

# Discusiones bioéticas acerca de la eutanasia: la complejidad del debate acerca del acortamiento de la vida y el principio de la dignidad humana

*Bioethical discussions about euthanasia: the complexity of the debate about the shortening of life and the principle of human dignity*

Lairtes Chaves Rodrigues Filho<sup>1</sup>;  
Felipe Diel<sup>2</sup>;  
Luiz Felipe Cortopassi Caetano Martins Tostes<sup>3</sup>

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay,  
Pedro Juan Caballero, Amambay, Paraguay

Fecha de recepción: 18 de diciembre de 2020

Fecha de aceptación: 05 de enero de 2021

## Resumen

El presente informe de investigación tiene como objetivo trazar los principales puntos de la discusión acerca de la eutanasia, en comparación a otros países del mundo que tratan jurídicamente su práctica o posibilidad, teniendo como punto de partida el principio de la dignidad humana. Existe el esfuerzo de demostrar que la comprensión de la vida como algo que se puede acortar cambió en diferentes momentos de la historia, y como este pensamiento ha influenciado el ordenamiento jurídico internacional. Se utiliza una investigación bibliográfica y exploratoria, en el cual se suman los datos más actuales sobre la discusión publicados hasta 2020. No hay conclusión acerca del tema, pero diferentes aseveraciones a partir de las reflexiones propuestas. Desde el punto de vista filosófico humanista, depende del paciente, como persona y su familia el derecho de decidir, libre de juzgamientos de terceros, la manera como desea mantener su dignidad en situación de sufrimiento y, del médico, como profesional científico humanista, garantizar que sea lo mejor para la vida y muerte de su paciente, respetando la autonomía del primero.

**Palabras clave:** Eutanasia, dignidad; muerte asistida, bioética.

## Abstract

This research report aims to trace the main points of the discussion about euthanasia, in comparison of how different countries of the world legally treat its practice or possibility, having as a starting point the principle of human dignity. There is an effort to demonstrate how the understanding of life as something that can be shortened changed at different times in history, and how this thought has influenced the international legal order. It uses for that, the composition of a bibliographic and exploratory research, in which the most current data of the discussion published until 2020 are added. There is no conclusion on the subject, but different conclusions from the proposed reflections. From the humanist philosophical point of view, it is up to the patient, as a person, and his family, the right to decide, free from third-party judgment, the way in which one wishes to maintain his dignity in a situation of suffering, and the doctor, as a humanist scientific professional, to guarantee the one that is the best for the life and death of his patient, respecting the autonomy of that first one.

**Keywords:** Euthanasia, dignity, assisted death, bioethics.

<sup>1</sup> Magíster en Comunicación, Licenciado en Periodismo y Letras, alumno de la carrera de Medicina de la UCP. Correo electrónico: lairtesc@gmail.com

<sup>2</sup> Tecnólogo en Radiología y alumno de la carrera de Medicina de la UCP.

<sup>3</sup> Alumno de la carrera de Medicina de la UCP.



## Introducción

El concepto de eutanasia ha sufrido transformaciones en el tiempo. El término, concebido en 1623 por el filósofo Francis Bacon (1), significa, según su etimología, "buena muerte" y se caracteriza por la "abreviatura de la vida a petición del paciente" (2). En el orden social, se definió según Félix et al. (2013: 2734) "como un acto de quitar la vida del ser humano", pero con el desarrollo del campo bioético y la terapia del siglo XXI, llegó a ser entendido como muerte sin dolor o sufrimiento innecesario. Actualmente, se entiende como una "práctica para acortar la vida con el fin de aliviar o evitar el sufrimiento de los pacientes" (3).

Por esta diferenciación, surgen otros dos conceptos en el campo científico: Distanasia y Ortotanasia. La Distanasia se conceptualiza como una muerte difícil o dolorosa, utilizada para la "prolongación de la vida biológica del paciente, sin calidad de vida y sin dignidad. También se puede llamar obstinación terapéutica" (4).

