación de no disponer de su vida aunque ésta, ya no representa ninguna utilidad, ni significado, ni interés para el individuo. Pone el ejemplo de los estoicos quienes, como se ha dicho, “mantenían que el suicidio significaba una muerte apacible para el sabio, quien decidía abandonar el mundo como si se tratara de trasladarse desde una habitación, llena de humo, donde no se encuentra a gusto, a otra; este tipo de sabio decidía abandonar el mundo, no porque fuera infeliz en él, sino simplemente porque lo desdeñaba. Al hombre le resulta grato pensar que tiene la libertad de abandonar el mundo cuando guste. Incluso parece darse cierto ingrediente moral en este razonamiento”⁴⁰⁴.

Por lo anterior, Kant considera que el suicidio es una acción moralmente incorrecta, en razón de que “disponer de sí mismo como un simple medio para cualquier fin supone desvirtuar la humanidad en su propia persona (*homo noumenon*), a la cual, sin embargo, fue encomendada la conservación del hombre

⁴⁰¹ *Ibidem*, p. 193.

⁴⁰² Kant, Immanuel, *op. cit.*, nota 390, p. 281.

⁴⁰³ Seidler, M.J., *Kant and the Stoichs on suicide*, en *Journal of the history of Ideas* 44 (1983), en Gajo, Javier, *op. cit.*, pp. 300-301.

⁴⁰⁴ Kant, Immanuel, *op. cit.*, nota 380, p. 193.

(*homo phaenomenon*)⁴⁰⁵. En este sentido, el suicida también actuaría en contra de la primera acepción del imperativo kantiano, pues si su acción se convirtiera en ley universal, la existencia de la humanidad estaría en peligro. Carmen Juanatey, considera que de los principios que invoca Kant para oponerse al suicidio (la dignidad y la universalidad), “no sólo se deriva que el suicidio está en ciertos casos permitido moralmente, sino incluso el deber de ayudar a otra persona a quitarse la vida si ya no le es posible llevar una vida digna”⁴⁰⁶, conclusión con la que se está de acuerdo.

Por su parte, el filósofo utilitarista inglés, John Stuart Mill sostuvo la tesis de que “nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría feliz, porque, en opinión de los demás, hacerlo sería más acertado o más justo...La única parte de la conducta de cada uno por la que él es responsable ante la sociedad es la que se refiere a los demás. En la parte que le concierne meramente a él, su independencia es, de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano”⁴⁰⁷. En consecuencia, los individuos pueden actuar conforme a este principio de libertad individual, siempre y cuando no intervengan en la libertad de los demás, ni les causara un daño a éstos. Si el individuo se causaba un daño a sí mismo, pero no afectaba a los otros, su acción está permitida. Esta idea, es la que se sigue con el individualismo liberal, base de los derechos fundamentales.

En un artículo titulado, “La curación para los incurables, el escritor *Lionel Arthur Tollemache*, se cuestionaba que “¿no es cierto que si un médico decide acelerar la muerte, incluso a petición de un paciente moribundo, está cometiendo una acción que puede ser castigada severamente por la legislación actual, y por la que puede considerársele como un homicida o incluso como algo peor?”⁴⁰⁸, poniendo en evidencia la necesidad de legislar sobre eutanasia.

⁴⁰⁵ Kant, Immanuel, *op. cit.*, nota 380 pp. 181-182.

⁴⁰⁶ Juanatey Dorado, Carmen, *Op. cit.*, p. 66

⁴⁰⁷ MILL, John Stuart, *Ensayo sobre la libertad*, trad. de Pablo de Azcarate, Madrid, Alianza, 2007, p. 68.

⁴⁰⁸ En Humphry, Derek y Wickett, Ann, *Op. cit.*, p. 29

Posteriormente, el sociólogo francés *Emile Durkheim* escribió un amplio tratado en el que analizaba el suicidio como un hecho social, para este autor el suicidio es “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que había de producir ese resultado⁴⁰⁹; asimismo, realizó una clasificación de los tipos de suicidio, entre los que se encuentran, el suicidio que se realiza por motivos egoístas o altruistas, el suicidio anímico y el suicidio fatalista⁴¹⁰.

3.7 Contemporánea (Siglo XX y XXI)

La reflexión sobre el suicidio y la eutanasia obtuvieron un matiz distinto a finales del siglo XIX y durante gran parte del XX, pasó de ser considerado un pecado y un delito, y en ocasiones producto de la libertad humana, a ser una acción resultado de una mente enferma. El que intentaba suicidarse pasó de ser excomulgado o preso, a ser aislado y confinado en un hospital psiquiátrico. La *medicalización* del suicida lo colocó lejos del debate público para colocarlo a los pies de la nueva ciencia que estaba cobrando fuerza: la psiquiatría⁴¹¹. Se consideraba que “el deber profesional del psiquiatra es hacerse cargo del paciente con tendencias suicidas y tratarlo contra su voluntad”⁴¹² Razón por la cual, el suicidio dejó de ser penalizado en países como Francia en 1794, en Prusia en 1796, en Rusia en 1866, en el estado de Nueva York en 1919, y finalmente, en Gran Bretaña en 1961.

Por otro lado, en Alemania, en 1912 se presentó un proyecto de ley que contenía 8 artículos en los que se establecían las condiciones para legislar la eutanasia⁴¹³;

⁴⁰⁹ Durkheim, Emile, *op. cit.*, p.14.

⁴¹⁰ Tomado de Gajo, Javier, *op. cit.*, p. 292.

⁴¹¹ Emil Kraepelin escribió “En cierta medida, todos los locos son peligrosos para sus vecinos y todavía más para sí mismos [...] agresiones, robos y engaños son habitualmente cometidos por aquellos cuyas mentes están enfermas [...] el tratamiento de esta enfermedad no puede ser llevado a cabo, generalmente, más que en un manicomio, ya que las ansias del suicidio están siempre presentes”. Kraepelin, E., *Lectures on Clinical Psychiatry*, págs.. 2-3,9 (Trad. Cast.: *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Madrid, Nieva, 1988). En Thomas Szasz, *op. cit.*, p. 45.

⁴¹² Szasz, Tomás, *Op. cit.*, p. 52

⁴¹³ “1) Toda persona afectada por una enfermedad incurable y dolorosa tiene derecho a la eutanasia; 2) Este derecho se concederá por un tribunal previa solicitud del enfermo; 3) A raíz de esta demanda, el tribunal dispondrá el examen del enfermo por un médico forense asociado entre los especialistas solicitados por el paciente, en el plazo de 24 horas siguientes a la presentación de

en 1920 el jurista *Karl Binding* y el psiquiatra *Alfred Hoche*, publicaron un libro titulado *La licencia para la aniquilación de la vida sin valor de vida*⁴¹⁴, en el que introdujeron en concepto de *Lebensunwerten Lebens* (vida que no merece la pena ser vivida). El libro está compuesto por dos artículos, en el que tratan de dar respuesta al interrogante de si existen vidas carentes de valor, en ambos artículos se concluye de manera afirmativa. De este modo, tanto jurídica como médicamente, aniquilar vidas carentes de valor, en particular de los enfermos incurables y discapacitados mentales, era correcto. El primer texto corresponde al jurista Binding, y el segundo al médico Hoche. Binding ataca en primer lugar, la “espuria creencia” de que Dios es dueño de la vida y desea que los seres humanos sufran al final de la misma, además considera que “todas las razones religiosas carecen de fuerza probatoria para el derecho”, pues según él, “se apoyan en una concepción de Dios realmente indigna” y el derecho es “absolutamente secular, pues dispone regulaciones externas de la vida humana en común”⁴¹⁵. En segundo lugar, Binding analiza los supuestos de suicidio contenidos en los códigos penales de su país, y determina que cuando el enfermo es quien se suicida dicha acción está no prohibida, porque “no queda al derecho más que considerar al hombre vivo como soberano sobre su existencia y el modo de ella”⁴¹⁶. Sostiene que el reconocimiento del homicidio hacia sí mismo vale sólo para el titular del derecho, sin embargo, cuando la muerte por enfermedad o accidente es inminente y prevista, este derecho puede pasar a otro, siguiendo, para tal efecto, siendo no prohibido, pues “esto no es un “acto de homicidio en sentido jurídico”, sino una variación de la causa de muerte ya irremisiblemente instalada y cuya anulación no es viable: se trata en verdad de un acto de pura cura

la demanda; 4) El acta de reconocimiento deberá expresar el convencimiento de la comisión en el sentido de que la muerte es más probable que el retorno a la plena capacidad para el trabajo; 5) En este caso el tribunal reconocerá al paciente el derecho a hacerse matar; 6) Cuando un enfermo ha muerto sin dolor por su propia voluntad manifestada de un modo formal y categórico, el autor de la muerte quedará impune; 7) El que matare a un incurable sin su consentimiento formal y por móviles piadosos, será castigado con la pena de reclusión; 8) Todo lo precedente puede aplicarse a los valetudinarios” En Jiménez de Asúa, *op. cit.*, p. 373.

⁴¹⁴ Binding, Karl y Hoche, Alfred, *La licencia para la aniquilación de la vida sin valor de vida*, trad, de Bautista Serigós, Argentina, Ediar, 2009.

⁴¹⁵ *Ibidem*, pp. 51-52.

⁴¹⁶ *Ibidem*, p. 58.

(este autor considera que: la tarea del médico es aligerar el fin de aquellos a los que está destinada una pesada muerte de acuerdo con el tipo de su enfermedad. Es una exigencia irrenunciable de ética médica que este acto de aligeramiento no puede significar un acortamiento de la vida”)⁴¹⁷. La eutanasia que propone este autor no es una excepción al homicidio, sino una tarea de curar no prohibida⁴¹⁸. En tercer lugar, sostiene que toda acción realizada con el consentimiento del titular del bien jurídico no puede constituirse en delito. Considera dos elementos por los cuales, esta acción no es homicidio, el consentimiento y el dolor insoportable del paciente. Finalmente, establece que hay tres tipos de vidas carentes de valor: los enfermos incurables, los débiles mentales y los inconscientes. Los primeros, dice Binding, son los insalvables para los que la vida se ha vuelto una carga, y no pueden incurrir en suicidio y ruegan la muerte por tercera mano, para estos, “desde el punto de vista jurídico, social, ético y religioso, en verdad no puedo hallar ningún fundamento para no otorgar licencia para la muerte. [Dicha licencia es] como un deber legal de compasión”⁴¹⁹. En cuanto al segundo tipo, Binding es más explícito pues para él “estos no tienen voluntad de vivir ni de morir, de modo que no existe por parte de ellos ningún consentimiento para la muerte que deba atenderse”⁴²⁰. En el último tipo de pacientes, los inconscientes, Bindig señala que si estuvieran conscientes ellos elegirían la muerte, por ello se puede prescindir de su consentimiento, pues se les está ahorrando un espantoso final.

El segundo texto que compone este libro, es del médico Alfred Hoche, quien poniendo el ejemplo del aborto terapéutico, sostenía que “en la práctica el médico está obligado a aniquilar la vida”. Este autor menciona ejemplos en los cuales, los familiares de los pacientes, le habían solicitado que terminara de manera activa o por la vía libre con el sufrimiento del enfermo⁴²¹. Según Hoche, “el médico tiene una relación con su tarea de conservar la vida ajena en toda circunstancia, que no es de carácter absoluto, sino sólo relativa y dependiente de las circunstancias y

⁴¹⁷ *Ibidem*, pp. 61-62

⁴¹⁸ *Ibidem*, p. 62.

⁴¹⁹ *Ibidem*, pp. 72-73.

⁴²⁰ *Ibidem*, p. 73.

⁴²¹ *Ibidem*, pp. 85-86

siempre objeto de nueva prueba”⁴²². Este médico veía con malos ojos la prolongación médica de la vida, ya que para él los perdidos irremediablemente por enfermedad o heridas, no siempre tienen valor de vida y representan una carga económica para el Estado⁴²³. Del mismo modo que Binding, sostenía que los débiles mentales o muertos mentales carecían de una vida con valor, pues ellos “presentan el carácter de un cuerpo extraño en el encaje de una sociedad humana, la ausencia de cualquier capacidad productiva, un estado de total desvalimiento con la necesidad de cuidado por parte de un tercero”⁴²⁴.

A partir de las ideas contenidas en este pequeño libro⁴²⁵, se fue formando la idea de que “la vida que se consumía a causa de dolor persistente e implacable no tenía ningún valor; era una vida inútil, que a menudo reclamaba una piadosa liberación. En resumen, el hombre que vivía una vida semejante ya no era hombre”⁴²⁶. De modo que “la distinción entre vida con valor y vida sin valor [corría] el riesgo de ser interpretada no en sentido hedonista a favor del paciente, sino en sentido hedonista a favor de quien debe atenderlo, o aún peor en sentido economicista, de acuerdo con el principio: “tu vida no es rentable para la comunidad”⁴²⁷.

⁴²² *Ibidem*, pp. 86-87.

⁴²³ *Ibidem*, pp. 90-91

⁴²⁴ *Ibidem*, p. 93.

⁴²⁵ Las ideas que sostenían estos autores, estaban influidas por el pensamiento de Friedrich Nietzsche, el que sostenía que: “el enfermo es un parásito de la sociedad. Llegado a cierto estado, no es conveniente vivir más. La obstinación en vegetar cobardemente, esclavo de los médicos y de las prácticas médicas, después que se ha perdido el sentido de la vida, el “derecho a la vida”, debería determinar por parte de la sociedad un desprecio profundo. Los médicos, por su parte, estarían encargados de ser los intermediarios de ese desprecio, no recetarían a ese enfermo, sino que aportarían cada día a su enfermo una nueva dosis de “disgusto”. Crear una nueva responsabilidad, la del médico, para todos los casos en que el más alto interés de la vida ascendente exige que se descarte y rechace sin piedad la vida que degenera –por ejemplo, a favor de derecho de vivir... Morir altivamente cuando ya no es posible vivir altivamente. La muerte elegida libremente, la muerte en el momento deseado, con lucidez y corazón alegre, que tiene lugar en medio de hijos y testigos, cuando todavía es posible un adiós real, cuando el que nos deja existe todavía y es verdaderamente capaz de valorar lo que ha querido, de recapitular su vida. Todo ello en oposición con la piadosa comedia que representa el cristianismo a la hora de la muerte”.

⁴²⁶ Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 29.

⁴²⁷ Ballesteros, Jesús, “Ortotanasia. El carácter inalienable del derecho a la vida” en Ansuatégui Roig, Francisco Javier (coord.), *Problemas de eutanasia*, Madrid, Dykinson: Instituto de Derecho Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, 1999, p. 54.

Con base en esta ideología, en Alemania se instauraría un régimen en el que los médicos asistirían la muerte de sus pacientes, que posteriormente degeneró en el exterminio nazi de los pacientes incapaces, comunistas, judíos y cualquier otro individuo que fuera contrario a la política de estado del Tercer Reich. La permisión y obligación de dar muerte a los pacientes, es en cierto sentido, el fundamento que le da la razón al argumento de la pendiente resbaladiza que sostienen los que rechazan la eutanasia, sin embargo hay que empezar por aclarar una cosa, lo que en Alemania se practicó no era eutanasia en el sentido que se habrá de definir en este trabajo, sino asesinato por parte de médicos, quienes consideraban que la vida de enfermos e incapaces no era útil para la sociedad. Como dice Derek Humphry, “esta práctica, denominada erróneamente “eutanasia”, iba a afectar para siempre el significado del homicidio piadoso y de la buena muerte”, por lo que, “la eutanasia nunca más iba a definirse tal como los griegos y romanos la entendieron”⁴²⁸.

En lo que resta de este apartado, abordaré brevemente dos situaciones en las que se practicó la eutanasia; en la primera, se resolverá que lo que se aplicó fue más bien el asesinato obligatorio o la eutanasia involuntaria (forzando el término *eutanasia*), y no la eutanasia activa voluntaria; en la segunda, a pesar de la propaganda negativa que le ha rodeado, es quizá el ejemplo más claro de la posibilidad de regular la eutanasia, sin caer en situaciones como la de la pendiente resbaladiza ni abusos psico-sociales incontrolables.

a) La experiencia nazi

En la Comisión de reforma del Código Penal Alemán se sostenía “la afirmación más perfecta, más seria y más solemne de la absoluta supremacía del Estado sobre el individuo”; de esta manera el Estado era el dueño de la vida de los individuos y el que decidía cuándo y cómo deberían morir. A inicios de la Segunda Guerra Mundial en septiembre de 1939, Hitler firmó un decreto en el que facultaba a dos médicos, para nombrar y autorizar a otros médicos la posibilidad de poner fin a la vida de los pacientes que “según su leal saber y entender, sean

⁴²⁸ Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 40

considerados incurables previa exploración de su estado de salud, dándoles una muerte piadosa”⁴²⁹. Con este decreto se dio inicio al programa de “eutanasia”, con el cual se exterminó “aproximadamente 25,000 hombres, mujeres y niños”⁴³⁰.

De manera encubierta se instalaron organizaciones en las que se daba muerte a los pacientes. Tal es el caso de “la Fundación Caritativa para la Asistencia, en una oficina instalada en la Tiergartenstrasse, 4. De ahí proviene la infame clave “T-4” identificadora del programa de exterminio”⁴³¹. Los que organizaban los exterminios de enfermos aprovecharon el inicio de la guerra, pues en ese momento el pueblo estaba distraído, para llevar a cabo estos actos atroces. Cuando alguno cuestionaba la legalidad de estas acciones, “se le respondía que lo decretado por Hitler tenía plena fuerza legal y que en Rusia y en Estados Unidos ya se estaban llevando a cabo legalmente la eliminación de los minusválidos”⁴³².

Los ancianos “sabían que después de los débiles mentales, los próximos “inútiles” y “parásitos” serían los viejos. Y así fue. Camiones llenos de ancianos llegaban al hospital de Hadamar. Miles fueron exterminados”⁴³³

Posteriormente, se instalaron nuevas oficinas donde exterminaban a más y más pacientes, los cuales eran trasladados en trenes durante la noche y sin avisar a sus familiares. A estos últimos, sólo les llegaban cartas en las que se comunicaba la muerte del paciente de una manera natural. Algunas de las cuales decían “lamentamos informarles que su... fue trasladado a nuestra institución por orden ministerial e inesperadamente ha muerto... todos los esfuerzos médicos para salvarle han sido inútiles... Dada la grave e incurable enfermedad que padecía, su muerte le ha evitado una permanente estancia en nuestra institución y ha

⁴²⁹ *Ibidem*, p. 43

⁴³⁰ Pérez Varela, Víctor M., *op. cit.*, p.104

⁴³¹ Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 43

⁴³² *Ídem*.

⁴³³ Pérez Varela, Víctor M., *op. cit.*, *Ídem*, p. 104

significado una liberación. Para evitar epidemias contagiosas, Nos hemos visto obligados a incinerar el cadáver inmediatamente”⁴³⁴.

Otro hecho terrible, fue el que los médicos que practicaban la eutanasia utilizaron pseudónimos para cubrir su identidad. Por si fuera poco, los cadáveres de algunos de los exterminados, fueron utilizados con el fin de investigar con los cuerpos, en particular con el cerebro⁴³⁵.

Desde que inició el programa de eutanasia en 1939 hasta 1941, se exterminaron cerca de “cien mil hombres, mujeres y niños, ninguno de ellos judío, todos alemanes, de raza aria, física o psíquicamente anormales. La mayoría fue asesinada mediante un sistema parecido a una ducha: un pretexto higiénico para engañar a la víctima. De estas duchas, en lugar de agua fluía un gas letal, llamado Ciclón B, especialmente concebido para los asesinatos en masa”⁴³⁶. Esta práctica se extendió a los “gitanos, judíos, polacos y rusos”⁴³⁷.

La eutanasia que practicaron los nazis es reprochable y condenable sin apelar a circunstancias que la justifique, los médicos que la practicaron recibieron su castigo después de los juicios de Nürenberg, y la sociedad alemana quedó de algún modo disuadida en relación con el tema de la eutanasia por un tiempo. Durante los años que duró la guerra, muy pocos conocieron las prácticas genocidas de los nazis y algunos de ellos las condenaron y otros las pasaron por alto. El asesinato de personas inocentes no es ni legal ni moralmente correcto, por tanto, es una conducta que debería ser desterrada de la imaginación humana.

Como se mencionó líneas arriba, ha servido para justificar el argumento de la pendiente resbaladiza, pues al iniciarse la asistencia a la muerte de los incurables

⁴³⁴ *Ibidem*, p. 44. Una variante a este tipo de cartas era: “Con el fin de evitar la propagación de una enfermedad infecciosa, la policía local, de acuerdo con la ordenanza n.º22, ha ordenado la incineración inmediata del cuerpo así como la desinfección de los efectos personales de la víctima” –(Gerald Flemming, Hitler y la solución final, Berkeley, California University Press, 1982). Citado por Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 44.

⁴³⁵ Cuenta Pérez Valera que “en una ocasión se realizaron 120 asesinatos para poder proveer de rusos y judíos al museo antropológico de la Universidad de Estrasburgo. A otros prisioneros se les mutilaba o se les utilizaba para que los médicos recién egresados realizaran sus prácticas quirúrgicas” *op. cit.*, p. 105.

⁴³⁶ Humphry, Derek, y Wickett, Ann, *op. cit.*, p. 41.

⁴³⁷ Pérez Valera, Víctor M., *op. cit.*, p. 105

y disminuidos, se terminó aplicando una asistencia general a todos aquellos que estaban en contra del régimen. Sin embargo, en lo que sigue se expondrá otra situación en la que se ha dado la eutanasia, que no ha traído las consecuencias atroces que se vivieron con los nazis entre 1939 y 1945. Lo anterior, en razón de que la “eutanasia” practicada por ellos no es equiparable con lo que se expondrá a continuación, ni con lo que se ha venido proponiendo durante todo este trabajo de investigación. Además, la eutanasia nazi no es producto de la libertad humana, sino de la imposición de un régimen que se suponía dueño absoluto de la vida de los gobernados, por ello, insisto, no puede llamarse eutanasia a esta práctica, sino asesinato, exterminio, eliminación, etc., pues emplear el término “eutanasia” es incorrecto e incompatible, además de ser contrario con el significado etimológico de la palabra y del uso que históricamente le han dado distintos autores.

b) La experiencia holandesa

A diferencia de los Estados Unidos, en los Países Bajos existe una cobertura pública de seguro médico para todos los ciudadanos. Este hecho, junto con los precedentes judiciales y el interés de los individuos en los debates sobre la asistencia a la muerte, hizo posible que los neerlandeses llevarán a la práctica la eutanasia y el suicidio asistido. La eutanasia es definida como *la terminación de la vida que lleva a cabo el médico a petición del paciente después de un proceso de evaluación muy delicado*; mientras que el suicidio es definido como *ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin*. Es importante aclarar que ambas conductas están prohibidas en el Código Penal, pero se incluyó una eximente aplicable a los médicos, que asistan la muerte de un paciente a petición de éste, siempre que aquéllos cumplan con los criterios de *cuidado y esmero profesional* establecidos en la ley.

Esta eximente es resultado del arduo debate en el que participaron jueces, abogados, médicos, pacientes y la sociedad civil, y que ha durado ya más de treinta años, el cual inició con algunas decisiones del Poder Judicial referentes al homicidio consentido, y culminó con la elaboración de la Ley de la Terminación de

la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio del 10 de abril de 2002, misma que contenía reformas al Código Penal y a la Ley Reguladora de Funerales.

El primer caso se suscitó en 1973 con la doctora Geertrudia Postma, quien fue acusada de homicidio en el Tribunal de Leuwarden. La doctora Postma, inyectó “una dosis letal de morfina a su madre, una mujer gravemente enferma que había sufrido una hemorragia cerebral, a causa de la cual se encontraba paralizada, sorda y casi muda. La señora vivía en un hogar para ancianos, totalmente dependiente de otros y estaba convencida de que no tenía sentido esa vida, por lo que había pedido de manera repetida a su hija que le ayudara a acelerar su muerte”⁴³⁸ ya que “había fallado en un intento previo de suicidio”⁴³⁹. Aunque el Tribunal la declaró culpable, solamente le impuso una sentencia simbólica “una semana condicional de cárcel”, pues no se cumplían los fines de las penas, es decir, “prevenir a la sociedad de que vuelva a darse el mismo delito o que el Estado considerara necesario resocializar al individuo”⁴⁴⁰. El mismo tribunal, estableció cuatro requisitos para excluir del castigo a quienes cometían dicha conducta:

- a) Que se trate de un paciente que haya entrado en la última fase de la enfermedad;
- b) Que padezca un dolor insoportable;
- c) Que la ayuda sea prestada por un médico; y
- d) Que el paciente solicite ayuda al médico por escrito⁴⁴¹.

En ese mismo año, se fundó la Asociación Neerlandesa de Eutanasia Voluntaria, la cual daba información a sus miembros sobre la muerte asistida por los médicos, además “servía de mediadora entre pacientes y médicos”. Esta Asociación elaboró cinco condiciones para permitir la eutanasia, similares a las que se estableció el Tribunal:

⁴³⁸ Álvarez del Río, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 145.

⁴³⁹ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, p. 192.

⁴⁴⁰ Álvarez del Río, Asunción, *op. cit.*, p. 145 y 146.

⁴⁴¹ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, *Ibidem*.

- a. Cuando exista una solicitud de eutanasia voluntaria, explícita, competente y persistente del paciente;
- b. Cuando la solicitud del paciente se base en la información completa sobre su situación;
- c. Cuando exista una situación de sufrimiento físico o mental intolerable y sin esperanza;
- d. Cuando se hayan agotado todas las opciones posibles de alivio al sufrimiento; y
- e. Que el médico haya consultado al menos a otro médico⁴⁴².

Cabe resaltar que estas cinco condiciones, junto con las cuatro anteriores no indican que la muerte del paciente debe ser inminente o imponen un plazo para la muerte del paciente, por ejemplo, de seis meses. Lo que significaría que los pacientes con Alzheimer podrían solicitar la eutanasia estando aún conscientes.

Los requisitos que establece la Asociación, fueron tomados por la Suprema Corte de los Países Bajos, al dictar su resolución en el caso *Alkmaar*. En el que se “juzgó al doctor Schoonheim por haber practicado la eutanasia a una paciente de 85 años gravemente enferma. *Caroline B* quería morir antes de perder la capacidad de tomar decisiones por sí misma, y desde 1980 había firmado un testamento de vida en el que pedía la eutanasia en caso de que llegara a una situación en la que no tuviera posibilidad de recuperar un estado razonablemente digno”. Sufrió algunos accidentes hasta que cayó en un estado temporal de inconsciencia, al recuperarse se angustió y pidió a su médico la eutanasia, el cual “aplicó una inyección letal...en su casa, el día que ella escogió, y después notificó a las autoridades”⁴⁴³. Este caso reviste mayor importancia, pues en su defensa, el médico “alegó un conflicto de deberes: entre el deber legal de no matar y el deber del médico de aliviar el sufrimiento intolerable de su paciente”, por medio del recurso “*forcé majeure*, que reconoce circunstancias atenuantes que permiten eliminar de una acción la categoría de crimen”⁴⁴⁴.

⁴⁴² Álvarez del Río, Asunción, *op. cit.*, nota 437, p. 148.

⁴⁴³ *Ibidem*, p. 147.

⁴⁴⁴ *Ibidem*, pp. 147 y 148.

Un tercer caso en el que se consideró culpable al médico, se suscitó en el Tribunal de Rotterdam, en diciembre de 1981. Una mujer que “estaba convencida de que padecía cáncer (...) había pedido a un miembro de la Asociación Neerlandesa para la Eutanasia Voluntaria, que le ayudara a suicidarse⁴⁴⁵”. Éste, a pesar de no ser médico, accedió a la petición de la mujer suministrando *Vesparax*⁴⁴⁶ lo que le provocó la muerte. Aunque fue condenado el que asistió el suicidio de esta señora, el Tribunal resolvió “que la ayuda al suicidio (...) no puede ser considerada una conducta condenable siempre y en todo caso...la ayuda a una persona que no desea vivir más para que ponga fin a su vida de una forma apacible y no dolorosa estaría justificada” en las siguientes circunstancias:

- a. La persona ha de padecer un sufrimiento físico o psicológico insoportable y persistente;
- b. La decisión de morir ha de ser tomada de forma voluntaria y ha de ser firme;
- c. La persona ha de tener pleno conocimiento de su situación y de las posibles alternativas;
- d. No han de existir perspectivas de mejoras;
- e. La muerte no ha de causar un sufrimiento innecesario a terceros;
- f. La decisión no ha de ser tomada por una sola persona; y
- g. Un médico ha de tomar parte en la decisión de prestar ayuda y ha de ser él quien prescriba la medicina a utilizar, solicitando, en su caso, la opinión de otros facultativos a fin de extremar las garantías de la toma de decisión⁴⁴⁷.

Lo trascendental de esta resolución fue que los enfermos con padecimientos psicológicos son considerados para solicitar la eutanasia.

Un cuarto caso es el del médico Chabot, quien asistió el suicidio de una señora cuya vida había sido por decirlo de algún modo, trágica. Desde que se casó fue infeliz y sus dos hijos murieron, a partir de la muerte del segundo, mantuvo hasta su muerte la idea del suicidio. Recurrió al médico Chabot, a quien pidió ayuda para morir, éste trató de persuadirla mediante la *terapia de duelo*, pero fue inútil, por lo

⁴⁴⁵ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, p. 193

⁴⁴⁶ Es una droga que contiene *brallobarbital* (50mg), *sécobarbital* (150 mg) e *hydroxyzine* (50 mg), actualmente está retirado del mercado, su administración en dosis altas es fatal.

⁴⁴⁷ *Ibidem*, p. 193 y 194.

que pidió la opinión a otros médicos colegas, quienes aceptaron que él ayudara a morir a la señora, más nunca la revisaron ni siquiera constataron el historial clínico. Chabot fue condenado culpable después de asistir el suicidio de la señora, a pesar de apelar la situación de *conflicto de deberes*, pues en opinión del Tribunal “el acusado debería haber adoptado medidas cautelares extremas a fin de asegurarse del carácter insoportable e irreversible de dicho padecimiento”. Y al no pedir que otro médico examinara a su paciente, “no había quedado suficientemente probado que el acusado se había encontrado ante un conflicto inevitable de deberes y que su acción había constituido realmente un mal menor”⁴⁴⁸.

En 1990 la Comisión Remmelink llevó a cabo una investigación nacional que estudiara el alcance y naturaleza de la práctica de la eutanasia en el ámbito médico, por lo que era necesario encuestar a éstos sobre su participación en algunas situaciones al final de la vida. Como era de esperarse, no todos los médicos responderían de manera sincera, pues al confesar una posible asistencia directa a la muerte, corrían el riesgo de ser investigados por el delito de homicidio. Por ello, fue necesario realizar un acuerdo entre la Asociación Médica Holandesa y el Ministerio de Justicia, que consistía en que el Fiscal General, no procedería legalmente ante las *posibles* confesiones de asistencia a la muerte, siempre que los médicos hubieran observado los requisitos establecidos en las decisiones anteriores. Este acuerdo se contempló en la Orden ministerial relativa al *Procedimiento de notificación de casos de Eutanasia*.

El informe Remmelink, contenía los datos de los pacientes que habían muerto mediante la asistencia médica a la muerte;

de 55 000 muertes en las que intervinieron médicos, aproximadamente 22.500 muertes fueron resultado –ya fuera explícitamente deseado, parcialmente deseado o simplemente previsto por el médico– de intentos de aliviar el sufrimiento del paciente mediante fármacos; otras 30.800 se debieron a la retirada de un tratamiento médico, ya se produjera esa retirada a petición expresa del paciente (en 5.800 casos) o sin

⁴⁴⁸ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, p. 196

esa petición en 25.000 casos); 2.300 muertes, un 1,8% del total de las muertes del país, se produjeron, según esa encuesta, por lo que las autoridades holandesas entienden por eutanasia –la provocación de la muerte a requerimiento de un enfermo grave; 400 muertes más (el 0,3% del total) fueron auxilios médicos al suicidio y, finalmente, 1.000 muertes anuales (un 0,8% de la mortalidad total del país) se producía en Holanda por actos médicos directos que ponían fin a la vida del paciente sin petición expresa del mismo. Este dato, que escandalizó a muchos, permitió también a muchos otros, [en especial, a John Keown a] defender la idea de que en Holanda había pruebas empíricas claras de que la pendiente resbaladiza que lleva desde la autorización de la eutanasia voluntaria hasta la práctica de la eutanasia involuntaria era algo real...Los partidarios de la tesis de que los datos holandeses no dibujan ninguna pendiente resbaladiza resaltan, como ya lo hizo el propio Informe Remmelink, el bajo número de casos de eutanasia en el país, sólo un 0,8% del total, porcentaje que supone además menos de un tercio de las solicitudes de eutanasia presentadas a los médicos. También resaltan que, en más de la mitad de esos famosos 1.000 casos en los que no hubo petición expresa del paciente, el médico de la relación entre ambos, el paciente había expresado su deseo de adelantar el final de su vida y que, en el resto de los casos, casi siempre se trataba de enfermos inconscientes a los que les quedaban pocos días u horas de vida y que estaban sufriendo grandes dolores⁴⁴⁹.

Como resultado de esta investigación, inició un proceso de legalización con un Decreto a la Ley de Inhumaciones en 1994, el cual “regulaba el procedimiento legal de notificación que deben seguir los médicos en los supuestos en los que hayan utilizado métodos para poner fin a la vida de un paciente, con o sin su consentimiento expreso del mismo, entre los que se incluyen casos de eutanasia voluntaria y no voluntaria, y de ayuda al suicidio”⁴⁵⁰. Si la muerte había sido asistida por el médico, éste tenía que dar aviso al forense municipal, quien a su

⁴⁴⁹ Méndez Baiges, Víctor, *Op. cit.*, nota 361, p. 93 Y 94. Igual que como refiere este autor, la Doctora Asunción Álvarez menciona que es erróneo sacar conclusiones de los datos que resultan de las encuestas, pues no se pueden comparar con otros países, y que sólo Holanda ha llevado a cabo estos estudios. Por tanto no se puede “aseverar que se abusa de la muerte asistida” (*Op. cit.*, p. 170)

⁴⁵⁰ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, p. 200.

vez daba aviso al Fiscal, para iniciar una investigación y así poder expedir el certificado de muerte.

En 1996 se llevó a cabo otra investigación, para comparar los datos de 1995 con respecto a los de 1990, de esta investigación se desprende que “la práctica en torno al final de la vida no se mueve en un terreno resbaladizo, sino que la franqueza y la transparencia existentes en torno a este tema han llevado a una manera de actuar cada vez más cuidadosa y concienzuda”⁴⁵¹.

Lo anterior dio lugar a que en abril del 2002 entrara en vigor la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, en la que se introdujeron cambios en los artículos 293 y 294 de Código Penal, los cuales quedaron redactados del siguiente modo:

Artículo 293. 1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2º. de la Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme el artículo 7º, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales.

Artículo 294. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.

El artículo 2 de la Ley de Terminación de la Vida contiene los requisitos del cuidado y espero profesional, los que implican que el médico

⁴⁵¹ Dornewaard, Joanne, “La política de eutanasia en los Países Bajos” en Cano Valle, Fernando, Díaz Aranda, Enrique y Maldonado de Lizalde, Eugenia (coords.), *Eutanasia. aspectos jurídico, filosóficos, médicos y religiosos*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2005, p. 52.

- a. Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;
 - b. Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora;
 - c. Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro,
 - d. Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último,
 - e. Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a) al d); y
 - f. Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.
- 2 El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.
- 3 Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión⁴⁵².

Es menester hacer notar que el punto 2., de este artículo contiene una disposición sobre pacientes con al menos dieciséis años de edad, además de establecer aquellos casos en que el paciente “ya no está en condiciones de expresar su voluntad”, se toma su voluntad *precedente*, si es que realizó alguna “valoración

⁴⁵² *Ibidem*, pp. 52 y ss.

razonable de sus intereses” antes de volverse incapaz para manifestarlos, y dictó por escrito la petición de que desea la “terminación de su vida”. Este párrafo sirve de analogía también para los mayores de edad, pues si la ley lo permite a los que al menos tienen dieciséis años, sería incoherente que lo prohibiera para los mayores de edad, esto en razón de que en ningún otro artículo de esta ley hace referencia a disposiciones anticipadas hechas por los pacientes adultos.

Sobre este punto, el jurista Diego Valadés señala, respecto de los pacientes con Alzheimer, que “sólo se aplique la eutanasia activa cuando haya una petición expresa por parte de pacientes a quienes les haya sido diagnosticado, antes de que los síntomas se hagan evidentes. Sólo cuando se haya tenido conocimiento anticipado, oportuno, inequívoco, pleno y fundado, de que el padecimiento les era inevitable, el otorgante dé su voluntad anticipada podrá decidir que se ponga fin a su vida”⁴⁵³. Cuando la ley que regula la eutanasia no prevé esta situación, impone que los pacientes con Alzheimer tengan que optar por la eutanasia antes de que se vuelvan incapaces, perdiendo algunos meses de vida consciente.

Finalmente, se establecieron Comisiones Regionales para comprobar la terminación de la vida a petición propia del paciente y el auxilio al suicidio, las cuales estaban compuestas por un jurista que fungía como presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas (artículo 3). Los miembros de las Comisiones cuentan con un suplente y son elegidos por un periodo de seis años con posibilidad de reelección para un período más (artículo 4).

En el proceso de comprobación, “la comisión juzgará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o el auxilio al suicidio, ha actuado conforme los requisitos de cuidado y esmero profesional”; tiene la competencia para “solicitar al médico que complemente su informe por escrito u oralmente”, así como “pedir información al médico forense o asistentes pertinentes”, para determinar si el médico actuó conforme a la ley; (artículo 61); la Comisión deberá comunicar al médico su dictamen seis semanas después de que se rindió el informe, también deberá comunicarlo a la Fiscalía General del Estado y al

⁴⁵³ Valadés, Diego, *op.cit.*, nota 317, p. 104

inspector regional para la asistencia sanitaria, si es que la Comisión determinó que el médico no actuó conforme a los requisitos del cuidado y espero profesional (artículo 10); En este último caso, la fiscalía podrá solicitar a la Comisión toda la información que necesite para realizar una investigación criminal (artículo 10). Lo que no contraviene la obligación de guardar en secreto los datos de los que dispongan en la realización de sus tareas (artículo 14).

