

**DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: EUTANASIA**

**ANDRÉS MAURICIO ROZO GAMBOA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANIDADES**

**ESCUELA DE FILOSOFÍA**

**MAESTRÍA EN FILOSOFÍA**

**BUCARAMANGA**

**2014**

**DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: EUTANASIA**

**ANDRÉS MAURICIO ROZO GAMBOA**

**Proyecto de Grado para optar al título de  
Magister en Filosofía**

**Director**

**JORGE FRANCISCO MALDONADO SERRANO**

**Ph. D. en Filosofía**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANIDADES**

**ESCUELA DE FILOSOFÍA**

**MAESTRÍA EN FILOSOFÍA**

**BUCARAMANGA**

**2014**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
1.HITOS HISTÓRICOS EN EL DESARROLLO DE LA EUTANASIA .....	10
Antigüedad .....	11
Medieval .....	13
Renacimiento.....	14
Siglo XX.....	16
2.UNA VISIÓN ACTUAL DE LA EUTANASIA: DIEGO GRACIA .....	28
Surgimiento de la bioética .....	29
Bioética como Sistema .....	32
Eutanasia desde la Bioética .....	38
3.SALVEDADES A LA CONCEPCIÓN DE LA EUTANASIA EN DIEGO GRACIA	46
Requisitos de la Acción Autónoma .....	49
Conveniencia del Principio de Autonomía .....	51
Consentimiento Informado.....	51
Actuación sin Sujeción al Principio de Autonomía .....	53
Eutanasia y su Relación con los Derechos Humanos .....	55
Derechos Humanos Frente a la Eutanasia .....	57
Proposiciones Y Sugerencias.....	59
CONCLUSIONES .....	62
BIBLIOGRAFÍA.....	64

## RESUMEN

**TÍTULO:** DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: EUTANASIA\*

**AUTOR:** ANDRÉS MAURICIO ROZO GAMBOA\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Filosofía, eutanasia, bioética, autonomía.

### CONTENIDO:

El morir es un proceso que se va cumpliendo a medida que vamos viviendo. Es así, como suele comprenderse mejor la muerte cuando se ha pensado acerca del camino a la propia muerte. La eutanasia es un tema que genera debates que no han perdido vigencia, porque en distintos momentos históricos el término se ha utilizado para designar situaciones diversas y contradictorias; en el ámbito religioso, o en el biológico y una muerte provocada para aliviar los sufrimientos del enfermo en la medicina.

El trabajo de investigación adelanta un análisis sobre la eutanasia y los dilemas que plantea la toma de decisiones al final de la vida, tanto para el paciente como para el médico implica: primero la reconstrucción de los modos de aplicación de la eutanasia y las consideraciones de su práctica en la historia del hombre; segundo partir de las consideraciones de Diego Gracia como un marco actual al ser quien otorga una normatividad de los principios de la bioética como herramienta procedimental en la toma de decisiones y quien aporta una clasificación de términos frente a las practicas eutanásicas; por último, presentar una serie de consideraciones al problema desde las capacidades de toma de decisiones del individuo y las maneras de salvaguardar dicha facultad.

---

\* Trabajo de Grado.

\*\*Facultad: Ciencias Humanas. Escuela: Filosofía. Director: Jorge Francisco Maldonado Serrano.

## ABSTRACT

**TITLE:** DECISIONS AT THE END OF LIFE: EUTHANASIA \*

**AUTHOR:** ANDRÉS MAURICIO ROZO GAMBOA\*\*

**KEYWORDS:** Philosophy, Euthanasia, Bioethics, autonomy.

Dying is a process that is being fulfilled as we live. Thus, as is often better understood when death has thought about the way to death itself. Euthanasia is a topic of discussion in which they have not lost any value, due to the different historical moments this term has been used to designate several and contradictory situations, within both religious or biological sphere: a caused death to release sick people from the suffering done by medicine.

This research reveals an analysis about euthanasia and the dilemmas while deciding the end of a life, on what both the patient and the doctor involves: first, rebuilding modes of euthanasia and considerations of its practice in the history of mankind; second, to start from Diego Gracia's considerations as a current frame to be who attaches normativity of the principles of bioethics as a procedural tool in making decision and who gives a classification of terms against euthanasia practices; finally, to present a number of considerations against this problem from the individual capabilities of making these decision and the ways to safeguard this will.

---

\* Degree Work.

\*\*Faculty: Human Sciences. School: Philosophy. Director: Jorge Francisco Maldonado Serrano.

## INTRODUCCIÓN

Se dice con frecuencia que es muy difícil aceptar la muerte. No se dice, en cambio, que es muy difícil aceptar la vida. No se entiende lo primero porque poco y pocos reparan en lo segundo, pues no son conceptos antagónicos, son conceptos que se integran; pues el morir es un proceso que se va cumpliendo a medida que vamos viviendo. Es así, como suele comprenderse mejor la muerte cuando se ha pensado acerca del camino a la propia muerte.

Así, la eutanasia es un tema que genera debates que no han perdido vigencia, porque en distintos momentos históricos el término se ha utilizado para designar situaciones diversas y contradictorias; en el ámbito religioso, o en el biológico y una muerte provocada para aliviar los sufrimientos del enfermo en la medicina.

Por ello, la eutanasia en la actualidad es un tema de discusión en la medida que la medicina es capaz de prolongar la vida del hombre alejándolo del instante de la muerte, a veces a cualquier costo y por periodos de tiempo injustificados. En los últimos años se ha percibido un cambio de enfoque que consiste ya no en prolongar la vida a todo precio, sino de asumirla en función de la vida digna para quien la vive. Esto implica tener en cuenta la elección del paciente en el caso que no haya solución médica a su enfermedad y tener en cuenta que la prolongación de la vida solo conduce a la prolongación de su sufrimiento físico y psicológico.

Adelantar un análisis sobre la eutanasia y los dilemas que plantea la toma de decisiones al final de la vida, tanto para el paciente como para el médico implica: primero la reconstrucción de los modos de aplicación de la eutanasia y las consideraciones de su práctica en la historia del hombre; segundo partir de las consideraciones de Diego Gracia como un marco actual al ser quien otorga una normatividad de los principios de la bioética como herramienta procedimental en la

toma de decisiones y quien aporta una clasificación de términos frente a las practicas eutanásicas; por último, presentar una serie de consideraciones al problema desde las capacidades de toma de decisiones del individuo y las maneras de salvaguardar dicha facultad.

## 1. HITOS HISTÓRICOS EN EL DESARROLLO DE LA EUTANASIA

Si bien es cierto la eutanasia no es un problema nuevo porque por ejemplo los antiguos ya se preguntaban por la necesidad de morir si se presentaban ciertas condiciones que designaran situaciones en las que una muerte provocada seria la opción para aliviar los sufrimientos del enfermo, no es evidente que la eutanasia haya tenido siempre la misma función y significado social. En este capítulo se examinara cómo el problema de la muerte digna ha sido visto en tres momentos en la historia humana occidental: el antiguo, el medieval, el renacimiento; y cómo en el siglo XX se convertirá en un debate que involucra a toda la sociedad.

La manera de entender el problema de morir dignamente ha tenido tres fases donde la función y el significado de la expresión están delimitados por el tipo de prohibición de la práctica eutanásica.<sup>1</sup>

En la antigüedad la eutanasia se podía practicar como una alternativa frente a dolores fuertes. En el medieval, bajo la visión cristiana, la eutanasia no estaba contemplada de ninguna manera, por lo que puede hablarse de una total prohibición. En el renacimiento fue un tema de debate médico al igual que su práctica. Si bien se pueden diferenciar estas tres formas, lo que todas tienen en común es que en todas hay una preocupación por el hombre salvo en tránsito como paso a una vida *post mortem* –después de la muerte-. Por contraste en el siglo XX se da una amplia tematización y discusión en la medida que la medicina era capaz de prolongar la vida del hombre alejándolo del instante de la muerte, a veces a cualquier costo y por periodos de tiempo injustificados. Mas en los últimos años se ha apreciado un cambio de enfoque que consiste ya no en prolongar la vida, a todo precio, sino de asumirla en función de la visión de la vida como vida

---

<sup>1</sup> El presente recuento histórico sigue la propuesta de Humprhy y Wickett, en su texto *El derecho a Morir*, y la idea de resaltar esos tres momentos con los tipos de prohibición frente a la eutanasia son propios a la finalidad de este trabajo.

digna para quien la vive y teniendo en cuenta la elección del paciente en el caso de que no haya solución médica a su enfermedad y que la prolongación artificial de la vida sólo conduzca a la prolongación de su sufrimiento físico y psicológico.

## **Antigüedad**

El primer significado de Eutanasia en la antigüedad grecorromana, que no se llamaba de esa manera, fue el morir bien y sin dolor, y esta idea no tiene en cuenta la ayuda al buen morir y sentencia en contra del suicida pues se atentaba contra el propio Estado<sup>2</sup>. Una vez aprobado el suicidio en Atenas, en donde los magistrados disponían de un veneno para aquellos que desearan morir, éste se realizaba después de que quien no deseara vivir expusiera los motivos al Senado por los que consideraba que abandonar la vida era la única opción. Tal indulto se daba si el principio de *Kalokagathía* -ideal de un perfecto equilibrio entre el bienestar físico y mental-, es trasgredido de alguna manera.

En este contexto los griegos aceptan el concepto de eutanasia, que significa *eu* buena – *thanatos* muerte. Así, se inician las primeras consideraciones frente a los alcances de la acción médica y hasta donde el médico, que en este periodo eran considerados artesanos, al aplicar conocimiento puntual en casos singulares; debe interrumpir sus tratamientos y dejar morir. Platón, en la República condena al médico Heródoto, profesor de Hipócrates, por fomentar la enfermedad e inventar la forma de prolongar la muerte. Por ser maestro y de constitución enfermiza, ha encontrado la manera de torturarse así mismo, y después al resto del mundo.<sup>3</sup>

A partir de este momento ya se encuentran los primeros indicios de frenar el

---

<sup>2</sup> Tanto Platón como Aristóteles apoyaban el infanticidio con el fin de tener los mejores hombres físicamente aptos para un mejor Estado. Cnf. Política 1335b

<sup>3</sup> Platón, República III 406a-406d

actuar médico, cuando solo pretenden la prolongación del individuo físico. Y no solo por parte de pensadores pues ya se exponía, por ejemplo, en un ensayo titulado *Las artes*, de la colección Hipocrática, una descripción de la labor médica donde se exigía “ahuyentar el sufrimiento de los enfermos, aliviar las dolencia de sus enfermedades y rechazar toda clase de tratamientos para aquellas que padecían enfermedades incurables”<sup>4</sup>.

En el Helenismo, los Estoicos, adoptaron el suicidio como una alternativa cuando se presentaban dolores muy fuertes o enfermedades. Zenón, se ahorcó a la edad de noventa y ocho años tras haberse caído y fracturarse.<sup>5</sup>

Los romanos castigaban solo el suicidio irracional, como aquel que es motivado fuera de una enfermedad. Mantenían la idea de quien lo realizara motivado por la impaciencia del dolor en la enfermedad merecía una buena muerte pues el morir bien era un *summum bonum* – el mayor bien-. Para los romanos vivir noblemente significaba morir noblemente. Tal permisividad frente al suicidio de los romanos fue influenciado por los estoicos y su premisa de librarse de sufrimientos insoportables. Al respecto Séneca, escribió: “Hay una gran diferencia entre un hombre que prolonga su vida o su muerte. Si el cuerpo sirve para nada, ¿Por qué no debería liberarse el alma atormentada? Quizá sería mejor hacerlo un poco antes, ya que cuando llegue ese momento es posible que no se pueda actuar”<sup>6</sup>.

Para griegos y romanos, tener una buena muerte era muy importante pues consideraban la forma de morir como la medida del valor final de la vida, sobre todo a las vidas acompañadas por la enfermedad y el sufrimiento.

---

<sup>4</sup> HUMPRHY, Derek y WICKETT, Ann. *El Derecho a Morir. Comprender la eutanasia*. Trad. Maria Rosa Buixaderas. Barcelona: Tusques Editores. 1989. p. 21

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 23

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 22

## Medieval

En la época cristiana la eutanasia no se tuvo en cuenta, cada suicida era considerado como un *felo de se* –autoasesinato-. Durante este periodo el suicida era visto como el mayor de los pecadores. San Agustín, lo describió como una detestable y abominable perversidad. Bajo los argumentos de violar el sexto mandamiento: “Resta, pues, que entendamos lo que Dios prescribe respecto al hombre: dice no matarás, es decir, a otro hombre; luego ni a ti propio, porque el que se mata a sí no mata a otro que a un hombre”<sup>7</sup>. Además se despojaba a la Iglesia y el Estado de la función para asignar un lugar a los individuos, asimismo aseguró que los sufrimientos eran otorgados por Dios y por ello se tenían que soportar. Todo esto, entre otras ideas, llevó a la condena no solo desde lo religioso sino desde lo civil a todo tipo de suicidio.

En el concilio de Orleans en el año 533 se decretó la no celebración de funerales a los suicidas por haber cometido acto criminal. En el concilio de Braga del año de 563 se determinó negar toda celebración de funerales a suicidas independientemente de su posición social y circunstancia. Más adelante en el año 693 el concilio de Toledo anuncio que cualquiera que intentara suicidarse sería excomulgado.