La Ortotanasia, el tercer concepto relacionado, representa la idea de la muerte deseable, "en la que no hay extensión de la vida artificialmente, a través de procedimientos que causan un aumento del sufrimiento". En este campo, el paciente enfermo terminal es dirigido por el equipo multidisciplinar responsable de su tratamiento para una muerte sin sufrimiento. "El propósito principal no es promover el aplazamiento de la muerte, provocarla; es evitar el uso de procedimientos que degradan la dignidad humana en la finitud de la vida" (5).

Si la eutanasia fuera concebida, por lo tanto, cómo el ser humano decidirá pasar sus últimos momentos de vida, la Distanasia representaría gastar todos los recursos médicos posibles para proporcionar los últimos momentos al máximo, independientemente de la voluntad del paciente (6).

En la literatura (7), otros conceptos clasifican la eutanasia de diferentes maneras:

- Eugénica, cuando se le propone la muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza.
- Criminal, la muerte sin dolor a individuos peligrosos para la sociedad (pena de muerte).
- Económica, eliminación de enfermos incurables, locos, inválidos, ancianos, para liberar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos, sanitarios y asistenciales.
- Piadosa, cuando se actúa por compasión hacia el sujeto que está soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza de sobrevivir.
- Solidaria, muerte indolora a seres desahuciados con el fin terapéutico de utilizar sus órganos o tejidos para salvar otras vidas.

También existe una segunda clasificación según la modalidad de acción, dependiendo de si se solicita o no: eutanasia activa - muerte del paciente en etapa terminal, solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero. Eutanasia pasiva, cuando propone la muerte de alguien por omisión de un tratamiento terapéutico necesario (*benemortasia*: el bien morir; interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas).

La eutanasia también puede clasificarse como por el contenido volitivo, puede ser voluntario, cuando se realiza por petición de la víctima, ya sea por reiteradas e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento informado, expreso y consciente; no voluntaria (8), cuando a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte; o involuntaria, cuando se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses. Impuesta.

Por último, se puede clasificar como directo, cuando es causado con medios certeros (inyecciones letales, por ejemplo) o indirecta o lenitivo, cuando se suspenden

tratamientos o se les dan tratamientos que solo mitiguen el dolor y no produzcan ninguna mejoría, por lo tanto, la consecuencia es la muerte.

Estas clasificaciones dan lugar al concepto de eutanasia y la diversidad de miradas que se pueden aplicar a nivel de discusión porque existe pasividad o actividad del sujeto, y el derecho a la muerte digna que impregna cada esfera de la atención médica o incluso la acción estatal, cuando asume el derecho a decidir matar a un ser humano en caso de pena de muerte.

Se subraya que la preocupación bioética sobre estos términos no es sólo en la correcta conceptualización, sino en la aplicación práctica de las ideas que representan. El estudio, por lo tanto, de la muerte, como etapa final de la vida del ser, forma parte de su alcance en la medida en que esta finalización suele impregnar las manos y el conocimiento de los profesionales médicos que exigen utilizar sus conocimientos para establecer conductas terapéuticas o, en caso de imposibilidad terapéutica y muerte inminente, conductas de cuidados paliativos.

Entre los principios principales que rigen la reflexión y la práctica bioética está la autonomía, que sostiene que todo ser humano tiene el derecho implícito de decidir libremente sobre lo que considera bueno o no para sí mismo (9, 10).

Santos et al. (2014: 369) explica, a partir de esta línea, que "las decisiones individuales del paciente, por lo tanto, deben ser tratadas respetando su capacidad de decisión frente a los actos médicos, diagnósticos o terapéuticos, que deben ser autorizados por el mismo" y que el debate moderno sobre la eutanasia "descansa, en gran medida, en la polarización entre los principios de respeto a la autonomía individual y lo sagrado de la vida. El derecho a morir se basaría en el principio de autonomía" (11).