Para llevar un control estricto de esta práctica, la Comisión está encargada de “llevar un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia del paciente o de auxilio al suicidio que se le hayan notificado y hayan sido sometidos a su juicio” (artículo 63). La Comisión tiene la obligación de presentar una vez al año un informe común de trabajo ante los Ministros de Justicia, Sanidad, Bienestar y Deporte; en el que se contendrá: el número de casos de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio que se les hayan notificado y sobre los cuales la comisión ha emitido un dictamen; la naturaleza de los casos; y los dictámenes y consideraciones que han llevado a los mismos (artículo 17).

Los certificados de defunción se expedirán sólo si la muerte se ha producido por causas naturales, cuando la muerte fue producida mediante asistencia médica, ya sea suicidio o eutanasia, “no se expedirá ningún certificado de defunción [y el médico] informará inmediatamente, mediante el cumplimiento de un formulario, al forense municipal o a uno de los forenses municipales, de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado” y espero profesional (artículo 7 de la Ley Reguladora de los Funerales). En caso de que el forense municipal considere que “no puede proceder a expedir una certificado de defunción, informará inmediatamente al fiscal a este respecto llenando el formulario establecido por medio de decreto legislativo y avisará en el acto al funcionario del registro civil” (artículo 9).

La eutanasia en Holanda es el paradigma real sobre los efectos y las consecuencias de la legalización, por lo que no podemos prescindir de él para justificar que los argumentos contra la eutanasia carecen, en la mayoría de los

casos, de objetividad. Como se ha visto, la legislación que exime de responsabilidad a los médicos que practican la eutanasia o el suicidio asistido, *de ningún modo obliga* a los médicos a sugerir ni a practicar la eutanasia, ni como último tratamiento, ni como única opción. Sino que permite que el paciente lo decida, no que se le imponga, después de que se ha considerado que no hay tratamiento que cure su padecimiento. Además, con esta legislación no se ha quebrado la confianza que tienen los pacientes en los médicos, ni éstos se sienten tentados a promover conductas eutanásicas.

3.8 Estados Unidos e Inglaterra.

En Estados Unidos e Inglaterra⁴⁵⁴, se empezó a postular el movimiento a favor de la regulación de la eutanasia promovida por las distintas asociaciones *pro eutanasia*. Sin embargo, la mayoría de proyectos que se presentaron ante el Poder Legislativo, fueron desechados y ninguno logró convertirse en Ley⁴⁵⁵. Para finalizar este apartado, se describen cuatro casos en los que la eutanasia y el suicidio han sido el foco de atención en los Estados Unidos y en Inglaterra, y el caso del Estado de Oregón, en el que desde 1994 se permite el auxilio al suicidio.

En el primer caso se habla del derecho a morir con base en el derecho a la intimidad; en el segundo, los jueces reformulan lo anterior para determinar que el derecho a morir tiene su base en el derecho a la autonomía individual; el tercer caso, relata la asistencia médica al suicidio, como un derecho al paciente, siempre que se haga de manera informada y ya no haya otro tratamiento que represente un beneficio para el mismo paciente; en el último caso, entran en conflicto el

⁴⁵⁴ La figura más importante en el debate de este país, a favor de la eutanasia fue el teólogo Glandville Williams, quien escribió también un libro titulado *The sanctity of Life and the criminal law*, en donde sostenía que “el más grande de todos los mandamientos es amar, lo que seguramente quiere decir que la eutanasia es aceptable si se practica de forma sincera y honesta con objeto de ahorrarle un sufrimiento al paciente y no por simple conveniencia de los que siguen viviendo”. En Admiraal, Pieter, *op. cit.*, p. 231.

⁴⁵⁵ Un resumen extenso de los proyectos de ley que se presentaron durante todo el Siglo XX, puede consultarse en Pérez Valera, Víctor, *op. cit.*, pp. 108-132; Humphry, Derek y Wickett, Ann, *op. cit.*, pp. 44 y ss. En la primera parte de este trabajo, los autores presentan una descripción detallada de la historia de las asociaciones y de los proyectos de ley que existieron en Inglaterra y en Estados Unidos; y Jiménez de Asúa, Luis, *op. cit.*, pp. 366 y ss. La investigación de este autor, no sólo se limita a la legislación a favor y contra el suicidio y la eutanasia en Europa o Norteamérica, sino que aborda también la regulación en Latinoamérica.

principio de la santidad de la vida con el principio de la calidad de la vida, que como se verá en el capítulo siguiente este conflicto es ficticio, pues el último deriva del primero, por tanto, no pueden entrar en contradicción.

a) Karen Ann Quinlan

En el estado de New Jersey en 1975, a causa de una sobredosis de alcohol y fármacos, la joven *Karen Ann Quinlan* cayó en un estado de coma irreversible, el cual duró desde el 14 de abril de 1975 hasta el día de su muerte el 12 de junio de 1985. En un inicio fue conectada a un respirador artificial, más tarde tanto los médicos como sus familiares llegaron a la conclusión de que Karen no se recuperaría jamás, por tanto, los padres dieron la autorización para que los médicos le desconectarán el respirador. No obstante, los médicos a pesar de saber que Karen nunca se recuperaría, se opusieron a desconectarla del respirador por temor a ser acusados de homicidio. En noviembre de 1975 los padres de Karen solicitaron permiso para desconectar dicho respirador a la Corte Superior de New Jersey, pero ésta negó tal permiso. En la apelación, la Corte Suprema de New Jersey, falló por unanimidad en el sentido de permitir la retirada del respirador⁴⁵⁶. Contrario a lo que se pronosticaba, cuando los padres retiraron el respirador, Karen no murió, siguió viviendo por casi diez años.

La decisión de la Corte Suprema estuvo apoyada en el derecho a la intimidad (*privacy*), el cual había sido reconocido años antes en el famoso caso *Roe vs Wade*. La Corte determinó que “todos los ciudadanos tienen un derecho a morir reconocido en el *common law* y constitucionalmente protegido a través del derecho a la intimidad”. Además se utilizó la figura del juicio sustituido (*substituted judgement*) para permitir a los padres de Karen tomar la decisión de rechazar el tratamiento a nombre de ella. Finalmente, la Corte de New Jersey comparó el

⁴⁵⁶ Muchos norteamericanos se pronunciaron sobre la retirada del respirador de Karen para que ella pudiera morir en paz, incluso, un Obispo católico declaró que el uso del respirador era un medio “extraordinario”, por tanto, no era obligatorio. La declaración del obispo se basa en la distinción que hizo Pío XII en 1952 entre medios ordinarios (que sí son obligatorios) y medios extraordinarios (que no son obligatorios). Esta distinción es confusa, pues no existe un acuerdo que determine cuáles son los ordinarios y cuáles los extraordinarios. Una posible respuesta debería atender a los beneficios que el tratamiento tenga para el paciente. *Cfr.* Basso, Domingo M., op. cit., nota 304.

interés del individuo con el interés del Estado en preservar la vida, estableciendo un *balancing test*, en el cual “el interés del Estado en preservar la vida se debilita y el derecho a la *privacy* aumenta a medida que la enfermedad avanza y el pronóstico empeora. Finalmente, llega un punto en que los intereses del individuo vencen a los del Estado”⁴⁵⁷.

b) Nancy Cruzan

El caso de *Nancy Beth Cruzan* va más allá en las decisiones de los pacientes para suspender un tratamiento, pues no se trata de la mera suspensión de un tratamiento considerado como extraordinario, como es el respirador artificial, sino la petición de los padres de Nancy de suspender la nutrición e hidratación artificiales, considerados en aquél momento como tratamientos ordinarios.

Nancy Cruzan sufrió un accidente automovilístico el 11 de enero de 1983, en el cual tuvo una contusión cerebral por falta de oxígeno (*anoxia*) y quedó en estado de inconsciencia. Al ser intervenida le fue implantada una sonda que permitía la alimentación e hidratación artificiales. Por ocho años, ella permaneció en un estado vegetativo persistente⁴⁵⁸. Sus otros órganos continuaron sus funciones normales, razón por la cual nadie se atrevía a suspender la alimentación artificial, hasta que sus padres, al no ver esperanza de recuperación, y con la intención de que su hija pudiera descansar, solicitaron al Tribunal del estado de Missouri la autorización para suspender dicho tratamiento. El tribunal autorizó la interrupción, pero su sentencia fue apelada por el fiscal que consideraba que la ley no autorizaba dicha posibilidad, por lo que la sentencia fue revocada.

Los padres acudieron a la Corte Suprema de los Estados Unidos, la cual resolvió del siguiente modo: “reconoció la existencia de un derecho a morir” que no deriva de la intimidad, sino del “derecho a la autonomía individual firmemente asentado en el *common law* y confirmado en la cláusula del proceso debido de la Decimocuarta Enmienda”. Además, la Corte “dejó claro que junto al derecho a

⁴⁵⁷ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, p.160.

⁴⁵⁸ Scott, Ronald L., United States Legal Aspects of Euthanasia, en Cano Valle, Fernando, Díaz Aranda, Enrique y Maldonado de Lizalde, Eugenia (coords), *op. cit.*, nota 450, p. 31.

morir se encuentra también el interés del Estado en proteger la vida de los individuos y que ambos intereses deben ser valorados en cada caso a efectos de determinar cuál debe prevalecer”⁴⁵⁹. La corte reconoció, para demostrar el ejercicio de la autonomía del paciente, que se tuviera en cuenta la autonomía precedente, razón por la cual, los padres de Cruzan presentaron pruebas testimoniales de los amigos de ella, los cuales sostuvieron que en ocasiones la propia Nancy había sostenido que de encontrarse en un estado de inconsciencia, ella no quería continuar viviendo. Por tanto, la Corte autorizó la interrupción de la alimentación artificial por ser la decisión que, de no estar en estado de inconsciencia, ella hubiese tomado.

c) Diane Trumbull

Este caso apareció en un artículo del *New England Journal of Medicine* en 1991. Es un caso de suicidio que asistió el Dr. *Timothy E. Quill*, quien a su vez era el autor de dicho artículo. *Patricia Diane Trumbull*, de 45 años de edad, era paciente del Dr. Timothy Quill, y padecía leucemia mielomonocítica grave. Como el Dr. Quill señala, su paciente “tenía derecho a recibir completa información sobre el tratamiento... [así como] negarse a recibir el tratamiento, si pensaba que las molestias del mismo sobrepasaban los beneficios”. Diane rechazó el tratamiento, y se le ofreció la asistencia en un *hospice*, pero también rechazó la asistencia paliativa, pues “temía en concreto una muerte prolongada y dolorosa durante la cual ella no podría controlar su mente y cuerpo”. Se fue a casa, con la promesa de que el Dr. Quill asistiría su muerte una vez entrada en la etapa terminal para evitar un sufrimiento agónico. De este modo, ella convino con su médico la asistencia al suicidio. Después de tres meses de vida, sin preocupaciones y recibiendo tratamientos para prolongar la vida, con antibióticos y productos sanguíneos, Diane determinó que ya era hora, y aunque “ella no deseaba morir; sin embargo, le padecía algo inaceptable vivir en las condiciones que le imponía su enfermedad”. Por ello, el médico le prescribió barbitúricos, “dos días después – relata Quill-, ella eligió morir sola para protegernos a su familia y a mí de un

⁴⁵⁹ Juanatey Dorado, Carmen, *op. cit.*, pp. 167-169.

posible procesamiento”. Algunos médicos, que se enteraron del suicidio de Diane, juzgaron que ella estaba en un estado depresivo por ello había llegado a esa decisión, más Quill responde que “la posibilidad de que ella sufriera depresión es una cuestión legítima, pero no excluye la probabilidad de que su juicio fuera enteramente normal”. La depresión a causa de la enfermedad de Diane no era razón suficiente para juzgar que su decisión no había sido tomada consciente y libremente, pues como concluye Quill, a causa de su enfermedad, de las opciones que tenía “la muerte era simplemente la menos mala”⁴⁶⁰.

d) Anthony Bland

En Inglaterra en 1989, *Anthony Bland* de diecisiete años, sufrió un accidente en un estadio de fútbol de Hollsbrough, en Sheffield, a causa del cual quedó en Estado Vegetativo Persistente (EVP). En el Hospital General de Airedale, le fue implantada una sonda nasogástrica para mantenerlo alimentado artificialmente. Para algunos “su cuerpo está vivo, pero él no tiene una vida en el sentido en que incluso el ser humano más lamentablemente discapacitado pero consciente tiene una vida”⁴⁶¹. En el proceso que se llevó a cabo para decidir sobre la suspensión del tratamiento de alimentación artificial de Tony Bland, se confrontaron por primera vez dos tipos de argumentos: los correspondientes a la *santidad de la vida*, y los de la *calidad de la vida*. De acuerdo con los primeros, interrumpir el tratamiento de Bland era prácticamente acortar su vida, y nadie puede disponer de la vida, pues la vida humana se debe perpetuar a toda costa porque es sagrada. En relación con los segundos, se reconoce que toda vida humana es sagrada, pero no se impone su protección de manera absoluta, pues se debe considerar si la vida representa un beneficio para quien la vive, es decir, dicha vida tiene condiciones suficientes de comodidad para que sea viable para quien la vive, en caso negativo, se puede disponer de ella.

⁴⁶⁰ Quill, Timothy E., La muerte medicamente asistida: ¿Progreso o Peligro? En Gracia, Diego (ed.), *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Fundación Ciencias de la Salud, Doce Calles, 1996, pp. 20-22

⁴⁶¹ Esta es la opinión del juez Hoffmann, quien participó en el juicio para permitir la suspensión del tratamiento de Bland. Cfr. Singer, Peter, *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, trad. de Yolanda Fontal Rueda, España, Paidós Transiciones, 1997, p. 68.

Los juicios de la santidad de la vida derivan de la tradición judeocristiana, los cuales consideran que toda vida tiene el mismo valor, *porque la vida es un valor irreducible* y debe ser preservada. Estos juicios toman en cuenta sólo el carácter biológico de la vida, dejando atrás el carácter social y carácter psicológico (biográfico) de toda vida humana. No sucede esto con los juicios sobre la calidad de la vida, los cuales están determinados por lo siguiente: se acepta que la vida humana es sagrada, lo cual implica su protección en todo momento, pero se acepta también que este principio no es absoluto, por lo tanto, para proteger el carácter sagrado de la vida, el individuo puede disponer de ella, pues de lo contrario estaría viviendo una vida sin calidad, lo cual mermaría su carácter sagrado para el titular.

En el caso Bland, se determinó que si para él la vida “no le beneficia desde el punto de vista terapéutico, médico o de otro tipo, el que continúen manteniendo su respiración, hidratación y nutrición con medios artificiales” es inútil, pues “no vale la pena una mera vida biológica”⁴⁶². El juez encargado del caso concluyó que “si ya no se puede alcanzar el primer objetivo de la medicina, el restablecimiento de la salud...un médico...está autorizado a hacer todo lo que sea conveniente y necesario para aliviar el dolor y el sufrimiento, incluso aunque las medidas que adopte pueden acortar la vida incidentalmente”⁴⁶³. Por ello, los jueces rechazaron el principio de la santidad de la vida, pues este no es absoluto, y adoptaron el principio de la calidad de vida, ya que al final, permitieron que a Bland le fuera interrumpido el tratamiento artificial.

e) El suicidio en Oregón

El estado de *Oregón*, a través de *The Death with Dignity Act*, se convirtió en el primero y único estado en regular el suicidio asistido en los Estados Unidos. Esta ley fue una iniciativa ciudadana, votada por el 51% de los votantes en 1994, y reafirmada por el 60% de los votantes en 1997⁴⁶⁴. Esta ley permite a todo paciente

⁴⁶² *Ibidem*, p. 75.

⁴⁶³ *Ibidem*, p. 77.

⁴⁶⁴ Scott, Ronald L., “United States Legal Aspects of Euthanasia”, en Cano Valle, Fernando, Díaz Aranda, Enrique y Maldonado de Lizalde, Eugenia (coords), *op. cit.*, p. 44.

terminal, mayor de dieciocho años, cuya esperanza de vida es menor de seis meses, solicitar por escrito su deseo de que se le administre medicación para terminar con su vida. Los requisitos para expresar dicho deseo es que el paciente haya sido diagnosticado con una enfermedad terminal por parte de su médico, que aquél sea capaz, y que haya hecho la petición voluntariamente, además, debe ser residente de Oregón (aunque también se consideran a aquellos que “dispongan de licencia para conducir vehículos, figuren en el registro electoral, sean propietarios o paguen impuestos en ese estado”). No obstante, la ley reconoce que el paciente que no se puede comunicar expresamente, lo haga a través de alguien que pueda interpretar sus expresiones. Como señala Diego Valadés, esta afirmación es contradictoria pues, es un requisito solicitarlo por escrito y firmarlo⁴⁶⁵. Por tanto, pacientes con esclerosis lateral amiotrofia en la etapa terminal, no podrían expresar su deseo de muerte⁴⁶⁶.

El paciente debe conocer los riesgos asociados con la medicación que será prescrita, el resultado probable de tomar esos medicamentos, asimismo deberá conocer las opciones factibles que existan de tratamiento, como cuidados paliativos y control del dolor en las residencias de enfermos terminales. El médico que auxilie al suicidio, deberá referir al paciente con otro médico para que lo examine, y descarte algún tipo de depresión, además de que confirmará el diagnóstico de enfermedad terminal y verá que se cumplan los requisitos establecidos.

La asistencia al suicidio en Oregón, “se considera parte de una atención médica que incluye una buena atención paliativa”⁴⁶⁷; el médico sólo interviene

⁴⁶⁵ Valadés, Diego, *Op. cit.*, p. 96.

⁴⁶⁶ Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) o enfermedad de Lou Gehrig, es una enfermedad degenerativa neuromuscular causada por la disminución gradual del funcionamiento y posterior muerte, de unas células del sistema nervioso llamadas motoneuronas (las que se encargan de controlar los músculos voluntarios), lo que provoca una parálisis muscular progresiva cuyo pronóstico es invariablemente mortal. En las etapas avanzadas de esta enfermedad los pacientes sufren una parálisis total acompañada de una exaltación de los reflejos tendiosos. Generalmente los pacientes con ELA mueren por asfixia al aplastarse sus pulmones con el deterioro de los huesos. Un magnífico libro que cuenta la historia de Morrie Schwartz, un profesor con la enfermedad de Lou Gehrig, el Bestseller de Mitch Albom, *Martes con mi viejo profesor*, México, Océano, 2010.

⁴⁶⁷ Álvarez del Río, Asunción, *op. cit.*, p. 180.

prescribiendo los medicamentos y no actuando directamente sobre el paciente, quien es al final de cuentas el que termina con su vida. Existe una *salvaguarda* en esta ley, según la cual el paciente debe solicitar tres veces o más la asistencia al suicidio, en un período de quince días, “dos veces de manera oral y una por escrito”.

Es criticable el elemento de temporalidad, como lo fue en el caso de la definición de enfermedad terminal, pues con este requisito quedan excluidos algunos pacientes con una enfermedad cuyo diagnóstico es por ejemplo, de un año de vida.

Capítulo 4

Eutanasia

y otros conceptos fundamentales

*“Por lo rudamente que esa palabra (muerte) hería sus oídos,
y por lo inoportuna que les parecía,
los romanos la suavizaban mediante perífrasis.
No decían “ha muerto”, sino “ha cesado de vivir”, o “ha vivido”.
Con tal de que hubiese vida, aunque pasada, se consolaban ya...”*

Michel de Montaigne

Este capítulo se divide en tres apartados. En el primero, se revisan algunos de los conceptos de eutanasia más importantes, así como sus clases y diferencias entre sí; en el segundo, se expone una revisión al concepto de muerte natural, que aparece en la Ley General de Salud; en el tercer apartado se presentan los principios de santidad y calidad de la vida. La santidad de la vida corresponde, no sólo a un análisis teísta, sino también secular, en tanto que la calidad de la vida, es una derivación del respeto por el primero. También, se revisan los conceptos de objeción de conciencia y tratamiento, con el fin de explorar más las implicaciones del tema de la eutanasia.

4.1 Concepto de eutanasia

El objetivo de este trabajo de investigación es desarrollar argumentos a favor de la eutanasia activa voluntaria en pacientes terminales, para demostrar su aceptación y coherencia dentro de la Ley General de Salud, si bien esta legislación prohíbe de manera categórica cualquier tipo de eutanasia, esta prohibición es contradictoria al permitir un tipo de eutanasia (pasiva) y prohibir otro (la activa), además de no encontrar concordancia con los fines de la medicina que se han presentado y que la misma ley comprende, asimismo, se trata de mostrar que no es coherente con los derechos de autonomía, libertad e intimidad reconocidos en la Constitución federal.

Por ello, se reconoce desde un principio que, se deben precisar los límites y el contenido del concepto de eutanasia, pues como se aprecia de la revisión histórica que antecede, el término *eutanasia* puede prestarse a distintas interpretaciones y utilizarse para diversos fines que no siempre son los que la palabra significa.

Como se verá, la eutanasia activa voluntaria forma parte de lo que se reconoce como muerte asistida, expresión que también comprende la eutanasia pasiva voluntaria y el suicidio asistido. En algunos casos, también se contempla la eutanasia no voluntaria cuando los pacientes han dejado su voluntad por escrito, ya sea en un testamento vital o en un documento de voluntad anticipada.

En el siguiente apartado se enunciarán algunas definiciones de eutanasia, así como la definición que para efectos de este trabajo se tomará en cuenta.

4.2 Eutanasias

La palabra eutanasia se compone de dos vocablos griegos (*eu-* bueno, *thanatos-* muerte) y quiere decir buena muerte. Pero este significado no dice mucho, pues para algunos será una muerte serena y tranquila⁴⁶⁸, para otros puede significar la ausencia de dolor y de sufrimiento al momento de morir⁴⁶⁹. Siendo estas concepciones imprecisas. No podemos fiarnos del significado etimológico porque hacerlo podría traer consecuencias negativas y atroces, como sucedió en la Alemania nazi, con el programa de exterminio relatado anteriormente. Por ello, “es necesario buscar un acuerdo conceptual que, sin ignorar las raíces de la palabra, establezca condiciones que permitan determinar si cierta acción equivale o no a un genuino acto de eutanasia”⁴⁷⁰.

Eduardo Rivera López, por su parte, define la eutanasia como la “*conducta llevada a cabo por un agente de la salud..., de cuyas consecuencias previsibles por él es*

⁴⁶⁸ Pérez Valera, Víctor M., *Eutanasia, ¿Piedad? ¿Delito?*, México, Universidad Iberoamericana-Noriega Editores, 2003, p. 20

⁴⁶⁹ Álvarez del Río, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 30; Méndez Baiges, Víctor, *Sobre morir. eutanasias, derechos, razones*, Madrid, Trotta, 2002, p15.

⁴⁷⁰ Leucona, Laura, “Eutanasia: algunas distinciones” en Platts, Mark (*comp.*), *Dilemas éticos*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM-Fondo de Cultura Económica, 1997 p. 97.

*la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo por la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para él, todas las cosas consideradas*⁴⁷¹.

Por conducta, el autor entiende tanto acciones como omisiones; sin embargo, al aclarar el sujeto que aplica la eutanasia, señala como “típicamente” al médico, más no acota el elemento del sujeto que comete el acto, sino que deja la puerta abierta al resto de los agentes de la salud, entre los que pueden estar: la enfermera, el camillero, la asistente del médico, e incluso, ya en el extremo, el personal administrativo del hospital. Además, esta definición carece del elemento voluntario por parte del paciente, pues no menciona que éste haya consentido la conducta del médico hacia él. Finalmente, a pesar de las deficiencias de esta definición, el autor aclara que el hecho de que el paciente está “grave e irreversiblemente enfermo”, no significa necesariamente que su muerte sea inminente”. Razón por la cual, puede aplicarse a pacientes cuya enfermedad “produzca un sufrimiento o pérdida de contacto con la realidad suficiente como para que la muerte no sea considerada un daño⁴⁷²”.

Tom L. Beauchamp, considera que “una muerte se considera como una eutanasia sin importar el tipo si, y únicamente si, se dan las siguientes condiciones:

- La muerte es buscada por al menos otra persona, que contribuye, mediante su acción, a causarla.
- La persona que muere padece dolores intensos o está sumida en un coma irreversible (o lo estará en breve) y esta condición, en sí misma, constituye el motivo principal que hace que se pretenda la muerte.

⁴⁷¹ Rivera López, Eduardo, “Aspectos Éticos de la Eutanasia” en *Problemas de vida o muerte: diez ensayos de bioética*, Madrid, Marcial Pons, 2011, p. 48; y 68.

⁴⁷² *Ibidem*, p. 48.

- Los procedimientos elegidos para provocar la muerte también deben ser lo menos dolorosos posibles, o bien debe existir un motivo moralmente justificado para elegir un método más doloroso⁴⁷³.

La filósofa británica Philippa Foot, sostiene que “*un acto de eutanasia, ya sea que se trata literalmente de un acto o más bien de una omisión, se atribuye a un agente que opta por la muerte de alguien porque en su caso la vida parece más un mal que un bien*”⁴⁷⁴. Aunque esta autora reconoce que la vida en sí es un bien, que es implícitamente sagrada y tiene valor *per se*, reconoce que existen situaciones en que la propia vida carece de un mínimo de bienes básicos, por tanto, la muerte representa un bien para quien la pide. Para Foot, la eutanasia puede justificarse mediante dos virtudes: la justicia y la caridad. La primera consiste en aquello que “cada hombre debe a otro en el sentido de no interferir y de dar un servicio positivo”⁴⁷⁵, mientras que la segunda, se considera como “la virtud que nos liga a otras personas”⁴⁷⁶. En este sentido –sostiene Foot-, “no parece que se infringiría el derecho a la vida de alguien al matarlo con su autorización y de hecho ante su solicitud”, pues “parece no haber nada que decir sobre violación de derechos si a un hombre que desea morir se permite morir o incluso se le mata”⁴⁷⁷, en consecuencia, esta acción no iría contra de la justicia; en cuanto a la caridad, “es una virtud que nos inclina al bien de los otros, y puesto que la vida es normalmente un bien, la caridad normalmente exige que la vida sea salvada o prolongada”. Si se sigue la definición de eutanasia que propone esta autora, “un acto que procura la muerte de un hombre en su propio beneficio –por su bien-, la caridad normalmente hablaría en su favor”⁴⁷⁸.

Lo anterior no quiere decir que “la caridad pueda exigir un acto de eutanasia que la justicia prohíba, pero si un acto de eutanasia que no va contra la justicia –esto

⁴⁷³ Beauchamp, Tom L., *Intending Death. The Ethic of Assisted Suicide and Euthanasia*. Upper Saddle River: Prentice Hall,. 1996, p. 4, en Aumonier, Nicolas, Bernard Beignier y Philippe Letellier, *Eutanasia*, trad. de Eduardo Arias, España, Da Vinci Continental, 2009, p. 51.

⁴⁷⁴ Foot, Philippa, “Eutanasia” en *Las virtudes y los vicios y otros ensayos de filosofía moral*, trad. de Claudia Martínez, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, 1994, p. 60-61.

⁴⁷⁵ *Ibidem*, p. 61.

⁴⁷⁶ *Ibidem*, p. 62.

⁴⁷⁷ *Ibidem*, p. 70-71.

⁴⁷⁸ *Ibidem*, p. 72.

es, no infringe derechos-, la caridad estará más a su favor que en su contra”. Además, para Foot, “la caridad no siempre exige que la vida deba ser prolongada cuando los deseos de un hombre, hipotéticos o reales, no son conocidos”⁴⁷⁹.

Ronald Dworkin, la concibe como “matar deliberadamente a una persona por benevolencia”⁴⁸⁰. John Harris, sostiene que la eutanasia es “*una decisión de que una vida acabe cuando podría prolongarse*”. Helga Kuhse, por su parte, define la eutanasia como “*la procura de una buena muerte en el que una persona A pone fin a la vida de una persona B por el bien de ésta*”⁴⁸¹.

El filósofo australiano Peter Singer, señala que en la actualidad, la eutanasia “se refiere a acabar con la vida de los que padecen enfermedades incurables, con gran dolor y angustia, por el bien de los que mueren y para ahorrarles más sufrimiento y angustia”. Este autor reconoce tres tipos de eutanasia: a) eutanasia voluntaria, aquella que “*se lleva a cabo a petición de la persona que va a morir*”⁴⁸²; b) eutanasia involuntaria, se da “*cuando la persona que muere tiene capacidad para consentir su propia muerte, pero no lo hace, bien porque no le preguntan, bien debido a que cuando se le pregunta la persona decide seguir viviendo*”. Para Singer en este tipo de eutanasia “existe una diferencia significativa entre matar a alguien que ha escogido seguir viviendo y matar a alguien que no ha dado su consentimiento para que lo maten, pero que en el caso de haber sido preguntado, habría estado de acuerdo”, Singer argumenta que, “matar a alguien que no ha dado su consentimiento para morir, solamente se podrá considerar eutanasia cuando el motivo para matar es el deseo de que acabe un sufrimiento insoportable para la persona que va a morir”⁴⁸³; y c) eutanasia no voluntaria, ocurre cuando “*un ser humano no es capaz de entender la elección entre la vida y la muerte*”. Por ejemplo, “los enfermos incurables o los recién nacidos con graves discapacidades,

⁴⁷⁹ *Ídem*.

⁴⁸⁰ Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998, p. 9

⁴⁸¹ Tomado de Méndez Baiges, Víctor, *Op. cit.*, nota 468, p. 16.

⁴⁸² Singer, Peter, *Ética práctica*, 2da. ed., trad. de Rafael Herrera Bonet, Gran Bretaña, Cambridge University Press, 1984, p. 217.

⁴⁸³ *Ibidem*, pp. 220-221.

y las personas que debido a accidente, enfermedad, o avanzada edad han perdido permanentemente la capacidad de entender el tema en cuestión”⁴⁸⁴.

La filósofa argentina Laura Leucona entiende por eutanasia “*el acto de dar muerte o dejar morir sin sufrimiento físico a otra persona por su bien o en interés de ella*”⁴⁸⁵. De acuerdo con Leucona, de esta definición se deriva la eutanasia activa y la pasiva. La primera se refiere a “*aquella en la que una persona, en general pero no necesariamente un médico, administra a otra persona, a sabiendas de que con ella la matará, una droga que no le produce mayor dolor*”, en tanto que la segunda, se refiere a “*aquella en la que alguien decide retirarle a otra persona, con el fin de acelerar su muerte los aparatos o medicamentos que la mantienen viva, o bien negarle el acceso al tratamiento que podría prolongar su vida*”⁴⁸⁶.

Para los autores José Ferrater Mora y Priscilla Cohn, la eutanasia puede ser voluntaria, “*cuando la persona la solicita o requiere...cuando expresa su deseo de poner fin a su vida*”; involuntaria, “*cuando se pone fin a la vida de una persona sin expreso deseo o requerimiento de ésta*”; activa, la que “*implica obrar de un modo considerado más directo, tal como administrar una droga letal*; y pasiva, la que “*implica dar por terminados cualesquiera medios excepcionales empleados para seguir manteniendo la vida de la persona*”⁴⁸⁷.

Para el Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética, “*sólo existe un tipo de eutanasia y consiste en una intervención activa y directa para provocar a un enfermo, generalmente con grandes sufrimientos y en fase terminal, la muerte que pide libre, reiterada y razonadamente*”⁴⁸⁸.

Diego Gracia, por su parte, define la eutanasia activa como “*el hecho de provocar directa y voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o*

⁴⁸⁴ *Ibidem*, pp. 221-222

⁴⁸⁵ Leucona, Laura, *op. cit.*, nota 469, p. 98.

⁴⁸⁶ *Ibidem*, p. 99.

⁴⁸⁷ Ferrater Mora, José y Cohn, Priscilla, “Eutanasia” en *Ética aplicada del aborto a la violencia*, 2da. ed., Madrid, Alianza Editorial, 1991, pp. 94-95

⁴⁸⁸ Cfr. Méndez Baiges, Víctor, *op. cit.*, p. 17

que muera de un modo considerado indigno"⁴⁸⁹; el teólogo español Javier Gafo, entiende por eutanasia "*la acción por la que se quita positivamente la vida a una persona enferma, que pide que se ponga término a su existencia*"⁴⁹⁰, este autor también distingue entre eutanasia activa y pasiva, "*en el primer caso se pone una acción positiva con la que se pretende quitar la vida al enfermo, para el segundo se omite una acción, por tratarse de un medio extraordinario, que podría prolongar esa vida*"⁴⁹¹.

El 5 de mayo de 1980, la Congregación para la Doctrina de la Fe, publicó una Declaración sobre la Eutanasia, la cual se define como "*una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor*"⁴⁹².

Manuel Porras del Corral sostiene que "*la eutanasia consiste en anticipar la muerte a un enfermo, y puede dividirse en dos clases, directa e indirecta. La primera se da cuando la intención que preside la acción es la de anticipar la muerte a un enfermo, la segunda se da cuando la intención que guía la acción es la de aliviar el dolor de dicho enfermo, si bien como consecuencia de dicha actuación anticipa la muerte del enfermo*"⁴⁹³.

El penalista Luis Jiménez de Asúa, la definía como "*la muerte tranquila y sin dolor, con fines libertadores de padecimientos intolerables y sin remedio, a petición del sujeto, o con objetivo eliminador de seres desprovistos de valor vital, que importa a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución oficiales*"⁴⁹⁴. Esta definición está basada de algún modo en los argumentos de Karl Binding y Alfred Hoche, que se vieron en el apartado anterior, en relación con la experiencia en la Alemania nazi.

⁴⁸⁹ Tomado de Salvador Urraca Martínez, "Eutanasia: Concepto y contexto", en Urraca Martínez, Salvador, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, p. 45

⁴⁹⁰ Gafo, Javier, *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003, p. 259.

⁴⁹¹ *Ibidem*, p. 260

⁴⁹² En Méndez, Baiges, Víctor, *op. cit.*, p. 16; Pérez Varela Víctor M., *Op. cit.*, p. 22.

⁴⁹³ Porras del Corral, Manuel, "Eutanasia: un debate abierto", en Ansuatégui Roig, Francisco Javier (coord.), *Problemas de eutanasia*, Madrid, Dykinson: Instituto de Derecho Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, 1999, p. 164

⁴⁹⁴ Jiménez de Asúa, Luis, *Libertad de amar y derecho a morir*, Argentina, Depalma, 1984 p. 339.

Las definiciones presentadas engloban algunos elementos en común, mas se diferencian en otros que son importantes como la finalidad, la intención y la razón por la cual se llave acabo. Los elementos de la eutanasia pertenecen a las siguientes categorías:

- a. Los sujetos que participan. En la mayoría de los casos es un médico y un paciente. Dándose excepciones como la familia, las enfermeras o algún amigo de confianza. Como se verá a continuación, en los Países Bajos, para que una conducta se considere eutanasia es necesario que la realice un médico, de lo contrario sería asesinato.

Por parte del médico, es necesario que éste acepte llevar a cabo el acto de eutanasia, es decir, que tenga la intención de producir la muerte del paciente; de lo contrario le está permitido objetar en consciencia, remitiendo al paciente con otro médico, sin obstruir ni influir las decisiones del paciente.

En lo que se refiere al paciente, éste debe padecer una enfermedad terminal diagnosticada por dos médicos, y solicitar la ayuda a morir mediante la eutanasia, de manera informada, consciente y reiterada, teniendo en todo momento la posibilidad de revocar su petición.

- b. Los motivos o razones por las que se lleva a cabo. La gran mayoría de los autores coinciden en que el motivo principal es terminar con el dolor y el sufrimiento de los pacientes. Aunque algunos, sostienen que es la piedad o la compasión, la que motiva esta práctica. Para otros, es el mero ejercicio de la autonomía.
- c. Las consecuencias que se buscan. La consecuencia principal de todo acto de eutanasia es la muerte, y ésta debe representar siempre un bien para el paciente. A pesar de ello, algunos autores no aceptan esta última, argumentando que la consecuencia de la eutanasia es en sí terminar con el dolor y el sufrimiento del paciente, o bien cuando se interrumpe un tratamiento de soporte vital, sostienen que lo que se busca es, en realidad, que la enfermedad “siga su curso natural”.

- d. La naturaleza del acto. El acto que produzca la muerte puede ser de acción u omisión. Sin embargo, esta distinción es demasiado conflictiva, pues en la práctica no es fácil distinguir un acto de una omisión. En todo caso, para que la conducta del médico que asista la muerte de un enfermo se considere eutanasia, siempre deberá ser mediante una acción: administrar una inyección letal o una dosis alta de barbitúricos o morfina.

Estos elementos son, *grosso modo*, los que debe contener toda definición de eutanasia. Si alguno de estos elementos estuviera ausente, no se estaría hablando de eutanasia, sino más bien de lo que se considera como terminación anticipada de la vida. Como se mencionó líneas arriba, las conductas que comprende una definición amplia de la eutanasia son tres: la activa voluntaria, la pasiva voluntaria y el suicidio asistido. Las dos primeras han sido identificadas por algunos autores como tipos o formas de eutanasia, e incluso como hipótesis en las que se da una conducta eutanásica. A reserva de comentarlas más adelante, junto con el suicidio asistido, en lo siguiente se hablará de la eutanasia activa voluntaria.

El significado que tiene la palabra eutanasia en los Países Bajos, comprende los elementos citados anteriormente, pues para ellos, según el profesor holandés Henk Ten Have, la eutanasia consiste en la “finalización intencional por parte de un médico de la vida de un paciente a petición de éste”⁴⁹⁵.

Los elementos propios de esta definición son los siguientes:

- a. *La intención del médico* (si bien la intención es por un lado un asunto privado, y por tanto la legislación difícilmente la puede tener en cuenta, por otro es un elemento intrínseco de toda acción);
- b. *La solicitud del paciente* (sirve como *justificación moral* de la eutanasia, la petición del paciente ha de ser voluntaria, explícita y repetida); y
- c. *El papel del médico* (el papel del médico es un elemento *sine qua non*)⁴⁹⁶.

⁴⁹⁵ Ten Have, Henk, “Eutanasia: la experiencia holandesa”, en *Gracia, Diego (ed.), Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Fundación Ciencias de la Salud, Doce Calles, 1996, p. 39.

⁴⁹⁶ *Ibidem*, pp. 40-41.