Santo Tomás en su *Summa Theologica* presenta los argumentos para condenar el suicidio por violar el sexto mandamiento y estar contrario a la ley humana, porque cada persona pertenece a su comunidad y la vida es un don que solo está sometida al poder de Dios: “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; o como peca al que se arroga la facultad de juzgar una cosa que

---

<sup>7</sup> San Agustín, *De civitate Dei*. Primera Parte, Libro I, Cap XX

no le está encomendada, pues sólo a Dios pertenece el juicio de la muerte y de la vida, según el texto de Dt. 32,39. -Yo quitaré la vida y yo haré vivir-“<sup>8</sup>.

## Renacimiento

En el renacimiento reaparece el concepto de “morir bien y sin dolor” y junto a este el interés por el individualismo, permitiendo que las decisiones frente a la muerte fueran discutidas por ser tan complejas. Y aunque la iglesia siguió cuestionando el suicidio, los ciudadanos con formación académica empezaron a desestimar esta regla pues ya no lo consideraban un pecado inexcusable.

Montaigne, advierte que la dignidad y habilidad del hombre para valorarse a sí mismo en la escala de la naturaleza, hacían que el suicidio estuviera justificado al observar que la muerte es la más justa.<sup>9</sup> En 1516, Thomas Moro, al describir en su libro *Utopía* la forma de Estado ideal, afirma que se debe prestar a los moribundos todo cuidado y solidaridad, pero considera, que en casos de dolores extraordinarios se puede recomendar poner término a su vida y se le puede causar la muerte al enfermo, si está de acuerdo, así privándole de los alimentos o administrándole veneno. También se requería del permiso de las autoridades y de los sacerdotes para evitar abusos: “Si la enfermedad es incurable, con grandes y constantes dolores, los Sacerdotes y el Magistrado le visitan y confortan, tratando de persuadirle de que hallándose inepto para los actos de la vida, molesto a los demás y pesado a sí mismo, que no se rebele contra su pronto fin queriendo alimentar la maligna enfermedad. Que siendo su vida un tormento, no dude en morir, antes bien lo desee con la confianza de tan miserable estado, ya sea quitándose él mismo la vida o pidiendo que se la quiten, ya que al morir no dejará comodidades, sino la peor miseria”<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> SANTO TOMÁS. *Summa Theologica*. III, Parte II-II a, C.64 a.5

<sup>9</sup> MONTAIGNE, *Michael*. *Ensayos I*. Cap. XVII

<sup>10</sup> MORO, Tomas. *Utopía*. Barcelona: Altaya, 1993. p. 32

Ambroise Paré, cirujano de Francisco I, en el año de 1573 relató como un viejo soldado al ver unos hombres heridos e inconscientes, pregunta si tenían modo alguno para curarlos, y el médico responde que no. Entonces el soldado los degolló sin brutalidad ni mala intención. De igual manera Francis Bacon insistía en que los médicos debían ayudar a morir a sus pacientes, concibiendo la eutanasia como: aceleración de la muerte en un hombre enfermo.<sup>11</sup>

En 1647 John Donne, en su obra *Biathanatos* considera que terminar la vida de una persona enferma no es incompatible con las leyes de la naturaleza, de la razón y de Dios, al decir: “Cuando la enfermedad no logró someternos, Dios envió otra desgracia aun peor: médicos ignorantes y torturadores. Lo mismo debo decir respecto al castigo a que estamos sometidos por castigo de Adán; Dios nos envió una muerte infecciosa tan horrible y espantosa que difícilmente es posible convertirla en algo bueno y agradable para nosotros”<sup>12</sup>.

En el siglo XVIII encontramos los primeros debates sobre el morir de forma natural y humana. Un ejemplo es el del médico Paradys quien en el año 1794 recomendaba, en su obra *Oratio de Euthanasia*<sup>13</sup>, una muerte fácil para los pacientes, en especial para aquellos incurables que sufrían. Esto revela lo que desde el renacimiento ya se consideraba, que la medicina puede tornar perversa su misión cuando coloca como víctima al paciente.

A esto se puede agregar que tanto la ley civil como la penal eran mucho menos duras en cuanto a las penas contra la familia de quien se suicida, teniendo en cuenta para sus juicios las circunstancias<sup>14</sup>. A esta posición cultural se suman los

---

<sup>11</sup> En HUMPRY, Opc. p. 26

<sup>12</sup> DONNE, John. *Biathanatos*. Trad: Antonio Rivero Taravillo. Barcelona: El Cobre. 2007

<sup>13</sup> CAVAZOS GUSMAN, Luis y CARRILLO ARRIAGA, José. *Historia Y Evolucion De La Medicina*. Mexico: El Manual Moderno. 2009

<sup>14</sup> Entre 1770 y 1788 en Kent los jueces solo dictaron quince sentencias de *felo de se*, de quinientos ochenta casos de suicidio. En Francia dieciocho acciones judiciales. En Ginebra se abolió la confiscación de los bienes del suicida y años después se pone fin contra el ultraje de los cadáveres. Cnf. Opc. HUMPHRY p. 27

argumentos filosóficos en manos de Hume y de Rousseau. En 1777, un año después de la muerte de Hume, se publicó su ensayo sobre el suicidio donde decía: “Cuando la vida se ha transformado en una carga, el valor y la prudencia deben prevalecer para librarnos inmediatamente de nuestra existencia”. Por su parte Rousseau, hizo alusión al “suicidio virtuoso” a causa de sufrimientos prolongados e inutilidad *etre rien, ou etre* -no ser nada o estar bien-. Así Francia, en 1870, termina con la discriminación en general frente al entorno del suicida e incluso a su funeral.<sup>15</sup>

Hacia principios del siglo XIX Karl Marx, expone de manera oral una crítica a la manera como los médicos perdían el interés y abandonaban a los pacientes cuando no tenían esperanzas. De igual modo Schopenhauer advierte el derecho irremediable del hombre a disponer de su propia vida y persona, cuando el terror de vivir es más espantoso que el de morir.<sup>16</sup>

## **Siglo XX**

En el siglo XX se ve un creciente interés de la sociedad en general por el tema de la eutanasia, llegando a debates jurídicos tanto en Europa como en Estados Unidos. En 1901 el doctor Goddard, inglés, dio una conferencia donde se pronunció a favor de la legalización de la eutanasia como medio para evitar el sufrimiento a enfermos terminales. De otra parte en Ohio, Estados Unidos, en 1906 se presentó una ley para promover la legalización de la eutanasia en el caso de que el paciente en sano juicio la solicitara a su médico. Estas iniciativas no recibieron un apoyo mayor al veinte por ciento, en la opinión pública dejaron entrever la preocupación de la sociedad por el tema. Esto se corroboraría con la notoriedad de ciertos casos muy publicitados por la prensa, como en Europa, como los de *Les Forgues*: un escritor francés socialista y la hija de Karl Marx, se

---

<sup>15</sup> Op.cit HUMPRHY. p. 28

<sup>16</sup> Ibid. , p. 28

quitaron la vida en 1911. Ellos dejaron un documento donde declaraban que habían dirigido su propia muerte antes del envejecimiento cruel que estaban viviendo, pues se estaban privando de todos los placeres y goces que les podría brindar la vida. Al mermar su capacidad intelectual, su vida se estaba paralizando y se estaban convirtiendo en una carga muy pesada para sí y para los demás.<sup>17</sup>

Pero en 1912 se establece un precedente legal contrario cuando una mujer que padecía de una enfermedad incurable solicitó al estado de New York un permiso para que su médico facilitara una muerte indolora sin que fuese acusado de homicidio: la petición causó gran conmoción pero no contó con la aprobación legal.<sup>18</sup>

En 1935 la eutanasia halla un profundo eco en la cultura occidental, en Inglaterra el doctor Killick Millard funda la Euthanasia Society con la finalidad de defender el derecho a una muerte indolora para aliviar o terminar con el sufrimiento de pacientes terminales. El proyecto fue rechazado en la cámara de los Lores, luego de un acalorado debate. La iniciativa no se presentaría de nuevo hasta 1950, con los mismos resultados. El modelo sirve como punto de partida para que en 1968 se funde la Asociación pro eutanasia en Norte América.<sup>19</sup>

Es a partir de este momento que se inicia un debate sobre los principios fundamentales de ese tipo de asociaciones respecto a las condiciones médicas en las cuales un paciente debería acceder a la práctica de la eutanasia. Así se generan una serie de referencias totalmente contrarias a la buena muerte que tendrán como resultado la argumentación de la práctica eugenésica Alemana, destinada a “purificar” la raza bajo la valoración del paciente con el principio de

---

<sup>17</sup> BABINI, José. *Historia de la medicina*. Barcelona: Gesida.1996. p. 50

<sup>18</sup> *Ibid.*, 63

<sup>19</sup> LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Historia de la medicina moderna y contemporánea*. 2ª ed.. Madrid: Editorial Científico-Técnica.1963. p. 73

vida inútil, colocando el juicio de dignidad humana en la ganancia que dicha vida le pueda dar al Estado. Esta práctica denominada erróneamente eutanasia, afectará para siempre el significado de la buena muerte, como la entendieron los griegos y los romanos.

El proyecto Albatros fue el programa con el cual se pretendía purificar la raza germana. El primero de los dispositivos desarrollados para tal fin fue la cámara de gas, que en esa primera versión fue diseñada por profesores de psiquiatría de doce importantes universidades de Alemania: primero seleccionaron a los pacientes y observaron cómo morían, luego comenzaron a reducir los “requisitos” para los candidatos, hasta que los hospitales psiquiátricos quedaron prácticamente vacíos.

A estos psiquiatras se les unieron luego algunos pediatras que en 1939 empezaron a vaciar instituciones para niños discapacitados. Para 1945 estos médicos, que se habían perfeccionado, tanto en su macabra tarea como en su fundamentación de principios y requisitos para llevar seres humanos a la cámara de gas. Ya mataban a los niños que mojaban la cama o a los que tenían orejas que no consideraban perfectas y, por supuesto a aquellos con dificultades de aprendizaje.

Todo esto inicia en 1920 cuando se publicó un libro titulado *“El permiso para destruir la vida indigna”*, escrito por el médico Alfred Hoche<sup>20</sup>, profesor de psiquiatría en la Universidad de Freiburg. Defendió a los pacientes que pedían “ayuda de muerte” pero esta petición debía ser autorizada por un médico, bajo determinadas condiciones como el derecho del paciente para retirar su demanda en cualquier momento y la protección legal de los médicos que lo ayudarían a

---

<sup>20</sup> Alfred Hoche Fue un alemán (1865 – 1943 )psiquiatra conocido por sus escritos sobre la idea del asesinato de los enfermos mentales y sobre todo considera a los que han sido lo que él llama, "mentalmente o intelectualmente muerta" desde su nacimiento o la infancia temprana.

terminar con su vida. Hoche explicó cómo la ayuda de muerte era congruente con la ética más alta y esencialmente era una solución compasiva a un problema doloroso. Tal problema era definido desde los otros y no desde el paciente: Así es como se comete el asesinato de individuos con problemas mentales y psiquiátricos, argumentando que a la sociedad le traería grandes beneficios como el dinero que se ahorrarían del cuidado de aquellos con “vida del sin sentido”. Los periódicos y películas se unieron transformando estas ideas en mensajes al pueblo alemán.

El ministerio de justicia describió la propuesta como posible para que los médicos acabaran con las torturas de pacientes incurables, bajo los argumentos de verdadera humanidad. Así, los ahorros redundarían en favor de las personas alemanas sanas, y el dinero no se despilfarraría con los inválidos, los incurables, y aquellos en el umbral de vejez. Siendo esta última parte la verdadera intención, un exterminio de los seres no útiles para el Estado Nazi.

El primer caso conocido de la aplicación de esta propuesta, en ese momento aceptada, involucro al bebe Knauer. El padre del niño pidió al propio Hitler que a su hijo se le permitiera la muerte porque él era ciego, con atraso mental y sin un brazo y sin una pierna. El caso se le dio al médico personal de Hitler, Karl Brandt y en 1938 se concede la demanda. Durante los próximos meses se establecieron los medios prácticos para quien podría concederse la denominada “muerte misericordiosa” que de misericordiosas no tenían nada, pues permitió matar más niños bajo la premisa de que no tenían ninguna perspectiva para la vida. Lo que propicia eventos como el acontecido en el hospital de Eglfing-Haar, bajo la dirección del médico Hermann Pfanmuller<sup>21</sup>, quien dejo sin alimento a muchos de los niños inválidos a su cuidado hasta que murieran de “causas

---

<sup>21</sup> Hermann Pfanmüller Un alemán (1886 - 1961) psiquiatra y neurólogo que para el período del nacionalsocialismo y los expertos T4 (denominación nazi a la lista de médicos encargados de los campos de exterminio) directamente involucrados como autores de crímenes contra enfermos; nazi fanático y defensor de la "biología racial y genéticos".

naturales”. Mas instituciones siguieron el ejemplo, de dicho hospital, algunos privaron a sus pacientes pequeños de calor. Con el tiempo, Ptannmüller preparó la *Hungerhauser*, la inanición para el anciano.