Evidentemente, la discusión sobre la autonomía del tema para decidir sobre el final de la propia vida se encuentra con otros principios, no científicos, sino relacionados con la praxis religiosa, que se inculcó

culturalmente en cualquier decisión ética o política que se establezca en la modernidad.

Es en este conflicto del humanismo versus sacrosanto que el debate crece, extrapola la visión científica y gana la condición de biopolítica, en el que el Estado, como representante del bienestar del protector del derecho a la vida de los sujetos, decreta normas y regimientos para limitar las decisiones del sujeto mismo, demonizando opciones que pasan los límites religiosos (aunque no represente los valores religiosos del sujeto mismo) con el discurso de la vida. En cierto modo, existe la violencia, cuando la decisión de la colectividad, argumentada por valores no científicos sobre la vida, difiera del derecho de elección del individuo.

Para entender la formación de este debate en la práctica profesional médica, los derechos de los pacientes y las implicaciones político-jurídicas, revisaremos los principales puntos investigados en la literatura sobre la eutanasia (y sus aspectos) desde el punto de vista bioético.

### **La evolución de la idea de la vida como un elemento que puede ser prolongado y acortado.**

#### **De la antigüedad a la época medieval.**

Luciana Zaterka (2015), investigadora de la Universidad Federal de ABC (Brasil), estudió la transformación de la idea de la vida biológica desde los primeros escritos médicos, con el fin de entender la génesis del debate sobre la posibilidad de prolongar y acortar la vida de un sujeto.

Para el padre de la medicina, el griego Hipócrates, la vida se entendía como un fuego natural, *archeus*, intrínseco al hombre: "un hombre es más caliente el primer día de su existencia y más frío en el último", dijo (12). El hipocrático entendimiento era que la vida era esta llama y que el envejecimiento iba a apagar gradualmente esta llama en la muerte.

Galeno también usó esta idea del calor innato. El médico afirmó en sus estudios que el instinto de la vida se debe a este calor, que crea canales en el cuerpo: algunos para

conducir nutrientes y otros para enfriar, respirar o eliminar los residuos. Esta acción del fuego humano en la creación de sistemas de control y mantenimiento es lo que haría positiva la llama innata, permitiendo el crecimiento y las funciones metabólicas, diferentes del fuego común que actúa de manera incontrolada, destruyendo y consumiendo. Galeno refleja que el cuerpo tiene dos maneras de desrefrigerarse: espontánea o accidentalmente. La forma espontánea resultaría de la pérdida natural de humedad vital, y la forma accidental, se debe a la pérdida de humedad por la acción de factores externos. Como señala Zaterka, "la vejez, en este sentido, sería, en primer lugar, una condición seca. Todas las criaturas vivientes están destinadas a la sequedad."

Aristóteles también reflexionó sobre el proceso de nacimiento y envejecimiento, afirmando que habría dos maneras de apagar esta llama primordial: el agotamiento, causado por el propio sujeto; extinción, causada por opuestos. "De hecho, ambas formas en que el fuego deja de existir surgen de la misma causa; porque cuando hay deficiencia de nutrientes y el calor no puede obtener ningún mantenimiento, el fuego se debilita. (...) Todo lo que está vivo no puede existir sin la presencia de calor natural" (13) (*De juventute et senectute*, 5, 469b 21-25). En resumen, podríamos decir que, para Aristóteles, si el fuego no se nutre, se apaga.

Evidente: los antiguos observaron que el ser humano, mientras está vivo, es cálido, con temperatura constante y que, cuando muere, pierde este calor y se vuelve helado y rígido. La experiencia de la muerte permitió observaciones empíricas vinculadas a la temperatura corporal que, relacionadas con el conocimiento filosófico antiguo de los elementos fundamentales: fuego, aire, tierra, agua y alma, encontraron una base filosófica para la deducción empírica.