Como señala Henk Ten Have, sin la voluntad del paciente no se puede hablar de eutanasia, además, si el médico no realiza este acto, por ejemplo, que lo realice la enfermera, no es eutanasia, sino asesinato.

La doctora Asunción Álvarez del Río, basándose en esta definición sostiene que “la eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste”⁴⁹⁷. Resulta conveniente agregar a esta definición, la noción de que la eutanasia se considera un tratamiento, disponible como el último servicio de la atención médica, junto con estos dos elementos: que la muerte sea un beneficio para el paciente y que la calidad de vida de éste haya disminuido a causa de una enfermedad terminal. Quedando, por tanto, como sigue: el tratamiento que comprende *la eutanasia activa voluntaria, como último recurso, es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte del paciente, sin dolor, y a petición de éste, siempre y cuando la muerte represente un beneficio para el mismo y su calidad de vida haya disminuido como consecuencia de una enfermedad terminal.*

De acuerdo con esta definición, los elementos intrínsecos serían los siguientes:

1. Que la eutanasia se dé en el ámbito hospitalario en la relación-médico paciente.
2. El médico que no objete en consciencia practicar la eutanasia proporcione información suficiente al paciente sobre los otros servicios de la atención médica al final de la vida, como cuidados paliativos y el control del dolor.
3. El paciente, quien padece una enfermedad terminal y cuya muerte no necesariamente es inminente, solicite de manera libre e informada la terminación activa de su vida, una vez que aceptó y después interrumpió (o desde un principio rechazó), los servicios de atención médica que preceden al servicio que solicitó.
4. Que la muerte del paciente represente para éste un beneficio y no un daño o perjuicio.

⁴⁹⁷ Álvarez del Río, Asunción, *op. cit.*, nota 468, p. 32.

5. Lo anterior porque como resultado de la enfermedad, su calidad de vida ha disminuido a tal grado que se pone en riesgo su identidad, convicciones y valores, pudiéndose por tanto, poner en riesgo el respeto del valor intrínseco de su vida.

Las condiciones que deben cumplirse para llevar a cabo un acto de eutanasia, de acuerdo con la definición y elementos que se han propuesto, serían los siguientes:

1. El médico deberá informar al paciente acerca de su diagnóstico, pronóstico y los posibles tratamientos y servicios de la atención médica, aplicables.
2. El médico, deberá consultar con otros dos médicos el diagnóstico, quienes examinarán al paciente en lo individual para corroborar el dictamen del médico, y así poder estar plenamente convencidos de que la enfermedad que ha sido diagnosticada al paciente es terminal, irreversible y no existe posibilidad de recuperar la salud; y
3. El médico y el paciente, deberán estar convencidos de que no existe ninguna otra solución razonable, para terminar con los dolores del paciente, que la que representa la eutanasia, siempre que el paciente lo solicite de manera autónoma e informada, prefiriéndola a los otros servicios de la atención médica al final de la vida. Para que este requisito sea válido, el médico deberá estar convencido de que dicha decisión ha sido tomada de manera voluntaria y libre, sin que medie coerción ni manipulación⁴⁹⁸;

4.3 Tipos de eutanasia

Con la definición de eutanasia elaborada líneas arriba, se están dejando atrás las distinciones clásicas de la eutanasia. Sin embargo, es menester anunciarlas para

⁴⁹⁸ Esta definición resulta útil para legislar en materia de eutanasia, pues como señala Méndez Baiges, al “configurar un derecho legal a morir que vaya más allá de la despenalización del suicidio, resulta conveniente trazar una descripción en abstracto de las condiciones en las que la decisión de quitarse la vida de una persona va a ser aceptada por el Estado e impuesta a todos jurídicamente. No es ésta una descripción de lo que puede ser fácticamente realizado por alguien, ni de lo que puede ser aceptado como una opción moral legítima entre otras, sino una descripción de las condiciones de ejercicio de un derecho subjetivo que crea obligaciones jurídicas para todos los miembros de la sociedad: la obligación de colaborar en su ejercicio en algunos casos”. Méndez, Baiges Víctor, *op. cit.*, p. 64

efectos teóricos, y para distinguir que la definición presentada corresponde a la eutanasia activa voluntaria.

a) Eutanasia activa y pasiva

Algunos autores sostienen que existen dos tipos de eutanasia, en relación con los actos y las omisiones. Esta distinción la han equiparado con una, no menos problemática que es, la distinción entre matar y dejar morir.

La eutanasia activa consiste en “la finalización deliberada de la vida por medio de una acción encaminada a procurar la muerte del paciente”; en tanto que la eutanasia pasiva, “es la que provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones medicas que permitan preservar la vida”⁴⁹⁹.

La eutanasia pasiva cuenta con mayor aceptación por parte de la iglesia, la ley y la sociedad, mientras que existe un rechazo casi generalizado a la eutanasia activa. Esto es más un hecho aceptado por la costumbre que por la realidad, pues se acepta en la mayoría de las legislaciones el derecho a no iniciar o interrumpir un tratamiento, por un lado, y se niega, el derecho a solicitar que el médico asista mediante un acto la muerte, por el otro.

No se agotarán en este momento los argumentos que giran en torno de esta distinción, pues han sido el núcleo fundamental del debate sobre la eutanasia, por lo que se analizarán en el capítulo siguiente.

b) Eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria.

En esta distinción es la voluntad del paciente la característica principal de la definición de la eutanasia, así la eutanasia voluntaria es aquella en la que “el paciente consiente en que se le practique la eutanasia”; la no voluntaria, es cuando “el paciente no consiente porque no es competente para hacerlo (por estar en estado de inconsciencia o de perturbación); y la involuntaria es cuando “el

⁴⁹⁹ Álvarez del Río, Asunción, *op. cit.*, p. 37.

paciente no consiente, o bien porque es consultado y rechaza, o bien porque, pudiéndosele consultar, no se le consulta”⁵⁰⁰.

De acuerdo con Peter Singer, la eutanasia voluntaria *no es fácil de distinguir del suicidio asistido*; la no voluntaria *aplica a individuos que son incapaces actualmente para tomar la decisión de la eutanasia, aunque antes lo fueran pero no la expresan*, y la involuntaria *es difícil de imaginarse en la práctica*⁵⁰¹. En relación a la no voluntaria, se deben considerar los derechos e intereses de los pacientes, ya que cuando fueron capaces los expresaron o fueron conocidos por los que les rodeaban, de modo que no reconocerlos representa causar un daño a estos pacientes, actuando en contra del principio de no maleficencia y respeto a la autonomía. Respecto este último, según Dworkin, “el derecho de una persona competente a la autonomía requiere que se respeten sus decisiones pasadas acerca de cómo tiene que ser tratado en el caso de volverse demente, incluso si ello contradice los deseos que pueda tener en un momento posterior”. Si se les niega el respeto a sus decisiones pasadas, argumentando que fueron realizadas cuando el paciente era competente y hoy ya no lo es, y sosteniendo que tales decisiones no se adecúan a sus deseos actuales “de persona incompetente, entonces estamos vulnerando su autonomía”⁵⁰². En este sentido, se podría aceptar su regulación, siempre y cuando, como señala Singer y Dworkin, los individuos que en el momento de practicar la eutanasia son incapaces, antes no lo eran y se conocen, al menos, sus intereses. Este tipo de eutanasia se lleva a cabo mediante un juicio sustituto en el cual, el sustituto debe actuar *como si fuera el paciente*, además, debe velar por los intereses del mismo.

Como ya se ha dicho, la eutanasia involuntaria no es propiamente eutanasia, pues está más cerca de ser asesinato y nunca puede estar justificada, ni siquiera invocando los mejores intereses del paciente o el respeto por su autonomía, pues en este caso, el asesinato representa un hecho contrario a la moral, la justicia, el derecho y la libertad individual.

⁵⁰⁰ Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, nota 470 p. 51.

⁵⁰¹ Singer, Peter, *Op. cit.*, nota 481, pp. 217-224.

⁵⁰² Dworkin, Ronald, *Op. cit.*, nota 479, p. 298

c) Eutanasia directa e indirecta

Esta clasificación se refiere al “modo en que la muerte del paciente es prevista por el médico”⁵⁰³, y se basa en la doctrina del doble efecto.

Para ello, la eutanasia directa es aquella en que “la muerte del paciente es un medio para lograr un fin valioso (generalmente, terminar con el dolor y el sufrimiento del paciente)”; y la indirecta, es aquella en que “la muerte del paciente es sólo una consecuencia previsible pero no buscada. Se trata de un efecto colateral de otro fin valioso (generalmente, aliviar el dolor y el sufrimiento)”⁵⁰⁴.

Esta distinción apela a la intencionalidad del médico, si bien este hecho psicológico es difícil de probar, muchos autores se apoyan en esta distinción para sostener su preferencia por la eutanasia indirecta, pues justifican tanto la eutanasia pasiva como la vigencia de los argumentos de la doctrina del doble efecto.

Sin embargo, esta distinción carece de coherencia, porque no se sabe cuándo el médico busca la muerte del paciente y cuando busca aliviar su dolor. Si bien, al recetar altas dosis de morfina, conoce, comprende y acepta, que la vida del paciente se acorte, por tanto, prevé que la misma medicación puede causar la muerte del paciente. Es difícil apoyarse en esta distinción para rechazar de tajo la eutanasia directa, pues sus argumentos son cuestionables.

d) Suicidio médicamente asistido

Para algunos, este acto es equiparable con la eutanasia activa voluntaria, para otros, se distingue por el agente que lleva a cabo la acción. En la eutanasia es el médico quien pone fin a la vida del paciente, mientras que en el suicidio, es el paciente mismo quien se quita la vida. Los que equiparan esta acción con la eutanasia, sostienen que muchas veces es difícil distinguir en la práctica quién es, en última instancia, el agente que la lleva a cabo. Algunos ejemplos documentados de la asociación suiza Dignitas, sirven de apoyo para este punto.

⁵⁰³ Rivera López, Eduardo, *op. cit.*, p. 52

⁵⁰⁴ *Ídem.*

En Suiza, se reconoce el derecho a la asistencia en el suicidio, tanto para los ciudadanos suizos como para los extranjeros⁵⁰⁵. Esto ha provocado que muchas personas tengan que trasladarse a ese país para recibir ayuda en el suicidio, lo que se ha llamado “Turismo suicida”. Este turismo es similar a la situación que narra el Premio Nobel de Literatura portugués, José Saramago, en su libro *Las intermitencias de la muerte*, en el que para morir se tiene que salir del país para encontrar la muerte en otro, en donde la muerte si está permitida⁵⁰⁶.

En dicha Clínica, cualquier paciente puede hacer su solicitud, y una vez realizada, se estudia el caso y si es factible, el paciente tiene que viajar a Suiza para recibir ayuda en el suicidio. En el caso de pacientes tetraplégicos⁵⁰⁷, quien auxilia al suicidio suele intervenir de modo *cuasi* directo, pues acerca el popote del vaso que contiene la sustancia que pone fin a su vida.

En relación a esto último, recuérdese el caso del español Ramón Sampredo, quien murió el 12 de enero de 1998. Su estado lo incapacitaba para suicidarse por lo que pidió a los Tribunales le fuera reconocido el derecho a morir dignamente, mediante asistencia al suicidio para que los que le ayudaran no fueran juzgados, pues en España, como en muchos países, la asistencia al suicido se considera delito. El tribunal rechazó su petición, en consecuencia, con ayuda de una amiga se suicidó bebiendo cianuro de potasio, considerando que “vivir es un derecho, no una obligación”⁵⁰⁸.

⁵⁰⁵ El caso más famoso es el del escritor inglés Terry Pratchett, quien padece la enfermedad de Alzheimer. Este escritor realizó un documental en el que narra su viaje a Suiza para conocer más acerca de la asistencia que brinda esta clínica. En su odisea hacia la muerte, Pratchett conoce y acompaña a varios enfermos terminales que van a Suiza a morir. Pratchett concluye su video con una frase demoledora: Cuando me muera me gustaría morir al sol...supongo que algunas veces el sol brilla en Suiza. Haciendo referencia a que en su país natal le está vedado el derecho al suicidio asistido por un médico, por tanto, tendrá que trasladarse a Suiza a recibir ayuda para morir antes de que su enfermedad destruya por completo su personalidad. Este documental puede consultarse en: <https://www.youtube.com/watch?v=slZnfC-V1SY>

⁵⁰⁶ Saramago, José, *Las intermitencias de la muerte*, trad. de Pilar del Río, México, Punto de Lectura, 2005.

⁵⁰⁷ Que sufre una parálisis total o parcial de brazos y piernas causada por un daño en la médula espinal.

⁵⁰⁸ Existe una película filmada en 2004, dirigida por Alejandro Amenábar, titulada *Mar Adentro* que narra la historia de Ramón Sampredo. Entre las películas que narran historias relativas a la eutanasia o al suicidio se encuentran, además, *Condenado a vivir*, España, 2001. Donde también

Al parecer esta dificultad para distinguir entre eutanasia y suicidio asistido radica en los casos de pacientes tetraplégicos como Ramón Sampedro, que no pueden poner fin a su vida por ellos mismos.

No obstante, el suicidio medicamente asistido, se define como “el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia”⁵⁰⁹.

Tom Beauchamp y James Childress, consideran el suicidio asistido como una opción que debería estar regulada en la ley, por lo que establecen algunas condiciones que deben tomarse en cuenta:

- Una petición voluntaria por parte de un paciente competente;
- Una relación médico-paciente prolongada;
- Una toma de decisiones conjunta e informada entre el paciente y el médico;
- Un rechazo reflexionado de las distintas alternativas;
- Consultas estructuradas con otros especialistas médicos;
- Que, durante cierto tiempo, el paciente haya manifestado su deseo de morir;
- Que el paciente esté sometido a un sufrimiento insoportable; y

se narra la vida de Ramón Sampedro; *Mi vida es mía*, EUA, 1981. Narra la historia de un escultor que sufre un accidente, a causa del cual queda paralizado de todo el cuerpo, pudiendo solamente hablar. Pasado el tiempo, decide terminar con su vida pues ésta carece de sentido; *Millon Dollar Baby*, EUA, 2004. Narra la historia de Maggie Fitzgerald, de 31 años, quien se dedica al boxeo, en su última pelea se parte la columna a la altura del cuello por lo que queda tetraplégica. Con el tiempo le amputan una pierna, y pide a su entrenador, quien la cuida durante todo ese tiempo, que la mate. Sin embargo este se niega, pero después de varios intentos de suicidio por parte de ella, accede. Le desconecta el respirador que le proporciona oxígeno y le inyecta una sobredosis de adrenalina y Maggie muere; *El sabor de las cerezas*, Irán, 1997. Narra la vida de un hombre que decide suicidarse y busca a alguien que se comprometa a enterrarlo, a cambio de una suma de dinero. *You Don't Know Jack*, EUA, 2010. Narra la vida del médico Jack Kevorkian, mejor conocido como el “Doctor Muerte”. Este médico asistió el suicidio de una enorme cantidad de pacientes, empleando en un principio, una máquina diseñada por él mismo, y posteriormente, una inyección letal; y *Amour*, Francia, 2012. Escrita y dirigida por Michael Haneke, narra la historia de una pareja de músicos jubilados, Anne y Georges, quienes viven en París. Anne sufre una hemiplejía derecha, que va deteriorando su consciencia y su cuerpo, al final, Georges la ahoga con una almohada, después de contarle una historia de su niñez.

⁵⁰⁹ Esta definición es del Dr. Timothy Quill, Cfr. Álvarez del Río, Asunción, *op. cit.*, p. 40.

- Utilizar un método que resulte menos doloroso y lo más cómodo posible⁵¹⁰.

Estas condiciones también son aplicables al caso de eutanasia activa voluntaria.

e) Ortotanasia y Distanasia

Algunos autores conservadores hablan del “derecho a morir con dignidad”, o del derecho a elegir entre el inicio o interrupción de un tratamiento como medio de defensa ante el poder avasallador de la tecnología médica que puede prolongar la vida de un paciente obstinándose para que éste no muera. Cuando se habla de este tipo de derecho se está haciendo referencia al acto de dejar morir, el cual consiste en no hacer nada para contrarrestar la enfermedad del paciente, permitiendo que éste muera de manera natural.

Esto corresponde, como se vio arriba, a la eutanasia pasiva, sin embargo, se han creado neologismos para que el uso del lenguaje no afecte la moralidad del acto, es decir, se prefiere decir ortotanasia (que significa muerte correcta) a decir eutanasia pasiva voluntaria, siendo en esencia la misma conducta. Entonces, lo que aquí se trata de decir, es que eutanasia pasiva voluntaria, ortotanasia y muerte con dignidad son sinónimos. No obstante, gran parte de los que se oponen a la eutanasia, no reconocen lo anterior, por ese temor y, de algún modo horror, que causa la palabra eutanasia.

Se entiende por ortotanasia una muerte correcta, que implica la interrupción de tratamientos extraordinarios o desproporcionados, cuando los resultados de éstos no reportan beneficios para el paciente, es decir, se deja que la muerte llegue al paciente a su hora⁵¹¹. De este modo, afirma Jesús Ballesteros, “la *ortotanasia* comporta la ilicitud del encarnizamiento u obstinación terapéutica, esto es, de la prolongación del empleo de *medios desproporcionados* de carácter *terapéutico*, o medicina intensiva, que amplíen la agonía sin esperanza tratando de mantener viva a una persona clínicamente muerta e implica la exigencia del paso de la

⁵¹⁰ Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Principios de ética biomédica*, 4ta. ed., trad. de Teresa Gracia, Javier Judez y Lydia Feito, España, Editorial Masson, 1999, p. 228.

⁵¹¹ Méndez Baiges, Víctor, *Op. cit.*, p. 15

medicina terapéutica, que tiende a curar, a la medicina paliativa, que sólo pretende cuidar, aliviar y consolar”⁵¹².

Las legislaciones en materia de salud, incluso la del Distrito Federal⁵¹³, con la finalidad de proteger la vida humana, del uso desenfrenado de la tecnología médica, permiten la ortotanasia y prohíben preservar la vida lo máximo posible mediante técnicas artificiales, es decir, se proscriben todo tipo de distanasia, la cual “consiste en prolongar irracionalmente el proceso de muerte. Esta forma de morir se caracteriza por el *encarnizamiento terapéutico*”⁵¹⁴.

f) Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos surgen después de la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra y en Estados Unidos dentro de los *hospices*, con el término “dolor total” acuñado por Cecily Saunders, una enfermera que había atendido a los heridos de la guerra. Ella fue quien fundó los hospices de St. Joshep y St. Cristopher, en Inglaterra, distintos de los hospitales de incurables. Los hospices eran “instituciones con la vocación de mejorar los medios para controlar el dolor y acompañar a las personas en fase terminal. Estas instituciones ofrecen a los moribundos los servicios de un personal cualificado y polivalente formado para ayudarles hasta el final”, se cuenta con enfermeras, asistentes sociales, capellanes, médicos, psicólogos y otros terapeutas cuyo fin es “colmar todas las necesidades –físicas, psicológicas, espirituales, familiares, etc.- de las personas que viven la última etapa de su vida”⁵¹⁵.

⁵¹² Ballesteros, Jesús, “Ortotanasia. El carácter inalienable del derecho a la vida”, en Ansuategui Roig, Francisco J., *op. cit.* nota 492, p. 53.

⁵¹³ La Ley de Voluntades Anticipadas para el Distrito Federal, contiene una regulación en materia de ortotanasia, diferenciándola de la eutanasia activa voluntaria (artículo 2). Esta ley entiende por Ortotanasia una muerte correcta. Además, distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada (artículo 3, fracción XIII).

⁵¹⁴ Gafo, Javier, *op. cit.*, nota 489, p. 258.

⁵¹⁵ Baudouin, Jean-Louis y Blondeau, Danielle, *La ética ante la muerte y el derecho*, trad. de David Chiner, Barcelona, Herder, 1995, p. 112.

En los hospices se proponía “la necesaria formación de profesionales de muchas disciplinas en un cuidado holístico e integral del paciente, es decir, que abordase todas las dimensiones orgánicas, psíquicas y espirituales asociadas a la situación de próxima muerte”⁵¹⁶. La finalidad de los cuidados paliativos es “hacer más soportable el sufrimiento en la fase final y asegurar el acompañamiento del enfermo”⁵¹⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud, los cuidados paliativos consisten en

el cuidado activo total de pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento. Es fundamental el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo del cuidado paliativo es el logro de la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Muchos aspectos del cuidado paliativo son también aplicables en el curso de una enfermedad unida al tratamiento anticanceroso...⁵¹⁸

Las críticas que se pueden hacer a este tipo de atención médica es la carencia de presupuesto que existe dentro de las Unidades de Cuidos Paliativos, la falta de capacitación del personal, y como dice el padre Gafo, “tal atención es totalmente inaccesible a los países pobres, donde incluso no se poseen analgésicos básicos y otros fármacos esenciales”⁵¹⁹. No obstante, los cuidados paliativos son al día de hoy una verdadera forma de acompañamiento a los enfermos. No se debe menospreciar su labor, al contrario refuerzan la idea de no abandono a los moribundos, y, citando una vez más a Gafo, se han configurado como un derecho humano básico, cuando el cuidado curativo ya no es accesible.⁵²⁰

4.4 Muerte Natural

La eutanasia pasiva voluntaria, como se ha dicho, consiste en la posibilidad de rechazar o interrumpir un tratamiento considerado extraordinario o desproporcionado, con el objetivo de que la enfermedad continúe avanzando

⁵¹⁶ Gafo, Javier, *op. cit.*, p. 284.

⁵¹⁷ *Ibidem*. p. 273.

⁵¹⁸ *Ibidem*, p. 284.

⁵¹⁹ *Ídem*.

⁵²⁰ *Ídem*.

hasta que la muerte llegue por causas naturales. Como se vio, esto corresponde a la ortotanasia. Se dice, por ejemplo, que cuando un paciente terminal deja una voluntad anticipada en la que estipula que no se le conecte a un respirador artificial, ni que le sea administrado algún tipo de sedación, ni que sea alimentado artificialmente, en caso de que caiga en estado de inconsciencia, los médicos encargados dejan que el paciente muera conforme a su voluntad. Lo que provoca la muerte no es la intervención del médico, sino la enfermedad del paciente. En este caso, la muerte llega de manera natural, no intencionada.

Un segundo ejemplo, utilizando la doctrina del doble efecto, ocurre en una Unidad de Cuidados Paliativos, con un enfermo de cáncer en etapa terminal quien se queja del dolor, que se ha perpetuado en las últimas horas. El médico le explica que para paliar el dolor será necesario aumentar la dosis de morfina, la cual no sólo atenuará el dolor, sino que traerá consigo la muerte del mismo. El paciente acepta y el médico le administra una dosis más alta de morfina disminuyendo el dolor que aquejaba al paciente. Al poco rato el éste muere. Siguiendo la teoría del doble efecto, el aumento de morfina trajo dos consecuencias: el alivio del dolor del paciente y la inminente muerte.

Ante este hecho, señalan los defensores de esta doctrina, la muerte se produce a causa de la enfermedad del paciente, y no por acción intencionada del médico. Del mismo modo que el ejemplo anterior, al paciente se le deja morir de manera natural, no se le mata.

En relación con la doctrina del doble efecto, se puede añadir que ésta es simplemente un pretexto para rechazar de manera injustificada la eutanasia activa, pues la intención del médico, que pertenece al terreno de la psicología, no siempre se puede demostrar. Por el momento, sólo se tratará el tema de la muerte natural, sin profundizar en la crítica a estos argumentos, que serán revisados en el capítulo siguiente.

La mayoría de las legislaciones de salud, incluyendo la nuestra, permiten no iniciar o interrumpir un tratamiento, lo que se considera en la teoría como eutanasia

pasiva, con el fin de que la muerte se produzca de manera natural. En la Ley General de Salud, el objetivo de los Cuidados Paliativos en los enfermos terminales, es garantizar una muerte natural (art. 166 bis, fracción II), es decir, procurar que “el proceso de fallecimiento de un enfermo en situación terminal, cuente con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual”.

Esto es lo que la Ley entiende por muerte natural, “un proceso de fallecimiento” con asistencia “física, psicológica y espiritual”. Sin duda, esto no puede considerarse ni siquiera una definición de muerte. La ley pide que se garantice algo que ni siquiera explica, asumiendo que es por todos conocido el concepto de muerte natural.

Sin entrar en explicaciones metafísicas o religiosas⁵²¹, la muerte es un hecho natural en los seres humanos, por lo que la expresión *muerte natural* hace referencia a la muerte en el sentido biológico-evolutivo. Los seres vivos, nacen, crecen, se reproducen y –de manera natural- mueren. ¿Sucede a caso lo mismo con los seres humanos?, ¿se puede sostener que la muerte de un ser humano sólo tiene importancia para la biología?, ¿es el ser humano sólo una cadena de ácido desoxirribonucleico? Desde luego que no. “La vida humana abarca en realidad muchos más atributos que los del simple orden biológico”⁵²², pues el ser humano es además, un ser social y psicológico, un ser espiritual, histórico, biográfico. Al imponer una muerte natural se está ignorando todo lo que el hombre es en realidad.

Ahora bien, si se toma en cuenta el concepto de muerte natural de la Ley, solo aplicaría para aquellos pacientes que mueren dentro de los hospitales, que es donde rigen los mandatos de dicha ley, y no para aquellos que mueren sin contar con asistencia física, psicológica y espiritual, en sus casas, en las calles, etc. mismos que no mueren –según el concepto- naturalmente. La idea que recoge la

⁵²¹ Paracelso sostenía que “lo que muere por naturaleza ha cumplido su plazo como estaba dispuesto, y en esto se basa su voluntad y el orden de Dios; si ocurre por azares o por enfermedades, ya no puede volver a ser despertado. Por eso no hay protección alguna contra el destino y el fin predeterminado”. Paracelso, “Hombre y muerte”, en *Textos esenciales*, trad. de Carlos Fortea, España, Siruela, 2001, p. 243.

⁵²² Baudouin, Jean-Louis, y, Blondeau, Danielle, *op. cit.*, nota 514, p. 97

Ley es más bien la idea de una muerte en el hospital, y la principal crítica que se puede hacer es que “la muerte ha sido reducida a una simple extinción biológica irreversible. Separada de la vida, desprovista de sentido a causa de su objetivación, la muerte se convierte en un estado estrictamente biológico y la morbidez en un momento prolongable a ultranza”⁵²³.

El *proceso de fallecimiento natural* al que hace referencia la ley, no puede contemplar asistencia psicológica o espiritual, porque la muerte biológica prescinde de dicha asistencia; además, no se sabe con claridad si el legislador contraponen este tipo de muerte, o bien, a la muerte asistida, o, a la muerte artificial. En relación a la primera, el legislador considera la muerte natural preferible a la asistida, suponiendo que algo es *bueno* porque es *natural*. Siendo así, el legislador caería en la falacia naturalista al identificar la muerte natural con lo bueno. Pero nada nos garantiza que lo natural sea bueno; en tanto que la segunda, la muerte artificial, se considera como aquella en la que se llegaría a un ensañamiento terapéutico, a la distanasia.

Por tanto, atender la definición de muerte natural de la Ley no tiene sentido ni utilidad alguna, ya que hablar de muerte natural implica hablar sólo de muerte biológica, y los seres humanos no son únicamente seres biológicos, sino psico-sociales. Suponiendo que el legislador haya empleado este concepto para distinguir la muerte natural de la muerte con intervención médica, es decir, de la muerte voluntaria, para hacerla coherente con el derecho reconocido a abandonar o no iniciar un tratamiento. No obstante, esta pretensión no sólo no es coherente, sino que además vulnera el derecho fundamental a la libertad, a la intimidad y a la privacidad de todo ser humano, reconocidos en la Constitución Federal, al vedar la libertad para elegir una muerte asistida. Esta pretensión queda recogida en el artículo 166 Bis 21, de la Ley General de Salud, el cual consiste en prohibir, “la práctica de la eutanasia”, entendida como homicidio por piedad así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley”.

⁵²³ *Ibidem*, pp. 97-98.

En consecuencia, el concepto de muerte natural en la Ley se utiliza para prohibir la eutanasia activa voluntaria, imponiendo como único modo de morir a los pacientes: el cruel y lento proceso de fallecimiento que cuenta con asistencia física, psicológica y espiritual, lo que significa *dejar morir* dentro del sistema de salud público, en las condiciones que se expusieron en el capítulo dos, al hablar de la tecnología médica.

En este sentido, para la Ley y el Código Penal Federal, es lícito morir de muerte natural, e ilícito morir de muerte asistida, es decir, es *lícito* soportar el dolor y el sufrimiento –incluso los Cuidados Paliativos tienen límites-, y sacrificar la dignidad y la libertad humanas, esperando a que la muerte sea consecuencia de un proceso natural, e *ilícito* pedir ayuda al médico para que éste asista la muerte del paciente de acuerdo con sus convicciones y con base en la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia.

Esta imposición no es propia de un Estado liberal y democrático, sino más bien, de un Estado autoritario que considera planes de vida a sus ciudadanos por carecer estos de autonomía. Este es el rasgo principal del perfeccionismo, según el cual es “misión del Estado hacer que los individuos acepten y materialicen ideales válidos de virtud personal. [En razón de que] el Estado no puede permanecer neutral respecto de concepciones de lo bueno en la vida y debe adoptar las medidas educativas, punitivas, etc., que sean necesarias para que los individuos ajusten su vida a los verdaderos ideales de virtud y del bien”⁵²⁴.

Sin embargo, los presupuestos del Estado en México se fundan en la libertad y el reconocimiento de derechos fundamentales de los individuos. El Estado existe para respetar y hacer valer dichos derechos y no para imponer conductas ni ideales de excelencia humana. De acuerdo con el principio de libertad, la ley no puede prohibir más que aquellas acciones que dañen a terceros o a la sociedad, de modo que, si el individuo opta por la eutanasia activa voluntaria, por

⁵²⁴ Nino, Carlos Santiago, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. 2da. ed., Argentina, Editorial Astrea, 2005, p. 413.

considerarla un beneficio, el Estado no puede prohibir su decisión, por ser contraria a los modelos de virtud que pregona.

Finalmente, como señala el jurista Diego Valadés, no existe “argumento alguno que justifique que el Estado invada la esfera íntima de decisiones de una persona, imponiéndole la obligación de acatar un tratamiento sañoso o impidiéndole tomar una decisión que ponga fin a su dolor”⁵²⁵. De acuerdo con lo anterior, la función del Estado es velar por los derechos de los individuos, no obstaculizar aquellas decisiones tomadas libremente, por ser contrarias a la ideología de los legisladores o jueces.

4.5 Santidad y Calidad de vida

En el apartado anterior, se evidenció lo frágil del concepto de muerte natural, y se puso en evidencia el carácter psico-social de los seres humanos, el cual será de gran utilidad para el tema de la santidad y la calidad de vida.

Si bien, la concepción de que la vida es sagrada corresponde a una visión teísta, se ha formulado una visión secular, que equipara el término de lo *sagrado* con lo *inviolable*, de este modo la vida humana es inviolable pues tiene valor intrínseco, sin importar quién la viva, toda vida es valiosa en sí, por ello debemos procurarle respeto. A continuación, se presentan ambas visiones, de las cuales se deriva un segundo principio, el de la calidad de la vida.

4.5.1 Santidad de la vida

Tomás de Aquino formuló el principio de la *indisponibilidad de la vida*, según el cual, el hombre no es dueño de su vida, pues ésta le pertenece a Dios, por tanto no se puede disponer de ella⁵²⁶. Se cree que si Dios hizo a la humanidad a Su imagen y semejanza, entonces cada ser humano es una representación de Su creador divino. De acuerdo con lo anterior, quitarse la vida atenta contra Dios,

⁵²⁵ Valadés, Diego, “Eutanasia. Régimen jurídico de la Voluntad Individual”, en Valadés, Diego y Carpizo, Jorge, *Derechos humanos. Aborto y eutanasia*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2008, p. 148.

⁵²⁶ Cfr. Tomás de Aquino, *Summa Theologica*, parte II, 2, q. 6, a. 5, Biblioteca de Autores Cristianos, 1956, tomo III, p. 440. En Méndez Baiges, Víctor, op. cit. p. 72

pues es un bien que pertenece al dominio exclusivo de Él, sujeto a su divina potestad, además disponer de la vida es contrario a la caridad y a la justicia, ya que se atenta al amor propio que se tienen los seres humanos, y contra la comunidad.

A pesar de ser un defensor de la libertad, el filósofo inglés John Locke, sostenía una concepción teísta del carácter sagrado de la vida, ya que considera que “si bien los hombres tienen una absoluta libertad de disponer de su persona y posesiones como lo crean conveniente, ellos no tienen libertad de destruirse o consentir en ser muertos, ya que siendo los hombres obra de un *Hacedor omnipotente e infinitamente sabio*, ellos son la propiedad de Aquél de quien son obra y están hechos para durar tanto como lo disponga Su voluntad y no la de éste o aquel hombre”⁵²⁷.

De acuerdo con la visión teísta de la santidad de la vida, ésta “no solamente no debe ser acortada, sino también conservada en lo posible, porque se trata de un bien natural fundamentalmente otorgado por Dios”⁵²⁸. A pesar de esto, los que sostienen que la vida humana es sagrada por ser un bien dado por Dios, toman en cuenta los argumentos que versan sobre la calidad de la vida, elaborados por el papa Pío XII sobre la diferencia entre medios ordinarios y extraordinarios, quien de algún modo deja a un lado el principio de la santidad por atender a los beneficios y riesgos que proporciona un tratamiento, para él no son obligatorios los medios extraordinarios, por tanto es moralmente permitido rechazarlos o interrumpirlos.

Para la moral católica, “los casos claros de eutanasia son atropellos tan evidentes al dominio de Dios sobre la vida humana... [puesto que] nadie puede otorgar el derecho de matar a un hombre quien, aun siendo semibestia por su aspecto y su

⁵²⁷ Locke, John, *Ensayo sobre el gobierno civil*, trad. de Amado Lázaro Ros, México, Aguilar, 1983, p. 6.

⁵²⁸ BASSO, DOMINGO M., “La vida humana terminal artificialmente abreviada (el suicidio y la eutanasia)”, en *Nacer y morir con dignidad. Estudios de bioética contemporánea*, Argentina, Lexis Nexis, 2005, p. 335.

estado, es con todo un ser humano y cuya intimidad y recóndita profundidad nadie, excepto Dios, puede conocer y penetrar”⁵²⁹.

Detrás de la prohibición del suicidio y de la eutanasia, está el principio de la santidad de la vida, por el cual, los seres humanos carecen de control sobre su propia muerte, ya que sólo Dios quita la vida y hace vivir. En este sentido, se considera que el suicidio es un pecado mortal (porque anula la posibilidad de arrepentimiento), además “ayudar a alguien a cometerlo, también”. Del mismo modo lo será “matar a alguien por compasión para poner fin a sus sufrimientos, [por ser] un acto dirigido contra dios, contra el destino del ser humano, contra el ser humano mismo”⁵³⁰.

No está de más agregar que las normas católicas que prohíben y castigan el suicidio, sobrevivieron al cambio de paradigma del derecho eclesiástico al derecho moderno, adoptando un carácter “secular”, sustituyendo a Dios por el Estado, como dueño de la vida de los seres humanos.

4.5.2 Inviolabilidad de la vida.

Esta visión no considera que la vida es sagrada por que pertenece a Dios, sino que es sagrada por sí misma, por ser intrínsecamente valiosa. Se puede relacionar este principio con el contenido del principio de no maleficencia visto en el capítulo uno, pues se tiene la obligación de no causar daño a los demás no por temor al castigo de una entidad divina o celestial, sino porque se debe respeto a la vida humana.

El filósofo argentino *Carlos Santiago Nino*, se refiere a la santidad de la vida desde una visión secular, con el segundo principio que presenta en su teoría sobre los derechos humanos, el principio de inviolabilidad, según el cual los hombres tienen derecho a que no se les impongan, contra su voluntad, sacrificios y privaciones

⁵²⁹ *Ibidem*, pp. 352-354

⁵³⁰ Baudouin, Jean-Louis, y, Blondeau, Danielle, *op. cit.*, p. 78

que no redunden en su propio beneficio⁵³¹. De manera que, se deben respetar los fines que tengan los hombres.

El principio de inviolabilidad de la persona que presenta Nino, está contra el *utilitarismo*, pues según éste en ocasiones se deben imponer sacrificios o privaciones a ciertos individuos en beneficio de un número mayor de individuos, para producir un incremento neto de utilidad. El derecho tiene la función principal de evitar las violaciones al principio de inviolabilidad, limitando “la persecución de objetivos sociales colectivos, o sea de objetivos que persiguen el beneficio agregativo de diversos grupos de individuos que integran la sociedad”⁵³².

Además, este principio se relaciona con la segunda acepción del imperativo presentado por *Immanuel Kant*, la cual constriñe a actuar tratando a la humanidad como un fin y nunca como un medio. Para este autor, “el ser humano detenta una inviolabilidad en su propia persona; se trata de algo sagrado que nos ha sido confiado. Todo se halla sometido al hombre salvo él mismo, a quien no le es lícito eliminar”. El hombre “entiende que la vida le ha sido confiada como algo sagrado, y se estremece ante cualquier afrenta a que se le someta, cual si se tratara de un sacrilegio”⁵³³.

En este mismo orden de ideas, Immanuel Kant, al hablar de los deberes hacía uno mismo sostiene que el hombre, como sujeto de dicho deber, tiene una doble calidad: “como ser *sensible*, es decir, como hombre (como perteneciente a una de las especies animales)”, y también “como *ser racional*” que se da leyes de manera interna. Para Kant, el hombre al estar dotado de razón, tiene la voluntad de darse leyes, y al tener libertad, se considera un sujeto de obligaciones, “obligaciones hacia sí mismo (la humanidad en su persona)”⁵³⁴.

⁵³¹ Nino, Carlos Santiago, *op. cit.*, nota 505, p. 239.

⁵³² *Ibidem*, p. 261.

⁵³³ Kant, Immanuel, *Lecciones de ética*, trad. de Roberto Rodríguez Aramayo, Barcelona, Crítica, 1988, p. 190

⁵³⁴ Kant, Immanuel, *La metafísica de las costumbres*, trad. de Adela Cortina Orts y Jesús Conill Sancho, Madrid, Tecnos, 2002, p. 276.