Al final de 1939 Hitler firmó una carta donde se cedió la autoridad a los médicos para que pudieran conceder la llamada “muerte misericordiosa” a sus pacientes, según el juicio de ellos. Así, hubo internistas que vaciaron los hogares para ancianos, luego algunos médicos salieron a la calle, para sacar a muchos viejos y discapacitados de sus hogares y los mataron. Para 1945 estos médicos habían eliminado, incluso, a muchos veteranos de la primera guerra mundial. Después de la matanza de casi 300.000 alemanes, por el solo hecho de considerarlos “defectuosos”, con el pretexto de la eutanasia, Hitler despliega sus cámaras de gases y procede a la eliminación de las razas “defectuosas”. Así se aniquiló una raza entera de gitanos, seis millones de judíos y quizá casi todos los polacos, rusos y europeos que fueron capturados.<sup>22</sup>

En la época de la guerra y de la posguerra, el debate acerca de la eutanasia se encuentra dividido entre las asociaciones pro-vida y pro-eutanasia. Estas dos posturas encuentran sus espacios de discusión en los escenarios judiciales con los casos donde terceros, por solicitud del enfermo, toman acciones para que este muera. Dentro de estos casos se inicia la inclusión de los médicos y aparece el término eutanasia terapéutica, acuñado por el médico Frank Hinman, para designar la acción médica por la que se provoca la muerte de una persona enferma, bajo la premisa que dicha persona es afectada por una dolencia grave e incurable para la que no se puede ofrecer ninguna alternativa, más que un intenso dolor.

Evidentemente las atrocidades cometidas por los Nazis hacen que el público en general, quienes para esa época ya conocían la verdad sobre el proyecto Albatros,

---

<sup>22</sup> Op.cit. LAÍN ENTRALGO, Pedro .*Historia de la medicina*. p. 80

desistieran de plantearse la propuesta de la eutanasia terapéutica. Por ello, alrededor de 1950, el debate de la eutanasia se encontraba en una situación de dos bandos: partidarios y oponentes cada vez más divididos.

En la década del cincuenta el debate se centró en los tribunales y los casos juzgados como homicidios piadosos, donde siempre se aplicó un procedimiento inconsecuente. Las acusaciones iban desde homicidios involuntarios hasta asesinato; en tanto que los veredictos eran de culpabilidad, absolución por enajenación mental pasajera o libertad condicional. Charles M. Collins fue un granjero que mató a su hijo, un joven que esperaba ser reintegrado en un hospital psiquiátrico de Main: Collins afirmaba como justificación de su acción que el chico nunca estuvo en su sano juicio. Fue acusado de asesinato, declarado culpable y condenado a pena perpetua. Albert Sell, un tabernero de cuarenta y cuatro años oriundo de New Jersey, fue declarado inocente por enajenación mental pasajera al disparar contra su hijo minusválido de cinco años. En Arizona Herman Nagle, policía jubilado de cincuenta y cuatro años, fue acusado de disparar contra su hija mayor que padecía de parálisis cerebral y se le declaró inocente de homicidio en primer grado.<sup>23</sup>

Todas las respuestas de los tribunales a estos casos dependían de la forma en que se cometía el homicidio y el estado del enfermo, por ello, en 1950 se inicia el debate sobre la eutanasia voluntaria y sobre la petición de la regulación por parte de las leyes. Las asociaciones pro-vida plantean una serie de objeciones, tales como: que la eutanasia es en contra de la ley divina; que las enfermedades incurables de hoy en día podrían ser curadas el día de mañana; que el dolor es un valor inmanente a la vida.

Tales argumentos se rechazan. La creencia de que solo Dios decide el momento de la muerte, nos conduciría a pensar que el prolongar la vida por medio de los

---

<sup>23</sup> Ibid. , p. 90

avances médicos, también sería pecado; así, el no matarás, debería cambiarse por el no asesinarás; es decir, no matarás ilegítimamente. Aunque los llamados incurables a veces se curan, no debemos olvidar que hay casos en los cuales por falta de imaginación, no se encuentra el remedio para devolver la salud a una vida que se extingue. Al paciente que se muere de metástasis cancerosa, aunque todavía respire, no se le puede dar por muerto. Frente al dolor, como designio divino, deberíamos entonces privarnos de toda clase de anestésicos y cuidados médicos para aliviar el sufrimiento.

Ante el uso de fármacos para el dolor que pudieran conducir a la muerte, la iglesia católica se pronunció e indicó que si se empleaban como último mecanismo y no con la intención de terminar la vida del enfermo, serán permitidos. A esos casos se los denominó de “doble efecto” por constituir una justificación para ciertas acciones que producían indirectamente consecuencias letales, siempre y cuando se cumplieran ciertas condiciones; como que la acción, por sí misma e independiente de su efecto, no debía ser mala desde el punto de vista moral, el efecto malo no debía utilizarse para producir el efecto bueno y finalmente que el efecto malo no debía ser intencionado; con ello daban las razones para realizar la acción farmacológica a pesar de sus consecuencias. Así, el administrar deliberadamente una sobredosis letal de morfina, para aliviar el dolor de un enfermo canceroso que luego muere, llega a ser distinto que administrar deliberadamente la sobredosis por compasión.<sup>24</sup>

El significado de la eutanasia entra en el ámbito médico a finales del siglo XX acompañado también de las delimitaciones jurídicas, pues son cada vez más las personas que siguen recurriendo a esta práctica como única salida a un sufrimiento prolongado. Este es un problema que preocupa a toda la comunidad, que adopta diversas actitudes entre el rechazo y la aceptación. Todo ello

---

<sup>24</sup> Cnf. , Juan Pablo II. Carta encíclica. *Evangelium Vitae*. 25 de marzo. 1995

desemboca en debates acerca de hasta dónde deben llegar los cuidados frente a los enfermos terminales.

En el mundo actual el debate acerca de la eutanasia es más intenso, muchas personas se manifiestan a favor o en contra de la eutanasia o el derecho a una buena muerte, para evitar sufrimientos físicos y psíquicos. Pero sólo dos países, Holanda y Bélgica, tienen una legislación que permite la eutanasia.

El 28 de noviembre de 2000, el Parlamento de Holanda aprobó una ley que permite la eutanasia con asistencia médica. La ley de eutanasia de Holanda prohíbe su aplicación en personas menores de 17 años. La ley sobre eutanasia es muy precisa y la persona que quiera acogerse a ella debe cumplir algunos requisitos: Primero que el paciente debe solicitar la eutanasia de forma voluntaria. Segundo, que el médico debe estar seguro de que el sufrimiento del enfermo es insoportable y que el paciente no tiene posibilidades de recuperación. Como tercero el paciente y el médico deben contar con una segunda opinión médica que certifique que el doctor del paciente ha cumplido con el anterior requisito. Y finalmente la terminación de la vida debe ser llevada a cabo en una forma médica apropiada.

Dos años después, Bélgica despenalizó la eutanasia. Desde el 23 de septiembre de 2002, los enfermos que están en fase terminal pueden solicitar la eutanasia cumpliendo ciertos requisitos: Entre estos se debe considerar que el paciente sea mayor de 18 años y esté mentalmente saludable. Además, el paciente debe solicitar la eutanasia de forma voluntaria, bien considerada y repetidamente. El sufrimiento que padece debe ser insoportable y debe estar bien informado de su situación y de otras alternativas. También es necesario que un segundo médico confirme que la enfermedad sea incurable y que el sufrimiento sea insoportable. Finalmente, el paciente siempre debe hacer su petición de eutanasia por escrito y esta debe ser asistida por un médico.

En Gran Bretaña la eutanasia continúa siendo ilegal, pero entre 1993 y 1994 la justicia autorizó a varios médicos a desactivar los aparatos de pacientes que eran mantenidos con vida artificialmente. En Escocia, en junio de 1996, el Estado autorizó a un enfermo a someterse a esta práctica.

En nuestro continente el estado de Oregon, en Estados Unidos, es la única jurisdicción que cuenta con una ley de muerte con dignidad. La legislación fue aprobada por los votantes en 1997. La ley de eutanasia de Oregon establece requisitos similares a las legislaciones de Bélgica y Holanda, pero a diferencia de estos países, en Oregon el enfermo puede pedir al médico la prescripción de una sustancia letal. El paciente también puede decidir dónde y cuándo desea morir.

La eutanasia en Colombia se ha consagrado como figura a través de sus diferentes codificaciones como homicidio piadoso, destacando la relevancia que se le da a la misma desde el Código Penal de 1936, ley 95, en el Decreto 100 de 1980, Código Penal Vigente y en la Sentencia 239 de la Corte Constitucional de 1997.

El artículo 326 del estatuto punitivo actual señala: "Homicidio por piedad. El que mataré a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años"<sup>25</sup>. La legislación penal colombiana sanciona todo acto que ponga fin a la vida de otra persona porque tiene en cuenta que la vida es un derecho fundamental que debe ser respetado por el conglomerado social y que necesariamente debe ser protegido por el Estado.

Naturalmente el sistema de protección establece diferencias de acuerdo a las diferentes clases de muerte y da, por lo mismo, tratamiento punitivo diverso dependiendo de la figura ante la cual nos encontremos. No será lo mismo la

---

<sup>25</sup> Código Penal, Título XIII, Cap. I, Art. 326.

muerte que Juan comete contra Pedro, cuando se actúa con la finalidad de acabar con su vida -Homicidio Simple-, o la de Pedro cuando conduciendo su vehículo atropella a María al pasarse un semáforo en rojo -Homicidio Culposo-, o la de José cuando peleando con Diego, actuando con la finalidad de lesionar o producir un daño a su integridad corporal, aunque finalmente produce su muerte -homicidio preterintencional- o la del médico que decide acabar con la vida de su paciente para poner fin a intensos sufrimientos -homicidio por piedad-.<sup>26</sup> En todos estos casos el tratamiento punitivo, esto es la imposición de penas, será distinta porque las circunstancias y modalidades como se acaba con la vida de una persona es sustancialmente diversa.

En relación con el Tipo Penal de Homicidio por piedad, consagrada en el artículo 326 antes señalado, podemos destacar que: la conducta puede ser realizada por cualquier persona y por eso es posible que un médico sea sujeto activo de esta conducta. El concepto de sujeto activo hace referencia a la persona que puede realizar la conducta. Una lesión corporal es el daño que se produce en el cuerpo o en la salud, no es necesario que haya sido infligida por una persona y puede ser un hecho natural producto de una enfermedad o de un accidente. La lesión necesariamente tiene que ser de una consideración grande, porque como más adelante lo veremos debe ser casi irresistible, al punto que debe conllevar intensos sufrimientos. Se pueden considerar así las que se producen en el rostro, las que dañan ostensiblemente las funciones vitales, o las que suprimen los sentidos. Para terminar con estos elementos destacados se puede considerar que en el caso de enfermedad, un estado patológico orgánico o psíquico exige adicionalmente que tanto la una como la otra sean graves e incurables. En este sentido la gravedad de la lesión o de la enfermedad estará determinada por el intenso sufrimiento que produce, de tal forma que con ello pueda despertar la piedad de otro.

---

<sup>26</sup> Ibid. , Cap. I

En cuanto a la enfermedad, la condición de grave e incurable está asociada al hecho concreto de que el paciente no tiene posibilidades reales de mejoría. Esta exigencia debe analizarse en el contexto tempo-espacial en que el hecho se produce: En países de menor grado de desarrollo tecnológico puede aparecer como grave e incurable una enfermedad que no tiene el mismo carácter en otras regiones del planeta, la incurabilidad debe apreciarse en una situación determinada, según el lugar y las condiciones que rodean al paciente y al victimario. La ciencia no llega a todas partes con igual rapidez y eficacia. De nada sirve a un enfermo pobre, o inclusive a un adinerado que no pueda moverse, saber que la cirugía en otros centros puede curar el mal que padece o permitir la prolongación de la vida.

El carácter de incurable de una enfermedad deberá analizarse teniendo en cuenta las condiciones objetivas y subjetivas de cada caso concreto y jugarán un papel importante las condiciones sociales, económicas y culturales del enfermo y su familia, pero igualmente las del autor del delito, quien es, en últimas, el que entra a valorar la condición de grave e incurable de la patología que presenta en el posible sujeto pasivo del acontecer ilícito.

En la sentencia de la Corte Constitucional presenta a la eutanasia como lo conoce una práctica que tiene su origen en una clara motivación, la piedad frente al sufrimiento, al padecimiento de aquella persona que se ha visto sometida a ello como consecuencia de una enfermedad grave e incurable.

Como la piedad es considerada como el móvil, se hace necesario que el mecanismo utilizado para poner fin a la vida, implique el menor sufrimiento posible, pues, no tendría sentido la utilización de instrumentos o medios que hiciesen más penoso el desenlace final. Y este móvil es el que precisamente permite distinguir el homicidio pietístico del eugenésico, mientras en nuestro caso se actúa con la finalidad de evitar el sufrimiento en el segundo la finalidad está

encaminada a depurar la raza, solo pudiendo existir quienes de acuerdo a una determinada concepción se consideren perfectos, aun más, los mismos medios utilizados para este objetivo final variarán acorde con lo que se pretende, mientras en el primero debe utilizarse un mecanismo rápido y efectivo, en el segundo será necesariamente válido todo mecanismo que incluso conlleve sufrimiento previo al resultado que finalmente se desea, tal como vimos que ocurrió en épocas anteriores.

El avance de la legalización de la eutanasia no implica que el debate haya concluido o que haya sido superado: Los argumentos a favor o en contra son válidos y habrá que recorrer un largo camino para que surja algún consenso deseable en momentos en que las divergencias entre las personas crezcan demasiado. Este camino debe aportar los procedimientos de decisión en los problemas éticos planteados por la medicina y propiamente por la eutanasia medicalizada, como la manera de poner fin a enfermedades largas y sin posibilidad de tratamiento o de curación. Por eso continuaremos con el abordaje del problema desde la bioética, que en su perspectiva aborda la creciente preocupación por el futuro de la vida en nuestro planeta después de los grandes avances en el campo de la biología molecular, de la ecología humana y de las transformaciones de la medicina.