Recopilando el conocimiento empírico utilizado para colocar el fuego innato y las condiciones de humedad (refrigeración), Galeno creó una terapia que proponía mojar partes del cuerpo como el principal remedio

para prolongar la vida, iniciando así el punto de partida de la discusión. Si la vida es el fuego innato y el equilibrio de las condiciones de humedad corporal, actuar para mantener el estado húmedo y prevenir la sequedad es prolongar la duración del fuego y la humedad natural. Prolongar la vida. No a través de técnicas o intervenciones humanas, considerando que "cuando los antiguos hablan de prolongación de la vida, no creen en la posibilidad de que el arte humano sea capaz de interrumpir o incluso retrasar la tendencia natural de todos los cuerpos vivos, que es la muerte. En otras palabras, para los antiguos sería imposible escapar del camino natural que conduce desde el nacimiento hasta el percedero. Por lo tanto, la posibilidad de longevidad, en este contexto, se refiere sólo a una "longevidad natural" mediada a través de la moderación de regímenes, como el control de la comida, el sexo, las emociones y los hábitos. En este sentido, hay una diferencia importante entre posponer naturalmente la muerte al combatir enfermedades, o preservar la salud, y una extensión eficaz de la vida a través del arte médico y las técnicas humanas" (14).

En el período medieval, Avicena consideraba el envejecimiento como algo natural e inevitable, un daño natural y necesario. En este sentido, como señala Zaterka, para el médico, los medicamentos sólo podrían "ayudar a curar enfermedades que podrían acelerar la muerte, pero nunca serían capaces de actuar más allá de los límites de la vida prescrita por la propia naturaleza para un paciente determinado" (15). Esta tarea pertenece a la rama de lo que los médicos antiguos y medievales llamaron higiene, una línea de medicina que se encargaba de preservar la salud en lugar de tratar enfermedades.

Observemos que hay una distinción sobre lo que representa el desempeño médico de este período: es imposible prolongar la vida o posponer la muerte, o incluso curar una enfermedad, ya que tal condición sería establecida por la naturaleza (o por Dios, a partir de la visión teocéntrica medieval). Para

curar una enfermedad no sería prolongar la vida, sino sólo actuar para asegurarse de que lo que ya estaba inscrito en la naturaleza, el famoso "no era el tiempo", un paradigma de predestinación como la teología cristiana proclamada.

Este elemento teológico se estableció durante tantos años que ha establecido culturalmente un límite: es imposible que la medicina prolongue la vida de alguien, ya que el tiempo limitado de vida ha sido determinado por Dios. La única manera de aumentar esta expectativa sería por la acción de la providencia misma: el milagro (*miraculum*, del latín, ser asombrado).

Vale la pena añadir a este despliegue las condiciones a las que la propia medicina fue presentada por la Iglesia en el período medieval: la investigación y el uso de medicamentos herbarios en su conjunto se consideró brujería, con pena de incineración en la hoguera. Investigar y tratar cualquier enfermedad a través de cirugía o medios invasivos fue herejía con la misma condena. La iglesia ha reducido la posibilidad de desarrollar las Ciencias Médicas durante cientos de años, reforzando en gran medida el poder que ha cooptado por sí misma como representante y guardián de las leyes naturales, señora de la vida y la muerte, incluyendo, en muchos casos, el derecho a decidir quién vive o muere, cómo viven y cómo mueren.

El giro revolucionario en este entendimiento sólo ocurre en el período de la Ilustración, cuando los filósofos del siglo XVI, los hijos de la indigencia teocéntrica progresiva y la ascensión antropocéntrica del período humanista comenzaron a vislumbrar la posibilidad de crear naturalezas artificiales que imitaban lo natural.

### De la iluminación a la era moderna

René Descartes, en su Discurso sobre el Método, sostuvo que el estudio de la filosofía práctica, que permitía el pleno conocimiento de las estrellas, el fuego, el agua y el aire, favorecería cambiar la forma en que se hacían las cosas (artes), para que uno

podiera emplear los recursos y elementos de la naturaleza para usos adecuados, "y así llegar a ser como maestros y poseedores de la naturaleza". La naturaleza deja de entenderse como algo sagrado e inalcanzable, y se convierte en algo que debe ser estudiado y reproducido en esencia. "Por lo tanto, los hombres de ciencia ya no necesitan temer la ira divina manipulando, atormentando y alterando la naturaleza, porque manipular la obra divina es uno de sus designios." (16, 17).