Este autor distingue dos divisiones de los deberes: la objetiva y la subjetiva. En la objetiva, hay dos tipos de deberes, en relación a lo *formal* y lo *material*, los “deberes negativos” y los “deberes positivos hacia sí mismo”. Los primeros, considerados *restrictivos*, mientras los segundos *extensivos*. Estos últimos “*prohíben* al hombre, en lo que respecta al *fin* de su naturaleza, obrar contra él y persiguen, por tanto, sólo la *autoconservación* moral; éstos *ordenan* proponerse como fin un determinado objeto del arbitrio y persiguen la propia *perfección*; ambos son propios de la virtud: sea como deberes de omisión, sea como deberes de comisión”⁵³⁵.

De acuerdo con Kant, los deberes de omisión están relacionados con la “*salud* moral del hombre” con el fin de “*conservar* su naturaleza en su perfección”, y los de comisión, “se relacionan con la *riqueza* moral, que consiste en poseer una *capacidad* suficiente para todos los fines, en la medida en que ésta puede adquirirse y forma parte del *cultivo* de sí mismo”. De estos deberes, se deriva un primer principio de deber hacia sí mismo: *vive de acuerdo con la naturaleza*, es decir, *consérvate en la perfección de tu naturaleza*, y un segundo principio, que dice: *hazte más perfecto* de lo que te hizo la mera naturaleza⁵³⁶.

Esto último, aparece en las tesis de Dworkin sobre el valor intrínseco de la vida, ya que sostiene que “somos éticamente responsables de hacer algo valioso con nuestras vidas, y que esta responsabilidad deriva de la idea fundamental... de que cada vida humana por separado tiene un valor intrínseco e inviolable”⁵³⁷.

Continuando con Kant, en relación con la división subjetiva de deberes, se considera al sujeto (el hombre) o, como ser *animal* (carácter meramente físico), o, como ser moral (carácter que resalta la libertad interna y la dignidad innata del hombre). En relación a lo animal, el hombre tiene impulsos naturales, que son: “a) *el impulso por el que la naturaleza se propone la conservación de sí mismo*, b) *aquel por el que se propone la conservación de la especie*, c) *aquél por el que se*

⁵³⁵ *Ibidem*, p. 277.

⁵³⁶ *Ibidem*, p. 278.

⁵³⁷ Dworkin, Ronald. *op. cit.* p.40

propone la conservación de la capacidad para disfrutar agradablemente de la vida, pero sólo de un modo animal". Considerado el hombre como animal, los vicios que se oponen al deber del hombre hacia sí mismo, son: "el suicidio, el uso contranatural que alguien hace de la *inclinación sexual*, y el *disfrute inmoderado de los alimentos*, que debilita la capacidad de usar adecuadamente las propias fuerzas"⁵³⁸.

Finalmente, al considerar al hombre como ser moral, el deber que tiene hacia sí mismo, es un "deber *formal* de la concordancia de las máximas de su voluntad con la *dignidad* del hombre en su persona; por tanto, en la prohibición de despojarse del *privilegio* de un ser moral, que consiste en obrar según principios, es decir, despojarse de la libertad interna, convirtiéndose en juego de meras inclinaciones y, por tanto, en cosa". Los vicios que aquí se oponen son: "la *mentira*, la *avaricia* y la *falsa humildad*". La virtud que se opone a estos vicios es el *honor*"⁵³⁹.

La concepción kantiana del hombre como ser sensible y ser racional, es análoga a la distinción que suele utilizarse en la ética médica, mencionada en el apartado anterior, que es la de vida biológica y la vida biográfica. Con base en ésta, hay dos tipos de argumentos acerca de la santidad de la vida: "los que creen que la vida es valiosa como creación *natural* y los que opinan que la vida humana es importante principalmente como *autocreación personal y cultural*"⁵⁴⁰.

Es el filósofo James Rachels, quien distingue entre vida biológica y vida biográfica. Para él, "morir es una desgracia, no porque ponga fin a una existencia viva (en el sentido biológico), sino porque pone fin a la vida de alguien (en el sentido biográfico)"⁵⁴¹. Al referirse al carácter biográfico de la vida, enfatiza en la capacidad para tener intereses y perseguir fines, a la capacidad de planear de acuerdo con las preferencias subjetivas de los individuos.

⁵³⁸ Kant, Immanuel, *op. cit.*, nota 533, p. 278.

⁵³⁹ *Ibidem*, p. 279.

⁵⁴⁰ Marcos del Cano, Ana María, *La eutanasia, Estudio Filosófico-jurídico*, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia-Marcial Pons, 1999, p. 75.

⁵⁴¹ Rachels, James, *The end of life. Euthanasia and Morality*, Oxford, Oxford University Press, 1986, pp. 50 ss, en Marcos del Cano, Ana María, *op. cit.*, p. 85.

En relación a la vida en sentido biológico, se define lo *humano* en términos *naturalísticos*, así “la presencia de vida se determina conforme a criterios científicos (biológicos y fisiológicos)”. Esta idea comprende tanto la vida corporal y orgánica, como la vida racional (espiritual, anímica o intelectual)⁵⁴². La vida humana es inviolable por el sólo hecho de que pertenece a la especie *homo sapiens*. La segunda concepción, la que comprende la vida humana como vida racional, sostiene que “la vida humana no se identifica con el ser humano sin más, sino con aquél ser humano que manifieste determinados caracteres o capacidades de consciencia o comportamentales”⁵⁴³. La vida humana es intrínsecamente valiosa, pues el hombre es creación creadora, con intereses autónomos que se deben de proteger.

Esta última concepción corresponde a la de persona moral, cuyas características principales son la autonomía, la autorreflexión y la razón. No obstante, fiarse únicamente de la *vida consciente* para otorgar un valor intrínseco a la vida humana, genera enormes riesgos, ya que se discrimina a los individuos inconscientes, a los dementes o a los disminuidos mentalmente. Puesto que, el hecho de que se carezca de razón, “no implica automáticamente la negación de la categoría de vida *humana*”⁵⁴⁴.

El mismo Rachels consideraba que, “las personas sin vidas biográficas ya no son moralmente significativas respecto a la regla del “no matarás”. Y ello porque la regla es proteger a los individuos con vida biográfica (realmente, la única vida posible), con lo cual, si se carece de ella, sería correcto por ejemplo, experimentar con esa persona o matarla brutalmente”⁵⁴⁵. Esta distinción resulta demasiado peligrosa, pues permite que se realicen juicios acerca del valor que tiene la vida para las personas con tintes utilitarios, de modo que no sirve como fundamento para justificar la eutanasia.

⁵⁴² *Ibidem*, pp. 75-76.

⁵⁴³ *Ibidem*, p. 78.

⁵⁴⁴ *Ibidem*, p. 87.

⁵⁴⁵ *Ibidem*, p. 92.

Ana María Marcos del Cano, propone otra distinción para dar solución a la ambigüedad que presenta la anterior. De acuerdo con esta autora, hay que distinguir entre vida humana natural y vida humana artificial. La primera, merece protección y respeto por el mero hecho de pertenecer a la especie *homo sapiens*; en cuanto a la segunda, especifica que en determinadas y concretas situaciones, donde la vida humana sólo puede mantenerse utilizando medios artificiales, los cuales causan, de algún modo, daños a la integridad, intimidad y dignidad de la persona. Aunque se acepta que en este estadio la vida merece mayor respeto y cuidado, sí se podría disponer de ella⁵⁴⁶.

Esta distinción, aunque interesante, tampoco sirve para justificar de modo coherente la eutanasia, pues se entraría en contradicción con lo dicho en el apartado anterior de muerte natural. La vida natural, manifiesta un sentido biológico, en tanto que la artificial, representa un sentido, por decirlo de algún modo, ajeno a lo humano.

Una posible tesis sobre la vida humana es la que presenta el filósofo norteamericano Ronald Dworkin, a la cual se le dedica el siguiente apartado, pues sus argumentos relativos a la santidad de la vida, contemplan, en parte, algunos de los principios que se expusieron en el capítulo uno.

4.5.3 La santidad de la vida, el análisis propuesto por Ronald Dworkin.

En *El dominio de la vida*, Dworkin discute los dos límites de la vida: el aborto y la eutanasia. En relación con el tema de la Eutanasia, Ronald Dworkin identifica tres cuestiones principales: el respeto a la autonomía del paciente, los intereses del paciente y el valor intrínseco de la vida.

Para este autor, hay dos cuestiones que determinan que la vida humana en cualquier forma y en cualquier momento, es sagrada en sí misma, el carácter autónomo y el carácter derivado. Para el primero se considera que la vida es sagrada en sí, sin contar los derechos e intereses de quien la vive; mientras que

⁵⁴⁶ *Ibidem*, pp. 94-95.

para el segundo, la vida humana tiene derechos e intereses propios, por tanto es sagrada e inviolable.

Dworkin considera que las vidas deben ser valoradas de un modo estructural, no solamente tomando en cuenta las sumas totales de placer, disfrute o éxito, pues, al igual que se juzga una obra literaria, si el final es malo, echa a perder lo que sucedió antes⁵⁴⁷. El hecho de que la vida humana se considere sagrada es un hecho familiar para todos, esto se manifiesta en la creencia de que la muerte prematura es un hecho lamentable en sí. Aunque, como señala este autor, hay dos categorías que sirven para medir el valor de las cosas, una toma en cuenta el incremento de las cosas y la otra no. De este modo, en la primera se califica el valor de una cosa con relación al incremento de la misma, mientras más tenemos, es mejor. La segunda no se basa en un incremento, sino en que éstas son valiosas en sí, de manera innata. La vida humana, por ejemplo, es valiosa en este último sentido, pues vale por lo que es en sí, no en función de su incremento, ya que no se considera que entre más cantidad de vida, ésta sea mejor, sino que la vida en sí, corresponda a una persona deprimida o enferma, debe ser respetada como lo es la de una persona sana. La diferencia entre estos dos tipos de medición, es que lo sagrado es valioso porque existe, “sólo en tanto existe” y “es inviolable por lo que representa o encarna” y merece protección. Ya que su destrucción afecta a los seres humanos, pues se “deshonraría algo que debe ser honrado”⁵⁴⁸.

Para conocer el valor intrínseco de una cosa, Dworkin distingue tres tipos de valores. El primero es el valor instrumental, según el cual “algo es *instrumentalmente* importante si su valor depende de su utilidad, de su capacidad” para ser utilizado; el segundo es el valor subjetivo o personal, en razón de que “una cosa es *subjetivamente* valiosa sólo para aquellas personas que la desean”; y el valor intrínseco, de acuerdo con el cual “algo es intrínsecamente valioso...si

⁵⁴⁷ Dworkin, Ronald, *op. cit.*, p. 40.

⁵⁴⁸ *Ibidem*, p. 100.

su valor es *independiente* de lo que las personas quieren, disfrutan o necesitan, o de lo que es bueno para ellas”⁵⁴⁹.

Las distinciones de Rachels y Ana María Marcos del Cano, vistas en el apartado anterior, corresponderían tanto al valor instrumental como al valor personal, más no al valor intrínseco. Sin embargo, como señala Dworkin, la vida humana puede ser valorada por los tres tipos, sin poder prescindir nunca del tercero. Así, en situaciones de guerra o epidemia, se valora a los médicos, más que a otra persona, con un carácter instrumental, pues son útiles para ayudar a combatir la situación.

Las personas suelen valorar sus vidas en relación a lo que representan para ellas, pues es lo más importante que tienen; se valora la vida de manera intrínseca al considerar que “la vida de cualquier organismo humano, incluido el feto, tiene valor intrínseco con independencia de que pueda tener además un valor instrumental o personal”⁵⁵⁰.

Ronald Dworkin reconoce dos procesos, por medio de los cuales las cosas llegan a ser consideradas *sagradas* para una cultura en un tiempo y espacio determinado. Por asociación o designación, cuando la sociedad le concede ese carácter; y por ser el resultado de un proceso histórico, con el que se explica por qué algo llegó a ser lo que es. Lo histórico reviste un carácter genético que explica su origen.

A partir de esto, Dworkin utiliza una analogía que sirve tanto para la visión teísta como para la secular del carácter sagrado de la vida. Sostiene que Dios o la Naturaleza actúan como un arquitecto o artesano creadores de vida, de cosas que en esencia son inviolables. Si fue Dios o la naturaleza quien creó al hombre, su creación está precedida por millones de años y adquiere por ello su valor intrínseco. Además, el hombre es una creación creadora, no sólo crea cultura y arte, sino también vida. Aunque, debe aclararse, no todo lo creado por el hombre o

⁵⁴⁹ *Ibidem*, p. 97.

⁵⁵⁰ *Ibidem*, p. 99.

la naturaleza, se considera sagrado o inviolable, por ello hay grados que determinan lo sagrado.

Cuando se determina que lo que el hombre crea es sagrado, por ejemplo la vida a través del embarazo, se adquiere la obligación de respetarlo, pues “la vida de un solo organismo humano, sea cual sea su forma o figura, exige respeto y protección debido a la compleja inversión creativa que esa vida representa y debido a nuestro asombro ante los procesos divinos o evolutivos que producen nuestras vidas a partir de las anteriores, ante los procesos de un país”.⁵⁵¹

Es por esta razón que nos causa una sensación desagradable “la destrucción intencionada de una vida humana”⁵⁵² porque la muerte de un ser humano, aunque no afecte en lo individual, afecta de manera general, pues representa la violación a el principio de que la vida humana es sagrada.

Al ser la vida humana considerada por lo que es y no porque se incremente, Dworkin utiliza el término *frustración* “para medir el desperdicio de vida”, el cual estará en función de “la etapa de la vida en que ocurre, pues la frustración es mayor si tiene lugar después, y no antes, de que la persona haya realizado una inversión personal significativa de su propia vida”⁵⁵³. Para Dworkin, es esta frustración la que pone en peligro la inviolabilidad de la vida humana, misma que puede frustrarse, tanto por *muerte prematura* como por la existencia de *deficiencias físicas o psíquicas, pobreza, proyectos mal concebidos* etc.

Según Dworkin, una vida es satisfactoria cuando es el resultado de “dos formas morales significativas de inversión creativa: la inversión natural y la inversión humana”. La inversión natural de “la vida es de trascendental importancia, que el don de la vida es en sí mismo infinitamente más significativo que cualquier cosa que la persona en cuestión pueda hacer por sí misma, por importante que sea, también creerá usted que una muerte deliberada y prematura supone la mayor frustración de la vida, a pesar de lo limitada, exigua o fracasada que vaya a ser la

⁵⁵¹ *Ibidem*, p. 113.

⁵⁵² *Ídem*.

⁵⁵³ *Ibidem*, p. 118.

vida que se continúe”; la inversión creativa de la vida da mayor importancia a la contribución humana al valor de la vida, y si fuera frustrada, se tomaría como un mal mayor, que conllevaría a decidir que la vida se termine antes.

La vida es un bien sagrado, pero cuando se ve frustrada la inversión creativa de su titular, dicha vida puede perder su carácter sagrado. El hecho de “reconocer la santidad de la vida no significa intentar manipular el destino para que en total se vivan las mejores vidas; significa, más bien, no frustrar las inversiones depositadas en la vida”⁵⁵⁴, de manera que hay que preocuparse más por la vida que está en este momento, *vida de verdad* que por aquellas que van a venir o se pueden prolongar.

Dworkin estudia tres situaciones en las cuales se puede decidir la muerte de un individuo:

- a) *Consciencia y competencia*, los pacientes conscientes, que se juzga tienen competencia para decidir libremente sobre el final de su vida no representan algún problema siempre que su acción se base en la autonomía, los intereses del paciente y se conserve el respeto por el valor sagrado de la vida (esto último se explica más adelante, pues la autodeterminación de la muerte parece contraria a este principio). El problema surge con pacientes conscientes y competentes, que son incapaces para producirse la muerte, por lo que se *involucra la asistencia de otros individuos a su muerte*;
- b) *Inconsciencia*, los pacientes inconscientes, representan el problema de si se les debe mantener o no conectados a medios de soporte vital. Algunas legislaciones permiten testamentos vitales o voluntades anticipadas, cuya finalidad es evitar estos dilemas, aunque no siempre se respeta la voluntad del paciente; y
- c) *Conscientes pero incompetentes*, los pacientes conscientes pero incompetentes, son aquellos que no siempre fueron incompetentes, pero que ahora lo son. En estos casos, se toman en cuenta no sólo los intereses críticos del paciente, sino la autonomía precedente, a pesar de que el paciente mantenga experiencias gratas, se

⁵⁵⁴ *Ibidem*, p. 133

sigue su voluntad previa, si es que ésta fue realizada con los mismos requisitos que se piden para solicitar la eutanasia⁵⁵⁵.

A partir de lo anterior, identifica tres situaciones que deben de tenerse en cuenta cuando se trate el tema de la eutanasia:

- Autonomía

En el primer capítulo se analizó este tema y se dijo que la obligación consiste en respetar las decisiones autónomas de las personas, sin importar qué tipo de decisiones sean. Entre ellas puede encontrarse la solicitud de finalizar sus vidas cuando lo deseen. Si los pacientes nunca se manifestaron en relación a la terminación de su vida, y han caído en estado de inconsciencia, algún familiar que conociera sus intereses podría manifestarse en tal sentido, siempre que la decisión no sea irracional, y sea coherente con la personalidad del paciente.

La autonomía presenta, entre otros, el problema de que llega a escindirse en los casos de pacientes con demencia, pues existen dos autonomías: “la del paciente demente y la autonomía del que se ha convertido en demente”⁵⁵⁶, es decir, la voluntad de un paciente que en los estadios iniciales de la demencia dispuso determinados actos para cuando fuera incompetente, y el paciente que en los estadios avanzados y últimos de la enfermedad, se ha convertido en incompetente y cuya voluntad contradice la primera.

- Los mejores intereses del paciente

En el primer capítulo, también se vio el tema de los mejores intereses del paciente, cuando se toma una decisión en nombre del paciente, el sustituto debe procurar elegir aquellas situaciones que representen mayor beneficio para el paciente.

- Santidad de la vida.

El valor intrínseco de la vida entra en conflicto con el valor personal del individuo que la vive. En una sociedad donde se considere una obligación para el Estado

⁵⁵⁵ *Ibidem*, pp. 239-248

⁵⁵⁶ *Ibidem*, p. 251.

velar por la vida de los individuos, aunque esta decisión vaya en contra de sus intereses, se puede cometer el error de imponer sacrificios a los individuos en nombre del bien común, para que no se produzcan rupturas en la concepción de la santidad de la vida.

De manera contraria a esta idea, Dworkin sostiene que “la convicción de que la vida humana es sagrada puede suministrar una base para proveer un argumento crucial a favor, y no en contra de la eutanasia”⁵⁵⁷. Lo anterior se manifiesta con “el hecho de forzar a vivir a individuos que genuinamente quieren morir [se] les causa un serio daño”, violando de este modo el principio de no maleficencia, visto en el primer capítulo.

De este modo, el argumento de la pendiente resbaladiza pierde gran parte de su fuerza pues “la negativa [de] legalizar la eutanasia es en sí misma dañosa para muchas personas”.

Para Dworkin, el hecho de la muerte no es algo que pase desapercibido por los seres humanos, aunque la muerte representa el olvido, el “absoluto desvanecimiento de la luz”, esto no quiere decir que “las personas no se preocuparían tanto acerca de si sus vidas técnicas y biológicas continuarán después que se haya sumido en la inconsciencia y el vacío haya comenzado, después de que la luz se haya apagado para siempre”⁵⁵⁸. Para algunos el modo de morir no representa una prioridad dentro de sus intereses, pero para otros sí, pues este hecho determina gran parte de sus vidas.

Casi todo el mundo cree que una vida con sufrimiento es mucho peor que una vida sin sufrimiento. Las personas buscan, aunque a veces inconscientemente, vivir una buena vida. A fin de distinguir lo qué es una buena vida, Dworkin reconoce dos tipos de intereses, los intereses de experiencia y los intereses críticos. Los intereses de experiencia son aquellos con los que “gozamos con la experiencia de hacerlos...los placeres de este tipo son esenciales en una buena vida”. Los intereses críticos, son aquellos “cuya satisfacción hace que las vidas sean

⁵⁵⁷ *Ibidem*, p. 255.

⁵⁵⁸ *Ibidem*, pp. 259-269.

genuinamente mejores, [pues son] intereses cuyo no reconocimiento sería erróneo y las empeoraría”⁵⁵⁹. Estos intereses determinan “lo que es crucial para su sentido de la identidad, un deseo de hacer que vivir constituya un éxito, de hacer algo valioso con sus propias vidas”⁵⁶⁰.

Existen experiencias desagradables que casi todos desean evitar, como el dolor y el sufrimiento, y otras agradables que son deseadas por las personas según sus propios intereses, como la ausencia de dolor y el sufrimiento, en este sentido, “nada es más natural –dice Dworkin-, que el deseo animal de colocarse en la senda del placer y alejarse del dolor”⁵⁶¹. Los intereses de experiencia no son lo más importante de la vida, pues sin tener un dominio sobre el curso de ésta, aquellos intereses representan un hedonismo extremo, de ahí la importancia relevante de los intereses críticos, estos se conectan estrechamente con la idea de dignidad y el carácter de los individuos.

Los intereses críticos representan la idea de que la vida es buena en función de “nuestras circunstancias específicas de espacio, cultura y capacidades”, pues no basta “que encontremos una buena vida como que la encontremos buena”⁵⁶². En este sentido, los intereses críticos se ocupan además de *cómo morimos*. Existen por tanto, dos formas de pensar la muerte: la primera indica que “la muerte es el límite más lejano que alcanza nuestra vida y cualquier parte de nuestra vida, incluyendo la última es importante”, la segunda sostiene que “la muerte es una circunstancia especial, peculiarmente significativa en la narración de nuestras vidas”⁵⁶³. No obstante, la pregunta sobre el proceso de morir no impone un tipo de muerte (en este caso la muerte voluntaria), sino que contempla situaciones en las que los individuos realizan *sacrificios* porque desean continuar viviendo, desean mantener la lucha aunque dicha lucha no la disfruten por estar bajo sedación por los continuos dolores; “muchas personas quieren continuar viviendo tanto como sea posible”, procurando que siempre exista una razón para hacerlo, en tanto que

⁵⁵⁹ *Ibidem*, pp. 262-263.

⁵⁶⁰ *Ibidem*, p.312.

⁵⁶¹ *Ibidem*, p. 265

⁵⁶² *Ibidem*, p. 269.

⁵⁶³ *Ibidem*, p. 273

otras “frecuentemente, piensan, por un lado, que también tienen fuertes razones para no permanecer con vida”⁵⁶⁴. De este modo, se debe respetar tanto la voluntad por continuar viviendo como la decisión de dejar de vivir, ya que en el fondo existen razones críticas relacionadas con la dignidad (autorrespeto) y el valor intrínseco de la vida humana.

Al reflexionar acerca de las experiencias negativas que trae consigo la enfermedad se suele hablar de la calidad de vida, para la cual se han diseñado estándares para evaluarla, y así determinar qué clase de tratamientos podrían aplicarse y, en su caso, cuáles no deberían de aplicarse. Los estándares están relacionados con la capacidad física y psicológica de los enfermos. En algunos casos, cuando se considera que, “una vida sin capacidad de movimiento resulta inaceptable, no por razones explicables en términos de experiencias, sino porque es fuertemente inadecuada a la concepción de la propia identidad alrededor de la cual sus vidas habían sido construidas”⁵⁶⁵. Con esto Dworkin resuelve el problema de fijar estándares de vida, como los que se analizaron en el primer capítulo, en el apartado relativo al principio de beneficencia, de manera objetiva, que si bien su utilidad no está a discusión, suelen incorporar elementos discriminatorios, más no deben perderse de vista, pues los análisis que miden la calidad de vida, son una base para que el paciente pueda apegarse a ellos y tomar su decisión, sirven como exámenes de control, no como lineamientos a partir de los cuales la vida aumenta o disminuye de valor.

El sentido de la calidad de vida y de la calidad de muerte, está entonces determinado no por la experiencia nueva que se vive, sino por la estructura creada de manera crítica de aquello que le da sentido a la vida de los individuos, de acuerdo con su identidad y sus concepciones personales. De algún modo, las personas “querrían, si fuera posible, que sus muertes expresaran, y confirmaran así vívidamente, los valores que consideran los más importantes de sus vidas”⁵⁶⁶.

⁵⁶⁴ *Ibidem*, pp. 273-274.

⁵⁶⁵ *Ibidem*, p. 276.

⁵⁶⁶ *Ídem*.

La manera en que la persona va a morir, refleja sus valores e intereses, si el Estado impusiera una determinada forma de morir, contraria a los intereses de los individuos, les causaría un daño irreparable, una frustración al final de su vida. La creencia de que “la inversión en una vida humana se frustra siempre que alguien muere, cuando podría haberse mantenido técnicamente vivo por más tiempo”, que se basa en “el hecho de conservar a alguien con vida es bueno para él y cuando es bueno porque respeta un valor que él incorpora”⁵⁶⁷ es falsa.

La mayoría de las personas consideran “el hecho de vivir como si involucraran una responsabilidad sagrada, y su responsabilidad parece extremarse cuando consideran la propia muerte de los otros. Aquellos que desean una muerte temprana y pacífica para sí mismos o sus parientes no rechazan o denigran la santidad de la vida; *por el contrario*, creen que una muerte más rápida muestra mayor respeto por la vida que una muerte prolongada”⁵⁶⁸

Si bien es cierto que, se reconoce el valor de la vida humana como un bien que hay que respetar en todo momento esta consideración es *prima facie*, y obliga hasta el punto en que entra en conflicto con la libertad y responsabilidad de las personas que viven dicha vida. Cuando prolongar la vida por medio de maquinas o medios artificiales, no representa de manera *efectiva* el respeto por el valor intrínseco de la vida, porque no se puede “argumentar sensatamente que deba sacrificar sus propios intereses a favor del respeto por la inviolabilidad de la vida humana”⁵⁶⁹, este principio cede ante el de la calidad. Conforme a lo que se vio al inicio de este apartado, con el principio Santiago Nino, se tiene derecho a que no se impongan sacrificios, a fin de que se respete el principio de inviolabilidad de la persona.

Si el principio de la inviolabilidad de la persona, que se ha desarrollado en estas líneas fuere absoluto, entonces se terminarían imponiendo sacrificios a los individuos contrarios a sus intereses críticos y a su capacidad de autorrespeto. Por

⁵⁶⁷ *Ibidem*, p. 280.

⁵⁶⁸ *Ibidem*, p. 312.

⁵⁶⁹ *Ibidem*, p. 282.

tal motivo, cuando una persona piensa que “morir es la mejor manera de respetar” el principio de la santidad de la vida, éste ya no puede obligar al individuo a no disponer de su vida, entrando en escena el principio de la calidad, el cual afirma tanto el respeto por aquel que ha cedido el lugar, como por los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Los que sostienen que el Estado debe prohibir actos como la eutanasia o el suicidio asistido, basando sus argumentos en el principio de la santidad de la vida humana, captan una idea equívoca de este principio. Puesto que creen que la eutanasia activa o el suicidio “siempre constituye(n) una afrenta a ese valor y debería, por esa razón prohibirse. Pero la pregunta que provoca la eutanasia no es si la santidad de la vida debería ceder ante algún otro valor, como la humanidad o la compasión, sino cómo debería comprenderse y respetarse la santidad de la vida”. Cuando el Estado le impone a los individuos una forma de morir, porque dicha forma es aprobada por algunos y prohíbe otras por considerarlas incorrectas, tal prohibición “constituye [una] devastadora y odiosa forma de tiranía”⁵⁷⁰ que atenta gravemente contra la libertad de los individuos.

4.5.4 Calidad de la vida

La calidad de la vida es un principio que se deriva del principio de santidad de la vida. Aunque ambos principios se han considerado contrarios entre sí, la calidad de vida es parte de la santidad y no su antítesis. La calidad de vida trasciende el sentido meramente biológico de la vida, y por tanto se toman en cuenta los intereses de los individuos. De algún modo, la idea de la calidad está determinada por el grupo social que determina qué es lo *bueno* y lo *valioso*, al aprobarlo como lo deseable o lo que se persigue como bien común.

La vida no vale en razón de que se incremente sino por el sólo hecho de existir, de ahí que la *calidad* de la vida se prefiera a la *cantidad*. Se considera la calidad un valor relativo, porque está en función de los intereses y deseos de los individuos. Para algunos la vida humana requiere “una serie de condiciones mínimas para

⁵⁷⁰ *Ibidem*, p. 284.

que esa vida se considere como algo digno de protección normativa⁵⁷¹. La calidad se define “como un atributo o propiedad tanto de la vida biológica como de la vida personal”⁵⁷².

La autonomía del individuo se basa en la calidad de la vida del mismo, ya que para algunos “verse libre de dolores y de depresiones y perturbaciones psíquicas, contar con el funcionamiento normal de los órganos y miembros del cuerpo, no estar afectado por desfiguraciones, o sea, en suma, gozar de salud física y mental, constituye una condición que implica considerablemente la capacidad de elección y materialización de proyectos de vida”⁵⁷³. Cuando lo considerado como *bueno* por la sociedad coincide con lo que es bueno para el individuo la autonomía está garantizada. Pero cuando lo que es bueno para la sociedad no coincide con la noción del sujeto, el Estado no debe interferir ni obstaculizar las decisiones de los individuos por considerarlas erradas o contrarias a una moral previa, sólo así se respeta el principio de autonomía.

La calidad de vida se relaciona con la educación pues para elegir de manera autónoma, es necesario conocer *formas de vida e ideales de conducta*. También se relaciona con la posesión o el control de recursos materiales “lo que supone tanto el acceso a ese control como la preservación del mismo una vez obtenido..., la producción de esos recursos requiere..., trabajo, y el trabajo constituye...tanto un importante medio de autorrealización”⁵⁷⁴.

Se cree que la vida que está “desprovista de la posibilidad de comunicarse e interrelacionarse en el plano afectivo e intelectual, sin facultad de pensar, escoger o dirigir una mirada crítica sobre uno mismo y los demás, es una vida privada de calidad”. Cuando se practica la eutanasia en estos casos, “lo que se abrevia de este modo no es la “verdadera” vida, la vida social...sino simplemente la vida

⁵⁷¹ Marcos del Cano, Ana María, *op. cit.*, nota 539, p. 104.

⁵⁷² *Ibidem*, p. 106.

⁵⁷³ Nino, Carlos Santiago, *op. cit.*, p. 224.

⁵⁷⁴ *Ibidem*, p. 225.

biológica...de este modo, se justificaría una intervención directa y positiva para provocar la muerte”⁵⁷⁵.

Empero, la calidad de la vida no consiste en asignar un valor utilitario a las personas con base en lo que puedan aportar o realizar por la sociedad, ni tampoco en juzgar las vidas en función de sus capacidades y competencias a nivel individual o colectivo, porque estas ideas atentan directamente contra el principio de la santidad de la vida. En este sentido, es errónea la creencia de que si una vida carece de un mínimo de calidad está permitido disponer de ella, lo autorice o no el paciente. La razón fundamental de apelar al principio de la calidad de vida, es porque con ella se logra el respeto por la inviolabilidad de la vida. Parece contrario a este principio disponer de la vida, pero cuando se juzga con base en la calidad de vida que el individuo considera para sí en razón de sus valores e identidad, no se vulnera la santidad de la vida.

4.6 Tratamiento

En la definición de eutanasia que se ha elaborado, se considera como un tratamiento aplicable como *último recurso* o última vía a la cual recurre el paciente a causa de que las anteriores no han sido suficientes o bien, no proporcionaron los objetivos que el paciente esperaba de ellas. Concebir la eutanasia como un tratamiento, implica entender el significado de esta palabra, pues su utilización puede dar lugar a imprecisiones del lenguaje.

La palabra *tratamiento* deriva del verbo latino *tractāre* (tratar) y quiere decir *tocar, palpar, acariciar, manejar con las manos*. En medicina se considera al conjunto de medios terapéuticos o prescripciones higiénicas que se emplean para curar enfermedades o defectos ⁵⁷⁶. Un tratamiento medicinal, es aquel cuya característica principal es la administración de drogas, en oposición al que se hace por medios físicos, tales como ⁵⁷⁷dieta, ejercicio, electricidad, etc.

⁵⁷⁵ Baudouin, Jean-Louis, y, Blondeau, Danielle, *op. cit.*, p. 110

⁵⁷⁶ Anguiano Rueda, Cristino, Gali Mainini, Carlos *et al*, *Diccionario de ciencias médicas*, 9na. ed., Argentina, Ateneo, 1992, p. 1207.

⁵⁷⁷ *Ibidem*, p. 1208.

De acuerdo con el médico Arnoldo Kraus, “*palpare*, en latín, significa tratar al paciente. *Palpus* implica recorrer con la mano el cuerpo del enfermo. Con el tacto – y con el tiempo-, se detectan los sitios donde hay contracturas o tensiones, las áreas donde habita el dolor o los espacios donde el alma herida lacera piel, huesos, músculos..., Palpar es un acto diagnóstico pero también terapéutico: tocar es una cualidad humana. Palpar y tratar pueden ser sinónimos. Son la invención de una confianza que puede prevenir mejoría”⁵⁷⁸.

La Ley General de Salud en el artículo 192 bis VII, lo define como “el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de narcóticos, reducir los riesgos y daños que implican el uso y abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de esas sustancias, como de su familia”

Un tratamiento terapéutico “está relacionado con la aplicación de remedios a los pacientes con el fin de curar, aliviar cuando lo primero no parece posible, o, como mínimo, mitigar el sufrimiento”. El tratamiento busca “facilitar comodidad y mitigar el sufrimiento al final de la vida y seguir considerando que lo que se aplica es un tratamiento”. Esta acepción de tratamiento, se distingue de otras dos, el tratamiento estético y moral. El primero, “hace referencia al modo en que retratamos a unos individuos en la literatura, en las historias clínicas o en las noticias de los médicos de comunicación. En la medicina, igual que en la literatura, este tipo de tratamiento va desde la visión más completa –de todos los ámbitos, también moral- de los seres humanos a la más somera, incluso deshumanizada”, en cuanto al segundo, se refiere “al modo, bueno o malo, en que nos tratamos a nosotros mismos y a los demás, cómo nos relacionamos entre nosotros, cómo nos comportamos”⁵⁷⁹, aquí se puede hablar del mal trato que reciben los pacientes, los incapaces, los discapacitados, que en muchas ocasiones se vulnera su dignidad.

⁵⁷⁸ Kraus, Arnoldo, *Morir antes de morir. El tiempo del Alzheimer*, México, Taurus, 2007, pp. 66-67.

⁵⁷⁹ Bok, Sissela, “El auxilio médico al suicidio” en *Dworkin, Gerald, Frey, R.G y Bok, Sissela (coords.) La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, trad. de Carmen Francí Ventosa, España, Cambridge University Press, 2000, pp. 164-165.

Para Sissela Bok, quien identifica estas tres acepciones de la palabra *tratamiento*, el maltrato a los pacientes está presente en “el modo en que se les prolonga la agonía”⁵⁸⁰, o se les da muerte. Estas dos formas son ambiguas, debido a que para algunos pacientes vivir encadenados a la tecnología médica es un maltrato, para otros no, lo mismo puede decirse de los pacientes a los que se asiste en la muerte. Como señala esta autora, “el tratamiento médico nunca debería entrar en contradicción con el tratamiento moral. Ni siquiera cuando el tratamiento médico es especializado –y se aleja, en este sentido, de las formas más generales de tratamiento que un ser humano no puede esperar de otro- debería estar construido de modo tal que fuera *en contra* de los preceptos morales básicos que dictan cómo deben tratarse los seres humanos”⁵⁸¹.

Un tratamiento es un sistema o método que se emplea para curar enfermedades, para instituir medidas o administrar remedios para curar un padecimiento⁵⁸². Existen distintos tipos de tratamiento en función de lo que se realice, así hay tratamientos farmacológicos, terapéuticos, quirúrgicos, paliativos, etc.

El tratamiento comprende no sólo el acto de curar, sino también de aliviar, en este sentido se entiende que la eutanasia, tal como se ha venido considerando, como un recurso que a petición del paciente, consiste en la administración de una droga letal para aliviar el dolor y el sufrimiento causado por una enfermedad terminar o irreversible, cumple la función de un tratamiento. Arnoldo Kraus, refiriéndose a Haring, dice que la eutanasia activa es “la institución planificada de una terapia encaminada a procurar la muerte antes de lo que se esperaría en otro contexto”⁵⁸³.

El hecho de caracterizar la eutanasia como un tratamiento es acorde con las ideas que se han venido desarrollando a lo largo de este trabajo, puesto que la eutanasia implica un beneficio para quien la pide, es realizada dentro de la

⁵⁸⁰ *Ídem*.

⁵⁸¹ *Ibidem*, pp. 165-166.

⁵⁸² Flolch Pi, Alberto (et al), *DICCIONARIO MÉDICO-BIOLÓGICO*, México, Interamericana, S.A., 1996, p. 1153.

⁵⁸³ Kraus, Arnoldo, “Eutanasia. ¿Cómo mirarte?” en *Enfermar o sanar. El arte del dolor*, México, Plaza-Janés, 2003, p. 221.

relación médico-paciente, después de un extenso diálogo entre ambos, se propone para enfermos terminales cuyo padecimiento ha sido diagnosticado y se busca aliviar el dolor y el sufrimiento para evitar que sigan menguando la calidad y el respeto de la vida del paciente.