## 2. UNA VISIÓN ACTUAL DE LA EUTANASIA: DIEGO GRACIA

Diego Gracia es un médico y filósofo español, reconocido como una autoridad mundial en bioética. Es discípulo y editor de la obra de Xavier Zubiri. Ha contribuido a la ética médica. Es Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Director del Máster de Bioética en la misma universidad, tratándose del primer máster de bioética ofrecido en España desde 1989. Es considerado por muchos como el bioeticista más importante del mundo iberoamericano. Este trabajo se concentra en discutir a partir de y a los planteamientos de este filósofo Gracia que considera la contribución de la filosofía a la bioética se encuentra directamente relacionada con la labor que cumple la medicina, dado que, aunque la filosofía no sea normativa respecto a la medicina, sí contribuye a hacer explícita la normatividad implícita que la medicina supone en su eticidad. La normatividad no es impuesta desde el exterior a la medicina por la filosofía. Ésta no ejerce ninguna coacción moral sobre la medicina. La tarea de la filosofía es servir a la autonomía médica, invitándola a una coherencia interna más grande. Sin embargo, este servicio no es servil; hay en ello exigencias legítimas, las mismas que prescribe la medicina: el respeto a los pacientes y a las prácticas facultativas.

La contribución del filósofo a una ética de la vida o una bioética es la de la elucidación de la idea de vida y de las decisiones éticas que se orientan según esta misma idea. La vida, si bien *factum* - hecho - de la existencia, no es definible científicamente, sólo queda como idea desde una especulación filosófica acorde con los resultados que la ciencia va logrando. Y esto que se idee como vida, regula o sirve de horizonte para las acciones que la ciencia decida llevar a cabo en su práctica con los seres vivos. En este sentido, la bioética pretende estar al servicio del hombre, en tanto ser viviente, y presta servicio desde esta doble perspectiva científico-filosófica. Esta comunidad de intereses es el augurio de una

interacción fructífera, donde se confronten sus diferentes concepciones de hombre. El filósofo debe ocuparse de favorecer este diálogo al exponerse en un dominio que no es solamente el suyo, porque las pruebas y demostraciones pertenecen al campo de la ciencia, pero las interacciones de unos seres vivos frente a otros necesitan de una regulación en las decisiones que no se pueden probar científicamente.

Del mismo modo, saber qué es la muerte y si es lícito o no adelantarla, pertenece a esta configuración ideal sobre la vida, que no está en manos exclusivas de la ciencia, sino que, de nuevo, emerge desde una comunidad de intereses entre ciencia y filosofía. Así, en este capítulo se investigará en qué condiciones está el debate de la eutanasia partiendo de un marco actual sobre la eutanasia, razón por la cual se explorarán los orígenes de la bioética para luego centrarnos en el proyecto de Diego Gracia frente a la eutanasia.

### **Surgimiento de la bioética**

La bioética es una disciplina que no alcanza aún los treinta años de edad, si se toma como fecha de nacimiento los comienzos de los años setenta del siglo XX, cuando su nombre se puso en circulación. Pero si nos fijamos en los momentos cuando se despertó la inquietud por darle vida a un movimiento ético-biológico, tal como califica Rothman a la Bioética<sup>27</sup>, ésta tuvo su punto de partida en un mismo país pero en dos épocas distintas. Veamos cómo se originó ese movimiento.

En 1971, apareció el libro *Bioethics. Bridge to the Future* de la autoría de Van Reenselaer Potter, profesor de Oncología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin; dicha publicación registra la siguiente dedicatoria: “Este libro está dedicado a la memoria de ALDO LEOPOLD, quien anticipó la extensión

---

<sup>27</sup> ROTHMAN, David. *Strangers at the Betside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New York: Basic. 1991. p. 150

de la ética a la Bioética”. Asimismo, el segundo libro de Potter, titulado *Global Bioethics*, lleva el subtítulo “Construyendo sobre el legado de Leopold”.<sup>28</sup> Pero, ¿quién fue y qué hizo Aldo Leopold?

En 1933 un biólogo norteamericano llamado con ese nombre, escribió en *The Journal of Forestry* un artículo titulado “Ética de la conservación”. Dieciséis años después este artículo, ampliado, fue publicado en la revista *Almanac* con el título “*La ética de la tierra*”. Por lo anterior, se considera a Leopold como el primero en esbozar las bases de una nueva ética para la conducta humana, desarrollando una Ética Ecológica, o ética de la tierra, y explicando claramente por qué ella era necesaria. La secuencia evolutiva de la ética planteada por Leopold involucra inicialmente al hombre y después a la sociedad. Él reclamaba que la ética, en una tercera fase, se ocupara del medio ambiente, de los animales y de las plantas, es decir, que se constituyera en una ética ecológica.

Potter, preocupado, al igual que Leopold, por el comportamiento del hombre frente a los componentes de la naturaleza, llegó al convencimiento de que si no se ponía un freno a la depredación, la supervivencia de la especie humana sobre el planeta Tierra no sería muy larga. Luego de profundas reflexiones concluyó que la supervivencia podía depender de una ética basada en el conocimiento biológico. A esa ética le dio el nombre de Bioética. Hasta aquí, el origen de la Bioética: la ecológica o de la supervivencia, cuyo precursor o gestor fue Aldo Leopold y su partero fue Van Reenselaer Potter.

El 9 de noviembre de 1962, la revista *Life* publicó un artículo titulado “*Ellos deciden quién vive y quién muere*”, donde se contaba la historia de un comité en Seattle en Estados Unidos, encargado de seleccionar a los pacientes que podrían

---

<sup>28</sup> SUAZO, Miguel. *Bioética para nuevos*. Instituto Tecnológico de Santo Domingo: Santo Domingo. 2002. p. 42

usufructuar el programa de hemodiálisis<sup>29</sup>, abierto hacía poco en la ciudad.<sup>30</sup> Dado que no era posible atender a todos los que requerían la diálisis, se creó un grupo compuesto en su mayoría por personas no médicas, encargadas de revisar las historias de los candidatos y seleccionar a quienes se verían favorecidos por el procedimiento tecnológico. Según Albert R. Jonsen, profesor de historia de la medicina y ética en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, tal evento puede considerarse como un hito importante en los orígenes de la Bioética General.<sup>31</sup> Aún más, algunos lo asocian con la fecha de su nacimiento. Esta ética recibió el propiamente nombre de bioética médica.

Para David J. Rothman, primer historiador de la Bioética, lo trascendental de la situación descrita consistió en algo de tinte revolucionario: los médicos, que hasta entonces habían tenido la exclusividad de decidir acerca de los tratamientos para sus enfermos, delegaban en los representantes de la comunidad, ese privilegio.<sup>32</sup> Si nos atenemos a lo afirmado por Rothman y por Jonsen, la Bioética nació una década antes de que Potter publicara su libro en 1971.

En efecto, además de las implicaciones éticas que trajo consigo la injerencia de particulares en las decisiones médicas, la ocurrencia de otros hechos puede considerarse asimismo como inductora de una nueva ética médica. En primer lugar, al advenimiento de la píldora anticonceptiva en los inicios de los sesenta, que dio motivo a la desazón de filósofos y teólogos del Vaticano respecto al control de la natalidad; en segundo lugar, al trasplante cardíaco llevado a cabo por Christian Barnard en 1967, que dio comienzo al estudio de las implicaciones éticas

---

<sup>29</sup> La hemodiálisis es una sustitución renal, consiste en extraer la sangre del organismo y traspasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual traspasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable. Método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua cuando los riñones son incapaces de esto.

<sup>30</sup> *They decide Who Lives, Who Dies.* (211, July 25) Recuperated 30 September. Life. <http://livingdonorsonline.org/ldosmf/index.php?topic=686.0>

<sup>31</sup> JOSEN, Albert . *Una Breve Historia De La Ética Médica.* Trad. Juan Antonio Medina Lopez. Madrid: San Pablo. 211

<sup>32</sup> SUAZO. Op. Cit. *Biótica para nuevos.* p. 56

de los trasplantes; después, a lo sucedido a Karen Ann Quinlan en 1975, quien permaneció en estado de coma vegetal durante diez años despertó inquietudes acerca del manejo ético de los pacientes en estado vegetativo; también, al artículo titulado *“Ethics and Clinical Research”*, escrito por Henry Beecher, profesor de anestesia en la Escuela de Medicina de Harvard, en el que denunciaba la falta de ética de 22 estudios de investigación biomédica aparecidos en importantes revistas; y por último, al nacimiento de Louise Brown en 1978, producto de la fertilización extracorpórea, lo cual puso de presente que el hombre de ciencia se estaba adueñando del proceso de la reproducción humana.<sup>33</sup> Todos hechos, hacían que las decisiones y acciones científicas, no tuvieran en sí mismas una guía o una regulación más que aquellas dadas por cierta idea de la vida y de la muerte. La bioética se consolidó como un discurso que servía para dar cuenta de las razones tenidas a la hora de tomar diferentes decisiones en el actuar médico, o para criticarlas.

### **Bioética como Sistema**

En este contexto, Diego Gracia, toma la idea de que la bioética es un procedimiento fundamentado para la toma de decisiones en los ámbitos conflictivos de la Biomedicina<sup>34</sup>. Se basa en buena parte en principios éticos generales y en Declaraciones de Derechos Humanos que, al ser ampliamente compartidos, suministran un marco sólido de referencia para discutir racionalmente la rica casuística que plantean los avances tecnológicos en su interacción con la vida.<sup>35</sup>

Es así como la manera en que argumentar las decisiones morales pasa a un primer plano y se empieza a pensar en un sistema de manejo de valores y de

---

<sup>33</sup> RODRIGUEZ, Arnulfo. *Fundamentos de Bioética*. Bucaramanga: UNAB. 2009. p. 22

<sup>34</sup> Término que engloba el conocimiento y la investigación que se realiza en los campos de la medicina.

<sup>35</sup> GRACIA, Diego. *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Bogotá: El Búho. 2000. p. 35

resolución de conflictos. Con ello, hace su aparición la llamada teoría de los “cuatro principios”<sup>36</sup>, formulada por primera vez en 1979 por los bioeticistas Beauchamp, T.L y Childress, JF, quienes definieron como cuatro los principios de la Bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. En un primer momento definieron que estos principios son *prima facie*, esto es, que vinculan siempre que no colisionen entre ellos, en cuyo caso habrá que dar prioridad a uno u otro dependiendo del caso. Sin embargo, Diego Gracia, considera que los principios deben ser especificados para aplicarlos a los análisis de los casos concretos, esto es, que deben ser discutidos y determinados por el caso concreto a nivel casuístico y deberán atravesar dos momentos para lograr una adecuada aplicabilidad de los principios. Miremos el planteamiento de Gracia frente a la implementación de los principios.

El principio de autonomía es de respeto hacia las personas e impone la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que actúen de forma autónoma. La autonomía implica responsabilidad y es un derecho irrenunciable, incluso para una persona enferma. Una persona autónoma tiene capacidad para obrar cuando ejerce la facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y el significado de sus actuaciones y puede responder por sus consecuencias. El principio de autonomía tiene el carácter de imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas no puedan ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (menores de edad, personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.), lo que hace necesario, en tal caso, justificar por qué no existe autonomía o por qué ésta se encuentra disminuida.

En el ámbito médico, la autonomía del paciente se da por la idea de consentimiento informado, que significa “el derecho a mantener informado al paciente de todo aquello que pueda serle relevante en su proceso de toma de

---

<sup>36</sup> BEAUCHAMP, Tom. *Los cuatro principios*. London: Wiley and Sons. 1994. p. 3

decisión"<sup>37</sup>. Esta es la máxima expresión del principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético y supone que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente.

El segundo principio, el de beneficencia, es la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo los perjuicios. En medicina se promueve el mejor interés del paciente sin tener en cuenta la opinión de éste, que supone que el médico posee una formación y conocimientos de los que el mismo carece, por lo que aquél sabe y por tanto, decide qué es más conveniente para éste. Es decir, "él dispone de alguna manera sobre la vida y la muerte de las personas"<sup>38</sup>.

Un primer obstáculo al analizar este principio es que desestima la opinión del paciente, primer involucrado y afectado por la situación, prescindiendo de su opinión debido a su falta de conocimientos médicos. Este principio, entra en confrontación con el primero. Las preferencias individuales de médicos y de pacientes pueden discrepar respecto a qué es perjuicio y qué es beneficio. Por ello, es difícil defender la primacía de este principio, pues si se toman decisiones médicas desde la beneficencia, se dejan de lado otros principios válidos como la autonomía o la justicia.

El tercer principio de no maleficencia o *Primum non nocere* consiste en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico, sino en todos los sectores de la vida humana. En medicina este principio debe encontrar una interpretación adecuada, pues a veces las actuaciones médicas

---

<sup>37</sup> GRACIA, Diego. Op.cit. *Bioética Clínica*. Bogotá: El Búho. 2000. p. 79

<sup>38</sup> *Ibíd.*, p. 76

dañan para obtener un bien. Se trata, entonces, de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórico-práctica rigurosa, actualizada y permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional; investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar los ya existentes con el propósito de que sean menos dolorosos y lesivos para los pacientes; avanzar en el tratamiento del dolor; evitar la medicina defensiva, evitando así la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.<sup>39</sup> Por tanto, este principio impide la prolongación de los padecimientos de un enfermo o prolongarlos según las acciones que se decía realizar o no realizar.