Francis Bacon, contemporáneo de Descartes, utilizó este mismo razonamiento para proponer un nuevo concepto de ciencia que afectaría directamente el desarrollo de la medicina. La ciencia no se trataba sólo de observar los fenómenos naturales, sino de reproducirlos artificialmente mediante la experimentación. Por lo tanto, el científico debe "unir el mundo teórico al universo práctico, juzgando que el hombre debe apartarse de la metafísica exudativa y volverse a la naturaleza" (18).

En la publicación de su *Novum organum* (1620 [1620]), Bacon argumenta que, al diseccionar los fenómenos de la naturaleza por método, sería capaz de acercarse a los últimos componentes de las formas. La experimentación de Bacon, como señala Zaterka, "no es una simple observación empírica, sino una intervención en el curso de la naturaleza, porque sólo con esta intervención – o con el acto de atormentar a la naturaleza – se manifestará de la mejor manera posible, es decir, en sus partes más pequeñas". Todavía en el umbral de la influencia religiosa, Bacon cree que sería posible que el ser humano regresara a su estado original, antes de la caída por el pecado original, a través de una ciencia operativa e intervencionista, ya que, en el otoño, habría perdido toda la capacidad de conocer y reflejar el universo. "Y a través de las obras humanas, las ciencias, en definitiva, un conocimiento centrado sobre todo para el bienestar de los hombres, que podemos recuperar el dominio perdido sobre la naturaleza" (19).



El filósofo inglés utiliza su propia doctrina bíblica para hacer un argumento metafísico y teológico que justifica su idea de la ciencia operativa como un medio para restaurar al hombre a su condición original. Si el hombre fuera creado por Dios sin imperfecciones, el envejecimiento, la enfermedad y la muerte fueron adquiridos después de la caída de Adán, entonces buscar caminos a través de la experimentación para combatir enfermedades, la vejez y la muerte sería precisamente encontrar maneras de restaurar la esencia original y la voluntad divina a la creación. También señala que el hombre habría perdido en el otoño su inmortalidad, pero no su longevidad, utilizando como ejemplo de su experimentación la historia bíblica del diluvio en el Génesis, con el fin de ilustrar que "la causa de la longevidad humana no tiene relación directa con el decreto divino, sino más bien con causas naturales" (20). Hasta el diluvio, el filósofo recupera información bíblica de que los hombres vivieron durante cientos de años, y las expectativas se redujeron después del evento de inundación.

En el texto bíblico citado por Bacon, Adán vivió 930 años, Siete 912 años, Cainan 910 años y Matusalén 969 años. Noé, a su vez, vivió 950 años. Después de la inundación, sin embargo, hay una caída en la longevidad de tales patriarcas: Shem vivió 600 años, Arpachade 438 años, Selá 433 años y 464 años. Las siguientes generaciones también observaron una caída de la longevidad: la generación después de que viviera 200 años, como Pelegue, que murió a la edad de 239 años, Serugue, Naor y Terá que vivieron durante 239, 230, 148 y 205 años respectivamente. Ahora, a diferencia de sus antepasados, Abraham vivió sólo 175 años e Isaac 180 años.

"Según la Sagrada Escritura, antes del diluvio, los hombres vivieron cientos de años. Sin embargo, ninguno de los patriarcas estuvo a la vez mil. Ahora bien, la duración de la vida no puede atribuirse a la gracia o a un linaje sagrado, porque antes del diluvio contamos

once generaciones de patriarcas, pero de los hijos de Adán por Caín sólo ocho; para que los descendientes de Caín tuvieran una vida más larga (VM, p. 197, nuestro grifo)" (21).