4.7 Objeción de conciencia

La Dra. Paulette Dieterlen Struck, la define como la “contradicción entre las obligaciones establecidas por el derecho y por la moral”⁵⁸⁴. La conciencia se considera como aquella voz interna que funge como juez moral en los actos de los hombres. De este modo, se dice que “un individuo actúa en conciencia si ha intentado con la debida diligencia determinar qué es lo correcto, si intenta hacerlo, si realiza el esfuerzo adecuado para ello y está motivado para hacer lo correcto por el hecho de serlo”⁵⁸⁵. Algunas características de la objeción de conciencia son las siguientes: “no persigue la modificación de una ley o de una determinación política, sino tan sólo el no cumplimiento de una obligación del objetor; es un acto individual, no un llamado para cambiar la opinión pública; la objeción de conciencia puede ser reconocida jurídicamente; es decir, no es posible reconocer a los individuos el derecho de no cumplir con una determinación jurídica”⁵⁸⁶. En términos generales, la objeción de conciencia se presenta en el terreno de la milicia, es decir, en las guerras y en la participación en el servicio militar. Aunque de manera particular, se encuentra en otros terrenos, como el jurídico y en la medicina. En relación al ámbito jurídico, ocurre que algunas leyes implican acciones que van en contra de los valores de los ciudadanos. Piénsese en una regulación que determine negar el acceso a los hospitales a los judíos o a los negros, si alguno de estos llega al hospital en urgencia, y si un médico decide admitirlo, estaría desobedeciendo esta ley, porque la misma atentaba contra sus valores y creencias. Aunque en principio, la obediencia a las leyes, sin importar si

⁵⁸⁴ Dieterlen Struck, Paulette, “La objeción de Conciencia”, Este artículo está publicado en el libro *Objeción de Conciencia*, Serie L: Cuadernos del Instituto; c) Derechos Humanos Núm. 3, 1ª Ed., UNAM, México, 1998. Pp. 187-205. También, se encuentra la versión electrónica en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/54/pr/pr24.pdf>.

⁵⁸⁵ Beauchamp, Tom L., Childress, James F., *op. cit.*, nota 509, p. 457.

⁵⁸⁶ Tomado de Atienza, M., “Un dilema moral”, *TRAS LA JUSTICIA*, p. 151, en Dieterlen Struck, Paulette, “La objeción de Conciencia”, *Ibidem*, p. 1

son justas o injustas parezca un deber absoluto, no lo es. Pues algunas veces las leyes provocan conflictos de deberes entre los ciudadanos⁵⁸⁷, como en el ejemplo mencionado. El médico tenía el deber de beneficencia respecto cualquier paciente que llegara, no importara que éste fuera negro, blanco, judío o cristiano ortodoxo, razón por la cual, la desobediencia a la ley estaba justificada, pues los ciudadanos tienen deberes políticos y sociales, pero también tienen deberes hacia consigo mismos.

En este ejemplo no parece problemático el hecho de desobedecer la ley, porque generalmente se está de acuerdo en que una ley que discrimina, como la mencionada es injusta, y por tanto tendría que ser desobedecida. Pero qué ocurre cuando a un hombre le confía a otro, quien ha prometido no revelar nada, que ha asesinado a su esposa, sin embargo, culparon a otro y éste recibirá la pena de muerte. El hombre al que le confiaron tiene la obligación de dar aviso a la policía, sin embargo cree firmemente en el valor de las promesas y en la confianza que le tuvo el asesino, por ello decide no romper dicha promesa. Con estos ejemplos, lo que se trata de decir es que algunas veces, las razones por las que alguien objeta en conciencia el cumplimiento de una ley o de una obligación pueden ser afines a las compartidas o contrarias.

En medicina, cuando se apela a la conciencia, se entiende que se ha realizado un juicio autorreflexivo sobre la moral de un acto, si es correcto o no, si está permitido o proscrito. Este juicio es individual, ya que la conciencia depende de cada uno, y no heterónimo o general. La actuación en conciencia es válida cuando un individuo se opone a llevar a cabo una acción u omisión, (por ejemplo un aborto o desconectar un ventilador artificial a un paciente inconsciente) si ésta va en contra de sus valores o creencias, y por tanto la considera inapropiada o inmoral.

La actuación en conciencia se justifica si las consecuencias contra terceros son menos riesgosas que la consecuencia de no actuar en conciencia. En este sentido, se está ante un *conflicto de conciencia* “cuando una persona afronta dos exigencias morales en conflicto, ninguna de las cuales puede ser atendida sin un

⁵⁸⁷ *Ibidem*, p. 5.

rechazo parcial de la otra”. Por ejemplo, cuando una mujer acude con el médico para que éste le realice un aborto, y se niega en razón de que sus valores no se lo permiten, entra en un conflicto de deberes: el deber de atender a la mujer y el deber de respetar la vida humana.

De este modo, la objeción de conciencia se da cuando el objetor se *resiste* a lo que pide un tercero. Con base en esta concepción, para el autor de estas líneas, es necesario que el médico cumpla con los siguientes requisitos para que pueda objetar en conciencia:

- a) Remitir al paciente con otro médico que sí acceda a la petición que hace el paciente;
- b) Informar al paciente sus razones por las cuáles él no podrá atender sus deseos;
- c) No obstaculizar los derechos del paciente poniendo trabas a su procedimiento; y
- d) Brindar al paciente los demás servicios de la asistencia sanitaria que no estén relacionados con su objeción.

Estos requisitos son indispensables, para mantener el respeto a la autonomía del paciente. En relación al tema de la eutanasia activa voluntaria, el médico que invoca la objeción de conciencia lo hace porque la conducta que le exige otra persona, en este caso el paciente, atenta contra sus creencias y principios morales. En estos casos, habría que analizar si objeción de conciencia implica un aumento o un detrimento en las decisiones autónomas del paciente. Por ejemplo, cuando un paciente pide a su médico la eutanasia, y éste considera que esta práctica es contraria a su sistema de valores, puede rechazar dicha petición bajo el amparo de la objeción de conciencia. Sin embargo, esto implicaría, siguiendo los requisitos mencionados, que el médico remita al paciente con otro médico que sí esté de acuerdo con la petición de asistir la muerte del paciente; que le comunique al paciente que seguir su petición sería ir en contra de su integridad,

de su sistema de valores; además no debe obstaculizar los deseos del paciente impidiendo que éste sea revisado por otro médico o atrasando el momento en que se verá con el otro médico, a fin de que llegue la muerte natural antes. Si el médico no se conduce de este modo estaría causando un perjuicio en la autonomía del paciente.

Capítulo 5

Argumentos a favor y en contra de la eutanasia activa voluntaria

*“Sólo vive quien dialoga con la muerte.
Sólo camina sobre su vida quien habla
de frente con su enfermedad.
Fuí persona muchos años,
ahora soy dolor y pena.
Basta.
Me despido.
Las flores se han ido.
Sólo vive quien dialoga con su muerte”.*

Arnoldo Kraus

En este último capítulo, se presentan los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, así como el debate llevado a cabo por Tom L. Beauchamp y James F. Childress sobre la legalización de la eutanasia; además, se presenta un apartado en el que se trata de responder a la pregunta de si la eutanasia activa voluntaria es o no un delito.

5.1 ¿Es la eutanasia activa voluntaria un delito?

A lo largo de este trabajo se ha sostenido una argumentación a favor de la eutanasia activa voluntaria, la cual ha sido justificada con base en tres elementos fundamentales: la teoría de los principios, los fines de la medicina y el principio de la calidad de la vida que deriva del de la santidad. Al explicar cada uno, no se hizo mención del hecho de que la eutanasia sea o no, un hecho ilícito, pues lo que se buscó era hablar de la eutanasia activa voluntaria como una opción moralmente correcta, lo que si se hizo fue considerar compatible la eutanasia con una concepción de derecho como beneficio, y que su regulación podría estar justificada en la Ley General de Salud.

La razón por la cual nunca se tocó el aspecto antijurídico de la eutanasia, es porque para el autor de estas líneas, la eutanasia no se considera un delito, si y sólo si se configura esta acción con los elementos y requisitos expuestos en el

capítulo anterior (*ver apartado 1.1 del Capítulo cuatro*). No obstante, el Código Penal Federal, y los restantes 31 Códigos Penales locales, sí consideran la eutanasia como un delito, atenuado, pero al fin delito. Con el objetivo de explicar este asunto y la postura que se ha manifestado, se revisarán los artículos pertinentes del Código Penal Federal que tratan sobre esta cuestión.

En el Título Decimonoveno del Código Penal Federal, referente a los delitos contra la vida y la integridad corporal, Capítulo dos, se aborda el tema del delito de *homicidio*, el cual es definido de manera muy simple en el artículo 302, como *privar de la vida a otro*. La sanción para quien cometa este delito es de seis a veinticuatro años de prisión, por lo que se considera un delito grave⁵⁸⁸. Ahora bien, este delito contempla situaciones que aumentan o disminuyen la pena según circunstancias concretas o especiales. Una de ellas es la contenida en el artículo 312, la cual establece que “el que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de *uno a cinco años de prisión*; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de *cuatro a doce años*”. Lo anterior no puede concebirse ni catalogarse como eutanasia, pues le hacen falta los elementos que componen esta definición, es decir, el concepto de homicidio consentido no contempla que sea un médico el que realiza la asistencia en la muerte, ni tampoco se manifiesta que el sujeto pasivo haya tenido alguna enfermedad terminal. No obstante, se analizará este concepto por ser el que la propia Ley General de Salud toma en cuenta para prohibir la eutanasia.

⁵⁸⁸ Se considera delito grave aquél cuyo término medio aritmético excede de cinco años. El término medio aritmético es el cociente que se obtiene de sumar la pena mínima y la máxima del delito de que se trate y se divide entre dos. En este caso sería: $6 + 24 = 30 / 2 = 15$, por eso se dice que es delito grave. En el caso de auxilio al suicidio la pena es atenuada, no se considera delito grave, pues el término medio aritmético no excede de los cinco años, con esto se logra obtener la libertad bajo caución, la sustitución de la pena y el procedimiento que se lleve a cabo sería sumario. No así en el caso del homicidio consentido, que con base en el mínimo y el máximo de la pena, el delito se considera grave.

Este artículo, como bien lo hace notar la excelente maestra Griselda Amuchategui, contempla dos tipos de delitos: la participación en el suicidio y el homicidio consentido⁵⁸⁹.

En cuanto al *homicidio consentido*, la autora lo define como “aquel en el que el sujeto pasivo ha otorgado su consentimiento para ser privado de la vida”⁵⁹⁰. El consentimiento es la característica principal que evita que una conducta se configure en delito, en este sentido, el artículo 15 del Código Penal Federal, fracción tercera establece la *exclusión del delito*, cuando se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, cumpliendo los siguientes requisitos:

- a) *Que el bien jurídico sea disponible;*
- b) *Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo; y*
- c) *Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo*⁵⁹¹.

Por esta razón, en determinadas circunstancias el consentimiento del ofendido sirve como “causa de exclusión de la tipicidad del hecho”, “causa de justificación” o como “causa de atenuación de la pena”⁵⁹². Cuando el titular del bien jurídico protegido por la norma da su consentimiento para que se disponga del mismo, se considera que hay atipicidad y por lo tanto no hay delito que perseguir, por ejemplo, si un hombre denuncia el robo del automóvil de su hija, y ésta se lo había prestado a un amigo, pero el padre no sabía, por haber el hecho de que ella dio su consentimiento, el delito de robo no se configura; se considera causa de justificación, cuando el titular del bien jurídico consiente renunciar a la protección

⁵⁸⁹ Amuchategui Requena, Griselda, *Derecho penal*, 4ta. ed., México, Oxford University Press, 2012, pp. 158-193.

⁵⁹⁰ *Ibidem*, p. 158.

⁵⁹¹ Artículo 15, Código Penal Federal.

⁵⁹² Zamora Etcharren, Rodrigo, “El consentimiento del ofendido”, en Cano Valle, Fernando, Díaz Aranda, Enrique y Maldonado de Lizalde, Eugenia (coords.), *Eutanasia. aspectos jurídico, filosóficos, médicos y religiosos*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2005, p. 18

de dicho bien, sin embargo, no puede renunciarse a todos los bienes, por ello, “su alcance se limita a aquellos casos en que el ordenamiento jurídico le conceda a la persona protegida la posibilidad de emplear su derecho de autodeterminación”⁵⁹³. Por ejemplo, una señora no puede denunciar de delito de allanamiento de morada a su vecino al que le ha consentido entrar a su casa a la hora que sea y en el momento que él quiera. Finalmente, cuando se trata de bienes de los cuales su titular no puede disponer, “lo que más podrá hacer el consentimiento del ofendido será: a) tipificar la conducta en un tipo especial que tenga fijada una pena menor a la del tipo genérico, o b) influir en el juzgador para que, en caso de condenar al ofensor, le imponga, dentro del rango que el tipo permita, una pena media o mínima”.⁵⁹⁴ Por ejemplo, si un paciente le pide a su médico que le administre una dosis letal de morfina, y éste consiente y el paciente, a causa de la inyección muere, se le aplicará al médico una pena mínima correspondiente al delito de homicidio.

Esta última postura es la que sigue el Código Penal, ya que para el homicidio simple impone una pena de seis a veinticuatro años de prisión, en tanto que para el homicidio consentido la pena es de cuatro a doce años. La atenuación de la pena está en función de que el legislador distingue entre una conducta grave que debe ser evitable y una conducta consentida que debe ser, por decirlo de algún modo, controlada o tolerada.

La mayoría de las personas aprecia su vida, por lo que matarlas les producía un mal irreparable, razón por la cual se tiene que evitar y sancionar este tipo de conductas. Pero cuando una persona, se ve atrapada por los dolores y sufrimientos que le causa una enfermedad terminal, ésta puede consentir con su médico que acabe con su vida, y si éste acepta, no se estaría causando un mal a la persona, pues la vida se le ha vuelto tan tortuosa que la muerte se ha vuelto un bien para ella. La atenuación de la pena “obedece a la consideración de que existe un menor juicio de reproche hacia el [sujeto] activo, con lo cual se denota menor

⁵⁹³ *Ibidem*, p. 18. Este autor toma la idea de Wessels, Johannes, *Derecho penal, Parte general*, trad. De la 6ª. ed. alemana, Buenos Aires, Depalma, 1980, p. 101.

⁵⁹⁴ *Ibidem*, p. 19.

peligrosidad que la de quien mata para robar, después de haber violado a la víctima o por el sádico placer de matar”⁵⁹⁵. En el caso descrito en este párrafo, cuando es un médico el que asiste un homicidio consentido, no debería hablarse de atenuación de la pena, sino de un eximente, por las razones aducidas aquí.

Habría que agregar también que, respecto del homicidio consentido, en el caso de que un paciente terminal solicite al médico que termine con su vida, la sanción que impone el Código no cumple los fines de las penas, tales como “prevenir a la sociedad de que vuelva a darse el mismo delito o que el Estado considera necesario resocializar al individuo responsable”⁵⁹⁶. Puesto que es una práctica que no afecta a la sociedad, sino al individuo en particular.

Considerar aún una sanción, aunque sea menor, para el homicidio consentido, se debe a razones históricas, porque el artículo en comento del Código Penal Federal data de 1931, como señala la doctora Asunción Álvarez, “cuando el tema de la eutanasia no tenía la importancia que ha adquirido con los cambios que la tecnología ha introducido en la atención médica”⁵⁹⁷, ni las personas eran tan conscientes de que podrían determinar su propia muerte, pues no había un temor a morir en el ámbito hospitalario, encadenado a dicha tecnología, muriendo varias veces en los hospitales sin poder morir.

El caso contrario es el del Código Penal del Distrito Federal, que a pesar de contemplar el homicidio consentido de manera similar como lo hace el Código Federal, contiene una disposición relativa a la eutanasia activa voluntaria en el artículo 127, el cual establece que “al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”, y agrega en su segundo párrafo, “los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de

⁵⁹⁵ Amuchategui Requena, Griselda, *op. cit.*, nota 588, p. 159.

⁵⁹⁶ Álvarez del Río, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 146.

⁵⁹⁷ *Ibidem*, p. 185.

salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal⁵⁹⁸.

El peligroso defecto que contempla este artículo, a mi juicio, es que deja abierta la posibilidad de que cualquier persona puede ser sujeto activo, pues dicho artículo dispone “al que prive de la vida a otro...” este “otro” es un enfermo terminal, mientras que quien lo priva de la vida puede ser cualquier sujeto. Resulta peligroso considerar que cualquiera puede privar de la vida a un paciente terminal, ya que sujeto activo puede ser un familiar cuyo interés en que muera el paciente no sea legítimo, es decir, sea económico, social etc. y no sea el interés del paciente ni se respete su autonomía. Existe por tanto, una laguna legal en lo referente a la eutanasia, pues ningún Código, incluido el Federal, hace mención *del elemento subjetivo* del sujeto activo. En este análisis se ha llegado a elaborar una defensa a favor de que sea el médico, y no otra persona, quien actúe como sujeto activo, porque, se supone, existe una presunción de que en él no media interés distinto, que el mejor interés del paciente. En ningún caso se propone una eutanasia con fines utilitarios o eliminadores, sino como un tratamiento, un último recurso con el que cuenta el paciente, por tanto, resulta lógico que sea el médico, quien ha tenido una amplia relación con el paciente, el que lleve a cabo este acto.

Para finalizar el tema del homicidio consentido, el artículo 127 del Código Penal del Distrito Federal, como bien hace notar la maestra Griselda Amuchategui, establece los siguientes elementos: 1. Por petición: a) *expresa*; b) *libre*; c) *reiterada*; d) *seria*; y e) *inequívoca*, por parte del sujeto pasivo; 2. Que medien razones humanitarias (el Código no dice qué se entiende por razones

⁵⁹⁸ Estos artículos fueron adicionados el siete de enero de 2008, por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Y entre esta disposición y la que contiene la Ley de Voluntades Anticipadas para el Distrito Federal, en el artículo 2, encuentro una contradicción normativa. Mientras el Código Penal para el Distrito Federal habla de eutanasia activa voluntaria (que no la considera equiparable con el homicidio consentido, por los elementos que establece) la Ley de Voluntades prohíbe este tipo de eutanasia al hacer una distinción entre ésta y la ortotanasia. En caso de conflicto de leyes, considero que tendría mayor valor lo dispuesto por el Código, por ser una norma secundaria, que lo dispuesto por la Ley de Voluntades Anticipadas, por ser ley especial.

humanitarias); 3. Que la víctima padeciere una enfermedad: incurable y en fase terminal⁵⁹⁹.

En lo que respecta a la *participación en el suicidio*, hay dos formas para cometerla, mediante inducción y mediante auxilio. La inducción consiste en “persuadir a alguien para que se prive de la vida”, “instigar” o “ejercer poder sobre la voluntad de alguien” a fin de “convencerlo para que se suicide”⁶⁰⁰. Para los efectos de este apartado, no se considerará la inducción, por ser ésta contraria a la autonomía, ya que se refiere a la manipulación de la voluntad, por ello, se tomará en cuenta sólo el auxilio al suicidio por un médico.

El auxilio al suicidio se refiere a “ayudar al suicida a prolongar su propósito de privarse de la vida”⁶⁰¹, a que lleve a cabo su intención de suicidarse. Puede ocurrir que una persona siendo competente y físicamente capaz para suicidarse pida ayuda a otro, por temor a fallar, como en el caso de Diane Trumbull quien solicitó ayuda al Dr. Timothy Quill, pues asumía que éste conocía las dosis exactas para que ella llevara a cabo su cometido, o bien, el caso de Ramón Sampedro, a quien le suministraron el veneno para poder suicidarse, ya que él era competente pero físicamente incapaz para hacerlo.

En este sentido, el auxilio al suicidio que contempla el Código Penal Federal, implica una ayuda material, es decir, dar los *instrumentos* para que el sujeto pasivo se pueda suicidar, y no formal, es decir, que quien da los instrumentos o demás cosas no termine realizando el acto, en este caso dejaría de ser suicidio para convertirse en homicidio consentido.

La sanción que impone el Código es de uno a cinco años de prisión. Podría pensarse que es una sanción mínima que corresponde a un delito no grave, y que puede alcanzarse fianza, e incluso libertad condicional durante el proceso. Sin embargo, esta sanción, aunque mínima, no tiene justificación en una sociedad

⁵⁹⁹ La sanción que establece este artículo es de dos a cinco años de prisión, muy distinta del homicidio consentido, por decirlo de algún modo, “simple” que es de cuatro a diez años de prisión, del artículo 142 del Código Penal para el Distrito Federal.

⁶⁰⁰ Amuchategui Requena, Griselda, *op. cit.*, p. 189

⁶⁰¹ *Ibídem*, p. 190.

liberal que no castiga el suicidio. Estaría justificada, toda vez que el suicidio fuera considerado delito, pero no lo es, por tanto, es incoherente que se castigue el auxilio al suicidio, cuando éste no forma parte de los delitos establecidos en el Código. Por ejemplo, resultaría ilógico castigar a los predicadores como infractores, ya que se reconoce la libertad de creencias y ellos están instigando a la población a creer en tal o cual dios.

La razón de que se considere el suicidio asistido como un delito, se debe, del mismo modo que la sanción del homicidio consentido, a razones históricas. Cuando el legislador determinó el auxilio al suicidio como un delito, no se enfrentó ante los argumentos que justifican la disponibilidad de la vida, no existía tampoco un amplio debate sobre las decisiones al final de la vida. Al contrario, al igual que muchos ordenamientos de distintos países, se pronunció a favor de la defensa de la vida, considerada como un bien jurídico cuyos titulares no pueden disponer de ella, de que el Estado tiene la obligación de velar por la santidad de la vida, sin importar los intereses de los individuos. El legislador eligió la coerción en vez de la responsabilidad, el paternalismo en lugar de la autonomía y la no maleficencia, la prohibición ante la libertad individual. Olvidó que “la libertad es el requerimiento cardinal y absoluto del autorrespeto”⁶⁰².

La prohibición al suicidio tiene sentido no cuando se trata de la libertad y el respeto por el valor de la vida humana con base en la identidad de las personas, sino cuando se trata de evitar abusos por parte de los que inducen al suicidio con fines religiosos u otros, pues como dice la maestra Amuchategui es “más peligroso quien induce que quien auxilia”. Para esta autora, “quien auxilia a un enfermo terminal” tiene un grado mínimo de peligrosidad o quizá ninguna, pues está motivado por la piedad o la compasión⁶⁰³, que quien actúa trastornado por el fanatismo.

⁶⁰² Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998, p. 313

⁶⁰³ Amuchategui Requena, Griselda, *op. cit.*, p. 191.

En conclusión, se considera que la respuesta a la pregunta que da título a este apartado es negativa. La eutanasia activa voluntaria, en los términos que se ha venido tratado a lo largo de este trabajo, y con los requisitos fijados que habrá que vigilar su cumplimiento estrictamente para evitar equívocos y abusos, no es un delito.

No se considera justificada la sanción que tiene el Código Penal Federal para los casos de homicidio consentido y auxilio al suicidio por las razones expuestas para ambos casos. De acuerdo con Manuel Atienza, el derecho penal “debe abstenerse de regular –de prohibir- conductas que sólo tienen que ver con las opiniones morales de los individuos; dicho de otra forma, que el derecho debe permanecer neutral frente al pluralismo moral”⁶⁰⁴.

La justificación de las penas, sostiene Santiago Nino, consiste en que “a) *debe implicar un mal menor que el que intenta prevenir*; b) *debe ser eficaz para prevenir ese mal*; c) *debe ser necesaria para evitar el mal*”⁶⁰⁵; cuando se prohíbe a los individuos determinar su propia muerte, se les causa un daño irreversible, pues la vida ha dejado de ser considerada un bien, toda vez que el dolor y el sufrimiento, han mermado su disfrute y calidad.

La vida humana es un bien inviolable y sagrado en sentido secular, y pertenece al dominio de los individuos que la viven, no al Estado ni a otra entidad sobrehumana. La justificación del Estado “es la función de hacer efectivos los derechos individuales básicos lo que provee la justificación moral primaria de la existencia de un orden jurídico”⁶⁰⁶. Como sostenía John Stuart Mill, “el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros, es la propia protección. Que la única finalidad por el cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su

⁶⁰⁴ Atienza, Manuel, “Juridificar la bioética. Una propuesta metodológica” en *Bioética, derecho y argumentación*, Colombia, Temis, 2004, p. 52.

⁶⁰⁵ Nino, Carlos Santiago, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. 2da. ed., Argentina, Editorial Astrea, 2005, p. 452

⁶⁰⁶ *Ibidem*, p. 368.

voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente”⁶⁰⁷.

La característica principal del Estado liberal es ser moralmente neutro, esto es, el Estado no debe imponer valores ni formas de vida a los individuos, éstos son capaces de elegir planes de vida propios. Un Estado que actúa de manera perfeccionista o paternalista es un Estado que tarde o temprano se devendrá en tiránico, contaminando la idea de democracia.

Con lo anterior no se quiere decir que la vida humana es un bien disponible en todo momento, al contrario, al aceptar el principio secular de la santidad de la vida se manifiesta la aceptación de la inviolabilidad de la misma, y de su posible disponibilidad cuando el respeto por la vida sea acorde con los intereses críticos de los individuos.

5.2 Argumentos en contra y a favor de la Regulación de la Eutanasia

A lo largo de esta investigación, se han identificado cinco argumentos principales en contra de la regulación de la eutanasia, los cuales se presentarán en este apartado. Al presentar cada argumento se presentará una posible respuesta a dicho argumento, que constituirá el argumento a favor de la regulación de la eutanasia activa voluntaria.

Los argumentos en contra que se explicarán a continuación son los siguientes:

- De la naturaleza de la medicina;
- De la santidad de la vida;
- De la eutanasia pasiva y activa;
- De la pendiente resbaladiza; y
- De los cuidados paliativos.

⁶⁰⁷ MILL, John Stuart, *Ensayo sobre la libertad*, trad. de Pablo de Azcarate, Madrid, Alianza, 2007, p. 68.

5.2.1 De la naturaleza de la medicina

Los que sostienen argumentos basados en la naturaleza de la medicina, suelen ser de alguno de estos tipos “los médicos no deben matar”, “si se permite la eutanasia se derrumbaría la confianza en los médicos”, “permitir la eutanasia activa es incitar a los médicos a matar a sus pacientes”. A primera vista, estos argumentos parecen ser ciertos, pareciera que una sociedad en la que se permite la eutanasia, será una sociedad en la que los médicos son homicidas con bata blanca y los hospitales se transformaran en sitios de muerte obligatoria; sin embargo, esto no parece del todo cierto, no se sabe con seguridad que será así, a menos de que se disponga de datos reales que pongan en evidencia su veracidad.

Se atenderá primero al que corresponde a la categoría de los fines de la medicina, posteriormente se analizarán los otros dos, la erosión de la confianza a los médicos, y la propaganda de muerte que según trae consigo la regulación de la eutanasia.

Como se vio en el capítulo segundo, Leon R. Kass sostiene que el único fin de la medicina, es *la salud*. Por esta razón, Kass considera que los médicos no deben matar por ser esta conducta contraria a *la naturaleza de la profesión médica*. El médico, sentencia Kass, debe servir al “gran bien universal de la salud”⁶⁰⁸. El argumento de Kass descansa en imperativos hipocráticos, cuyo valor histórico es innegable, pero actualmente dicho argumento pierde su fuerza, por razones que se explicarán a continuación. El mandato hipocrático establece “no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso (...) a lo largo de mi vida ejerceré mi arte pura y sanamente”⁶⁰⁹. Esta es, para el bioeticista norteamericano, “la primera promesa negativa de autocontrol” hacia los médicos y el “primer tabú de la medicina”, puesto que “el médico reconoce y refrena un poder divino que ejerce sobre los pacientes, consciente de que sus drogas pueden a la

⁶⁰⁸ Kass, Leon R., “No daré ninguna droga letal. Por qué los médicos no deben matar”. Artículo presentado en la ponencia sobre Ética y Filosofía del Colegio Americano de Médicos, que se llevó a cabo el 23 de octubre de 1991 en Chicago, Illinois, en Thomasma, David, y, Kushner, Thomasine (eds.), *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, trad. de Rafael Herrera Bonet, España, Cambridge University Press, 1999, p. 256

⁶⁰⁹ *Ibidem*, 263.

vez curar y matar”⁶¹⁰. Si esto fuera así, se tendría que rechazar la prescripción de la morfina y otros analgésicos para aliviar el dolor, también si se siguieran al pie de la letra los mandatos hipocráticos se tendrían que rechazar la cirugía, el aborto, la remuneración por la enseñanza del arte de la medicina, que eran conductas que los hipocráticos prohibían. No obstante, dichas prohibiciones han sido aceptadas “en nombre del progreso de la medicina y los cambios sociales”. Como explica Christine K. Cassel, no “sólo porque una afirmación pertenezca al Juramento hipocrático...es automáticamente una norma que siempre haya de seguirse, sino que habrá que buscar la base en la que se sustenta dicha norma”⁶¹¹. Asimismo considera que “el juramento hipocrático...no siempre es el reflejo de los valores reales y vividos de la sociedad contemporánea, de las relaciones individuales o incluso de nuestro deber de curar y consolar”⁶¹².

Si se admitiera la norma que proscribiera a los médicos dar una droga letal a sus pacientes, lo que ocurriría no sería que la medicina se mantendría como una profesión sólida y de valores intrínsecamente buenos, al contrario, prohibir por razones históricas de la profesión, suministrar una droga letal a los pacientes cuando estos la soliciten sería admitir la prolongación del dolor y el sufrimiento *ad infinitum et plus ultra* de los pacientes, generándoles daños irreparables al final de la vida. Esta acción estaría en contra de otro imperativo hipocrático según el cual, el médico no debe dañar a su paciente.

¿Cómo se resuelve este conflicto de principios de la tradición médica? ¿Quién elige cuál tiene mayor peso: el no administrar una droga letal o el no hacer daño (causado, dicho sea de paso, por la no administración cuando el paciente lo solicita)? Es evidente que este conflicto no tiene una respuesta clara, pues para algunos fiarse de mandatos tradicionales es lo que mantiene unida a la profesión médica, mientras que para otros, lo anterior no puede ser posible porque la sociedad, los pacientes, las enfermedades y demás circunstancias han variado.

⁶¹⁰ *Ídem*.

⁶¹¹ Cassel, Christine K., “El suicidio asistido por el médico, ¿Progreso o Peligro?” en Thomasma, David y, Kushner, Thomasine (eds.), *op. cit.*, nota 607, p. 245.

⁶¹² *Ibidem*, p. 246.

La opinión que se sostiene aquí pertenece a la segunda de estas posturas. Las sentencias, los imperativos y postulados hipocráticos tienen un valor histórico, cultural y educativo, más no absoluto para la profesión médica en todo momento, pues no son principios atemporales de aplicación universal.

En el capítulo segundo, se aceptó la propuesta de los fines u objetivos de la medicina de Ruy Pérez Tamayo⁶¹³, este autor identifica tres fines, con los cuales el médico actúa dentro de los márgenes de la ética médica laica. El primer fin corresponde a la preservación de la salud, el segundo fin es “curar, o aliviar cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente”, y el tercero es “evitar las muertes prematuras e innecesarias”. El segundo fin es imprescindible para la medicina, de lo contrario, se estaría abandonando a los pacientes incurables, pues “ya no habría nada más que hacer para ellos”. El tercer objetivo, es donde radica la respuesta al argumento en contra que se está analizando. Según Pérez Tamayo, “un deber del médico es evitar las muertes prematuras e innecesarias. Pero...no se dice nada de las muertes oportunas o inevitables, y menos de las deseables y benéficas”⁶¹⁴. Este autor sostiene que “el médico no está “siempre” comprometido éticamente a conservar la vida, cualquiera que ésta sea, sino sólo aquella que el paciente considere tolerable por sus sufrimientos y digna para su persona (recuérdese que: “la obligación ética del médico es evitar las muertes prematuras e innecesarias, pero no las deseables y benéficas)”⁶¹⁵. De acuerdo con esto el médico tiene el deber de evitar las muertes de aquellos que no quieran o no hayan expresado su deseo de morir, pero para los que la muerte es un beneficio, para quienes el dolor y el sufrimiento han

⁶¹³ Esta propuesta es semejante a la del Hastings Center, apartado 1.3, inciso c). Los fines 3 y 4 corresponden a los 2 y 3 de la propuesta de Pérez Tamayo, y son los que se desarrollan en este apartado.

⁶¹⁴ Pérez Tamayo, Ruy, “El médico ante la muerte” en *Eutanasia: hacia una muerte digna*, México, Colegio de Bioética-Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2009, p. 24. Las muertes oportunas y benéficas no van en contra de este principio, en este sentido “en pacientes con enfermedades terminales..., que han caído en coma varias veces y en los que tanto la medicina terapéutica como la paliativa ya no tiene nada más que ofrecer, en los que nuevos esfuerzos de terapia intensiva no van a prolongarles la vida sino sólo la inconsciencia, además de mantener la espera angustiada de la familia, y no pocas veces a sumar a esta tragedia la de la ruina económica, la muerte se transforma en deseable y benéfica para todos y, en especial, para el enfermo”.

⁶¹⁵ *Ibidem*, p. 25.

mermado su vida y deciden, por respeto a lo que fueron durante toda su existencia, terminarla, la muerte asistida por el médico debería estar permitida, pues como sostenía Philippa Foot, “la eutanasia se hace por el bien del sujeto”.⁶¹⁶

El otro argumento que acompaña al anterior, es el relativo a la *desconfianza* que generarían los médicos a la sociedad, sabiendo que estos pueden legalmente matar a sus pacientes. En un artículo que apareció en el *Journal of the American Medical Association* en 1988, titulado “It’s Over Debbie” se narra, en primera persona, un episodio donde un médico suministra, para aliviar el sufrimiento de una paciente de 20 años con cáncer de ovario, una dosis alta de morfina⁶¹⁷, a causa de la cual muere. Este caso, hipotético tal vez, llamó la atención de muchos médicos y del público en general. Debe aclararse desde este momento que, esta narración no corresponde a una conducta de eutanasia, sino a un asesinato, pues el médico no conocía a la paciente, sólo llegó, cansado, tropezándose, de noche, en un hospital en el que ni siquiera trabajaba, y decidió al verla sufrir, acabar con su vida. Ante este caso, respondieron con un artículo titulado “Doctor not Kill” en el *Journal of the American Medical Association*, los médicos Willard Gaylin, Leon R. Kass, Edmund D. Pellegrino y otros, la mayoría conservadores. Según estos autores, lo contado por el médico que asesinó a Debbie generaba un daño profundo en la vocación médica, razón por la cual ellos se alzaban apostillando su defensa. De acuerdo con este acto, se toca a la medicina en su centro moral, “si este centro moral se derrumba, si los médicos se convierten en matadores o tienen meramente licencia para matar, la profesión –y, por lo tanto, cada médico– nunca más será digna de confianza y respeto como curadora, reconfortadora y protectora de la vida en toda su fragilidad”⁶¹⁸. Según estos autores, permitir a los médicos asistir en la muerte de los pacientes representa que el médico se convierta en un “técnico moralmente castrado” o en una “jeringuilla de alquiler”.

⁶¹⁶ Foot, Philippa, “Eutanasia” en *Las virtudes y los vicios y otros ensayos de filosofía moral*, trad. de Claudia Martínez, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, 1994, p. 50.

⁶¹⁷ Anónimo, “Se acabó, Debbie”, en Florencia, Luna y Salles, Arleen, *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, Argentina, Sudamericana, 1995, pp. 139-140.

⁶¹⁸ Kass, Leon R, Pellegrino, Edmund D, Gaylin, Williard et al. “Comentario: Los médicos no deben matar” en Luna, Florencia y Salles, Arleen, *ibídem*, p. 142.

Ahora bien, ¿se pierde la confianza en el médico que asiste a la muerte o se desconfía, aun más, del médico que prolonga la vida por no poder asistir la muerte?, ¿es más confiable el médico que mata o el que deja morir?, ¿se derrumbaría la confianza en la profesión médica una vez que tienen los médicos permitido matar a sus pacientes?, ¿no es, acaso, causa de desconfianza el hecho de que el paciente no pueda contar con su médico al final de su vida?, ¿qué confianza habrá en un médico que no respeta la voluntad autónoma del paciente, sino que actúa de manera paternalista imponiendo su propia concepción? Como sostiene Christine K. Cassel, “puede que los médicos ya estén perdiendo dicha confianza, ya que los pacientes creen que los médicos no comprenden el tema de la dignidad personal, ni de la eutanasia⁶¹⁹. Si se permitiera a los médicos practicar la eutanasia cuando el paciente la solicita, no hubiera necesidad de que los pacientes se suiciden en la intimidad de sus casas u otro sitio con el miedo de que fallarán en su intento, o dejen de asistir al médico porque no encuentran en él el apoyo ante la dificultad de poder morir y mueran abandonados en ninguna parte.

Para Kass, la legalización de la eutanasia llevada a cabo por los médicos “casi con toda certeza afectará de forma negativa la relación médico-paciente”, y pone un ejemplo, de un anciano (un sujeto eutanizable, según este autor) que está en el hospital y mira que un médico se acerca de madrugada e inyecta en su suero una sustancia amarilla, ¿cómo pasará esa noche el anciano?, se pregunta Kass, al desarrollar un ambiente de paranoia en el anciano de su ejemplo. Sin embargo, concebir una regulación de la eutanasia no hace que esta práctica sea una obligación para los médicos, ni mucho menos sea motivo para que ellos trabajen horas extras, esperando que algún paciente quiera morir para matarlo. La regulación de la eutanasia implica un control de las decisiones al final de la vida, no la obligación de matar a los pacientes. Con una regulación de la eutanasia, no sólo se tendría el control sobre la eutanasia activa voluntaria, sino la eutanasia pasiva voluntaria e involuntaria, estarían controladas.

⁶¹⁹ Cassel, Christine K., *op. cit.*, p. 249.

Se considera que, la legislación en materia de salud que permita a los médicos administrar una dosis letal a los pacientes cuando estos lo soliciten, no fragmenta la confianza ni en aquellos ni en la profesión médica. En el capítulo primero, en lo relativo a la autonomía, se hizo hincapié en que el consentimiento informado se da en el ámbito de la relación médico-paciente, sin dicha relación, no se podría obtener el consentimiento informado respecto de la asistencia en la muerte del paciente, y sin dicho consentimiento la eutanasia no podría aplicarse. La relación médico-paciente es una relación construida sobre la base de la confianza, si no hay confianza, tampoco habría consentimiento, y si no hay consentimiento, no hay eutanasia. O, ¿acaso es posible pensar que un paciente que no confía en su médico, le pedirá auxilio al suicidio o la administración de una sustancia letal?

La opción de la eutanasia, como último recurso dentro de los servicios de las actividades de la salud, es posible sólo con el consentimiento informado del paciente, y este se da si y sólo si hay confianza en la relación con su médico.