Finalmente, el principio de justicia se define en el dar tratamiento a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad biológica, social, cultural, económica, etc. En nuestra sociedad, aunque en el ámbito sanitario la igualdad entre todos los hombres es sólo una aspiración, se pretende que todos sean menos desiguales, por lo que se impone la obligación de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales para disminuir las situaciones de desigualdad. A este principio lo podemos desdoblar en dos: un principio formal, que consiste en tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales y, un principio material, que busca determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios: las necesidades personales, el mérito, la capacidad económica, el esfuerzo personal, etc. Las políticas públicas se diseñan de acuerdo a ciertos principios materiales de justicia. En España, por ejemplo, la asistencia sanitaria es teóricamente universal y gratuita, por tanto basada en el principio de la necesidad. En cambio, en Estados Unidos la mayoría de la asistencia sanitaria de

---

<sup>39</sup> GRACIA, Diego. Op. Cit *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. 1991. p. 58

la población está basada en los seguros individuales contratados con compañías privadas de asistencia médica. Para excluir cualquier tipo de arbitrariedad es necesario determinar qué igualdades o desigualdades se van a tener en cuenta para determinar el tratamiento que se va a dar a cada uno. El enfermo espera que el médico haga todo lo posible en beneficio de su salud, pero también debe saber que las actuaciones médicas están limitadas por una situación impuesta al médico, como intereses legítimos de terceros.<sup>40</sup>

La relación médico-paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y de autonomía, pero cuando estos principios entran en conflicto, a menudo por la escasez de recursos, es el principio de autonomía el que entra en juego para mediar entre ellos. En cambio, la política sanitaria se basa en el principio de justicia, y será tanto más justa en cuanto que consiga una mayor igualdad de oportunidades para compensar las desigualdades. Sin embargo, Diego Gracia, considera que la aplicabilidad de los principios está dada en el juicio moral donde hay un momento de razonamiento deontológico o *a priori*, atento a los principios generales y, otro teleológico o *a posteriori*, una fase experiencial, en la que se ponen a prueba los principios en cada caso concreto. ¿Cómo sigue Diego Gracia de los principios en un esquema ético? Propone, para ello, cuatro fases: la ontológica, la teleológica, la del juicio y la decisión final.

En el sistema de referencia moral la primera fase tiene dos momentos: el ontológico en la que el hombre, en cuanto persona, tiene dignidad y no precio; y luego un momento ético en que todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto. Es reconocer que todo hombre tiene dignidad y reconoce la dignidad de los otros. En la fase deontológica del juicio moral hay dos niveles: un primer nivel de no maleficencia y justicia y un segundo nivel de autonomía y beneficencia. Donde se muestra que el hombre posee una esfera pública y privada

---

<sup>40</sup> GRACIA, Diego. Op.Cit. *Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria*. Bogotá: El Búho. 2000. p. 46

en su actuar ético. En la fase teleológica del juicio moral hay una evaluación de las consecuencias objetivas del nivel uno y una evaluación de las consecuencias subjetivas del nivel dos. Por último, en el juicio moral se contrasta la regla en el caso particular y se evalúan las consecuencias del acto, para ver si se puede hacer una excepción a la regla, y luego se contrasta la decisión tomada con el sistema de referencia.

Para la toma de la decisión final se constituye el llamado "esbozo moral", que permite dar contenidos materiales a la intuición fundamental de la fase uno. Estos principios son puestos a prueba en la fase tres sobre la base de las consecuencias. Debido a que los principios se elaboran y descubren históricamente, no son absolutos aunque sí universales, son deberes *prima facie* que pueden admitir excepciones. Precisamente la cuarta fase está dirigida al análisis de efectos y circunstancias de cada caso particular, con objeto de argumentar si se puede admitir una excepción. Pero las excepciones se basan precisamente en la calibración de las consecuencias, de modo que la admisión de la excepción garantice la consideración y respeto de los seres humanos. Por ejemplo, todos hemos recurrido alguna vez a la "mentira piadosa": se trata de una excepción al principio (no absoluto) de que hay que decir la verdad, que se justifica porque en determinadas circunstancias seguir al pie de la letra ese principio puede tener consecuencias negativas para otras personas y atentar contra principios y valores de orden superior.<sup>41</sup>

Esta manera de seguir los principios de la bioética son puestos a prueba por la eutanasia al ser una de las decisiones más difíciles debido a que se trata de poner fin a la vida. La eutanasia, así, se presenta como caso límite para cualquier sistema de principios bioéticos. Miremos las consideraciones de Gracias a este respecto.

---

<sup>41</sup> Cfr. GRACIA, Diego. *Procedimientos de Decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema. 1991

## Eutanasia desde la Bioética

Sobre estas bases Diego Gracia entabla un diálogo con el fenómeno de la eutanasia, recordándonos que es necesario plantearnos los dilemas éticos en el final de la vida, no con el único fin de dar solución a nuestros intereses sino para observar en qué estado se encuentran los debates frente a esos temas. Por ello, Diego Gracia realiza una distinción categorial en la historia de la eutanasia en tres momentos: la eutanasia ritualizada, la eutanasia medicalizada y la eutanasia autonomizada. A partir de ello, podemos ver los diversos significados de la eutanasia.

Lo primero que se observa es la muerte como un fenómeno cultural complejo. Para Gracia el acompañamiento del hombre en sus últimos momentos, por otro hombre es una invención. El interés por el momento de la muerte está acompañado de la compleja manera de determinar cuándo se está muerto. El patrón al cual se recurre para confirmarlo es el hecho biológico de la descomposición orgánica, como la señal más certera de la muerte, en donde se suspende el proceso de regeneración celular propio de los cuerpos vivos. Pero los seres humanos no podemos ver cómo se descomponen en nuestra presencia los seres más queridos. Esto explicaría por qué los hombres buscan manifestaciones premonitorias de cuando los individuos están cerca de la muerte, y lo más importante, el hecho cultural que acompaña el morir con un rito de paso de muerte o mejor, de buena muerte, lo que se podría entender como la eutanasia ritualizada<sup>42</sup>.

Una práctica más cercana se puede observar en la denominada unción de los enfermos. Su objetivo es ayudar a morir en paz, haciendo posible una buena muerte en la gracia de Dios al ratificar la profesión de fe bautismal. Tal fin se

---

<sup>42</sup> GRACIA, Diego. *Ética de los confines de la vida*. Bogotá: El Búho. 2000. p. 268

puede observar en otras culturas, en sus ritos de paso tanatológicos<sup>43</sup> que utilizan diversos mecanismos para que los moribundos pierdan el conocimiento, la conciencia y así mueran tranquilos. Todas estas prácticas tienen por objeto humanizar el proceso de morir evitando en lo posible el sufrimiento. Tal labor es encomendada al médico desde sus inicios en Grecia.

La medicina tiene por objeto, justamente, luchar por la vida, defender la vida y evitar el sufrimiento del moribundo. La medicina occidental ha sido, desde sus orígenes, una ciencia eutanásica; ésta es la tesis de Diego Gracia, una eutanasia medicalizada,<sup>44</sup> y lo demuestra a partir de los estudios sobre Platón, Averroes, Moro y Binding. Averroes, por ejemplo, es uno de los máximos médicos de la edad media, es un decidido partidario de la eutanasia, y considera que practicarla es función de los médicos de la ciudad. Por su parte, Platón expresa que la ciudad natural o perfecta ha de estar compuesta de hombres sanos.

Posteriormente Diego Gracia examina lo que denomina la “eutanasia autonomizada”<sup>45</sup>. El interés actual por la eutanasia ha introducido un nuevo componente en la reflexión sobre el tema: la autonomía de los pacientes. Hasta la segunda guerra mundial las prácticas eutanásicas se realizaron sin el consentimiento de quienes la sufrían en la mayoría de los casos. En las tribus primitivas, eran las normas del grupo social las que señalaban cuándo una persona debía desaparecer en beneficio de todas las otras. Aunque las prácticas eutanásicas desde los inicios de la cultura occidental, en la Grecia Antigua, se basaron en motivos sociales, políticos o médicos, muy pocas veces tuvieron en cuenta la autonomía de los pacientes. Hoy, en la época de los derechos humanos,

---

<sup>43</sup> La tanatología es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, y en otros animales, aplicando el método científico o técnicas forenses, tratando de resolver y enfrentar las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la antropología física, la religión y el derecho.

<sup>44</sup> GRACIA, Diego. *Ibid.*, p. 272

<sup>45</sup> GRACIA, Diego. *Ibid.*, p. 281

se ha descubierto el derecho a decidir dentro de ciertos límites, sobre las intervenciones que se realizan en el propio cuerpo, sobre la salud y la enfermedad, sobre la vida y la propia muerte.

Diego Gracia continua el abordaje de este tema con la delimitación de lo que se debe entender como eutanasia y sus diferentes maneras de practicarlas, hasta el punto de aclarar cuando es posible considerar que no hay eutanasia.<sup>46</sup> Eutanasia, en general, significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un enfermo que está cerca de morir por causa de una enfermedad terminal. El mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Igualmente puede ser provocada por otros con su consentimiento. En todos estos casos se habla de eutanasia voluntaria. Si se causa la muerte contra la voluntad del paciente o sin su conocimiento, hablamos entonces de eutanasia involuntaria. Son las consideraciones humanitarias las que entran en juego cuando se plantea esa peculiar forma de morir.

Tener presente el motivo que origina la muerte es lo más significativo pues conlleva una consecuencia importante para una correcta conceptualización de la eutanasia: esta no puede ser examinada desde el conocido esquema del suicidio, donde se pierde la dignidad humana al desear la propia muerte sin motivaciones de dolores físicos o sufrimientos mentales y la falta del acompañamiento de profesionales de la salud que ayuden a determinar cuándo se atraviesa por una circunstancia extraordinaria de desapego a la vida que tiene solución y cuando existe una enfermedad incurable. No se trata sencillamente matar a alguien o matarse, esto es, quitar la vida a alguien o quitársela uno mismo, algo en todo caso muy distinto. El debate sobre la eutanasia no se centra en la legitimidad de disponer de la vida de una persona cualquiera, sino de la persona enferma, sobre la que no existe esperanza de vida en unas condiciones de vida que puedan ser determinadas como humana.

---

<sup>46</sup> GRACIA, Diego. *El Estado de la Cuestión*. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. 1995. p. 98

Los medios con los que se causa la muerte pueden coincidir todos en una intervención positiva, esto puede ser, por una sobredosis de píldoras conciliadoras del sueño o en otra clase de medicinas, o una inyección de cloruro de potasio que causa de inmediato la muerte. En ocasiones se emplea el término “dar una muerte piadosa” para esta clase de intervención, aunque lo normal es que se le llame eutanasia positiva, activa, o directa. Por otra parte, se denomina eutanasia negativa, pasiva o indirecta a la omisión de un tratamiento eficaz, o sea, al hecho de no prolongar el proceso de morir por medio de máquinas o aparatos que mantienen la vida al paciente, como lo puede ser el respirador artificial.

Persiste, sin embargo, el debate de si existe o no diferencia entre la omisión y la realización de un acto. ¿La omisión de un tratamiento puede equivaler al hecho de dar muerte a un paciente? ¿Desconectar el respirador ocasiona directamente la muerte del enfermo? ¿El descuido o falta de atención a un paciente bajo el control de un aparato y dejarlo morir, difiere moralmente de retirarle el aparato? ¿Cuál es aquí la diferencia moral entre acción y omisión, entre omisión e intervención? ¿El paciente o el doctor están obligados a impedir la muerte, en cuanto sea posible? ¿Y por qué medios? A estos interrogantes Diego Gracia responderá con una clasificación de la práctica eutanásica.

La eutanasia se clasifica según su finalidad así: La eutanasia eugenésica, por razones de "higiene racial", libera a la sociedad de los enfermos que son considerados una carga. La eutanasia piadosa, que se practica con el fin de aliviar los dolores y sufrimientos a un enfermo.

También se delimita según la alteración en la duración de la vida, o sea, los medios: La eutanasia positiva es aquella en que el agente de manera directa y positiva actúa sobre la persona enferma provocándole la muerte, y en la eutanasia negativa el agente deja de hacer algo que permite proseguir con la vida del paciente.

Según la manera como se realicen sus intenciones hay eutanasia directa; cuando en la intención del agente existe el deseo de provocar la muerte directamente del enfermo. La eutanasia indirecta consiste en la muerte no querida en su intención que sobreviene a causa de los efectos secundarios del tratamiento paliativo del dolor. Y una eutanasia lenitiva para indicar el empleo de fármacos con el fin de aliviar el dolor causado por una enfermedad terminal y que puede causar la mengua de la vida.

Desde el punto de vista de la víctima y su vulnerabilidad: La eutanasia voluntaria si el paciente la solicita de palabra o por escrito; involuntaria si se aplica a los pacientes sin su consentimiento; eutanasia perinatal, agónica, psíquica o social, según se aplique a recién nacidos deformes o deficientes, a enfermos terminales, a afectados de lesiones cerebrales, irreversibles o ancianos u otras personas retenidas socialmente como improductivas o gravosas.