Este argumento rompió con la tradición religiosa de que la duración de la vida debe atribuirse a un decreto divino. En el experimento de Bacon, se evidencia que la longevidad humana es algo natural. "Bacon considera que, por supuesto, una mayor longevidad es un don, y debido a que los descendientes de Adán a través del asesino y marginado Caín vivieron más tiempo que los demás, no puede haber sido concedido a los antiguos patriarcas por Dios. Por el contrario, han logrado su enorme longevidad por naturaleza (Jackson, 2012, p. 280)" (22).

A pesar de usar historias bíblicas para lograr su empirismo, el argumento de Bacon trae consigo mediante el uso de la narrativa de inundación, la idea de que la longevidad está relacionada con causas naturales, como consecuencias catastróficas después del evento (como inundaciones, terremotos, etc.). Si la causa de la disminución de la longevidad humana narrada en la Biblia es natural, su remedio también debe ser natural. En otras palabras, será a través del arte humano, es decir, con la ayuda de una ciencia eficaz y una práctica médica inductiva, que el hombre puede alcanzar una vez más la longevidad tan deseada y ya experimentada por algunos de nuestros antepasados (cf. Jackson, 2012, 281) (23).

Prolongar la vida y evitar el envejecimiento son aspectos importantes de la obra de Bacon y, para ello, el autor expone la importancia de entender, demasiado, el mecanismo de la vida y la muerte. Lo que hace vivir y morir a alguien. Las ideas tradicionales de humedad e inacción del fuego caen al suelo, al igual que el tiempo tradicional decretado por Dios. Según Bacon, la senescencia no está vinculada a la pérdida gradual de un calor natural innato o una respiración vital, sino que se origina fundamentalmente en un proceso degenerativo que afecta a toda la materia, no sólo a los cuerpos vivos" (24).

Todo degenera. Seres vivos y no vivos. Bacon busca explicar su pensamiento a través de la observación y los estudios sobre lo que él llama el espíritu de las cosas, describiendo la naturaleza duradera y no duradera de los materiales. En su pensamiento, insertando en los cuerpos, sustancias de naturaleza más duradera (lo que hoy, tal vez, llamaríamos prótesis) – duras o aceitosas – podemos ralentizar el proceso de deterioro.

Académicos como Zaterka y Jackson, afirman que, de Bacon, entendemos la medicina y la ciencia como el arte de intervenir en el cuerpo humano para aumentar la longevidad, sin llevar nunca al escrutinio el principio primordial de la dignidad humana. La ciencia opera para el bienestar y la calidad de vida y no sólo para vivir años, usando cualquier tipo de drogas o prótesis, sin ninguna dignidad. Ya no es una cuestión de vida a cualquier precio, sino que, utilizando la reflexión filosófica, nos permite vivir estrechamente la perfección de la creación original: sin enfermedades, sin debilidades, sin dolor y sin sufrimiento.

Es en este orden lógico que Bacon, al discutir sobre prolongando la esperanza de vida permite discutir la posibilidad de su abreviatura. Someter al ser humano a tratamientos y operaciones que no le permitan vivir más tiempo, con dignidad, no es prolongar la vida de manera efectiva. Del mismo modo, "suspender los tratamientos no fructíferos no significa acortar la vida útil, sino no estirarlo artificial e inútilmente, a menudo maltratando al paciente sin generar ningún beneficio" (25).

Al final de su análisis, Zaterka argumenta que la eutanasia se ve con buenos ojos en el pensamiento de Bacon. No se trata sólo de muerte fácil, buena muerte (*yo, bueno; thanos*, la muerte), pero admite que una cierta acción médica que puede ayudar a los enfermos a morir de una manera más fácil y silenciosa como la eutanasia *exteriori*, la buena muerte que viene de fuera. Del mismo modo, estaría la eutanasia interior, " viniendo desde dentro", la muerte tranquila y serena,

cuando el alma del paciente se preparó gradualmente.

Se definirían como límites para la prolongación indefinida de la vida: cuando, de hecho, no hay esperanza en la recuperación de una persona moribunda, lo mejor "fácil y justa muerte".