5.2.2 De la santidad de la vida.

Los argumentos que afirman que “la vida es sagrada, que la vida viene de Dios y que los hombres no tienen competencia para interferir en este asunto”⁶²⁰, que “la vida tiene un carácter intrínsecamente valioso” o que “la santidad de la vida obliga a todos a respetarla”, pertenecen al principio de la santidad de la vida. Este principio ha sido desarrollado en el capítulo cuarto, donde se abordaron las posturas de Kant, Santiago Nino y Ronald Dworkin principalmente. La visión teísta de este principio radica en lo que Tomás de Aquino, y posteriormente, John Locke sostenían: los hombres no pueden disponer de la vida porque ésta pertenece al Hacedor. Disponer de este bien significa un pecado que va contra el amor humano, la justicia y la caridad y usurpa las funciones de Dios. Evidentemente, la versión teísta sólo obliga o constriñe a los miembros de una religión, en este caso la católica o cristiana. Quien pertenece al agnosticismo o cree que no existe Dios no se ve obligado a actuar conforme este argumento. Decir que la vida es

⁶²⁰ Calsamiglia, Albert, “Sobre la Eutanasia”, en Vázquez, Rodolfo (Comp.) *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, ITAM-FCE, 1999, p. 153.

propiedad de Dios y por tanto, indisponible, compele a los que creen en Dios, nada más, ya que como dice Paul-Louis Landsberg, “el horror sagrado al suicidio es un fenómeno propio y exclusivamente cristiano”⁶²¹.

Recuérdese también que, San Agustín utilizó el Quinto Mandamiento para sostener su postura contra el suicidio. La esencia de este mandamiento, es el principio de la santidad de la vida. Asimismo, para el obispo de Hipona el mandamiento “no matarás” aplicaba no sólo a quien matara a otro hombre, sino a quien se mataba a sí mismo. Según Landsberg, la interpretación que San Agustín hace del precepto Mosaico, no implica una prohibición al suicidio, sino una excepción, puesto que “el sentido del mandamiento no es ni puede ser prohibir todos los actos que comporten como consecuencia querida la muerte de un hombre, [de esta manera, si se toma una decisión sobre la propia vida] estamos en una situación esencialmente diferente que si es la vida de otro. Lo que con respecto a otro es un acto violentamente hostil, no puede serlo con respecto a nosotros mismos, pues el que se mata no tiene en absoluto la intención de destruir su persona, sino antes bien de salvarla”⁶²². Por esta razón, no es del todo aceptable que el Decálogo contemple el suicidio al prohibir el asesinato, por tanto se puede disponer de la vida de uno mismo mediante el libre albedrío.

Si esta razón no es suficiente, se analizarán otras excepciones al principio de la santidad de la vida. El principio de la santidad de la vida, tanto para la visión teísta como la secular, no es presentado como un principio absoluto. Si fuera así, la vida sería un bien inviolable sin importar las circunstancias y las personas, no se aceptaría ni el derecho a la guerra, justa o divina, ni el derecho a la legítima defensa, ni mucho menos el estado de necesidad como excepciones a este principio. Si se toma en cuenta el valor de la vida humana como un valor absoluto, este valor obligaría a sacrificar otros valores. Además, velar por el cumplimiento estricto del valor sagrado de la vida haría profana la existencia de algunos

⁶²¹ Landsberg, Paul-Louis, “El problema Moral del suicidio”, en *Ensayo sobre la experiencia de la muerte*, trad. de Alejandro del Río Hermann, España, Caparrós Editores, Instituto Emmanuel Mounier, 1995, p. 99

⁶²² *Ibidem*, pp. 110-111.

enfermos, pues se les estaría obligando a vivir contra su voluntad. Como sostenía el profesor español Albert Calsamiglia, si “se argumenta que permitir la eutanasia es peligroso porque no se mantiene el valor de la vida como el primer principio moral eso es erróneo”⁶²³. Y es erróneo porque no permitir la eutanasia origina un daño al paciente que desea morir y no se le permite, aprisionándolo en su propia vida, víctima de la enfermedad y de la sociedad cuyos valores apuestan más por la cantidad de la vida que por la calidad. Ya se comentó en el capítulo anterior, la vida no es un bien cuyo incremento la haga más valiosa, es un bien en sí sin importar cuanta vida se tendrá, sino cuánta vida se tiene. Si el paciente considera que no viola el respeto por la concepción sagrada de la vida, puede disponer de ella, y puede con ayuda del médico, porque dentro de los fines de la medicina, se encuentra este objetivo, siempre que la muerte represente un beneficio.

El argumento que sostiene que *la vida humana es un regalo de dios* y por tanto no puede disponerse de ella, *privilegia el sentido natural de la vida y subestima la importancia de la vida artificial*⁶²⁴. Si se defiende sólo el valor natural o biológico de la vida, se prescinde del valor psico-social propio de los seres humanos.

5.2.3 De la eutanasia pasiva y activa.

Una de las discusiones más gastadas dentro del debate de la eutanasia es la distinción entre eutanasia activa y eutanasia pasiva. Esta distinción ha sido equiparada con otras dos distinciones *matar/dejar morir*, y *actos/omisiones*. A partir de dicha equiparación, conservadores y liberales han adoptado una postura: por el lado conservador, se defiende la eutanasia pasiva, pues ésta representa una omisión por parte del médico, es decir, un acto de dejar morir. En tanto que por el lado liberal, se defiende la eutanasia activa, la que representa una acción, y de algún modo, el acto de matar. En este apartado se analizará primero la distinción entre matar y dejar morir, posteriormente, la que concierne a actos y omisiones, y al final, la de la eutanasia activa y pasiva.

⁶²³ Calsamiglia, Albert, *op. cit.*, nota 619, p. 157.

⁶²⁴ *Ibidem*, p. 169.

Existe una confusión entre dos hechos distintos: *matar* y *dejar morir*. Esta confusión está dada por la carga emotiva que tienen las palabras. La palabra *matar* tiene una carga negativa asociada a veces, con la que tiene la palabra *asesinato*, aunque no se le considere como tal. Por ejemplo, se puede matar una planta al arrancarle la raíz, pero no se dice que se asesinó a la planta. Pensar que siempre el hecho de matar representa un perjuicio, es un error, pues como bien señalan Beauchamp y Childress, “la palabra *matar* no implica, ni para el lenguaje común ni para el derecho, realizar un acto incorrecto o un crimen”⁶²⁵. En cuanto a la idea de *dejar morir* tiene una carga positiva, “en especial cuando se usa en el contexto de una enfermedad terminal, en el que la muerte es a menudo bien recibida”⁶²⁶. Bajo esta tesis, “*matar* implica causar directamente una muerte, mientras que *dejar morir* incluye todas aquellas acciones cuyo principal objetivo es evitar intencionadamente una intervención causal de manera que la enfermedad o las lesiones produzcan una muerte natural”⁶²⁷. Sin embargo, esto puede resultar equívoco, por ejemplo, si durante una cirugía un paciente sufre un paro cardíaco, y el cirujano le deja morir, sin que exista una decisión previa que lo justifique, estará actuando de manera incorrecta, pues su decisión de dejar morir al paciente, le ha causado un daño a éste toda vez que no lo había solicitado. Matar y dejar morir son términos que no se excluyen, ya que “se puede matar a una persona permitiéndole morir deliberadamente, y se puede matar por omisión o comisión”⁶²⁸. Para el Tribunal Supremo de Washington, “la muerte de un ser humano (se puede producir) por una acción, por solicitud o por la omisión de otro”.⁶²⁹

En ocasiones, se cree que la omisión de un tratamiento es igual a *dejar morir* al paciente, pues no media la intención de *matar*. No obstante, se puede matar intencionadamente dejando morir. Por ejemplo, cuando el guardia de una prisión

⁶²⁵ Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Principios de ética biomédica*, 4ta. ed., trad. de Teresa Gracia, Javier Judez y Lydia Feito, España, Editorial Masson, 1999, p. 209.

⁶²⁶ Kuhse, Helga, “La eutanasia voluntaria y otras decisiones médicas sobre el final de la vida. A los médicos se les debería permitir que echaran una mano a la muerte” en Thomasma, David C., y Kushner, Thomasine, *op. cit.*, p. 273.

⁶²⁷ *Idem.*

⁶²⁸ Beauchamp, Tom y Childress, James, *idem.*

⁶²⁹ *Idem*, tomado de *In re Colyer*, 660 P.2d 738 (1983).

deja de alimentar al reo con la intención de que muera, o el esposo que ve que su cónyuge ingiere una sobre dosis de pastillas y no hace nada para salvarla.

En el ámbito de la medicina, se cree que lo que ocasiona la muerte es la enfermedad misma del paciente, no la ausencia de conducta del médico, por lo cual se actúa conforme al principio de no maleficencia. Sin duda, esta idea es confusa y equivoca, ya que en ocasiones, la omisión de un tratamiento implica matar al paciente, es decir, actuar de manera maleficente, por ejemplo, si se omite la alimentación artificial a un paciente que solicitó dicho medio de soporte vital y no se le brinda, y muere, se le está causando un perjuicio pues se frustraron sus planes de vida. A través del método de *causalidad*⁶³⁰, se ha defendido la creencia de que no es la omisión del médico la que ocasiona la muerte del paciente, sino que la enfermedad previa es la causa principal, puesto que el inicio de un tratamiento detuvo el curso natural de la enfermedad y la interrupción del tratamiento retomaría sus efectos hasta que el paciente muera de forma natural. Este método sirve de excusa para que médicos y sustitutos no sean considerados responsables por la muerte del paciente, ya que se considera la enfermedad la causa directa de la muerte y no la intervención de aquellos. Esta crítica se aplica también a quienes aceptan la eutanasia pasiva, en razón de que su aceptación no está vinculada al reconocimiento de un derecho, sino a la defensa de los médicos para evitar ser acusados de homicidio. De acuerdo con Philippa Foot, “no es que matar sea *peor* que permitir la muerte, sino que son contrarios a distintas virtudes, lo que da la posibilidad de que en algunas circunstancias uno no esté permitido y el otro sí”⁶³¹.

En relación a esto último, se presenta otra dificultad, pues en algunas ocasiones está justificado matar y otras no, lo mismo puede decirse de dejar morir. Por ejemplo, si un individuo entra al hospital, y se dirige a la Unidad de Cuidados

⁶³⁰ Es un método que establece la relación entre las acciones y las consecuencias. Algunas versiones, toman como referencia situaciones previas, a partir de las cuales se producirá un resultado. Por ejemplo, cuándo a un paciente inconsciente, para que pueda ser alimentado, se le conecta una sonda nasogástrica, sin la cual moriría por inanición, se le está manteniendo con vida. Si se le desconecta dicha sonda y el paciente muere, la causa de la muerte, no fue la acción de desconectar, sino la situación previa.

⁶³¹ Foot, Philippa, *op. cit.*, nota 615, p. 66.

Intensivos, con la intención de desconectar el respirador artificial de cualquier paciente, y lo logra, su acto no se considera de dejar morir, sino de matar de manera injustificada. Pero, si son los familiares del enfermo, los que a petición de éste solicitan al médico que desconecte dicho respirador, esta acción también se considera como matar, aunque justificadamente. En relación a dejar morir, si un individuo deja de administrar la alimentación a su padre anciano, porque lo considera una carga para él, y muere por inanición, su acción estaría injustificada. En cambio, si deja de alimentar a su padre, a petición de éste, su acción estaría justificada, siempre que actuará en interés de su padre y no personal. Podría decirse que, la dificultad radica en que si el acto de dejar morir es injustificado, se considera como matar, porque, como ya se dijo, esta palabra tiene una connotación negativa. En el ejemplo del hijo que deja de alimentar a su padre anciano, pocas personas considerarían que no lo dejó morir, sino que lo mató.

Debe recordarse que cuando se quiere determinar si la omisión del tratamiento implica un acto de matar o de dejar morir, es conveniente analizar si el tratamiento era optativo u obligatorio. Si era optativo, el no iniciarlo o interrumpirlo, implica que se actuó de manera correcta, evitando decidir si se mató o se dejó morir, si era obligatorio, se actuó de manera incorrecta, lo que generaría responsabilidad penal al médico o al sustituto que acordó no tratar al paciente. Es por ello que la distinción entre matar y dejar morir, no es moralmente relevante, en el sentido de que “resulta imposible catalogar determinados actos como pertenecientes exclusivamente a la categoría de dejar morir sin clasificarlos al mismo tiempo como actos de matar”⁶³².

Para la gran mayoría de autores que aceptan la eutanasia activa voluntaria, al igual que para quien escribe estas líneas, no existe diferencia moral entre matar y dejar morir, es decir, la distinción entre “un acto como «matar» o como «dejar morir» no permite determinar si el acto es más o menos correcto o está más o menos justificado”⁶³³. Declarar que un acto es correcto o incorrecto no obedece al acto en sí, sino a la justificación que se haga de él; de este modo, “tanto matar

⁶³² Beauchamp, Tom y Childress, James, *Op. cit.*, nota 624, p. 213.

⁶³³ *Ídem.*

como dejar morir son *prima facie* incorrectos, pero en algunas circunstancias pueden estar justificados”⁶³⁴. Además, se deben conocer las circunstancias que rodean cada caso, para poder considerarlo correcto o incorrecto, justificable o no.

Si se piensa que, “*matar* implica causar directamente una muerte, mientras que *dejar morir* incluye todas aquellas acciones cuyo principal objetivo es evitar intencionadamente una intervención causal de manera que la enfermedad” ocasione una *muerte natural*⁶³⁵, se estaría, como ya se vio en un equívoco. Se puede aceptar que, matar es “lo peor que podemos hacerle a alguien que está disfrutando la vida y quiere seguir viviendo”⁶³⁶. Asimismo, “uno aprende a considerar el hecho de matar mucho peor que el de dejar morir. Pero ello no significa que haya algo en el matar que lo haga peor que dejar morir, porque no es la mera diferencia entre matar y dejar morir, lo que hace la distinción en estos casos”⁶³⁷. Se debe tener cuidado acerca de las cargas negativas que tienen las palabras, ya que algunas veces revisten un carácter negativo como consecuencia de las emociones humanas, siendo por ello deplorable la acción, ignorando las circunstancias en que se comete. Si se dice que *matar* es equiparable al *asesinato*, entonces quien mata en defensa propia sería un asesino, y no alguien que se defendió de un ataque inminente.

Este hecho ha sido discutido ya por algunos autores, el más importante de ellos ha sido James Rachels, quien publicó un pequeño artículo titulado “Active and Passive Euthanasia”, en 1975 en el *The New England Journal Of Medicine*. En este artículo Rachels ponía dos situaciones hipotéticas, ajenas al terreno de la ética médica, en las que se daba el caso de matar y dejar morir. Para Rachels, ambas situaciones eran semejantes, pues la consecuencia y la intención del agente era la misma. En ambas se quería la muerte de un tercero y en ambas el tercero moría, sólo que en la primera, el agente actuaba activamente y en la

⁶³⁴ *Ibidem*, p. 214. El hecho de que “un acto sea correcto o incorrecto depende de la justificación del acto, no del acto en sí. Por tanto, ni matar ni dejar morir son *per se* actos incorrectos, debiendo ser distinguidos del asesinato que sí es *per se* incorrecto”

⁶³⁵ *Ibidem*, p. 204.

⁶³⁶ *Ídem*.

⁶³⁷ Rachels, James, “Eutanasia Activa y Pasiva”, en Luna, Florencia y Salles, Arleen, *op.cit.*, nota 616, p. 151.

segunda, miraba pasivamente cómo moría aquél. La conclusión de Rachels es, como se ha dicho líneas arriba, que “la simple diferencia entre matar y dejar morir no hace, en sí misma, una diferencia moral”. No obstante, esta conclusión es más compleja en el sentido de que a veces *matar* es menos censurable que *dejar morir*, y no siempre se sabe con exactitud qué se entiende por *dejar morir*, además de que “hay muy diferentes maneras de dejar que una persona muera”⁶³⁸. En el caso que pone Rachels, sí hay una diferencia moral, tanto se le puede reclamar a una persona el hecho de que mate a otra, como se le puede reclamar a una persona el hecho de que se haya quedado viendo como moría esa otra, sin hacer nada por ayudarla teniendo la oportunidad de hacerlo. Es, en este último caso, quizá más censurable dejar morir que matar, pues el hecho de matar, es en sí ya algo repulsivo, lo es más mirar, con cierto dejo de indiferencia, que alguien muera y no tenderle una mano.

Al analizar esto a la luz de la teoría de los principios, se tiene que el principio de no maleficencia impone no causar daño a nadie, en este caso parece corresponder con la prohibición de *matar*, y el de beneficencia, proporcionar algún beneficio a alguien, correspondería en cierto grado con *dejar morir*, no hacer nada que perjudique los derechos e intereses del que se deja morir. Sin embargo, no es del todo cierto lo anterior, sirva de ejemplo lo siguiente: En un hospital público, un paciente pide, de manera racional e informada a su médico, que le administre una dosis letal de morfina para que pueda morir en paz, ya que el dolor y el sufrimiento se han vuelto incontrolables e insoportables. Si el médico accede a la petición del paciente, entonces le estaría matando; en cambio si se niega a tal petición, entonces le estaría dejando morir. Ahora bien, si no accede, dejando que el dolor y el sufrimiento consuman al paciente, el médico dejaría que el paciente sufriera un daño irreparable, además el paciente tendría una carga psicológica negativa pues se le ha negado su petición con base en que no es competente para tomarla, o cualquier otra excusa, ya que se cree que está deprimido, o incluso, demente al pedir la eutanasia (causándole un perjuicio al frustrar sus planes y decisiones). En

⁶³⁸ Ferrater Mora, John, y, Cohn, Priscilla, *Ética aplicada del aborto a la violencia*, 2da. ed., Madrid, Alianza Editorial, 1991, p. 96.

este caso, se está vulnerando no sólo el principio de respeto a la autonomía, sino el de no maleficencia, puesto que se está causando un daño al paciente al obligarlo a vivir un final trágico que él quería evitar; en cambio, si el médico accede a la petición del paciente, y el médico inyecta una dosis letal y el paciente muere, no hay señal alguna de que se le esté causando un mal, al contrario, si el paciente determinó que la muerte era para él un beneficio, el médico está actuando, no sólo con base en el principio de respeto a la autonomía, sino también de beneficencia, sin vulnerar el de no maleficencia. Además, el hecho de dejar morir, algunas veces, es más cruel e inhumano que matar a un paciente que desea morir.

Si el objetivo del derecho a rechazar o interrumpir un tratamiento, después de un análisis de riesgos y beneficios, es evitar que se prolongue el dolor y el sufrimiento al final de la vida del paciente, no habría, en este sentido, diferencia entre que se diera muerte al paciente o se le dejara morir. Como afirma Rachels, “permitir la muerte” puede ser relativamente lento y doloroso, mientras que administrar una inyección letal es relativamente rápido e indoloro⁶³⁹.

Finalmente, “no existen diferencias morales entre matar y dejar morir”, en razón de que “calificar un acto como “matar” o como “dejar morir” no permite determinar si el acto es más o menos correcto o está más o menos justificado⁶⁴⁰. Se puede llegar a la conclusión de que, “si los pacientes competentes tienen derecho, legal y moralmente, a rechazar un tratamiento aun necesitando la ayuda de un profesional sanitario para tomar la decisión y llevarla a cabo, existen razones para suponer que también deberían tener derecho a pedir ayuda a un médico dispuesto a la hora de controlar las condiciones de su muerte⁶⁴¹. Con los principios de respeto por la autonomía, la no maleficencia y la beneficencia se puede justificar tanto la omisión del tratamiento, como la administración de sustancia letal al paciente.

⁶³⁹ Rachels, James, “Eutanasia Activa y Pasiva”, en Luna, Florencia y Salles, Arleen, *op. cit.*, p. 148.

⁶⁴⁰ Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, p. 213

⁶⁴¹ *Ibidem.* p. 214

Una propuesta para legalizar la práctica de la eutanasia activa voluntaria, basada en la teoría de los principios viene a resolver la incoherencia normativa del sistema jurídico, el cual reconoce por un lado “el derecho a la autonomía, que permite a las personas que se encuentran en una situación difícil rechazar un tratamiento, provocando su propia muerte”, mientras que por el otro, prohíbe “un derecho similar que permitiría, en las mismas circunstancias, preparar su muerte previo acuerdo entre el paciente y su médico”⁶⁴². Resulta ilógico permitir rechazar un tratamiento para evitar prolongar el sufrimiento y prohibir solicitar uno que ponga fin al sufrimiento. Actualmente, se defiende esta prohibición con el último eslabón de la asistencia médica, los cuidados paliativos y el control del dolor. Sin embargo, como se analizará al final de este apartado, este servicio, aunque indispensable y verdaderamente útil, no es razón suficiente para prohibir la asistencia a la muerte de manera activa.

Si bien, se comparte la postura de que matar es incorrecto *prima facie*, se acepta también que en ciertas ocasiones, no es incorrecto, y este es el caso de los pacientes terminales que eligen la opción de la eutanasia en los términos que se ha venido desarrollando en este trabajo de investigación. Para que la práctica de la eutanasia activa voluntaria en pacientes terminales esté moralmente justificada, obligatoriamente se tendrá que ajustar a la teoría de los principios, a los fines de la medicina y ser acorde con los intereses críticos del paciente. Si no se ajusta a lo anterior, toda acción para acortar la vida es incorrecta jurídica y moralmente.

La segunda diferencia radica entre los *actos* y las *omisiones*. Quien rechaza la eutanasia activa y admite la pasiva, lo hace porque el hecho de *matar* corresponde a una acción, y el hecho de *dejar morir*, es propio de una omisión. Pero, ¿es del todo cierta esta idea?, ¿debería aceptarse sin un razonamiento previo? Desde luego que no, al igual que la anterior, la diferencia entre actos y omisiones, en relación con la eutanasia activa y pasiva, es confusa. Sirva de ejemplo lo siguiente: en México, se acepta que el paciente disponga mediante una voluntad anticipada o un documento firmado ante dos testigos, que el médico no realice

⁶⁴² *Ídem*.

ninguna intervención cuando el paciente caiga en estado de inconsciencia, y que en definitiva, se le deje morir. Si el médico conectó un respirador artificial, cuando el paciente aún estaba consciente, y recibió dicha instrucción previa, cuando el paciente se vuelva inconsciente tendrá la obligación, de desconectar el respirador artificial, acto que trae como consecuencia casi siempre, la muerte del paciente. En este caso, ¿lo que hizo el médico fue un acto o una omisión? Es evidente para todos, que lo que hizo el médico fue una acción, no una omisión, porque desconectar es una acción, es un hacer, no un no hacer. Del mismo modo, lo será si retira la sonda nasogástrica que alimenta al paciente de forma artificial.

En este sentido, la creencia de que el médico no realiza nada al dejar morir al paciente es falsa, pues como se vio en este ejemplo, el médico realiza una acción. Esto no quiere decir, que las acciones son en sí mismas negativas o positivas, lo que se quiere mostrar es que la diferencia entre acción y omisión es difusa. Tanto se puede realizar una acción por el bien del paciente, como se puede realizar una omisión causándole un daño, y viceversa. De acuerdo con Rachels, no es correcto pensar que en la eutanasia pasiva el médico no hace nada, “porque sí hace algo muy importante: deja morir al paciente”. “Dejar morir a alguien” es ciertamente diferente, en algunos aspectos, de otros tipos de acción: especialmente cuando se trata de una forma de acción que uno puede realizar por la vía de no poner en práctica ciertas acciones”⁶⁴³.

Piénsese por ejemplo, que un médico omite deliberadamente dar el medicamento a un paciente y por dicha omisión el paciente muere. Esto es una omisión, negligente por parte del médico, por la cual debería reprendérsele.

En consecuencia, pensar que una omisión, es aceptable porque *no se hace nada* para acortar la vida del paciente, es preferible a *hacer algo* con la misma finalidad, es cuestionable y, en algunos casos reprobable. La evaluación moral de una omisión o de una acción no está dada por la preferencia a la primera y el rechazo de la segunda, sino por las circunstancias que rodean el caso concreto. Se puede

⁶⁴³ Rachels, James, “Eutanasia Activa y Pasiva”, en Luna, Florencia y Salles, Arleen, *op. cit.*, p. 151.

argumentar a favor de una acción que abrevia la vida del paciente, siempre y cuando el paciente la haya solicitado y no le fue impuesta; se argumenta en contra de las omisiones si éstas fueron llevadas a cabo en perjuicio, y nunca como beneficio para el paciente, como se vio en los dos ejemplos anteriores.

La tercera distinción a la que se ha llegado, es la de la *eutanasia activa y pasiva*. Como ya se vio, estas dos clases de eutanasia son problemáticas por sentar sus diferencias en las anteriores. Cuando se piensa en un acto de eutanasia pasiva no se cree que surjan problemas al llevarla a cabo, pues se ha aceptado tradicionalmente que no causa algún perjuicio para el paciente o para la ética médica. Así por ejemplo, la declaración de la *American Medical Association* (AMA) de diciembre de 1973, estableció:

La terminación intencional de la vida de un ser humano por parte de otro –muerte misericordiosa- es contraria a lo que la profesión médica representa y a la política de la American Medical Association.

[Mientras que] el cese del empleo de medios extraordinarios para prolongar la vida orgánica, cuando hay evidencia irrefutable de que la muerte biológica es inminente, es una decisión que debe tomar el paciente y/o su familia inmediata. El consejo y juicio del médico deben estar libremente a disposición del paciente y/o su familia inmediata”⁶⁴⁴

Del mismo modo, la iglesia católica acepta el rechazo del *encarnizamiento* terapéutico, y tolera la negativa a los medios desproporcionados, con el fin de proteger la dignidad de la persona al morir; se opta por “la prudencia humana y cristiana” para “el uso de medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor”, asimismo se rechaza la eutanasia activa porque “nadie puede atentar contra la vida del hombre”⁶⁴⁵. En la *Encíclica Evangelium Vitae* se denuncia la práctica y la legalización de la eutanasia realizada por piedad ante el dolor del

⁶⁴⁴ *Ibidem*, p. 147.

⁶⁴⁵ Gafo, Javier, *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003, p. 270. Este autor cita algunos fragmentos de la Encíclica *Evangelium Vitae*, donde se señala que: “No son obligatorias “ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar, o bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia”. Si la muerte se prevé “inminente o inevitable”, p. 273.

paciente y “justificada a veces por razones utilitarias, de cara a evitar gastos innecesarios demasiados costosos para la sociedad”.⁶⁴⁶ Cuando la eutanasia activa se fundamenta en la libertad, según la Encíclica, se le atribuye a la libertad un “*significado perverso e inicuo*: el de un *poder absoluto sobre los demás y contra los demás*”. De acuerdo con la Encíclica, “cuando prevalece la tendencia a apreciar la vida sólo en la medida en que da placer y bienestar, el sufrimiento aparece como una amenaza insoportable, de la que es preciso librarse a toda costa”, según esto, el hombre “ha olvidado su relación fundamental con Dios, cree ser criterio y norma de sí mismo y piensa tener el derecho de pedir incluso a la sociedad que le garantice posibilidades y modos de decidir sobre la propia vida en plena y total autonomía”. Lo que representa la eutanasia es la libertad en un sentido humanitario, pero lo que según esta Encíclica representa en realidad, es lo *absurdo e inhumano*. Con la eutanasia sólo se perdura la cultura de la muerte, “caracterizada por una mentalidad eficientista que presenta el creciente número de personas ancianas y debilitadas como algo demasiado gravoso e insoportable”. La eutanasia es definida en este documento como “una acción que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”. Para la Encíclica no cuenta el consentimiento del paciente, ni que la muerte represente un beneficio para éste. La definición de eutanasia que adopta la iglesia católica entraría en las definiciones que clasifican esta práctica con fines eliminatorios, exterminadores o utilitaristas. Y no basada en la autonomía como la que se ha tratado de desarrollar en este trabajo.

En el libro *Morir con dignidad*, el teólogo suizo Hans Küng, defiende la eutanasia aduciendo lo siguiente “lo hago porque como cristiano y teólogo estoy convencido de que el Dios todo misericordia que ha donado la libertad al hombre y le exige responsabilidad de su vida *también ha confiado precisamente al ser humano moribundo la responsabilidad y la decisión en conciencia sobre el modo y*

⁶⁴⁶ http://congresomundial.es/documentos/evangelium_vitae.pdf

momento de su muerte. Una responsabilidad que ni el Estado ni la iglesia, ni el médico ni el teólogo pueden arrebatarse”⁶⁴⁷.

Aceptar la eutanasia pasiva en vez de la activa presume que aquella cuenta con “algún rasgo moral del que la otra carece”⁶⁴⁸. Se cree que la activa representa una intromisión en el curso de la naturaleza, ya que se adelanta la muerte del paciente, mientras que en la pasiva no se busca que el paciente muera, sino que se termine su sufrimiento. Se piensa que la eutanasia activa es menos humanitaria que la pasiva, siendo que en esta última se deja morir al paciente de manera indefinida; además de que el propósito de la pasiva es aminorar el sufrimiento, no se logra, pues fracasa al prolongarlo de manera arbitraria. Es decir, la eutanasia pasiva no es “menos censurable que si se hubiera practicado la eutanasia activa”⁶⁴⁹. Además, como se vio en las distinciones anteriores, es falso que la naturaleza de la eutanasia pasiva sea realmente pasiva, al contrario, cuando se opta por la eutanasia pasiva se está haciendo algo. Por ejemplo, “no se puede desconectar un aparato para la respiración artificial pasivamente; se desconecta (activamente) el aparato. No se puede dejar pasivamente de emplear medios excepcionales para prolongar la vida (se hace algo con el fin de hacer cesar el funcionamiento de estos medios). Tanto la eutanasia activa como la pasiva implican tomar una decisión razonada y actuar de acuerdo con tal decisión”⁶⁵⁰. En algunas circunstancias no es equiparable la eutanasia activa y la pasiva con los actos y omisiones, por tanto no puede rechazarse la regulación de la eutanasia activa con fundamento en que se considera como un homicidio, una intromisión en el curso natural de la vida o una violación al valor sagrado de la vida, puesto que en el caso que se está analizando, no lo es.

Muchas veces, la distinción entre pasiva y activa sólo se hace con fines educativos, y no como una distinción que se respete en la práctica. Aunado a esto,

⁶⁴⁷ Küng, Hans, y Jens, Walter, *Morir con dignidad. Un argumento a favor de la responsabilidad*, trad. de José Luis Barbero, Madrid, Trotta, 1997, p. 54.

⁶⁴⁸ Leucona, Laura, “Eutanasia: algunas distinciones” en Platts, Mark (comp.), *Dilemas éticos*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM-Fondo de Cultura Económica, México, 1997, p. 100.

⁶⁴⁹ Ferrater Mora, José y Cohn, Priscilla, *op. cit.*, nota 637, p. 102.

⁶⁵⁰ *Ídem.*

la distinción está en función de evitar que los médicos sean acusados de homicidio, y no porque se prohíba disponer de la vida a los propios pacientes, hecho que sucede frecuentemente en la clandestinidad.

En conclusión, la eutanasia activa como la pasiva no son cuestiones entendidas de manera absoluta, tienen que especificarse y estudiarse caso por caso, para poder determinar tanto su moralidad como su licitud. No es correcto establecer una carga negativa a la eutanasia activa sólo porque se cree que matar es peor que dejar morir, cuando esto no siempre es cierto; tampoco es justo considerar que la eutanasia pasiva siempre estará ausente de fallas y nunca podrá ser objeto de censura o responsabilidad médica.

5.2.4 De la pendiente resbaladiza

El argumento de la “pendiente resbaladiza” o “bola de nieve”⁶⁵¹ advierte que si se permite una conducta que estaba prohibida, por muy acotada que se presente, terminará ocasionando la permisión de conductas análogas que se consideran prohibidas. Para los que postulan este argumento, el hecho de permitir la eutanasia activa voluntaria, con los límites y requisitos previstos, traerá como consecuencia que se permita posteriormente, la eutanasia activa involuntaria, es decir, lo que comienza siendo un *derecho* a morir de los pacientes terminales, terminará convirtiéndose en la *obligación* a morir de cualquier persona. Disponer de la vida en un caso, permitirá disponer en otros o en todos.

El argumento de la pendiente resbaladiza tiene dos versiones: a) “la conceptual”, según la cual, “la pendiente es resbaladiza porque los conceptos y las distinciones que aparecen en la formulación de las reglas morales y legales son imprecisos y pueden producir efectos imprevistos”⁶⁵²; y b) “la psicológica-sociológica”, según la cual, prescindir de las reglas que sustentan la diferencia entre matar y dejar morir

⁶⁵¹ El médico holandés Pieter Admiraal, explica este argumento utilizando la analogía con la bola de nieve: “la eutanasia voluntaria es como una bola de nieve que va rodando y, a su paso, acumulando cada vez más supuestos, con lo cual acabará incorporando el asesinato de los dementes y los incapacitados mentales” Admiraal, Pieter, “La eutanasia y el auxilio médico al suicidio” en Thomasma, David C., y Kushner, Thomasine, DE LA VIDA A LA MUERTE, *op. cit.*, nota 593, p. 236.

⁶⁵² Beauchamp, Tom y Childress, James, *op. cit.*, p. 217

podría “desencadenar una reacción social y psicológica, que haría difícil mantener en la práctica las distinciones relevantes”⁶⁵³. La primera versión de este argumento, se produce mediante el empleo de analogías, es decir, si se acepta un acto determinado, acabarán aceptándose actos similares que era inimaginable aceptarlos. Mientras que la versión *psico-social*, advierte que permitir la eutanasia en un principio, con el fin de aliviar la carga que representa la enfermedad para el paciente, terminaría siendo permitida para aligerar la carga que éste representa para la familia y para la sociedad. Admitir la eutanasia activa voluntaria, sugieren ambas versiones, induciría a admitir, con el tiempo, la eutanasia activa involuntaria.

Para los defensores de este argumento, se corre el riesgo de condenar a los pacientes inconscientes e incompetentes de morir injustamente, mediante la apariencia de aliviar su sufrimiento, pero siendo en realidad por otras causas, como la de evitar un gasto a la familia, conseguir algún beneficio con la muerte de aquél, o considerarlo inútil tanto económica como socialmente, entre otras.

Desafortunadamente, este tipo de críticas llegan a ser ciertas cuando no se tiene un control sobre los procedimientos de eutanasia. Incluso teniéndolo, puede llegar a ocasionar daños irreparables. Modificar las reglas que distinguen entre matar y dejar morir, y permitir la eutanasia a determinados pacientes, puede debilitar la creencia en el respeto por la vida humana de manera funesta. Aunado a esto, se perdería la confianza en los médicos y la esperanza en la medicina y sus instituciones, trayendo consigo el derrumbe de los valores más enraizados en el espíritu humano.

Pareciera que la pérdida de confianza en la medicina y la desvaloración del respeto por la vida humana, debilitan la propuesta para concebir una legislación de la eutanasia activa voluntaria, sin embargo, no son del todo ciertas. Actualmente, sólo un país permite la eutanasia activa voluntaria, a pesar de las críticas y algunas imprecisiones, como se verá más adelante, no se ha derrumbado la sociedad holandesa ni sus instituciones médicas. Estos argumentos se basan en

⁶⁵³ *Ibidem*, p. 218.

especulaciones y analogías que no reflejan una situación real. Se someten al dicho *es mejor prevenir que lamentar*, pero no lo intentan por temores infundados.

Este argumento, basado en las consecuencias de una regulación de la eutanasia, está justificado en la experiencia nazi, en donde se inició con la eliminación de las vidas carentes de valor para terminar exterminando a los judíos, gitanos y demás individuos que no compartieran la ideología del Tercer Reich. A primera vista, la experiencia nazi le da la razón al argumento de la pendiente resbaladiza, pero en estricto sentido, tomando en cuenta la definición de eutanasia que se ha adoptado, los requisitos y elementos que se piden, en la Alemania nazi no se dio la eutanasia, sino el asesinato. Para que una conducta se considere como eutanasia, *tienen que darse los siguientes elementos*: existe una relación temporal entre un médico y un paciente terminal, los cuales mantienen una comunicación recíproca; el médico ha obtenido el consentimiento informado del paciente, en relación con un tratamiento; si los riesgos que ocasiona el tratamiento son mayores que los beneficios que aporta al paciente, por lo tanto, se deja de aplicar el mismo; el tratamiento que correspondería, después de concluir todas las opciones, incluso las medidas paliativas y el control del dolor, es la asistencia a la muerte por parte del médico al paciente, con el fin de terminar con su sufrimiento. Estos elementos se basan en los principios de autonomía, no maleficencia y beneficencia. Entonces, el argumento de la pendiente resbaladiza no es aplicable en el caso de la eutanasia, pues carece de datos verificables objetivamente que lo justifiquen.

Cuando la asistencia a la muerte está encaminada a terminar con los individuos que representan una carga para la sociedad y la familia, o los que se consideran inútiles por una enfermedad que los invalida para servir a la sociedad, la asistencia a la muerte *no es eutanasia, sino asesinato*, ya que esto nada tiene que ver con los derechos de los pacientes, y sí con una política de la muerte fundada en razones ideológicas, económicas o psicológicas. En contraste con las propuestas para legalizar la eutanasia, realizadas hasta la fecha, los defensores de la eutanasia en Alemania, buscaban destruir la idea generalizada contra el

asesinato, por una idea que aceptara la interrupción de la vida por parte de los médicos.

Al contrario de lo que muchos creen, en Holanda, los datos del estudio Remmelink en 1990, “después de 20 años de experiencia en Holanda no existe indicación alguna de que se estén” dando las consecuencias atroces que pronosticaban aquellos que se basaban en el argumento de la Pendiente, “con la excepción de un caso en el que un paciente con depresión pidió la eutanasia a su médico y éste, tras consultar con algunos colegas, finalmente accedió”⁶⁵⁴. Algunos autores, al mencionar los datos de la eutanasia en Holanda, ponen énfasis en los casos de eutanasia activa no voluntaria, es decir, en aquellos en que el médico terminó anticipadamente la vida del paciente sin el consentimiento del mismo. Sólo un 0,8% de un total de 55,000 muertes involucradas en una decisión médica, corresponden a la eutanasia activa no voluntaria, esto es 1,000 muertes. De la eutanasia activa voluntaria, hubo un 1,8%, es decir, 2,300 muertes. Mientras que de eutanasia pasiva voluntaria, es decir, de la administración de morfina o algún otro fármaco para aliviar el sufrimiento y de la retirada de algún tratamiento de soporte vital hubo, en el primer caso 22,500 muertes y, en el segundo, 30,800. En comparación con estos últimos datos, la presencia de eutanasia activa voluntaria y no voluntaria es mínima⁶⁵⁵. Aunado a lo anterior, los que afirman que en Holanda se dan las consecuencias previstas por el argumento de la pendiente resbaladiza, no tienen ningún otro dato comparativo fuerte para demostrar que se hayan cometido los abusos y se hayan generado las consecuencias del argumento de la pendiente resbaladiza.