Desde el punto de vista de quien la práctica la eutanasia puede ser autónoma, cuando es el mismo sujeto quien recurre al uso de medios letales para suprimir o acortar su propia vida; heterónoma, cuando la muerte se produce como resultado de la participación de otra u otras personas, en cuyo caso se pueden observar tres modalidades: el homicidio piadoso, el social y el eugenésico.

Según cómo se provoque la muerte la eutanasia activa, si consiste en proporcionar conscientemente la muerte a una persona gravemente enferma, por medio de una acción positiva, como una inyección de sustancias letales. Esto implica obrar de modo considerado directo y lleva a la toma de una conducta activa para producir la muerte. La eutanasia es pasiva cuando provoca la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado necesario para la supervivencia, es decir, no proporcionar a una persona en estado terminal una terapia que prolongue su vida. También involucra el dejar de utilizar cualquier método específico para seguir manteniendo la vida de una persona irrecuperable

desde el punto de vista “salud y calidad de vida”. Implica dejar de obrar en forma consciente y lleva a la toma de una conducta pasiva y expectante tendiente a que la enfermedad produzca la muerte de la persona, a sabiendas de que si se interviene, la muerte podría posponerse.

Por lo anterior se han generado una serie de términos que se relacionan con la eutanasia y que vale la pena clarificar.

**Cacotanasia.** Se ha sugerido este nombre para la eutanasia que se impone sin consentimiento del afectado. La palabra apunta hacia una mala muerte, relacionada con los cuidados paliativos<sup>47</sup> extremos que prolongan la vida solo desde un punto de vista biológico.

**Distanasia.** Es la prolongación de la vida humana, haciendo uso de los medios extraordinarios de reanimación con los cuales cuenta hoy la ciencia médica. La distanasia tiene una intencionalidad positiva en tanto aleja la muerte, sobrepasa su hora o no deja morir.

**Eugenesia.** Se puede distinguir dos clases de eugenesia: eugenesia negativa y positiva. La primera trata de suprimir los defectos genéticos. Su método de realización es la esterilización, después de hacer un examen genético, por medio del cual los interesados pueden averiguar si son portadores de genes defectuosos, y dejándoles la decisión de abstenerse de la procreación. La segunda, trata de reproducir características deseables. La eugenesia, a pesar de fundarse en estudios biológicos, es de muy difícil su aplicación en el hombre, no sólo porque puede involucrar algún interés de tipo político, sino porque al mismo tiempo sus principios y medidas resultan incompatibles con los derechos humanos.

---

<sup>47</sup> Entre la eutanasia y el tratamiento terapéutico existe una tercera vía, cuyos principios fueron formulados hace cuarenta años en Inglaterra: son los cuidados paliativos. Esto significa, hacer todo para suprimir el dolor físico, gracias a la utilización de medicamentos.

**Ortotanasia.** Es cuando se interrumpen u omiten medios médicos proporcionados ordinarios y normales. Este vocablo designa la muerte digna, entendida ésta como el derecho que tiene el ser humano a morir dignamente y, correlativamente, a exigir la ayuda necesaria para hacerlo efectivo.

Desde todos estos parámetros Diego Gracia propone ciertos criterios en el momento de abordar el tema de la eutanasia: Primero, que en una sociedad secular es la persona la que tiene el verdadero derecho de decidir sobre su muerte. Segundo, teniendo en cuenta lo anterior, se debe ofrecer a los individuos que deseen poner fin a sus sufrimientos ciertas demarcaciones para poder realizarlo, estos pueden ser los testamentos vitales y todas aquellas directrices que ayuden a los trabajadores de la salud en el momento de realizar procedimientos médicos sobre pacientes incurables. Tercero, todo paciente que desee acceder a los documentos señalados anteriormente deberán estar en pleno uso de conciencia. Cuarto, los Estados deben mejorar la atención sanitaria en los moribundos para que el hecho de una muerte inminente no sea causal de desatención hospitalaria. Quinto, deben entregarse los principios de la bioética a los pacientes como la herramienta procedimental en la toma de las decisiones médicas que afectan su propio cuerpo. Sexto, se debe respetar la decisión del paciente al negarse a ciertas técnicas o procedimientos, de acuerdo a los principios de beneficencia y autonomía.

La eutanasia es un tema donde se muestra la complejidad de los debates morales, sobre todo cuando tienen una dimensión pública y privada. Diego Gracia entiende que las leyes son solo el mínimo común denominador moral que una sociedad establece por medio del consenso. Y ello revela un grave problema, pues las sociedades se obsesionan con las leyes y las costumbres, los hábitos morales, las tradiciones, todas estas anteriores a las leyes. A esto es a lo que se debería dar prioridad, a una ética basada en las tradiciones y su debido respeto. El médico, por tanto, debe hacer uso de ellas y dar respeto a las decisiones de los pacientes.

Pero lo que no debería hacer, es intervenir activamente en el proceso para poner fin a una vida sin un consentimiento previo. En este sentido cabe anotar que si no hay ningún parámetro para la toma de decisión, la naturaleza, hoy y como siempre lo ha hecho, terminará por tomar la decisión; la naturaleza y no el médico. En esto recae todo el debate que entabla Diego Gracia frente a la eutanasia: en una clara distinción entre eutanasia pasiva y activa, y en la absoluta creencia de que la decisión recae en el paciente, al cual se le deberá ilustrar, de forma suficiente, en los principios para que tenga herramientas en la toma de las decisiones al final de su vida.

### 3. SALVEDADES A LA CONCEPCIÓN DE LA EUTANASIA EN DIEGO GRACIA

En este capítulo se abordarán dos cuestiones: la autorregulación de los pacientes y la creación de reglas que llevan a aplicar estos principios para argumentar esta consideración. Teniendo en cuenta, que Diego Gracia no otorga la suficiente atención al principio de autonomía y por ende no llega a considerar la importancia al debate jurídico. Al pensar que las decisiones biomédicas son cuestiones sólo de procedimiento: “Los principios han de ser por definición generales, y los conflictos éticos son concretos, particulares. Esto hace que siempre se haya considerado establecer el proceso de razonamiento ético, distinto a los puros principios”<sup>48</sup>, y que las discusiones a nivel jurídico únicamente se dan en cuestiones de salud pública, como seguridad sanitaria donde “Los gestores y los políticos tienen obligación de optimizar la salud pública de los recursos disponibles, para lo cual han de actuar conforme a los principios y criterios propios de la economía.”<sup>49</sup>

La autonomía del paciente no fue contemplada en el Juramento hipocrático como principio moral del actuar ético del médico. El paternalismo médico que caracterizó a la moral hipocrática, entronizó la heteronomía como requisito indispensable de un buen acto médico.

Es así, como la introducción del principio de autonomía a la ética médica como fundamento moral trajo consigo una verdadera revolución en el ejercicio profesional, de la cual muchos médicos y muchos pacientes no han hecho aún conciencia.

El concepto de autonomía, se originó de la palabra griega *autos*, que significa mismo, y *nomos* regla, gobierno, ley. Es decir, que autonomía expresa

---

<sup>48</sup> GRACIA, Diego. Op. Cit. *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. p. 24

<sup>49</sup> GRACIA, Diego. Op. Cit *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. p. 174

autogobierno sin constricciones de ningún tipo. Pero esto puede interpretarse de muchas maneras, y ello ha servido para hacer un conflicto de la relación médico-paciente a pesar del sano espíritu filosófico que anima dicho principio, mas tales interpretaciones coinciden en indicar que la autonomía hace referencia a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir, la facultad para gobernarse a sí misma basada en su propio sistema de valores y principios. La persona autónoma determina por sí misma el curso de sus acciones de acuerdo con un plan escogido por ella misma<sup>50</sup>.

En nuestro enfoque del acto médico, la autonomía tiene que ver más con la acción del paciente que con la acción del médico. Como dice E.D. Pellegrino, “la autonomía se ha convertido en la consigna que simboliza el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones sin restricción ni coerción, por más bienhechoras que sean las intenciones del médico”<sup>51</sup>. Sin duda, este es un derecho que limita lo que debe y puede hacer el médico por su paciente. Y se ha tomado tan en serio, que los médicos que actúan contra los deseos del paciente, aun para salvarles la vida, pueden llegar a enfrentarse a los tribunales disciplinarios y penales. Como suele ocurrir cuando se realizan transfusiones de sangre a enfermos Testigos de Jehová, quienes entienden la prohibición bíblica sobre un mal uso de la sangre, como uno de los más antiguos mandamientos de las Sagradas Escrituras. Y vemos casos como el de Iris Fracalossi, de 35 años, testigo de Jehová, fue internada por una neumonía bilateral y falleció luego de negarse a recibir una transfusión de sangre.<sup>52</sup>

Desde Kant se ha sostenido que el reino de la moralidad reside en la autonomía. Quienes se ocupan en profundidad del tema de la ética, no pueden eludir el análisis especulativo de lo que significa la autonomía. Como colorario de esos

---

<sup>50</sup> BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.R., *Principles of Biomedical Ethics*. 1983. p. 59

<sup>51</sup> BULLETIN OF PAHO. *The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics*. 1990. p. 361

<sup>52</sup> LA NACIÓN (2012, 6 junio) Una joven se negó a recibir una trasfusión de sangre y murió. <http://www.lanacion.com.ar/1479544> Recuperado 15 de noviembre de 2013.

análisis se ha llegado a la conclusión de que la autonomía pura, verdadera, no existe; y, si existe, reside en el nivel último de la conciencia, en el más profundo que pueda poseer la persona.

Como lo señalan Mappes y Zembaty, la autonomía puede interpretarse como libertad de acción, como libertad de escogencia o como deliberación efectiva. Lo cierto es que la racionalidad y la libertad de acción son fundamentales para que un individuo pueda considerarse autónomo.<sup>53</sup> La racionalidad por su parte puede tener dos sentidos: la capacidad de escoger los mejores medios para alcanzar un fin, y la escogencia de fines en vez de medios para lograrlo. Siendo así, los actos de verdad racionales deben basarse en decisiones relacionadas con los mejores medios que maximicen los fines escogidos.<sup>54</sup>

Para que lo anterior ocurra, la persona será plenamente racional si posee aptitudes para formular metas apropiadas, especialmente a largo plazo, si puede establecer prioridades, entre esas metas, si puede determinar los mejores medios para alcanzarlas, si actúa efectivamente para realizarlas, y si puede abandonar o modificar las metas si las consecuencias son indeseables o inadecuadas al usar los métodos disponibles<sup>55</sup>.

La preponderancia que se le ha dado a la autonomía en el campo de la moral es tanta que, siguiendo a Kant, se acepta que en ella reside el reino de la moralidad. Para este filósofo “La *autonomía* de la voluntad es el único principio de todas las leyes morales, así como de los deberes que se ajustan a ellas”<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> Mc.Graw Hill. *Biomedical Ethics*. Inc. 1991. p. 25

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 27

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 38

<sup>56</sup> KANT, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. Parte I, Libro I, Cap. 1, § 8

## Requisitos de la Acción Autónoma

Para que se dé la acción autónoma deben presentarse ciertos requisitos. La autonomía puede verse interferida o restringida por factores internos como las alteraciones orgánicas o funcionales del cerebro donde las funciones mentales se ven disminuidas por una enfermedad.

Ahora, Faden y Beauchamp hablan de los requisitos externos necesarios de la acción autónoma, son tres: “que se ejecute con intencionalidad, con conocimiento y sin control externo”<sup>57</sup>. La intencionalidad como la capacidad de referir los hechos a la mente por los que ésta indica. El conocimiento visto como la capacidad de adquirir y entender la información sobre un asunto referente a la realidad inmediata. Y el sin control externo, se refiere a la no imposición de las condiciones en la acción autónoma.

El primer requisito es la intencionalidad: “Para que una acción sea intencional debe ocurrir como resultado de la intención de hacerla”<sup>58</sup>, no puede, por lo tanto, ser accidental, ni ser hecha de manera inadvertida o por error, ni ser producto de la presión física ejercida por otro. Puede decirse que la acción intencional es una acción que se lleva a cabo de acuerdo con un plan preconcebido.<sup>59</sup> El segundo requisito es que la acción se ejecute con conocimiento o entendimiento, esto quiere decir que si el agente no entiende la acción, ésta no será autónoma dado que es imprescindible que se comprenda cuál es la naturaleza de ella y cuáles sus posibles consecuencias.<sup>60</sup> El último requisito tiene que ver con el control que desde fuera pueda ejercerse sobre la persona, en relación con sus actos<sup>61</sup>, y que

---

<sup>57</sup> FADEN, R. R., BEAUCHAMP T.R., *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University. 1986. p. 238

<sup>58</sup> Ibid. , p. 242

<sup>59</sup> Ibid. , p. 247

<sup>60</sup> Ibid. , p. 248

<sup>61</sup> Ibid. , p. 256

puede hacerse de distintas formas o grados: mediante coerción, mediante manipulación o mediante persuasión.<sup>62</sup>

El principio de autonomía no debe interferir en la autonomía del otro, ni atentar contra los derechos de éste. Así las cosas, el principio de autonomía en ética médica puede prestarse a conflictos de tipo profesional y de orden moral. Han dicho Beauchamp y Me. Cullough que si los valores morales del paciente entran directamente en conflicto con los valores de la medicina, la responsabilidad fundamental del médico es respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones acerca de su salud<sup>63</sup>. Esta política de hacer primar la voluntad o autonomía del paciente frente a la del médico limitó el poder de éste y protegió a aquél de una abusiva intromisión, culpable de muchas aberraciones, como las hospitalizaciones no voluntarias o las cirugías no consentidas. Sin embargo, el “yo quiero que...” del paciente no puede interpretarse como una orden de obligado cumplimiento por parte del médico. “Yo quiero que me aplique la eutanasia”, no obstante, puede ser una de las determinaciones coherentes con el sistema de valores y actitudes frente a la vida por parte del paciente. El médico, haciendo uso de su autonomía, tiene la obligación de consultar sus propios valores y principios, su buen juicio, para acceder o no a la demanda que se le hace. Si el paternalismo que caracterizó a la medicina hipocrática fue causa de muchos excesos por parte del médico, la autonomía que caracteriza a la medicina moderna también está siendo motivo de muchos excesos, venidos del paciente y del médico. Bien dice por eso Gracia Guillen que “cuando la autonomía se lleva al extremo e intenta convertirse en un principio absoluto y sin excepciones, conduce a aberraciones no menores que las del paternalismo beneficentista”<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> Ibid. , p. 337

<sup>63</sup> MC.GRAW HILL. Op. cit *Biomedical Ethics*. p. 63

<sup>64</sup> GUILLEN, Gracia. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema. 1989. p. 187

## **Conveniencia del Principio de Autonomía**

La relación paciente médico, es tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, para aliviar los padecimientos o prevenir la enfermedad. Que el médico para aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un dialogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico, tal dialogo estará mediado por el principio de autonomía que ofrece implicaciones favorables y desfavorables, tanto para el paciente como para el médico.