"La frase "conocimiento es poder" de Bacon significa, sobre todo, que la acción de la ciencia debe apuntar al bienestar de la humanidad y, entonces, a los descubrimientos realizados por la ciencia tienen como objetivo facilitar la vida humana en la Tierra" (26).

Conformamos, por lo tanto, la transformación científica en el surgimiento del Homo Farber de Bacon, operador y pensador de su propio arte, la ruptura con la tradición religiosa, utilizando su propia base para discutir el tema de la longevidad y lo que sería o no natural. Esta filosofía influyó en el desarrollo científico experimental de la medicina en el Renacimiento y la Modernidad, permitiendo los estudios más descriptivos de fisiología, bioquímica, microbiología, farmacología, genética y toda la tecnología de la salud. Los estudios y las artes médicas han obtenido un objetivo claro: prolongar la vida y promover el bienestar y la dignidad del hombre a través de la ciencia.

Lo contradictorio es que, este mismo desarrollo y misión, generó una respuesta del poder y la influencia de la religión que ahora reconoce la ciencia como un conocimiento inspirado en lo divino y ya no hereje y brujería. Hasta la Ilustración, cualquier práctica que pudiera prolongar la vida natural de una persona sería un crimen capital. Ahora, si las ciencias médicas pueden prolongar la vida natural, permitir de alguna manera, acortarla, es en lo que reside la herejía absoluta.

La preocupación por la dignidad humana en la muerte, sin embargo, parece estar sujeta sólo a la preocupación ética del médico y de la ciencia, porque, de alguna manera, el debate contemporáneo sobre la eutanasia resurge la idea de la muerte sufrida y dolorosa, física o psíquicamente, como algo que sólo depende de lo divino o decreto, la

misma idea impulsada por Francis Bacon en el siglo XVII.

### **Los elementos políticos y jurídicos del derecho a la vida y a la muerte.**

Como ya hemos introducido, el debate sobre la eutanasia refleja en un primer momento la discusión sobre el papel de la ciencia y la medicina en la promoción del bienestar y la dignidad humana a través del conocimiento y la intervención en el cuerpo. Como arte y, sobre la base del principio de dignidad humana, surge en la práctica de la salud intervencionista la posibilidad de curar enfermedades (y así prolongar la vida) y permitir la interrupción de los tratamientos químicos o invasivos cuando no descartan la muerte inevitable y el bienestar del daño, causando sufrimiento al paciente. El punto de vista religioso sobre intervenir en la voluntad divina utiliza una nueva ropa en la modernidad para preservar la vida, independientemente de cómo, se le prohíbe acortarla.

A nivel internacional, el debate sobre la eutanasia comenzó a formalizarse con el debate de directrices y validez de las razones de permiso y prohibición de la Declaración de Madrid de la Asociación Médica Mundial de 1987, que lo definió como "el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, incluso a petición del propio paciente o de sus familiares cercanos, es éticamente inadecuado. Esto no impide que el médico respete el deseo del paciente de permitir el curso natural del proceso de muerte en la fase terminal de una enfermedad" (27).

La misma asociación publicó una declaración en 1992, conocida como la Declaración de Marbella que afirmaba que "el suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere" (28).

Hay una paradoja en la reflexión sobre la eutanasia. Por un lado, fue condenada éticamente, porque el profesional que ayudó al paciente de esta manera, por otro lado, creó un precedente para decir que es ético que el paciente rechace el tratamiento, incluso si esto resulta en su muerte, independientemente de si existe, desde el principio, esta intención.

Es en este contexto de incertidumbre sobre el patrón ético y la influencia religiosa que los estados, en su formación política, emergen como mediadores y legisladores no sólo de los derechos y deberes, sino de controlar el uso del cuerpo de los individuos, debido a los intereses de las instituciones y grupos, sin mucha preocupación por la dignidad humana o la ciencia, y la atención total a las tradiciones del bien y del mal, ancladas por la cultura religiosa colonizadora.