De acuerdo con Carlos Santiago Nino, David Hume sostenía que “no hay peor argumento para demostrar la falsedad de una teoría científica o filosófica que

⁶⁵⁴ *Ídem.*

⁶⁵⁵ A mediados de 2012, un grupo de investigadores reveló que “alrededor del 3 por ciento de todas las muertes en el 2010 fueron el resultado de la eutanasia o del suicidio asistido, comparado con las cifras previas a la legalización que eran del 2.8 por ciento”, además “el equipo de investigación también estableció que cerca de 600 personas acabaron con su vida a través de negarse a ingerir comida y líquido. La eutanasia había sido negada en alrededor de la mitad de esos casos” en <http://www.rnw.nl/espanol/bulletin/la-legalizaci%C3%B3n-no-var%C3%ADa-las-cifras-de-eutanasia-en-holanda>

alegar sus consecuencias sociales perniciosas”⁶⁵⁶. Sostener que las consecuencias de la regulación de la eutanasia serán devastadoras por representar el derrumbe de los valores sociales, es suponer que las leyes que rigen a los hombres actúan solas y nadie es responsable de que se apliquen de forma incorrecta. Dejar que con las leyes se actúe en contra de los derechos fundamentales de los ciudadanos es más nocivo que las consecuencias que advierte el argumento de la pendiente resbaladiza. Si una ley no protege los intereses y derechos de los individuos, esa ley simplemente no sirve. Si una sociedad no es responsable de lo que sucede con la aplicación de las leyes, entonces no es sólo un problema moral y jurídico, sino un problema de valores sociales. Pero si la sociedad apuesta por la libertad, por la responsabilidad entonces, sí habrá una defensa adecuada en caso de que se generen abusos hacia los individuos promovidos por una ley. Promover la libertad no implica promover el libertinaje, al contrario, elaborar una ley que permita ejercer el derecho a la libertad de decidir el modo de morir implica hacer consciente a la persona que va a decidir, instándolo a actuar con responsabilidad.

Quienes están en contra de la legalización de la eutanasia, argumentan que si se permite la asistencia a la muerte, quedarían en situación de peligro, especialmente, los pacientes inconscientes y débiles mentales. No obstante, si la legalización de la eutanasia mantiene un control que permita distinguir cuando es lícito asistir a la muerte y cuando no, dependiendo del tipo de paciente que la solicite, los posibles peligros que entraña la permisión, se verían atenuados gracias al examen de las circunstancias. Si los defectos y los vicios que provoca la permisión de la eutanasia pueden ser identificados y controlables, resulta factible regular esta conducta, siempre que se mantenga la finalidad de “aliviar el dolor y el sufrimiento extremo e insoportable que [resultan] ser tan limitantes e inhumanos que la muerte parezca un gran beneficio, [puesto que],... prolongar la vida del paciente y negarse a ayudarlo a morir constituye aparentemente una actitud cruel y una violación del principio de no maleficencia, ya que se está causando un gran

⁶⁵⁶ Hume, David, *Enquires Concerning Human Understanding*, ed. Por P.H. Nidditch, 1975, secc. VIII, parte II, 75, p. 96, en Nino, Carlos Santiago, *op.cit.*, nota 584, p. 55

sufrimiento⁶⁵⁷. Además, la eutanasia activa voluntaria, debe contemplarse como la última opción dentro de los tratamientos de la asistencia sanitaria, de modo que es obligación del médico presentar al paciente todas las alternativas, describiendo los *pros* y *contras* de las mismas, para que el paciente pueda elegir entre las opciones disponibles.

La regulación debe condicionarse y ceñirse a la autonomía, al consentimiento informado, a la intimidad, a la no maleficencia, a la privacidad y a la beneficencia, como principios y derechos recogidos en la Constitución. No se trata de argumentar por la permisón de conductas afines a la eutanasia que vayan contra el consentimiento del paciente, ni mucho menos, se incita a los médicos a practicar la eutanasia en sus pacientes arbitrariamente. No se busca realizar un parámetro objetivo para pacientes con calidad de vida disminuida como personas eutanizables, ni tampoco determinar que los enfermos incurables son candidatos a la eutanasia. Los argumentos a favor de la eutanasia activa voluntaria, en los términos presentados hasta ahora, se resumen en dos cosas: la libertad y la responsabilidad del paciente, y no en la utilidad, valoración o uso de su vida.

En resumen, se considera que “si es moralmente aceptable desconectar un respirador y retirar una vía intravenosa sabiendo que el paciente morirá, parece” moralmente aceptable, de igual modo, interrumpir la vida de un ser humano que de manera consciente e informada lo pide, evitando que ambos pacientes sufran innecesariamente y respetando sus derechos. Del mismo modo, “los argumentos de la pendiente resbaladiza son especulativos y analógicos y, partiendo de la misma información, las conclusiones a las que llegan los distintos investigadores son distintas” y discutibles; “A menudo aceptamos normas sociales que entrañan ciertos riesgos, sabiendo que se puede producir alguna tragedia⁶⁵⁸, que no se conoce hasta que, existen datos objetivos que califican la práctica de lo que la norma regula.

⁶⁵⁷ Beauchamp, Tom y Childress, James, *op. cit.*, p. 221.

⁶⁵⁸ *Ibidem*, pp. 222-223

5.2.5 De los cuidados paliativos

Este argumento, junto al de la eutanasia pasiva, se presentan como opciones preferibles a la eutanasia activa voluntaria. El argumento que rechaza la regulación de la eutanasia activa y se inclina a favor de los cuidados paliativos es, aparentemente, el más fuerte que hay contra la eutanasia activa voluntaria. Y esto porque representa el acompañamiento del paciente, la atención especializada del dolor y el sufrimiento, y la experiencia que deja para el paciente, la familia y los miembros de las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) la muerte del primero. Sin embargo, tampoco se puede confiar en este argumento por las razones que se expondrán a continuación.

La premisa principal de los cuidados paliativos y el control del dolor gira en torno a la “doctrina del doble efecto” elaborada por Tomás de Aquino, según la cual “nada evita que una acción tenga dos efectos, uno intencionado y el otro no. Pero las acciones morales son juzgadas con relación a los objetivos perseguidos, no a las consecuencias no buscadas. Por lo tanto, actuar en defensa propia puede tener dos efectos: uno es salvar nuestra vida y el otro es acabar con el agresor. Así pues, esta forma de actuar no es injusta, dado que nuestra intención es salvar la vida”⁶⁵⁹. Esta doctrina sirve como apología para la práctica de la eutanasia pasiva, pues lo que hace el médico con el paciente terminal en las UCP es administrar fármacos que alivien su dolor (consecuencia deseada) y acorten su vida (consecuencia no deseada, pero tolerada). La intención del médico, según esta teoría es, pretender paliar el dolor, y aceptar la consecuencia negativa que tiene su acción, es decir, la muerte del paciente. Según esta doctrina lo que se está haciendo con el paciente, es dejarlo morir y no matarlo (como ya se vio, la opción de dejar morir no siempre es preferible a matar). La administración de drogas analgésicas tiene como límite la muerte del paciente. Se puede llegar a controlar el dolor pero no los sufrimientos, ya que “no hay pruebas de que se pueda aliviar todo el sufrimiento físico asociado a una enfermedad terminal”⁶⁶⁰. Sólo se centran

⁶⁵⁹ Aquino, Tomás, *The summa Theologica*, pág. 209, en Szasz, Thomas, *Libertad fatal*, trad. de Francisco Beltrán Adell, España, Paidós, 2002, pp. 28-29.

⁶⁶⁰ Cassel, Christine K., *op. cit.*, p. 242

en el dolor del paciente como si esto fuera el único síntoma que tiene, también sufre de náuseas, vómitos, disnea, incapacidad para controlar secreciones, pesadillas, delirios, incontinencia, inmovilidad, úlceras, abandono, frustración, tristeza, entre otros.

La doctrina del doble efecto hace hincapié en “la diferencia entre lo que pretendemos o esperamos (aliviar el dolor) y lo que ocurre (se acelera la muerte) cuando damos morfina a un paciente con dolor muy grande”⁶⁶¹. Se considera que esta doctrina, aceptada por la iglesia católica y la mayoría de las legislaciones que establecen los Cuidados Paliativos como un derecho del enfermo terminal, es más peligrosa que una regulación de la eutanasia activa voluntaria. Porque en ésta el médico debe cumplir ciertos requisitos y estar sujeto a una investigación, mientras que en la práctica común de los Cuidados Paliativos, que se basan en la doctrina del doble efecto, nadie conoce las verdaderas intenciones del médico, ni se lleva a cabo una investigación cada vez que se deja morir al paciente, porque se presume que su actuar está justificado. Además, la aceptación generalizada a esta práctica hace impensable que se pueda dudar del médico que administra una dosis mayor de morfina por solicitud de los familiares; no se desconfía de ninguno de ellos, pues sólo se está administrando morfina ¿qué podría pasar?, ¿qué intenciones puede tener el médico y la familia que pide que se aumente la dosis de morfina sino buenas? Las consecuencias pueden ser tan negativas como las que le atribuyen los defensores de esta práctica a la eutanasia activa voluntaria, que van desde intenciones económicas hasta eliminatorias.

De acuerdo con José Ferrater, Kant sostenía que “nadie puede nunca saber si un acto ha sido ejecutado de acuerdo con una razón, pues nunca se puede ver claramente la motivación de otra persona –e inclusive la propia”⁶⁶². Por su parte, Helga Kuhse sostiene que “las intenciones (...) son en última instancia estados mentales, es decir, son íntimos y no inmediatamente visibles para un observador

⁶⁶¹ Cassel, Christine K., *Op. cit.*, p. 240.

⁶⁶² Ferrater Mora, José y Cohn, Priscilla, *op. cit.*, p. 100.

extremo”⁶⁶³. Por ello, no está demasiado claro “cuando un médico administra cuidados paliativos que acortan la vida o desconecta un respirador, ¿tiene la intención de mitigar el dolor y el sufrimiento o pretende la muerte del paciente? ¿Puede alguien llevar a cabo una acción tal como retirarle a un paciente la respiración asistida sabiendo que este morirá, sin al mismo tiempo pretender la muerte del paciente?”⁶⁶⁴.

Supóngase que un médico administra una dosis alta de morfina a un paciente con dolores intensos porque al médico le ha parecido molesta la forma en que aquél se quejaba. El médico puede justificar su acción aduciendo que inyectó dicha dosis de morfina para aliviar el dolor del paciente, más nunca se sabrá que el hecho de que el paciente expresara sus malestares fueron el motivo por el cual el médico decidió terminar con su vida, pues le eran molestos y desagradables. O bien, imagínese que en una UCP el esposo de una mujer que está muriendo de cáncer de seno en etapa terminal, solicita al médico que dejen de administrar alimentación artificial a su esposa quien está inconsciente, para que ésta muera lo antes posible y pueda él cobrar una cuantiosa herencia. ¿Son correctas estas acciones? Al estar permitidas la eutanasia pasiva, esto es la interrupción o el rechazo a un tratamiento, y los Cuidados Paliativos, la administración de fármacos para paliar el dolor, en la ley, se ha dado lugar a que no se cuestione ni se argumente en contra de ellas, pues es preferible dejar morir que matar. A pesar de que dejar morir “puede suponer un proceso larguísimo, angustiante y poco digno: una contradicción con todo aquello por lo que la persona luchó en su vida”⁶⁶⁵.

Aunado a lo anterior, existe, en algunos países, un desconocimiento y temor a aplicar drogas analgésicas a los pacientes que están muriendo, por lo que el objetivo de los cuidados paliativos suele postergarse y se espera a que la muerte termine con esa tensión. En este sentido afirmaba el médico Timothy Quill que “es un caso de negligencia culposa no estar informado y dispuesto a recetar

⁶⁶³ Kuhse, Helga, “La eutanasia voluntaria y otras decisiones médicas sobre el final de la vida. A los médicos se les debería permitir que echaran una mano a la muerte” en Thomasma, David C., y Kushner, Thomasine, *op.cit.*, p. 275.

⁶⁶⁴ *Ídem.*

⁶⁶⁵ Kuhse, Helga, *op. cit.*, 274.

calmantes fuertes por parte del médico que vaya a tratar a enfermos muy graves”⁶⁶⁶. En otros países el avance ha sido significativo en comparación de los anteriores, pues las UCP cuentan con los servicios necesarios para evitar condiciones de indignidad al momento de la muerte del paciente. A pesar de ello, “las residencias para enfermos desahuciados siguen siendo en medicina algo así como un “gueto”. Trasladamos a nuestros pacientes para que sigan un programa en este tipo de centros y generalmente no volvemos a verlos. Recurrimos a especialistas en cuidados al moribundo en lugar de aceptar que atender a estos pacientes terminales es parte de lo que todo médico debería hacer”⁶⁶⁷. En este caso, al médico se le aparta del enfermo terminal que recibe cuidados paliativos, como si ya no se le pudiera ofrecer nada más o aprender algo de esta situación.

La doctrina del doble efecto sirve solamente para disimular la estabilidad en las decisiones médicas al final de la vida y aparentar que no se necesita legislación alguna, pues el tratamiento técnico del dolor es la solución a los dilemas éticos al final de la vida de los pacientes. Si se aceptara lo anterior, por un lado, se estarían ignorando las necesidades de los pacientes, al imponer un modo de morir para todos, sin reconocer que así como algunos están satisfechos con los cuidados paliativos, habrá quienes estén satisfechos con una regulación que permita la eutanasia activa; por el otro, se estaría reconociendo implícitamente la medicalización de la muerte. Los que defienden los cuidados paliativos piensan que la mejor forma de tratar al enfermo terminal es mediante la administración de drogas que alivien su dolor y hagan más ligero el tránsito de esta vida a la otra (si se cree en una vida trascendental), o bien, que se muera en condiciones de dignidad. Por tal motivo, estos cuidados contribuyen a no entender lo que la muerte significa para el paciente, al mantenerlo sedado, tranquilo y estable, se olvida que “la muerte debiera ser una de las experiencias más profundas y significativas de la vida humana”, pues cuando reclaman una muerte digna, “no están necesariamente reclamando la eutanasia o el suicidio, pero de algún modo

⁶⁶⁶ Quill, Timothy E., “La muerte médicamente asistida. ¿Progreso o peligro?”, en Gracia, Diego (ed.), *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Fundación Ciencias de la Salud, Doce Calles, 1996, p. 25.

⁶⁶⁷ Cassel, Christine K., *op. cit.*, p. 240.

ven que estas son las únicas alternativas dignas, ya que temen que la medicina se apodere de su muerte”⁶⁶⁸.

La muerte medicalizada representa también el alejamiento de la familia del paciente, quien entra en un sueño profundo antes de morir y ya no puede, en esas condiciones, despedirse de sus familiares. Esta muerte es producto de la relación fría e intrascendente, consecuencia del avance de la tecnología aplicado a la medicina, que se criticó en el capítulo segundo. El control de la muerte pertenece a la institución de salud, al médico, a los miembros de las UCP, a la familia -en algunos casos-, y nunca al paciente. Esta es una violación flagrante al principio de autonomía, al de no maleficencia y al de beneficencia.

Por otro lado, es falsa la creencia de que la doctrina del doble efecto trae como consecuencia accidental la muerte del paciente tras el suministro de morfina o la retirada de los soportes vitales. En estos casos, la muerte es una consecuencia premeditada y deseada, pues de lo contrario el médico prescindiría del alivio del dolor.

Finalmente, se argumenta que cuando se dan los cuidados paliativos, los miembros de las UCP viven, junto al paciente, una experiencia esencial que les enriquece la vida. La importancia de cuidar a los moribundos les dota de un sentido especial la existencia. Por ello, promueven la existencia de este derecho, ya que gracias al cuidado a los incurables, ellos pueden tener una experiencia trascendental, casi sagrada. Este argumento sólo pone en evidencia la vulneración de lo que Kant había proscrito, no utilizar a los seres humanos como medios, sino como fines. Quien cree que mediante el cuidado de los moribundos logra sentirse reconfortado, está utilizando, se está sirviendo de los pacientes terminales para obtener un fin deseado, que es dicha experiencia. Es moralmente incorrecto defender la opción de los cuidados paliativos con base en estos argumentos, pues se imponen sacrificios a los pacientes con el fin de que los cuidadores disfruten de una experiencia única y enriquecedora. La experiencia al final de la vida debe ser vivida por el paciente que es quien va a morir, y, si acaso de forma conjunta, con

⁶⁶⁸ *Ibidem*, p. 243.

el personal que lo atiende en estas Unidades, pero muchas veces el paciente ni siquiera se entera de lo que sucede pues está bajo el influjo de fuertes sedantes que alivian su dolor y le mantienen dormido.

No se está en contra del sentido humanitario ni mucho menos se promueve el abandono del paciente, pero no se puede no decir nada acerca de esta cuestión toda vez que se escudan tras la compasión y el acompañamiento, para darle un sentido a su profesión. Es contrario a la no maleficencia y a la justicia, obligar a los pacientes a vivir una vida que ya no querían vivir por considerarla indigna o contraria al valor sagrado de la misma.

Se está a favor de los cuidados paliativos, pero se considera que no puede disponerse sólo de esta opción al final de la vida, en razón de los argumentos desarrollados líneas arriba.

5.3 El debate de Tom L. Beauchamp y James F. Childress.

Los autores de la teoría en la que se sustenta este trabajo de investigación, realizan un debate en torno a la permisibilidad de la eutanasia. Como se dijo en el primer capítulo, los autores tienen concepciones divergentes que se manifiestan a lo largo de su libro, la más importante es la relacionada con la eutanasia. Podría considerarse que Beauchamp es liberal y que Childress es conservador. Ninguno sostiene concepciones radicales, por lo que logran hacer un diálogo enriquecedor en el que van presentando hipótesis a favor y en contra de la eutanasia y al final llegan a una conclusión.

Los autores reconocen como hecho evidente que algunas personas, pertenecientes al ámbito médico o no, “piensan que la asistencia activa de los médicos está moralmente justificada cuando pacientes gravemente enfermos o moribundos lo piden. Muchos piensan incluso que, bajo minuciosa supervisión, estos actos de asistencia a la muerte deberían estar legalmente permitidos”. Por esta razón, se han desarrollado numerosos escritos en los que se alega a favor de la regulación de la eutanasia. Aunado a lo anterior, otras personas “piensan que matar a los pacientes no resulta coherente con la función asumida por estos

profesionales de cuidar y curar a los enfermos, que plantearía conflictos de intereses y que corrompería la misión del médico”⁶⁶⁹.

A partir de lo anterior, los autores parten de una creencia compartida, según la cual “en determinados casos existen importantes razones morales que justifican matar por compasión, pero no son suficientes como para revisar tanto los códigos de ética como las políticas o normas públicas”⁶⁷⁰. Consideran moralmente permisible la eutanasia, pero no tanto como para que esté regulada en la ley. De acuerdo con esto, “no es lo mismo justificar un acto que justificar una práctica habitual o una norma”. Una regla que prohíbe matar, puede tener excepciones, en casos específicos. Sostienen que, “por razones normativas, a veces es necesario prohibir este tipo de actos en general, aunque moralmente no sean incorrectos”. Llegan a la conclusión de que, está moralmente justificado permitir la eutanasia como un acto privado, y no como una permisión general. Lo anterior, no porque piensen que una legislación que permite la eutanasia incite a los médicos a matar a los pacientes, sino porque la regulación de la eutanasia activa voluntaria puede generar consecuencias negativas incontrolables. Para ellos, “el problema es que aceptar una práctica habitual o una norma que permita matar puede dar lugar a abusos y, ponderando, puede causar más perjuicios que beneficios...No es que los abusos se vayan a producir inmediatamente, pero sí irán aumentando con el paso del tiempo. La sociedad puede comenzar restringiendo estrictamente el número de pacientes que cumplen los requisitos para tener una muerte asistida, pero estas restricciones acabarían revisándose y modificándose, y terminarían aplicándose en casos en los que no estaría justificado matar”⁶⁷¹.

Este argumento descansa en el de la pendiente resbaladiza en la versión psicológico-sociológica, la cual, como ya se vio, establece que las excepciones a las reglas habituales, puede hacerlas tan flexibles que terminarían por volverse obligatorias, causando un impacto social y psicológico a la sociedad. Por ejemplo, si a la norma que considera “está prohibido matar” se le agregara una excepción,

⁶⁶⁹ Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *op. cit.*, pp. 214-215.

⁶⁷⁰ *Ibidem*, p. 217.

⁶⁷¹ *Ídem*.

como la de “está permitido matar a pacientes terminales”, dicha excepción provocaría, a largo plazo, que se considere permisible matar a cualquier tipo de pacientes.

En este sentido, consideran los autores que “si las reglas que permiten la eutanasia activa voluntaria se convierten en normas o políticas públicas, los individuos pertenecientes a estos grupos pueden acabar sufriendo perjuicios importantes; por ejemplo, existiría mayor riesgo de que tanto las familias como los profesionales sanitarios maten a” los pacientes vulnerables⁶⁷². Por lo tanto, es menester mantener las normas que prohíben esta práctica, con lo cual también se mantendría la confianza en los médicos, la cual se ve amenazada con la permisión de estos actos. La asistencia en la muerte puede ocasionar temores en los pacientes y en la sociedad, en aquellos por estar constantemente amenazados en la relación médico-paciente, y con la sociedad en general, respecto de que se abusaría de los disminuidos física y psíquicamente.

No obstante, como bien señalan los autores, los argumentos de la pendiente resbaladiza se basan en “predicciones especulativas” sobre el impacto social y psicológico que una regulación a favor de la eutanasia activa voluntaria podría producir. Si este impacto es real, la legalización debería de estar prohibida, más no existen suficientes pruebas que conduzcan a pensar que el hecho de permitir la eutanasia representaría el colapso de la sociedad, la pérdida de confianza en los médicos, o la muerte obligatoria a cualquier paciente terminal.

El argumento de la pendiente resbaladiza, señalan los autores, es incompleto y se sustenta en supuestos difíciles de constatar. Puesto que, “la probabilidad de que se produzca un desgaste moral es, por tanto, difícil de valorar. Los argumentos tanto a favor como en contra son especulativos y analógicos, y análisis distintos que parten de los mismos datos llegan a conclusiones diferentes”.⁶⁷³

Utilizando el ejemplo de la eutanasia pasiva, Beauchamp y Childress, sostienen que si ésta es aceptada, y las consecuencias que provocan no son alarmantes,

⁶⁷² *Ibidem*, p. 218.

⁶⁷³ *Ibidem*, p. 219.

entonces, ¿por qué habrían de ser las de la eutanasia activa voluntaria? No existe una razón para permitir a un paciente rechazar o interrumpir un tratamiento, y prohibirle solicitar la intervención activa del médico para provocar la muerte. Si se admite a los médicos desconectar los instrumentos de soporte vital a los pacientes, y esto no erosiona las bases de la sociedad, por qué habrían de erosionarse dichas bases, admitiendo prácticas como la eutanasia activa y el suicidio asistido. La creencia de que se permite la eutanasia pasiva y se prohíbe la activa se basa en alguno de los argumentos expuestos en este capítulo, sin embargo, como se ha tratado de exponer, tales argumentos no se pueden sostener como argumentos absolutos, sino *prima facie*, además de que se basan en distinciones endebles como *matar/dejar morir*, *activo/pasivo*, *acto/omisión*, etc. Pareciera que, con aceptar leyes que sólo permiten dejar morir a los pacientes, lo que se está haciendo es “luchar por restringir al máximo el acto de matar”, olvidando que los pacientes que solicitan la eutanasia lo hacen porque consideran su vida carente de calidad suficiente para ser vivida. Se olvida que, lo que debe hacerse es respetar las decisiones de los pacientes, en vez de proteger una concepción sagrada de la vida.

Por lo anterior, la permisión de la eutanasia activa voluntaria, estaría justificada si mediante ella se logra “ayudar compasivamente a determinados pacientes a morir” aliviando “el dolor y el sufrimiento extremo e insoportable que pueden llegar a ser tan limitantes e inhumanos” al grado de “que la muerte parezca un gran beneficio”⁶⁷⁴. Sólo en estos casos, resulta viable concebir la eutanasia activa voluntaria dentro de la ley.

En consonancia con lo anterior, se vuelve idóneo presentar la eutanasia como la última alternativa a la cual los pacientes terminales tengan acceso para terminar con sus sufrimientos, pues para algunos esta práctica es atractiva, pero para otros no. Ambas decisiones son respetadas. Quienes consideren otra opción, como por ejemplo, los cuidados paliativos, preferibles a la eutanasia, tendría que ser

⁶⁷⁴ *Ibidem*, p. 221.

respetada su decisión, así como a los que contemplen la eutanasia preferible a aquéllos.

Finalmente, como se puede apreciar el diálogo que los autores realizan en torno a la eutanasia contiene respuestas contradictorias, lo cual se debe a que ambos tienen ideologías diferentes. Ellos concluyen de un modo ambiguo, pues no creen que “la legalización sea lo mejor ni que deba ser rechazada”⁶⁷⁵. Coherentes con las ideas que constituyen su tesis, proponen que tanto una opción como la otra, necesita estar sujeta al equilibrio reflexivo, sin embargo inconscientemente, quizá, se inclinan por la legalización del suicidio asistido⁶⁷⁶.

5.4 La teoría de los principios vinculada a la Ley General de Salud para justificar la Eutanasia Activa Voluntaria.

El objetivo de esta tesis ha consistido en construir argumentos a favor de la eutanasia activa voluntaria que estén basados en la Teoría de los Principios de Beauchamp y Childress, a fin de concebirla en la Ley General de Salud. Cabe señalar que estos autores reconocen principios que derivan de la moral común, por tanto, dichos principios no son ajenos a los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Federal, en general, o en la Ley General de Salud, en particular, ya que estos derechos también derivan de la moral común que comparte la sociedad y su validez se justifica en que son propios de la sociedad que se trate.

En consecuencia, al realizar una interpretación de los artículos contenidos en la Ley General de Salud, se pone en evidencia la vinculación que existe entre ésta y la Teoría de los Principios, ya que en dicha ley, se reconocen como derechos y obligaciones de los pacientes y el personal de salud, los principios morales que Beauchamp y Childress desarrollan en su teoría.

⁶⁷⁵ *Ibidem*, p. 223.

⁶⁷⁶ *Ibidem*, p. 228.

Por ejemplo, en la ley se encuentran disposiciones relativas al principio del respeto a la autonomía⁶⁷⁷ como un derecho de los pacientes en general, y de los pacientes terminales en particular. Así, el artículo 51 Bis 1, así como el 77 bis 37, V, de la Ley establece que “los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o aplique”. En caso de que el paciente tenga alguna incapacidad para expresar su autorización, la decisión será otorgada por algún familiar o representante legal, según el artículo 51 bis 2 de la misma Ley. Este derecho se complementa con el que reconoce que los pacientes pueden decidir libremente sobre su atención (artículo 77 bis 37, fracción VIII) y otorgar o no su consentimiento informado (artículo 77 bis, fracción IX). A su vez, la ley obliga a los pacientes a informarse sobre los procedimientos médicos existentes, a informar al equipo de salud de forma veraz sobre sus antecedentes y problemas de salud, a cumplir las recomendaciones y prescripciones del médico, a informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos, entre otras. (artículo 77 bis 38, fracciones III, IV, V y VI). Estos artículos se refieren a la vinculación del principio de respeto a la autonomía. No sólo este principio puede encontrarse contenido en la ley, también está el de no maleficencia⁶⁷⁸, el de beneficencia⁶⁷⁹ y el de justicia⁶⁸⁰.

Las correspondencias que existen entre la Ley General de Salud y la Teoría de los principios, fueron enunciadas en los dos primeros capítulos de esta investigación, por lo tanto, no serán objeto de este apartado, aunque si se tomarán en cuenta para resolver la cuestión principal que es desentrañar ¿cómo puede vincularse la Teoría de los Principios en la Ley General de Salud respecto de la Eutanasia Activa Voluntaria?

⁶⁷⁷ Artículos. 166 bis 3, fracciones I, V, VI, VII, X; 166 bis 4, 5, 6, 7, 10, 11; 166 bis 14. fracciones I, II, III, IV, y V.

⁶⁷⁸ Artículos. 77 bis 36, 37. Fracción III; 166 bis, 166 bis 1. Fracciones VI y VII; 166 bis 3, fracciones I, II, III, IV, VII, VIII, IX; 166 bis 6 y 7; 166 bis 14, fracción IX; 166 bis 16, 166 bis 17, 166 bis 19, 20,

⁶⁷⁹ Artículos 77 bis 1, 37, fracción XVI, 110; 166 bis 14, fracciones VI, VII, VIII; y 15; 166 bis 18.

⁶⁸⁰ Artículos. 6, fracción VI; 26, 28, 34-40; 77 bis 7, 11, 12, 21, 37. Fracciones II y XIV

Para concebir la eutanasia voluntaria en la Ley General de Salud, es necesario recurrir a las definiciones expuestas en el capítulo cuarto de esta tesis. Pero antes, es menester hacer notar dos situaciones que contempla la Ley General de Salud que vienen a ser contradictorias. Por un lado, reconoce como derecho de los pacientes la posibilidad de interrumpir un tratamiento cuando se considere éste extraordinario a fin de evitar la obstinación terapéutica, y por el otro, prohíbe la práctica de la eutanasia, considerada como homicidio por piedad. En lo siguiente se pondrá en evidencia esta contradicción de la mano de las definiciones y argumentos que se han esgrimido líneas arriba.

En primer lugar, la Ley General de Salud reconoce distintos derechos a los pacientes en situación terminal, los cuales encuentran su correspondencia, como ya se mencionó, con los principios de la teoría de Beauchamp y Childress. En este sentido, la Ley reconoce en el artículo 166 Bis, fracción IV el derecho a recibir un trato digno, respetuoso a fin de que se preserve la calidad de vida del paciente; asimismo, la fracción V, reconoce el derecho a recibir información clara, oportuna y suficiente de las condiciones y efectos de su enfermedad, así como de los tratamientos disponibles, con el objetivo de que, una vez informado, el paciente pueda otorgar o no su consentimiento informado. En la fracción VIII se reconoce el derecho a renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento, cuando se considere extraordinario⁶⁸¹.

Este último derecho se reconoce de manera general en el artículo 166 bis 4, pues la ley señala que “toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad”. Y de manera específica en el artículo 166 bis 5 establece que “el paciente en situación terminal,

⁶⁸¹ Por tratamiento extraordinario, la ley entiende los medios que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello (artículo 166 bis 1, fracción VI).

mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo”. Finalmente, en el artículo 166 bis 6, se explica en qué consiste la suspensión del tratamiento: “supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente”, lo que implica que “el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente”.

Con base en lo anterior, lo que la Ley reconoce en estos artículos es la posibilidad de practicar la eutanasia pasiva voluntaria, ya que ésta consiste en el rechazo a iniciar un tratamiento o la suspensión del mismo (mediante la retirada de aparatos o medicamentos que mantienen con vida al paciente) con el fin de que la muerte se produzca de manera natural.

Cuando la Ley permite que un paciente terminal rechace o interrumpa un tratamiento para preservar su calidad de vida y evitar la obstinación terapéutica a través del medio extraordinario, está permitiendo una forma de eutanasia.

Como ya se mencionó, esta disposición jurídica, que no es otra cosa que un derecho acorde con las necesidades de los pacientes terminales, producto de los derechos fundamentales de la libertad e intimidad reconocidos en la Constitución, es contradictoria con otra disposición contenida en la ley: la prohibición de la eutanasia del artículo 166 bis 21.

Sin embargo, es erróneo pensar que la ley prohíbe la eutanasia, puesto que dicho artículo lo que prohíbe es el homicidio consentido, que aunque parezcan ser sinónimos, en estricto sentido no lo son. Recuérdese la definición de eutanasia que se expuso en el capítulo cuatro y la definición de homicidio consentido a la que alude la Ley General de Salud que se encuentra en el Código Penal Federal.

Por un lado, la eutanasia es *el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte del paciente, sin dolor, y a petición de éste, siempre y cuando la muerte represente un beneficio para el mismo y su calidad de vida haya disminuido como consecuencia de una enfermedad terminal*, por el otro, el delito de homicidio consentido *se comete cuando un sujeto ejecuta la muerte de otro por petición propia*.

Evidentemente se está hablando de dos cosas distintas, pues cada definición tiene elementos propios que no son compatibles entre sí, y que en el caso del homicidio consentido son ambiguos y abiertos. En el caso de la eutanasia, se requiere que el sujeto que la aplica inexcusablemente debe ser un médico, a petición del paciente en situación terminal; en cuanto al homicidio consentido, puede ser realizado por cualquier persona, no necesariamente un médico, a petición de cualquier persona, sin importar si tiene o no alguna enfermedad terminal. Esta imprecisión pone en duda la creencia de que el homicidio consentido es lo mismo que la eutanasia activa voluntaria, por tanto, no pueden concebirse ni restringirse del mismo modo.

La eutanasia activa voluntaria es acorde con la Teoría de los Principios, y ésta con la Ley General de Salud, por tanto puede ser objeto de consideración dentro de dicha ley, mientras que el homicidio consentido, sólo puede ser objeto de atenuación de la pena; en tanto que, la primera forma parte de la asistencia a los enfermos terminales, el segundo, es considerado como delito.

Por tal motivo, no está justificada la prohibición de la eutanasia dentro de la Ley General de Salud, pues como se ha hecho notar, lo que la ley prohíbe no es eutanasia, sino homicidio consentido. Ahora bien, si este argumento no es suficiente, habrá que atender a la incoherencia de la primera situación, es decir, a la permisión de la eutanasia pasiva voluntaria.

La idea de dejar morir como preferible a la de asistir activamente la muerte, es una idea equívoca, ya que a veces dejar morir es peor que matar. Piénsese en un prisionero al que se le retira el agua y el alimento y se le obliga al ayuno con el fin de provocar su muerte por inanición. Otro ejemplo, pero ahora en el terreno de la

medicina, donde dejar morir implica retirar un tratamiento o aparato al paciente para que la enfermedad continúe su evolución, piénsese en un hombre que llega a una Unidad de Cuidados Intensivos y desconecta de tajo todos los respiradores artificiales de los pacientes porque pensaba que estaban sufriendo demasiado, y en consecuencia todos los pacientes mueren. De acuerdo con la definición, a los pacientes se les dejó morir, pero para todos resulta evidente que esto no fue un acto de dejar morir, sino de matar.

Si bien, la diferencia entre dejar morir y matar no es moralmente relevante, debe tomarse en cuenta para demostrar que en realidad lo que afecta al hecho de matar no es que éste sea malo en sí, sino que la palabra tiene una connotación negativa, sea un acto bueno o malo el que esté detrás de ella. Por ejemplo, no es lo mismo pensar el acto de matar a los enemigos en tiempos de guerra, que matar a un hombre en tiempos de paz. Asimismo, tampoco es lo mismo matar a un hombre con su consentimiento que sin éste. Pero el efecto negativo de la palabra también contamina el acto que está detrás del matar, no así la idea misma de dejar morir. Por ejemplo, si el paciente decide que se le deje morir, el médico está actuando correctamente, pero si el paciente le insiste al médico que quiere vivir, y el médico le desconecta del respirador o le deja de suministrar determinado tratamiento a fin de dejarle morir, éste actuó de manera incorrecta.

Lo que aquí se está tratando de decir, es que tanto matar o dejar morir, como eutanasia activa o pasiva, no son actos buenos o malos en sí. Lo que importa aquí es dar razones suficientes para justificar cualquiera de los dos. Así como se han dado razones para justificar la legítima defensa o la guerra justa, así pueden darse razones para asistir la muerte de un paciente terminal cuando se lo solicita a su médico. Lo que hace la diferencia, como se ha venido repitiendo, no es el hecho en sí, sino el caso particular y la justificación que se haga del mismo. Por ejemplo, si un médico desconecta el respirador artificial que mantenía con vida a un paciente canceroso que había caído en coma, porque necesitan la cama que éste ocupa, es un hecho moral y jurídicamente reprobable. Mientras que, si un médico, a petición del paciente, le inyecta una dosis alta de morfina o le prescribe una

dosis letal de barbitúricos, a fin de evitar el sufrimiento del paciente, es un hecho moral y, dígase de una vez, jurídicamente aceptable, puesto que la acción del médico no vulnera los derechos que recoge la Ley General de Salud.

Por esta razón, debería contemplarse la posibilidad de la Eutanasia Activa Voluntaria en la Ley General de Salud, como un último recurso que tienen los pacientes con el objetivo de determinar el modo en que morirán. Con esto no se está proponiendo la prescripción de la muerte, sino que se busca conformar, dentro del derecho a la libertad, una opción que funcione como último recurso a los pacientes terminales a fin de que puedan elegir morir con responsabilidad y dignidad, ya que esta opción es compatible con la Teoría de los Principios y los derechos fundamentales reconocidos en la Ley General de Salud y la Constitución.

Con objeto de sustentar lo anterior, se expondrán argumentos que demuestren la viabilidad de la eutanasia activa voluntaria dentro de la Ley, y mostrar, además, que limitar las opciones en el proceso de morir por parte de la misma, es un acto contrario a los principios que la dicha ley establece.

La Ley General de Salud, con base en el derecho a la libertad, concede a los pacientes la posibilidad de aceptar o rechazar un tratamiento, cuando éste se considere extraordinario con la finalidad de que llegue la muerte de manera natural. Esto es, como se mencionó líneas arriba, la Ley admite una forma de eutanasia –pasiva–, este hecho resulta contradictorio con la prohibición que hace la ley, acerca de la asistencia en la muerte de los pacientes, es decir, la eutanasia activa. Y es contradictorio, como se ha venido mencionando, porque se trata del reconocimiento de un mismo derecho con limitantes y prohibiciones que, en esencia, no permiten el real y efectivo cumplimiento de dicho derecho.