El paciente, al hacer uso de la autonomía puede defender sus propios y mejores intereses. Los intereses implican el conocimiento de lo que el paciente quiere, el restablecimiento de la salud aunque no tenga un conocimiento claro para entender los medios por los cuales puede acceder a su fin, así el paciente se ve en una situación desfavorable al asumir responsabilidad, con sus posibles consecuencias.

El médico, por su lado, ve favorable la liberación de responsabilidades, aunque encuentra mermada su capacidad de acción y su natural tendencia paternalista al tener que informar y pedir consentimiento, lo que lleva más tiempo y le obliga a poner más cuidado y prudencia en su relación con el paciente. Téngase en cuenta que la autonomía de éste es, con suma frecuencia, la puerta de acceso a los conflictos de carácter ético y jurídico.

## **Consentimiento Informado**

Se sabe que a principios del siglo XX los jueces en los Estados Unidos de Norteamérica habían sacado a flote la figura jurídica del consentimiento informado, luego de haber fallado en el caso *Pratt versus Davis*<sup>65</sup>. La señora Parmelia Davis,

---

<sup>65</sup> PRATT v. Davis, 224 Ill. 300, 79 N.E. 562 (1906).

ama de casa de cuarenta años de edad, sufría epilepsia desde hace mucho tiempo. Su marido supo que el doctor Pratt era una autoridad en la materia y decidió llevar a su esposa. Luego de examinarla, el doctor decidió extraer el útero y ovarios de la señora Davis para curar su epilepsia. La cirugía se efectuó sin informar a la paciente de la naturaleza de esa cirugía. El cirujano insistió en que había informado oportunamente al señor Davis, quien lo negaba; pero, el médico reconoció que había ocultado alguna información a la paciente, porque no la consideraba digna de más explicaciones y afirmó en su defensa que cuando una paciente se pone al cuidado de un cirujano para tratamiento sin limitaciones expresas, bajo su autoridad, ella consiente legalmente que él puede realizar toda operación que considere apropiada y esencial para el bienestar de ella. El resultado final es que el paciente queda privado de oponerse a decisiones que le afectan, porque no tiene cómo saber lo que realmente se le pretende hacer. El doctor Pratt fue condenado por agresión y condenado a pagar U\$ 3.000.

Sin embargo, se mantuvo la duda jurídica respecto a la licitud o corrección de que los juristas se entrometieran en un asunto ajeno a su profesión, como la práctica de la medicina. La duda mayor consistía en saber si los pacientes poseían en verdad el derecho a conocer qué se proponía hacer el médico con ellos, como también a aceptar lo que les pensaba hacer. Por eso el consentimiento informado se mantuvo en el limbo jurídico, es decir, no se recogió como doctrina legal. La pregunta de fondo era: ¿Puede tutelarse la autodeterminación del individuo frente a la autoridad del profesional de la medicina? Esta duda se mantuvo hasta octubre de 1957 cuando el Tribunal de Apelaciones de California sentó la doctrina del consenso o consentimiento informado en el sonado caso *Salgo versus Leland Stanford Jr. University Board of Trustee*<sup>66</sup>.

Martin Salgo, de 55 años, padecía de calambres dolorosos en las piernas y claudicación intermitente. Su médico, vinculado al personal científico del Hospital

---

<sup>66</sup> KATZ, J. *El médico y el paciente: su mundo silencioso*. México: Fondo de Cultura Económica. 1989. p. 138

Universitario de Stanford, sospechaba de un bloqueo de la aorta abdominal, por lo cual le recomendó una aortografía translumbar. Para entonces era un procedimiento poco usado. Se practicó el examen y al día siguiente el paciente presentó una parálisis permanente de los miembros inferiores. Los médicos del hospital no le habían advertido sobre los riesgos del procedimiento, uno de los cuales era precisamente éste. El veredicto favoreció a Martin Salgo, invocándose la omisión del consentimiento informado. Así nació este término y esta norma - moral y jurídica- derivada del principio de autonomía.

Así, la autonomía es vista como un derecho que asiste al paciente y tiene como justificación la defensa de su persona a conocer los medios por los cuales puede llegar al restablecimiento de su salud. Por lo tanto, el médico, debe ajustar su actuar a la determinación del paciente, previa información correcta, es decir, amplia, clara y veraz; que le permiten calificar los hechos de mirar, tocar, pinchar, cortar, arrancar, como prestaciones médicas del observar, palpar, puncionar, incidir y amputar.

### **Actuación sin Sujeción al Principio de Autonomía**

Hay circunstancias en las que el médico puede actuar con cierta libertad, como son aquellos estados de emergencia en los que la autonomía se delega tácitamente en él, por ejemplo los accidentes o las complicaciones quirúrgicas imprevistas.

En otras circunstancias el médico puede decidir por el paciente, cuando aunque consciente no tiene seguridad respecto a las opciones que se le ofrecen. En estos casos el paciente deja a elección de su médico lo que deba hacerse. Se trata entonces de una delegación expresa de la autonomía que da vía libre al paternalismo. Como podría suceder en el caso de una intervención quirúrgica para

extirpar un tumor cerebral donde el medico tiene dos opciones para acceder al interior de la cabeza, la decisión versara sobre el medico bajo consideraciones personales tales como la experiencia que posea en los dos procedimientos.

Cuando existe un estado de incompetencia mental, bien por naturaleza como los niños, los ancianos o por accidentes que llevan a la persona a un estado de coma, la autonomía del paciente queda delegada en familiares o tutores. Serán ellos, entonces, los encargados de expresar el consentimiento informado.

En los Estados Unidos de Norteamérica se dieron los debates que originaron la nueva ética médica. Allí, por la idiosincrasia religiosa, política y legal de sus moradores, el principio de autonomía y la norma del consentimiento informado han adquirido una jerarquía preponderante. Esto quedó muy bien expresado en el pronunciamiento del magistrado que tuvo a su cargo otro sonado caso Natanson vs. Kline también relacionado con el consentimiento informado. La señora Natanson sufrió quemaduras graves y necrosis de algunas costillas por la radioterapia que le fue aplicada como tratamiento para un cáncer de mama. Hasta donde cabe imaginar, ese era el mejor tratamiento disponible en ese momento y la lesión era muy previsible, a pesar de una buena ejecución de la técnica. En primera instancia el caso fue rechazado, porque se demostró que la paciente había sido informada del tratamiento propuesto y había dado su consentimiento expreso para proceder; la demandante apeló y el caso llegó a la Corte Suprema de Kansas, la cual hizo observaciones fundamentales, una destinada a establecer la necesidad de contar con el consentimiento del paciente y otra destinada a establecer el estándar de calidad adecuado para considerar válido ese consentimiento. Que se sentenció así:

El derecho anglo-norteamericano se basa en el supuesto amplísimo de la autodeterminación. De él se sigue que todo el mundo es dueño de su propio organismo, y que por tanto puede, si se halla en sus cabales, oponerse y

prohibir expresamente la ejecución de operaciones quirúrgicas o cualquier tratamiento, aun cuando tengan por fin salvarle la vida. Un médico puede creer que una operación o alguna forma de tratamiento pueden ser deseables o necesarias, pero la ley no le permite sustituir con su propio juicio el del paciente mediante ninguna forma de artificio o engaño.<sup>67</sup>

Así entramos a la regulación práctica de los principios por la jurisprudencia y la posibilidad de hablar de una jurisprudencia bioética que permite definir la buena calidad de la información a partir de la posición del médico y reconocer el derecho del paciente a su autodeterminación, a construir su vida tan cerca de sus ideales como sea posible. Estos debates nos permiten avanzar en el caso eutanásico y su relación con el marco jurídico.

### **Eutanasia y su Relación con los Derechos Humanos**

El primordial derecho que puede asistir hoy a todo ser humano es el de la vida. Cuando esté se ve afectado por unas condiciones de salud lamentables, que llevan a quien las padece a verse en una situación en la cual se ve recluido en una unidad de cuidados intensivos, de la cual no se sabe si saldrá, donde su existencia está en la cuerda floja y pueda existir una salida irreversible, donde la existencia dependerá en el futuro de medios extraordinarios, conectado a máquinas como el respirador artificial, cabe preguntarse si se está cuidando la vida o si se está prolongando la agonía que nos lleva a una muerte más allá de los umbrales de la dignidad y el dolor.

La eutanasia, desde el punto de vista jurídico, tiene que ver directamente con el derecho a la vida. Este derecho normalmente no es objeto de las legislaciones positivas sino en un sentido negativo. En otras palabras la ley positiva no afirma

---

<sup>67</sup> Ibid. , p. 14

normalmente que los hombres tengan derecho a vivir sino que la vida debe protegerse a base de castigar a aquellos que priven de la misma a otro. Así, es el caso de nuestra Constitución Política " El derecho a la vida es inviolable"<sup>68</sup>. Se protege la vida pero no se está obligado a vivirla.

En las leyes internacionales no existen menciones específicas sobre la eutanasia. Se puede considerar reconocido el derecho a la vida frente a la eutanasia a través del reconocimiento del genérico derecho a la vida: Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos:

Todo individuo tiene derecho a la vida; artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos Humanos: Todo ser humano tiene derecho a la vida. Artículo 6.1º del Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos: El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente. Artículo 4.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos:

Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho está protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. Artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Artículo 2 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el Parlamento Europeo, en virtud de Resolución de 16 de mayo de 1989: Todo individuo tiene derecho a la vida.

El fundamento último del derecho a la vida frente a la eutanasia no es otro que la dignidad de la persona humana, y así lo proclaman también los convenios, declaraciones y convenciones internacionales de los derechos humanos,

---

<sup>68</sup> *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA*. Op. Cit. Título I. Artículo 11.

entendiéndose como vida digna, aquélla que proporciona al ser humano el goce de un gran cúmulo de capacidades para llevar a cabo su fines en la vida.<sup>69</sup>

El derecho a morir dignamente está estrechamente vinculado al reconocimiento jurídico de la dignidad y la autonomía de la persona humana. Esta dignidad y esta libertad son reconocidas también en el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y en las Constituciones de los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Dentro de éste contexto la aplicación de la eutanasia, al menos en sus forma positiva, respetaría la libre voluntad y la dignidad de aquellos enfermos que se encuentran en una situación terminal irreversible. El uso de medios artificiales para alargar inútilmente sus vidas, no haría otra cosa que prolongar su terrible agonía de sufrimiento y de dolor físico y psíquico.

Dentro de los métodos artificiales estarían considerados no solo los aparatos de sofisticada tecnología, como respiradores, máquinas y sondas tan comúnmente usados en la ciencia médica, que mantienen artificialmente la vida de un individuo, sino también aquellos tratamientos o terapias que aún prolongando la vida del paciente producen un sufrimiento innecesario en los enfermos terminales. Los partidarios de la eutanasia rechazan. El uso de tales métodos porque los consideran degradantes para el ser humano, atentatorios contra la dignidad de la persona e inútiles en sus efectos prácticos. Se aceptan, sin embargo, aquellas otras sustancias como los barbitúricos, los calmantes o en general las drogas que ayudarían al enfermo incurable a encontrar una muerte tranquila, dulce y sin padecimientos. Es aquí donde la palabra eu-tanasia -buena muerte- adquiere su pleno significado.

## **Derechos Humanos Frente a la Eutanasia**

---

<sup>69</sup> HURTADO, Oliver. El Derecho a la vida. ¿y a la muerte? México: Porrúa. 1999

Una manera de tratar este problema, es anunciar la irrenunciabilidad de los Derechos Humanos. Así, cualquiera que fuera el caso, aunque la persona no hubiera manifestado su opción por la vida, tendría un derecho a la vida que le obligaría a vivir. En el caso de un recién nacido con espina bífida por ejemplo, no sería razón para matarle el que se considerara que iba a llevar una vida indigna. En este caso, el niño sería titular de un derecho absoluto a la vida y ni los padres, ni los médicos, ni ninguna otra persona podría provocarle la muerte.

Otro asunto es cuando nos enfrentamos a casos de personas que están sufriendo indescritiblemente y tanto ellos mismos, como sus familiares o médicos, consideran que es más adecuada una muerte rápida y sin dolor que una larga agonía. Afirmar aquí, el derecho irrenunciable a la vida frente a la eutanasia, supone que nadie puede hacer nada para acortar su vida y hay que esperar a que la enfermedad termine con la vida de la persona. Y supone sobre todo la paradoja de que la persona es titular de un derecho que le obliga a hacer algo que ella no quiere hacer, que es vivir. ¿Qué extraña clase de derecho es éste? Si para soslayar esta incongruencia, se acepta renunciar al derecho a la vida, se plantean otros problemas no menos graves: en el caso de personas que no pueden renunciar a vivir, ¿quién toma las decisiones?, ¿cómo justificar que una persona renuncie al derecho personalísimo de un tercero?

Al respecto podemos decir de la mano de Peter Singer, quien ha defendido la eutanasia positiva no voluntaria que: puede llegar a justificarse la muerte de un ser humano que no es consciente de la diferencia entre la vida y la muerte, siempre que esa muerte provoque más bienestar o más felicidad que el permitir que viva. Por supuesto, la ponderación de bienes es mucho más compleja y el procedimiento de elección no es tan indignantemente caprichoso como puede parecer aquí.<sup>70</sup> En cualquier caso, un estudio más profundo del tema nos sacaría

---

<sup>70</sup> PETER. Singer. *Repensar la vida y la muerte*. Barcelona: Paidós. 1997

fuera de los límites de este trabajo y sólo quiero resaltar la idea de que es posible defender también la práctica de la eutanasia positiva no voluntaria.

Si nuestro punto de partida es la defensa del derecho a la vida no queda otra opción que proclamar que todos tienen derecho a la vida frente a cualquier práctica eutanásica. Ahora bien, este derecho a la vida no debe implicar una defensa de la vida entendida como mera existencia biológica a ultranza. Si el derecho a la vida se entiende como el derecho a una vida en condiciones adecuadas para ser disfrutada, es decir, el derecho a una vida digna, entonces por esa vía puede aceptarse que en muchos casos sea obligado no hacer nada para mantener artificialmente con vida a una persona. Esto quiere decir hacer todo lo contrario a lo que supone el encarnizamiento terapéutico. Para distinguir en qué casos es posible no hacer nada y en qué otros es obligatorio actuar se ha recurrido al criterio ya mencionado de los medios proporcionados y desproporcionados. A pesar de estas cautelas sigue habiendo muchos casos límites que plantean serias dudas.

El derecho a la vida es el presupuesto de los demás derechos y en este sentido podemos decir que se relaciona con todos ellos. Especialmente está relacionado con el derecho a la integridad física y moral, con el derecho a no ser tratado de una forma cruel, inhumana o degradante; con el derecho a la libertad personal; y con el derecho a la seguridad personal.

### **Proposiciones Y Sugerencias**

El legislador debe regular los requisitos y procedimientos para que la disposición de la propia vida en determinados supuestos pueda llevarse a cabo en los países. Para ello se ha de introducir una legislación específica que permita la práctica de

la eutanasia en cuanto acción médica a petición seria, expresa, inequívoca y reiterada de la persona afectada.

La Ley ha de precisar con claridad el papel del médico respecto de toda petición de eutanasia que reúna los requisitos que ella misma establezca y en la puesta en práctica de dicha petición. Compete al médico el control del cumplimiento de las condiciones clínicas que se establezcan para la eutanasia, así como el seguimiento de la actuación para asegurar que el paciente pueda morir de forma rápida e indolora. La práctica del procedimiento eutanásico puede ser efectuada, además de por el médico, por el propio enfermo o por alguno de sus allegados. Se ha de respetar el derecho a ejercer la objeción de conciencia por parte del médico u otro profesional sanitario directamente implicado en un procedimiento eutanásico. En todo caso, la ley debe garantizar el derecho de los enfermos a disponer de la propia vida en los supuestos instituidos y el no procesamiento judicial de los médicos.

Ha de aceptarse la validez de la petición de eutanasia hecha mediante un documento de voluntades anticipadas o testamento vital por el representante designado en el mismo documento. Cuando un Documento de Voluntades Anticipadas contenga esta petición, ha de ser considerada vinculante, pues reúne el requisito de ser una manifestación fehaciente de la voluntad de alguien competente que ha establecido previsiones respecto a su propia muerte. A fin de confirmar esta voluntad, deberá constatarse que el correspondiente Documento de voluntades anticipadas no ha sido revocado por su otorgante.

La ley deberá respetar la autonomía de los menores atendiendo a su grado de madurez. Dado que la normativa más reciente es sensible al problema que supone establecer límites fijos a los procesos vitales –que de suyo son evolutivos– y reconoce el derecho de los menores a tomar decisiones sobre su salud, es necesario aceptar una petición de eutanasia proveniente de un menor maduro.

Sería razonable aceptar la pauta –ya reconocida en diversas ocasiones y lugares– de que los mayores de 16 años puedan decidir por sí mismos, con el requisito de que los padres sean oídos y se involucren en la decisión; y en lo que respecta a los menores de entre 12 y 16 años y la aceptación por parte de los padres de la decisión del menor ha de ser un requisito imprescindible.

Los poderes públicos deberán propiciar la extensión de cuidados especializados específicos a fin de que todas las personas tengan acceso a ellos y el proceso para el morir se desarrolle con dignidad. Esto implica favorecer los cuidados paliativos y domiciliarios de forma que sean una posibilidad real al alcance de toda la población en tanto que derecho de los pacientes. Conviene subrayar que, pese a esto, seguirán existiendo peticiones de eutanasia que deben ser atendidas en su propia complejidad y singularidad.

## CONCLUSIONES

Dada la complejidad de los dilemas Bioéticos y las encrucijadas que plantea la toma de decisiones acerca del final de la vida, tanto para el paciente y su familia como para el médico, hay que recalcar la importancia de no caer en generalizaciones y de estudiar y valorar cada caso individual, con sus circunstancias vitales, historia particular y tipo de enfermedad. Las decisiones rara vez son entre blanco y negro; generalmente se ubican en algún punto de una extensa gama de grises, y para acertar se requiere inteligencia, conocimiento, tacto, empatía y respeto por autonomía del enfermo, además de una buena dosis de compasión y sensibilidad. Hay que tener también la flexibilidad suficiente para replantear tal decisión una vez más cada mañana, de acuerdo con las circunstancias.

En nuestro país está penada la eutanasia y el auxilio que se preste a un suicida y así mismo no existen leyes que establezcan la validez de los testamentos vitales, ni de poderes que otorguen la facultad a un familiar o a terceras personas para decidir sobre la vida del enfermo en el caso de que este ya no pueda hacerlo. Y a pesar de ello la eutanasia en nuestro país es una práctica que cada vez se acerca a la cotidianidad, presentándose en muchas ocasiones a causa de la falta de recursos, sobre todo en clínicas del sector público en las cuales se deja en varias ocasiones sin tratamiento a personas cuyo estado es ya deplorable y sin remedio o posibilidad de curación.

Así, la legalización de la eutanasia bajo ciertas condiciones ya vistas otorgan caminos que nos permitan la toma de decisión en los problemas éticos planteados por la medicina y en ella la manera de poner fin a enfermedades largas y sin posibilidad de tratamiento o de curación. En esos caminos Diego Gracia señala

que toda decisión sobre la vida del paciente debe ser consentida por el mismo, por ello muestra la eutanasia como la decisión autónoma de una persona enferma quien reconoce los principios bioéticos como la herramienta en las decisiones del final de su vida, y es donde debemos colocar mayor atención, aunque para el autor solo sea una parte del procedimiento para practicar la eutanasia. Tal consideración deja de lado las leyes, cosa que no debe ocurrir porque la ley puede garantizar la autonomía y nos permite ir más allá en cuanto da a la persona incapacitada o puesta en incapacidad de decisión protección.

La vida es un derecho consagrado al hombre, pero cuando las condiciones de vida se vuelven intolerables a causa primordialmente del dolor ¿es también una obligación? Porque es cierto que existen cuidados paliativos para la mayoría de las dolencias de los enfermos terminales, pero ¿qué pasa con el porcentaje que se ve obligado a sobrellevar tormentos que se pueden prolongar por periodos indefinidos? Con el presente trabajo se deja de manifiesto tres elementos donde la eutanasia debe ser aplicada sin dilaciones: Que el paciente pida expresamente que se le proporcione la muerte digna; que el enfermo lo sea en fase terminal, es decir que no exista cura para su mal; y que no existan ya posibilidades de analgésicos para hacer llevadera lo que resta de vida.

Lo anterior afirma que el ser humano viene a este mundo dotado de derechos y obligaciones, se encuentra dotado del derecho a la vida, pero a una vida digna que le proporcione bienestar físico y moral para la correcta realización de sus fines y para tomar las decisiones que a su vida competan. Pues, finalmente, muerte y vida van de la mano, no pueden dissociarse. Y debe entenderse que el derecho a la vida, a una buena vida, se integra también con el derecho a la muerte, a una buena muerte.

## BIBLIOGRAFÍA

ARENAS, Antonio. *Comentarios al Código Penal Colombiano*. Tomo V. Temis.1999

BABINI, José. *Historia de la medicina*. Barcelona: Gesida.1996

BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.R., *Principies of Biomedical Ethics*. 1983

\_\_\_\_\_. *Los cuatro principios*. London: Wiley yand Sons. 1994

BULLETIN OF PAHO. *The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics*. 1990

CAVAZOS GUSMAN, Luis y CARRILLO ARRIAGA, José. *Historia Y Evolucion De La Medicina*. Mexico: El Manual Moderno. 2009

CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia C-239/97 mayo 20 de 1997*. M .P: Carlos Gaviria Díaz

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Título I. Artículo 11

DONNE, John. *Biathanatos*. Trad: Antonio Rivero Taravillo. Barcelona: El Cobre. 2007

Código Penal, Titulo XIII, Cap. I, Art. 326

ESCOBAR, Triana. *El morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. Bogotá: Ediciones El Bosque. 2000

FADEN, R. R., BEAUCHAMP T.R., A History and Theory of Informed Consent. Oxford University. 1986

FARFAN, Francisco. *Eutanasia, derechos humanos y ley penal*. Bogotá: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez. 1996

FRANCO, Eduardo. Y ROBLEDOS, Jaime. *La eutanasia: Eliminación del sufrimiento humano*. Pereira: Centauro Artes Gráficas. 2002

GRACIA, Diego. *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Bogotá: El Buho. 2000

\_\_\_\_\_. *Bioética Clínica*. Bogotá: El Buho. 2000

\_\_\_\_\_. *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. 1991

\_\_\_\_\_. *Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria*. Bogotá: El Búho. 2000

\_\_\_\_\_. *Procedimientos de Decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema. 1991

\_\_\_\_\_. *Ética de los confines de la vida*. Bogotá: El Buho. 2000

GUILLEN, Gracia. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema. 1989

HURTADO, Oliver. *El Derecho a la vida. ¿y a la muerte?* México: Porrúa. 1999

HUMPRHY, Derek y WICKETT, Ann. *El Derecho a Morir. Comprender la eutanasia*. Trad. Maria Rosa Buixaderas. Barcelona: Tusques Editores. 1989

JOSEN, Alberto. Una Breve Historia De La Ética Médica. Trad. Juan Antonio Medina Lopez. Madrid: San Pablo. 2011

KANT, Manuel. Crítica de la razón práctica. Buenos Aires La Página: 1984

KATZ, J. El médico y el paciente: su mundo silencioso. México: Fondo de Cultura Económica. 1989

LAÍN ENTRALGO, Pedro. Historia de la medicina moderna y contemporánea. 2ª ed.. Madrid: Editorial Científico-Técnica. 1963

\_\_\_\_\_. Pedro. Historia de la medicina. Barcelona: Elsevier Masson. 2006

LA NACIÓN (2012, 6 junio) Una joven se negó a recibir una transfusión de sangre y murió. <http://www.lanacion.com.ar/1479544> Recuperado 15 de noviembre de 2013

LÓPEZ, Orlando. El homicidio eutanásico. La piedad homicida. En nuevo foro penal, número 10

MATURANA, Humberto. Bioética: la calidad de la vida en el siglo XXI. Bogotá: Ediciones El Bosque. 2000

MC.GRAW HILL. Biomedical Ethics. Inc. 1991

MONTAIGNE, Michael. Ensayos I. Cap. XVII

MORO, Tomas. Utopía. Barcelona: Altaya, 1993

PAPACINI, Angelo. El derecho a la vida. Cali: Kimpres. 1993

PRATT V. Davis, 224 Ill. 300, 79 N.E. 562 (1906)

PETER. Singer. Repensar la vida y la muerte. Barcelona: Paidós. 1997

PLATÓN, Republica III 406a-406d

ROTHMAN, David. Strangers at the Betside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. New York: Basic. 1991

RODRIGUEZ, Arnulfo. Fundamentos de Bioética. Bucaramanga: UNAB. 2009

SUAZO, Miguel. Bioética para nuevos. Instituto Tecnológico de Santo Domingo: Santo Domingo. 2002

SAN AGUSTIN, De civitate Dei Primera Parte, Libro I, Cap XX

SANTO TOMAS. Summa Theologica. III, Parte II-II a, C.64 a.5

They decide Who Lives, Who Dies. (211, July 25) Recuperated 30 September. Life. <http://livingdonorsonline.org/ldosmf/index.php?topic=686.0>