Este hecho es contradictorio, además, porque si se está hablando del derecho a elegir entre aceptar o rechazar un tratamiento, no existe una justificación objetiva que indique por qué se prohíbe solicitar otro tipo de ayuda en el proceso de morir siendo las mismas consideraciones y finalidades, es decir, que el paciente es

capaz y que elige para evitar la obstinación terapéutica o la prolongación de su sufrimiento a causa de la enfermedad. Aunado a lo anterior, si las razones que se dan para justificar la libertad de rechazar o aceptar un tratamiento, son juicios acerca de la calidad de la vida, y no de la santidad de la vida, estas mismas razones sirven para justificar la libertad para elegir que un médico asista la muerte de un paciente ya sea mediante eutanasia activa o el suicidio asistido.

Si la Ley General de Salud, admite como derecho de los pacientes terminales rechazar el tratamiento con el fin de que el paciente controle su modo de morir evitando vivir sin la calidad de vida adecuada o teniendo una muerte medicalizada. Se tiene que lo anterior es un hecho y derecho aceptado por los individuos, entonces, ¿por qué negar la posibilidad de optar por la eutanasia activa, siendo las mismas cosas consideradas? A lo que se quiere llegar es a lo siguiente: si dentro de los argumentos a favor y en contra que se presentan como columna vertebral de este capítulo, se concluyó que no existe una diferencia moral entre eutanasia activa y eutanasia pasiva, entonces, ¿por qué el legislador, marca una distinción jurídica en estos dos hechos? Aquí no se entrará en un debate acerca de si el derecho debe estar libre de moral o no, sino solamente se pondrá en evidencia, cómo la moral sirve, en ocasiones, para justificar y garantizar el cumplimiento efectivo de un derecho. De modo que, si no existe una diferencia moral relevante entre los dos tipos de eutanasia, ¿por qué hacer una distinción dentro de la ley, al permitir una y prohibir la otra?, ¿por qué negar al paciente el pleno ejercicio de la libertad?

En este sentido, la justificación moral de la eutanasia, y jurídica, en tanto que la Ley contempla los principios como derechos fundamentales, consiste en que a partir del reconocimiento de tales principios se puede concebir la posibilidad de la eutanasia activa voluntaria, de acuerdo con la definición que se ha elaborado de esta práctica. Así se tiene que, con el respeto por la autonomía del paciente, el médico se ve constreñido tanto a proporcionar información suficiente acerca del diagnóstico, pronóstico y procedimientos terapéuticos existentes, como a respetar la decisión que el paciente tome a partir de esa información. El respeto de la

autonomía implica, por tanto, brindar información, orientación y comprensión al paciente, para que éste sienta confianza y pueda expresar su decisión sin el temor de que se le considere sólo como sujeto pasivo en la relación con el médico, o se le considere mentalmente disminuido por elegir morir.

El respeto a la autonomía comprende el respeto por las decisiones del paciente, tanto las que sean a favor o en contra de un tratamiento, como las que comprendan una solicitud activa de la muerte por parte del médico.

Si se respeta la autonomía del paciente, se está, a su vez, respetando el principio de no maleficencia. Esto es, al respetar al paciente, al reivindicar su derecho a elegir, se le está reconociendo la autodeterminación en su proceso de morir, bien si elige la forma pasiva de la eutanasia o la activa. De lo contrario, ignorar la petición del paciente, argumentando que terminar con su vida implica causarle un daño irreparable, es una contradicción manifiesta, puesto que, si el paciente que solicita la eutanasia lo hace porque considera esta opción como preferible a seguir viviendo bajo los efectos de la enfermedad, al atender su petición no se le está causando ningún daño. Si se negara la posibilidad de la eutanasia activa, y sólo se admitiera la eutanasia pasiva, es como si se le dijera al paciente: “Puedes rechazar un tratamiento o interrumpirlo, pero nada más, aunque quieras no puedes ir más allá. Debes esperar a que la muerte vaya llegando por pedazos, gota a gota, medicalizada, pero nunca provocada, aunque esta sea tu voluntad”. Mientras llega la muerte, el cuerpo médico se dedica a paliar el dolor del paciente, al grado de que se le mantiene sedado los últimos días de su vida, sin que exista la posibilidad de acortar el sufrimiento y el dolor.

La obstaculización de la eutanasia activa voluntaria, produce un daño al paciente, no físico pero sí psíquico, pues se le obliga a vivir una vida que ya no quería vivir. Se le impone el sacrificio de permanecer en un cuerpo lacerado por la enfermedad, cuando el paciente está convencido de que la vida –su vida-, ha perdido la calidad mínima para vivirla con dignidad, razón por la cual pide que se le asista activamente en su muerte, más el Estado lo prohíbe mediante la ley, pues toma el papel de garante de la vida al grado de que obliga a los pacientes

terminales a vivir contra su voluntad, actuando, por tanto, de manera maleficiente contra ellos.

La coacción de la libertad que realiza el Estado, encuentra su fundamento en la idea de que el paciente es incapaz para tomar una decisión acerca de su vida y de su muerte. En este sentido, el Estado toma el papel de un padre que no permite que sus hijos, incapaces para actuar con responsabilidad, ejerzan su libertad. Esta coacción no tiene lugar en una sociedad democrática, en cuanto a que sin libertad se estaría viviendo bajo la sombra del autoritarismo. Por tal motivo, limitar la libertad de los individuos, cuando éstos actúan sin provocar daños a terceros, no tiene fundamento en una sociedad que reconoce entre sus derechos fundamentales básicos, la libertad. Este hecho, provoca en el paciente que desea elegir la eutanasia activa voluntaria un daño irreparable.

En cuanto a la beneficencia, se proscribe al médico actuar contra los intereses del paciente, y solo a favor de éstos. Por tanto, si la muerte representa un beneficio para el paciente –por razón de su enfermedad terminal-, la eutanasia activa voluntaria resulta acorde con la observancia a este principio. Si el médico acepta la petición del paciente, no estaría actuando contra la beneficencia, sino en consonancia con este principio.

Por las razones expuestas se considera que la eutanasia activa voluntaria, no es contradictoria con los principios morales y los derechos fundamentales reconocidos en la Ley General de Salud, razón por la cual, su incorporación estaría justificada. En este sentido, al incorporar la Teoría de los Principios a la Ley General de Salud, no basta con reconocer la libertad para elegir rechazar o interrumpir un tratamiento, sino que debe existir la garantía de que esa libertad también contemple la elección de la asistencia activa en la muerte del paciente, sólo así el respeto a la autonomía alcanzaría su observancia y cumplimiento adecuado. Si se respeta la autonomía del paciente que desea morir, se respeta a su vez la inviolabilidad de la persona, al no imponerle la obligación de vivir una vida que, para él, ha perdido la calidad mínima para ser vivida. Esta conclusión no encuentra contradicción alguna, pues el derecho a la vida no es absoluto, por lo

que al entrar en conflicto con la libertad, habrá que dar razones suficientes, para, dependiendo del caso concreto, determinar cual prevalece.

Conclusión

*“Poder morir significa: ser capaz de ese soportar.
y nosotros sólo somos capaces de ello
si nuestro ser acepta el ser de la muerte
[...] Por todas partes la inmensa miseria de innumerables,
atrocies muertes no muertas y, sin embargo,
la esencia de la muerte le está vedada al hombre”*

Martin Heidegger.

Los argumentos que se han construido a lo largo de este trabajo, conforman la hipótesis principal, es decir, ponen de manifiesta la posibilidad para concebir la eutanasia activa voluntaria en la Ley General de Salud con base en la Teoría de los Principios de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. A través de dicha teoría, se puso en evidencia la contradicción que existe en la ley al permitir un tipo de eutanasia y prohibir otro. En este sentido, también se hizo explícito que no existe ninguna contradicción dentro de la Ley al concebir la eutanasia activa voluntaria, como una opción más a los pacientes terminales al final de su vida. Esta opción, como se expresó, es sólo un último recurso, por medio del cual, el paciente puede ejercer la autonomía que reconoce la ley para intervenir y determinar su proceso de morir.

El tema de la eutanasia no es un tema que se pueda considerar agotado, al contrario, es un tema del cual la sociedad tiene la obligación de discutir, debatir y proponer utilizando siempre argumentos basados en la razón. Así como sostenía Goethe sobre el suicidio, la eutanasia es un tema que cada época y cada sociedad, tiene la obligación de reflexionar y debatir sobre su permisibilidad o prohibición. Aunado a lo anterior, la eutanasia es un tema de vida más que de muerte; no versa sólo sobre cómo morir, sino cómo vivir. También comprende la reflexión y la responsabilidad autónoma, las elecciones conforme se ha vivido, la planeación en base a lo que se es y se ha sido, es decir, es el reflejo de la identidad del individuo conformada a través de valores, intereses y creencias. En este trabajo se han desarrollado argumentos a favor de la eutanasia activa

voluntaria que pueden considerarse como *aproximaciones* para concebir la eutanasia en la Ley, y se presentan aquí como conclusión a tan debatible tema:

PRIMERA.- La palabra *eutanasia* es polisémica, es decir, tiene una gran variedad de significados, que conforman en esencia, un conjunto dialéctico de definiciones. Por ello, fue necesario presentar algunos de los conceptos más relevantes que han sido desarrollados por distintos autores, para así elaborar un concepto compatible con la Teoría de los Principios, los fines de la medicina, el principio de la santidad de la vida y los derechos de los pacientes. El concepto que se realizó considera la eutanasia como un último recurso, como un tratamiento para los pacientes terminales al final de su vida, cuando la muerte representa un beneficio, y nunca un perjuicio para ellos⁶⁸². Este concepto se sustenta en los principios de autonomía, no maleficencia y beneficencia.

SEGUNDA.- La teoría moral que se utilizó en este trabajo de investigación, es la base para justificar los argumentos a favor de la eutanasia activa voluntaria. En este sentido, se tiene que:

- a) El principio de *respeto por la autonomía*, implica la obligación de respetar las decisiones de los pacientes, cuando estén libres de influencias externas y reflejen su individualidad, valores e intereses críticos. Además, el respeto por la autonomía presupone aceptar las decisiones de las personas, cualesquiera que sean, porque se les considera capaces y responsables para tomarlas. Cuando un paciente, solicita a su médico la asistencia activa en la muerte, se garantiza el respeto a esa decisión, tanto por el médico como por el Estado, pues de lo contrario, la libertad para elegir de manera autónoma perdería aquel papel esencial que tiene dentro de una sociedad democrática. Es decir, el derecho del paciente a elegir su propia muerte, debe ser garantizado por el Estado y no obstaculizado.

⁶⁸² En el capítulo cuatro, se elaboró el siguiente concepto: La eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte del paciente, sin dolor, y a petición de éste, siempre y cuando la muerte represente un beneficio para el mismo y su calidad de vida haya disminuido como consecuencia de una enfermedad terminal.

- b) En consonancia con el principio de *no maleficencia*, aceptar la petición de eutanasia por parte del paciente, no siempre corresponde a actuar de modo maleficente, es decir, no siempre significa causar un daño a aquél. Al contrario, en ocasiones, negar al paciente el derecho a elegir su modo de morir, presupone ignorar que el paciente es responsable, tiene capacidad para reflexionar y, tiene valores y creencias que forman parte de su identidad. Lo anterior sí implica un daño al paciente. De este modo, el principio de no maleficencia es trasgredido cuando no se permite que los enfermos, que prefieren morir a vivir una vida que para ellos ha perdido las condiciones mínimas de calidad, determinen su modo de morir. La eutanasia, es decir, causarle la muerte de manera activa a un paciente previa petición autónoma, no representa un daño para el mismo. En cuanto que, negar la ayuda para morir, sí causa un daño irreparable, pues se frustran los planes e intereses de los pacientes, ocasionándoles situaciones de indignación, desesperación y angustia.
- c) Con base en el principio de *beneficencia*, se considera que cuando la muerte representa un beneficio para el paciente y no un perjuicio, la eutanasia queda justificada bajo este principio. Este principio consiste en la obligación del médico a actuar de modo beneficiante con el paciente, si lo hace de este modo, inclinado por la reciprocidad o buscando que su acción se convierta en ley universal, en el caso de la eutanasia, el médico no estaría actuando contra este principio, sino en cumplimiento del mismo. En esta tesitura, cuando el médico se niega a realizar esta práctica, porque el Estado lo considerará un criminal o porque la conciencia del médico se opone a la eutanasia, se estará actuando en contra de dicho principio.

TERCERA.- Los médicos tienen tanto el poder de preservar la vida como el de terminarla. A primera impresión, el primer hecho parece ser siempre moral y legalmente correcto y el segundo no. *Prima facie* el segundo es incorrecto, pues en ocasiones terminar con la vida de un paciente, a petición de este, por causa del dolor y sufrimiento que lleva consigo una enfermedad terminal, justifica esta acción. Los fines de la medicina no sólo permiten la prevención y curación de la

salud, también implican el acompañamiento y, de algún modo, la asistencia en la muerte. Si por eutanasia se entiende, una conducta que reporta un beneficio al paciente que la solicita, entonces, la eutanasia no se contrapone a las finalidades que persigue la ciencia médica, al contrario, por medio de la asistencia en la muerte se logra alcanzar la finalidad de evitar sufrimientos y dolores “innecesarios” al paciente, cuando los cuidados paliativos y el control del dolor no han sido suficientes. Con lo anterior no se pretende decir que una finalidad de la medicina es terminar con la vida de los pacientes, sino poner en evidencia que, cuando la muerte representa un beneficio para el paciente, quien la solicita, aceptar dicha petición está justificada como un fin de la medicina.

CUARTA.- Al contrario de la creencia de que la eutanasia implica abandonar a los pacientes incurables, con esta práctica se toman en cuenta los intereses y deseos del paciente a la hora de morir, se escucha al paciente y se le otorga un valor a la decisión de morir de manera anticipada, pues si se desecha dicha petición por considerar que el paciente que la pide es incompetente o incapaz, se estaría poniendo al paciente en un lugar en el que sólo le tocaría esperar a que alguien más decida cuándo y cómo será su muerte. El paciente pasa de ser una persona capaz e independiente a ser incapaz y dependiente del sistema sanitario, en particular, y del Estado, en general, en lo relativo a su proceso de morir.

No permitir la eutanasia representa considerar al paciente como deficiente mental por solicitar la eutanasia o pedir que el médico le prescriba medicamentos con los que se pueda suicidar. Ignorar al paciente que pide asistencia médica en el suicidio, provoca que el paciente se suicide solo, hecho que no siempre llega a consumarse de manera digna. Es por ello que se dice que la eutanasia reivindica los derechos del enfermo, así como su autonomía y dignidad.

Del mismo modo, la eutanasia refuerza la confianza del paciente en el médico. Un paciente que no confía en su médico, que no ha obtenido de él la información necesaria para tomar una decisión, sería incapaz de realizarle una petición de eutanasia, pues dicha decisión, que implica sentimientos enraizados en el paciente, no se pediría a cualquier médico, sino a aquél en el que se tiene

confianza. De este modo, es falsa la creencia que señala que al permitir la regulación de la eutanasia se abren las puertas de la muerte y se incita a los médicos a matar a sus pacientes. Si el paciente no confía en su médico, ¿cómo podrá permitir que éste asista su muerte?

La permisión de la eutanasia va más allá de eximir al médico que la practica, implica que los médicos actúen conforme a los principios enunciados en el primer capítulo de esta tesis, para que la confianza en los médicos y la medicina, no se vuelva endeble.

QUINTA.- La Teoría de los Principios, parte de juicios ponderados que son comunes a la sociedad, por tanto, dichos juicios no son ajenos al orden jurídico, el cual los incorpora a la Constitución bajo el nombre de Derechos Fundamentales. En este sentido, la Ley General de Salud desarrolla, aparte del derecho a la protección de la salud, el derecho a la libertad, por ello, los pacientes son libres de elegir la opción de recibir un tratamiento, de interrumpirlo o de rechazarlo, siendo estas últimas dos justificadas mediante juicios acerca de la calidad de vida. Puesto que, la Ley reconoce que los pacientes terminales rechacen o interrumpan un tratamiento a fin de evitar la obstinación terapéutica, y logrando que el paciente determine su modo de morir, como parte del derecho a la libertad.

Lo anterior, comprende la eutanasia pasiva voluntaria, es decir, el dejar que el paciente elija se le retiren los aparatos y tratamientos que le mantienen con vida para que la muerte llegue como un proceso natural. Esta opción, clasificada como *dejar morir*, no es incompatible con la opción de *matar*. Tanto *dejar morir*, como *matar*, pueden ser objeto de abusos como de justificación. En este sentido, la justificación del acto no está condicionada a la impresión que se tenga del mismo. Si se cree que *matar* es moralmente reprochable y *dejar morir* no lo es, es un error, puesto que lo que se está tomando en cuenta son las cargas negativas que rodean la palabra. Piénsese por ejemplo, en la decisión por parte del médico de dejar de alimentar a un neonato con el fin de que muera. Esta acción sería considerada como ¿matar o dejar morir? Algunos dirían que el médico mató al

recién nacido, pero en realidad, lo dejó morir, y su acción es moral y jurídicamente condenable.

Ahora bien, si al que se deja de alimentar no es a un neonato, sino a un paciente que por voluntad propia decide se le retire la sonda nasogástrica, el médico que le retira dicha sonda, ¿le está matando o dejando morir? Seguramente, en este ejemplo se pensará que no le está matando, sino dejando morir, y siendo así, su acto estaría moralmente justificado.

La impresión que se tiene del acto no es lo que determina su aceptación tanto moral como jurídica, sino los argumentos que se den a favor o en contra de tal acto. Por ejemplo, si un médico prescribe una dosis de barbitúricos a petición del paciente terminal para terminar con el dolor y sufrimiento que le causa la enfermedad, la acción del médico estaría dentro de los límites de la moral, puesto que se ajusta al respeto por la autonomía del paciente, causándole un beneficio, ya que su vida había perdido la calidad mínima para considerarse viable por el mismo, en cuanto que fue el paciente quien solicitó al médico la ayuda para morir. En este mismo ejemplo, si se omitiera la petición del paciente, siendo sólo el médico quien aconseja y prescribe los medicamentos para que aquél muera, no tendría justificación moral ni jurídica y, por tanto, el médico sería responsable penalmente.

Lo que se trató de evidenciar, es que tanto la eutanasia pasiva voluntaria como la eutanasia activa voluntaria –y con ésta el suicidio médicamente asistido-, no son contradictorios entre sí, y pueden formar parte de una legislación –como la Ley General de Salud-, que contemple la libertad.

En el caso particular de esta Ley, lo que contiene es la permisión sólo del tipo pasivo de la eutanasia, negando a los pacientes la posibilidad de determinar su proceso de morir mediante otras opciones. Asimismo, el hecho de no reconocer la eutanasia activa voluntaria, implica una contradicción flagrante contra los derechos del paciente, y a la vez, contra los principios morales a los que se ha aludido, esto es, al respeto por la autonomía, la no maleficencia y la beneficencia.

La prohibición que hace la Ley General de Salud con respecto a la eutanasia, es equívoca puesto que asume que homicidio consentido y eutanasia activa voluntaria son sinónimos, sin embargo no lo son. El homicidio consentido es un concepto amplio que se encuentra definido en el Código Penal Federal como el acto de matar a un sujeto mediante su consentimiento, mientras que la eutanasia activa voluntaria, implica el acto de asistir activamente la muerte de un paciente por parte del médico, a petición del primero, cuando la muerte represente un beneficio para el paciente y haya perdido las condiciones mínimas de calidad de vida como consecuencia de una enfermedad terminal.

El delito de homicidio consentido lo puede cometer cualquier persona, sin importar que sea un médico o no, además, quien muere puede ser una persona cualquiera, pues no se requiere que tenga una enfermedad terminal ni que la muerte le represente un beneficio en lugar de un daño. En cuanto a la eutanasia activa voluntaria, se presenta como un tratamiento que inexcusablemente puede proporcionar un médico a un paciente con alguna enfermedad terminal, y sólo como opción última. Por tal motivo, es errónea la disposición de la Ley que prohíbe la eutanasia activa voluntaria, puesto que la considera como homicidio consentido y no lo es.

Con base en lo anterior, no existe una justificación objetiva para no contemplar dentro de la Ley esta opción, pues lo único que se propone aquí, es ampliar las opciones que tienen los pacientes terminales para poder determinar el proceso de morir. Dicha propuesta, es acorde con el contenido de la Teoría de los Principios, los Fines de la Medicina, y el principio de la Santidad y Calidad de la vida.

SEXTA.- La eutanasia activa voluntaria, no implica ejercer coacción en los médicos para que la practiquen en los pacientes que la soliciten, pues se les reconoce el derecho de objetar en consciencia. Una regulación que contemple la eutanasia, no debe contener disposiciones que obliguen a los médicos a actuar en contra de los dictados de su consciencia, sino establecer alternativas para que, tanto médicos como pacientes, puedan llevar a cabo sus planes dentro del

sistema hospitalario. Dichas alternativas constituyen los requisitos para objetar en conciencia, mencionados en la última parte del capítulo cuarto.

El médico que objeta en conciencia, debe justificar su negativa a asistir la muerte del paciente que le solicita la eutanasia, de lo contrario, con su actuación vulneraría la autonomía del paciente, además de que actuaría de manera maleficente.

SÉPTIMA.- El principio de inviolabilidad de la vida, implica que la vida es intrínsecamente valiosa, por lo cual está proscrito disponer de ella. Este principio es compatible con la ética médica laica, la cual sostiene que no hay principios absolutos, sino *prima facie*. De este modo, cuando el principio de inviolabilidad de la vida entra en conflicto con el principio de calidad de la vida (en el caso de que un paciente solicite que su médico asista su muerte a causa de una enfermedad terminal) se tendrán que optar por la calidad ante la cantidad. Sin embargo, este conflicto es aparente, puesto que en este trabajo se llegó a la conclusión de que para mantener el respeto por la inviolabilidad de la vida, ésta necesita tener un mínimo de calidad, cuando se pierde dicha calidad a causa de una enfermedad terminal, es posible, a fin de respetar el valor intrínseco de la vida, disponer de la misma.

Lo anterior se justifica en razón de que el principio de inviolabilidad de la vida, implica la prohibición de imponer sacrificios a los individuos que vayan en contra de su voluntad. En este sentido, no se puede imponer a un paciente terminal el sacrificio de vivir contra su voluntad. De este modo, se logra respetar este principio, a fin de evitar que se obligue a los pacientes a vivir una vida cuya calidad ha disminuido. En consecuencia, continuar viviendo cuando ya no se quiere, cuando la vida ya no representa un beneficio, conlleva una violación al principio de sacralidad de la vida.

OCTAVA.- El Estado democrático tiene como función principal, garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales de los individuos, por tanto, no puede influir en sus decisiones, ni castigar o prohibir sus peticiones en relación al

modo de morir. El derecho de los pacientes a elegir libremente la asistencia activa en la muerte es más importante que el interés del Estado por mantenerlo con vida.

Cuando el individuo no causa un daño a terceros con su conducta, está prohibido para el Estado intervenir en sus decisiones. Sobre su persona y sobre sí mismo, “el individuo es soberano”.

NOVENA.- La penalización de la eutanasia activa voluntaria, tal como se ha alegado al inicio del capítulo cinco, no es coherente con los fines de la pena. Lo que se pretende con la punibilidad de las conductas consideradas como delito es evitar causar un mal menor del que se intenta prevenir, proteger a la sociedad y resocializar al individuo, en este sentido, no está claro cómo se protege a la sociedad, ni cómo se resocializa a un enfermo terminal que a causa de su enfermedad ha determinado que la vida ya no representa un bien valioso, tal como lo sería en su situación que le permitieran morir. Tampoco está clara la justificación de las penas cuando se causa un daño a los pacientes obligándoles a vivir una atroz agonía mediante el mantenimiento de leyes que no permiten disponer de la vida.

En consecuencia, cuando los médicos actúan siguiendo las peticiones autónomas de los pacientes referentes a la eutanasia activa voluntaria, con base en la idea de que se le está causando un bien al paciente, no hay razón de que se les castigue con una penalización, como lo es la estipulada por el Código Penal en lo relativo al homicidio consentido.

Si los médicos están convencidos de que el paciente tiene derecho a lo que pide, a la asistencia activa en la muerte, considerarán necesario desobedecer las leyes que prohíben la ayuda al morir, pues saben que con su acto no están actuando incorrectamente, por tanto, asumen que su conducta está justificada.

DÉCIMA.- El principio de beneficencia, como se vio, está fundado en la reciprocidad. Sobre esta línea, se tiene que cuando un médico asiste la muerte de un paciente, previa petición y cumpliendo con los requisitos que se han

establecido, está actuando de modo beneficiante, y a la vez, eleva su conducta a un rango universal.

Lo anterior otorga a la eutanasia el carácter de poder convertirse en una finalidad social. Debe aclararse que dicha finalidad social, no significa que el médico tenga que actuar de manera utilitarista o eliminadora, eliminando a los individuos que ya no reportan beneficios a la sociedad, sino que la actuación del médico, estaría fundamentada bajo el imperativo Kantiano, es decir, actuaría como un legislador del reino de los fines, pues actúa buscando que la máxima de su acción se convierta en ley universal. Es decir, si accede a asistir la muerte de un paciente terminal, a petición de éste, cuando la calidad de su vida se ha visto disminuida a causa de la enfermedad, lo hace porque espera que si él, encontrándose en una situación similar a la del paciente, quisiera que alguien actuase del mismo modo en el que él actuó respecto del paciente.

Con lo anterior no se busca, como decía Karol Wojtyla, abrir las puertas de la muerte, sino entender de manera profunda el sentido de la eutanasia y de la autodeterminación en el momento de morir. Dicho sentido es el que manifiesta este trabajo de investigación, es decir, que no se abandone al paciente, que se reivindiquen sus derechos a la hora de controlar el modo en el que morirá, que se respete el principio de inviolabilidad de la vida, así como el de calidad de vida, y que se le reconozcan los principios de respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

UNDÉCIMA.- El aspecto negativo de la eutanasia activa voluntaria está constituido porque se cree que es incorrecto matar, no ocurre lo mismo con la eutanasia pasiva, pues se cree que es correcto dejar morir. Sin embargo, no existe relevancia moral entre matar y dejar morir, razón por la cual es menester realizar un cambio en los paradigmas moral y jurídico para terminar con la incoherencia entre el derecho a determinar que se deje morir y la prohibición a determinar que se pueda acortar la vida de manera activa, siendo las circunstancias iguales. Existe una contradicción real dentro del sistema jurídico, paralela a los juicios morales, entre permitir que a un paciente se le deje morir pasivamente, y asistir de

forma activa la muerte de dicho paciente. Como se vio en el capítulo anterior, matar y dejar morir no son relevantes, lo importante es la justificación que se dé de alguno de los dos. Si bien, es *prima facie* incorrecto *matar*, habrá ocasiones en que este acto esté justificado. Esas ocasiones, son las que son producto de una decisión tomada por el paciente terminal.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLERT, Gebhard, Callahan, Dan *et al*, *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas*, trad. por el A&G Translations, España, The Hastings Center, de Nueva York, Fundació Víctor Grífols I Lucas, 2004.
- ÁLVAREZ del Río, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005.
- AMUCHATEGUI Requena, Griselda, *Derecho penal*, 4ta. ed., México, Oxford University Press, 2012.
- ANSUATÉGUI Roig, Francisco Javier (coord.), *Problemas de eutanasia*, Madrid, Dykinson: Instituto de Derecho Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, 1999.
- ARTAUD, Antonin, *Van Gogh. El suicidado por la sociedad*, trad. de Marco Antonio Campos, México, El altar de los muertos-Factoría Ediciones, 1999.
- ATIENZA, Manuel, *Bioética, derecho y argumentación*, Colombia, Temis, 2004.
- AUMONIER, Nicolas, Bernard Beignier y Philippe Letellier, *Eutanasia*, trad. de Eduardo Arias, España, Da Vinci Continental, 2009.
- AVERROES, Abu-l-Walid Ibn Rusd, *Exposición de la república de platón*, trad. de Miguel Hernández Cruz, Madrid, Tecnos, 1990.
- BASSO, Domingo M., *Nacer y morir con dignidad. Estudios de bioética contemporánea*, Argentina, Lexis Nexis, 2005.
- BATAILLE, Georges, *El erotismo*, 4ta. ed., trad. de Antoni Vicens y Marie Paule Sarazin, España, Tusquets Editores, 2005.
- BAUDOUIN, Jean-Louis y Blondeau, Danielle, *La ética ante la muerte y el derecho*, trad. de David Chiner, Barcelona, Herder, 1995.
- BEAUCHAMP, Tom, L., y Childress, James, F., *Principios de ética biomédica*, 4ta. ed., trad. de Teresa Gracia, Javier Júdez y Lydia Feito, España, Editorial Masson, 1999.
- BINDING, Karl y Hoche, Alfred, *La licencia para la aniquilación de la vida sin valor de vida*, trad. de Bautista Serigós, Argentina, Ediar, 2009.
- CANO Valle, Fernando, Díaz Aranda, Enrique y Maldonado de Lizalde, Eugenia (coords.), *Eutanasia. aspectos jurídico, filosóficos, médicos y religiosos*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2005.

- CRITCHLEY, Simon, *El libro de los filósofos muertos*, trad. de Alejandro Pradera, México, Taurus, 2009.
- HUMPHRY, Derek y Wickett, Ann, *El derecho a morir: comprender la eutanasia*, trad. de María Rosa Buixaderas, España, Tusquets, 2005.
- DÍEZ Ripollés, José Luis, Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (eds.) *La atención a los enfermos terminales. Una investigación multidisciplinar*, España, Tirant lo Blanch libros. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología, 2000.
- DURKHEIM, Emile, *El suicidio*, trad. de Lucila Gibaja, México, Tomo, 2004.
- DWORKIN, Gerald, Frey, R.G y Bok, Sissela (coords.) *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, trad. de Carmen Francí Ventosa, España, Cambridge University Press, 2000.
- DWORKIN, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998.
- ELIAS, Norbert, *La soledad de los moribundos*, trad. de Carlos Martín, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- FERRATER Mora, John, y, Cohn, Priscilla, *Ética aplicada del aborto a la violencia*, 2da. ed., Madrid, Alianza Editorial, 1991.
- FITZGERALD, Francis Scott, “El curioso caso de Benjamín Button”, en *Los mejores cuentos*, trad. de Vicente Campos y Gemma Mart, Barcelona, Navona, 2009.
- FLORES Farfán, Leticia y Constante, Alberto (coords.) *Miradas sobre la muerte. Aproximaciones filosóficas desde la literatura, la filosofía y el psicoanálisis*, México, Itaca-Facultad de Filosofía y Letras-UNAM, 2008.
- FOOT, Philippa, *Las virtudes y los vicios y otros ensayos de filosofía moral*, trad. de Claudia Martínez, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, 1994.
- GAFO, Javier, *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003.
- – – *Diez palabras clave en bioética*, España, Verbo Divino, 1993.
- GAMBOA, Héctor, *Escritores suicidas*, México, Nueva Imagen, 2001.
- GRACIA, Diego (ed.), *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Fundación Ciencias de la Salud, Doce Calles, 1996.
- HUME, David, *Ensayos morales, políticos y literarios*, trad. de Carlos Martín Ramírez, Madrid, Trotta, 2011.

- JIMÉNEZ de Asúa, Luis, *Libertad de amar y derecho a morir*, 7ma. ed., Argentina, Depalma, 1992.
- JUANATEY Dorado, Carmen, *El derecho y la muerte voluntaria*, México, Fontamara, 2004.
- KANT, Immanuel, *La metafísica de las costumbres*, trad. de Adela Cortina Orts y Jesús Conill Sancho, Madrid, Tecnos, 2002.
- – – *Lecciones de ética*, trad. de Roberto Rodríguez Aramayo, Barcelona, Crítica, 1988.
- KRAUS, Arnoldo, *Enfermar o sanar. El arte del dolor*, México, Plaza-Janés, 2003.
- – – *Morir antes de morir. El tiempo del Alzheimer*, México, Taurus, 2007.
- KÜNG, Hans, y Jens, Walter, *Morir con dignidad. Un argumento a favor de la responsabilidad*, trad. de José Luis Barbero, Madrid, Trotta, 1997.
- LANDSBERG, Paul-Louis, *Ensayo sobre la experiencia de la muerte*, trad. de Alejandro del Río Hermann, España, Caparrós Editores, Instituto Emmanuel Mounier, 1995.
- LOCKE, John, *Ensayo sobre el gobierno civil*, trad. de Amado Lázaro Ros, México, Aguilar, 1983.
- LUNA, Florencia y Salles, Arleen, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2008.
- – – *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, Argentina, Sudamericana, 1995.
- MARCIANO, Vidal, *Bioética. Estudios de Bioética racional*, Madrid, Tecnos, 1998.
- MARCO Aurelio, *Pensamientos, cartas, testimonios*, trad. de Javier Campos Daroca, Madrid, Anaya, 2010.
- MARCOS del Cano, Ana María, *La eutanasia, Estudio Filosófico-jurídico*, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia-Marcial Pons, 1999.
- MARTÍNEZ, Luis y Carrillo, Luz María, *La responsabilidad profesional del médico*, México, Porrúa, 1998.
- MÉNDEZ Baiges, Víctor, *Sobre morir: eutanasias, derechos, razones*, Madrid, Trotta, 2002.
- MORILLAS, Mercedes *et. al*, *Los dioses del Olimpo*, Madrid, Alianza, 1998.
- MILL, John Stuart, *Ensayo sobre la libertad*, trad. de Pablo de Azcarate, Madrid, Alianza, 2007
- MORO, Tomás, *UTOPIA*, trad. de Joaquim Malafre Gavaldà, Madrid, Planeta, 1977.

- MUÑOZ Rendón, Josep, *La piedra filosofal. Cómo morir y no perecer en el intento*, Barcelona, Ariel, 2009.
- NIETZSCHE, Friedrich, *El crepúsculo de los ídolos*, trad. de Enrique Eidelstein, Miguel Ángel Garrido y Carlos Palazón, España, Edicomunicación, 2000, Obras Inmortales, T. III.
- NINO, Carlos Santiago, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. 2da. ed., Argentina, Editorial Astrea, 2005.
- OVIDIO Nasón, Plubio, *Metamorfosis*, L. I-VII, 2da. ed., México, UNAM, 2008.
- PARACELSO, *Textos esenciales*, trad. de Carlos Fortea, España, Siruela, 2001.
- PÉREZ Tamayo, Ruy, *Eutanasia: hacia una muerte digna*, México, Colegio de Bioética-Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2009.
- PÉREZ Valera, Víctor M., *Eutanasia, ¿Piedad? ¿Delito?*, México, Universidad Iberoamericana-Noriega Editores, 2003.
- PLATÓN, *Diálogos I*, trad. de Julio Calonge, España, Biblioteca Clásica Gredos, 2008,
 – – – *Diálogos IV*, trad. de Conrado Eggers Lan, España, Biblioteca Clásica Gredos, 2008.
- PLATTS, Mark (comp.), *Dilemas éticos*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM-Fondo de Cultura Económica, 1997.
- RAWLS, John, *Teoría de la justicia*, 2da. ed., trad. de María Dolores González, México, Fondo de Cultura Económica, 2010.
- RIVERA López, Eduardo, *Problemas de vida o muerte: diez ensayos de bioética*, Madrid, Marcial Pons, 2011.
- SAGRADA BIBLIA, 21. ed., trad. de Eloino Nacar Fuster y Alberto Colunga Cueto, O.P. Madrid, Librería Parroquial, Biblioteca de Autores Cristianos, 21 ed. 1975.
- SAN AGUSTÍN, *La ciudad de Dios*, trad. de Lorenzo Riber, España, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Alma Mater, Colección de Autores Griegos y Latinos, España, T. I, 2002.
- SÉNECA, *Cartas a Lucilo*, trad. de José M. Gallegos Rocafull, México, SEP, 1985.
- SINGER, Peter, *Ética práctica*, 2da. ed., trad. de Rafael Herrera Bonet, Gran Bretaña, Cambridge University Press, 1984.
- – – *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, trad. de Yolanda Fontal Rueda, España, Paidós Transiciones, 1997.

- SUETONIO, *Vida de los césares*, trad. de David Castro de Castro, Madrid, Alianza, 2010.
- SZASZ, Thomas, *Libertad fatal*, trad. de Francisco Beltrán Adell, España, Paidós, 2002.
- SZCZEKLIK, Andrzej, *Catarsis: sobre el poder curativo de la naturaleza y del arte*, trad. de J. Slawomirski y A. Rubió, Barcelona, Acantilado, 2010.
- THOMASMA, David, y, Kushner, Thomasine (eds.), *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, trad. de Rafael Herrera Bonet, España, Cambridge University Press, 1999.
- TOLSTÓI, Lev *La muerte de Iván Illich*, trad. de Juan López-Morillas, España, Alianza Editorial, 2005.
- URRACA Martínez, Salvador, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996.
- VALADÉS, Diego y Carpizo, Jorge, *Derechos humanos. Aborto y eutanasia*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2008.
- VÁZQUEZ, Rodolfo (Comp.) *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, ITAM-FCE, 1999.

LEGISLACIÓN:

- Código Penal Federal
- Código Penal Para el Distrito Federal
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley de Voluntades Anticipadas para el Distrito Federal
- Ley General de Salud

DICCIONARIOS:

- Anguiano Rueda, Cristino, Gali Mainini, Carlos *et al*, *Diccionario de ciencias médicas*, 9na. ed., Argentina, Ateneo, 1992
- Floch Pi, Alberto (et al), *DICCIONARIO MÉDICO-BIOLÓGICO*, México, Interamericana, S.A., 1996.

FUENTES EN LÍNEA:

- http://congresomundial.es/documentos/evangelium_vitae.pdf
- <http://historiantigua.cl/wp-content/uploads/2011/07/54863288-Calimaco-Himnos-Epigramas-Y-Fragmentos-Ed-Bilingue.pdf>
- <http://www.ecured.cu/index.php/Caquexia>
- <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/54/pr/pr24.pdf>
- <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/57/pr/pr28.pdf>

- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000286.htm>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003075.htm>
- http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/index
- <http://www.rnw.nl/espanol/bulletin/la-legalizaci%C3%B3n-no-var%C3%ADa-las-cifras-de-eutanasia-en-holanda>
- http://www.unav.es/fcom/comunicacionysociedad/es/articulo.php?art_id=68
- <https://www.youtube.com/watch?v=sIZnfC-V1SY>