En Brasil, la eutanasia es un delito, considerado un homicidio privilegiado, de conformidad con el Art. 121 del Código Penal (29). El término no está escrito en el código; sin embargo, el sistema jurídico, basado principalmente en la jurisprudencia, entiende en la interpretación que la eutanasia es sinónimo de matar a alguien y, por lo tanto, delito de asesinato.

Tal jurisprudencia se convirtió en un obstáculo en la práctica médica que ya actuaba, desde el principio de beneficencia, para evitar el malestar y el sufrimiento físico, psicológico y emocional de los pacientes, especialmente los de la etapa terminal, a través de la medicina paliativa. Así, en 2012, el Consejo Federal de Medicina aprobó la Resolución CFM 1995, que regulaba la Ortotanasia "como conducta médica legal, siempre que no significa una reducción del período natural de vida del paciente o caracteriza el abandono de los incapacitados" (30).

Como explica Mardero Neto & Brutti (2014), la práctica de la eutanasia se admite en casos especiales, como cuando se verifica la muerte cerebral del paciente, que es aceptada por la comunidad científica mundial como el momento de la muerte. Pessini (2004)



explica que "los avances en medicina han hecho obsoleta la definición clínica tradicional de muerte identificada como paro cardíaco". La muerte es vista hoy como un proceso y no como un evento y por lo tanto no se puede determinar que ocurre en un momento específico. En palabras de Pessini, "en primer lugar, los tejidos más dependientes del oxígeno mueren, siendo el más sensible de todo el cerebro. De tres a cinco minutos de falta de oxigenación son suficientes para comprometer irreversiblemente la corteza del paciente, que a partir de entonces sólo tendrá vida vegetativa, es decir, estará inconsciente, pero respirando y con un corazón latiendo" (31, 32).

El concepto de muerte cerebral es importante para definir cuándo se deben utilizar medios artificiales de mantenimiento de la vida, especialmente aquellos que sólo mantienen la vida en estado vegetativo, en el caso de la Distanasia. Cuando se define que se debe dar atención al paciente que proporcionará comodidad al final de la vida, la conducta referida puede llamarse Ortotanasia.

De hecho, la Ortotanasia es la muerte en el momento adecuado, sin tratamientos desproporcionados (Distanasia) o acciones que aceleren el proceso de la muerte (eutanasia), permitiendo que la vida llegue a su fin naturalmente, aceptando la finitud de la vida humana. Se enfatiza que la Ortotanasia no puede confundirse con la eutanasia pasiva. "Dejar morir" es diferente de "hacerle morir". La diferencia entre los dos está en la intención de los agentes, incluso si las consecuencias son las mismas, es decir, el final de la vida del paciente (33).

También hay diferenciación de los medios utilizados para esta práctica en su dosificación: "administrar al paciente una solución de cianuro o una sobredosis de morfina es diferente que aplicar dosis de estos medicamentos para aliviar el dolor, una medida que, aunque puede causar una depresión respiratoria controlable y debilitación del paciente, con acortamiento predecible de su vida, no se utilizó con tal

intención, sino con el objetivo de proporcionar alivio" (34).

Anteriormente, el CFM publicó la Resolución 1.805/2006, que permitía "al médico limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolongan la vida del paciente enfermo terminal, respetando la voluntad de la persona o de su representante legal", mientras que el Artículo 41 del sexto Código de Ética Médica brasileño, limita al médico a acortar la vida del paciente, incluso a petición del mismo o de su representante legal; también señala que, en los casos de enfermedad incurable y terminal, el médico debe ofrecer todos los cuidados paliativos disponibles sin emprender acciones diagnósticas o terapéuticas inútiles u obstinadas (35, 36, 37).

La mayoría de los países latinoamericanos siguen pautas en sus sistemas como Brasil. La única excepción hasta ahora es Colombia, que despenalizó la eutanasia en 1997, llamada por la Corte Constitucional del país "asesinato por piedad".

En 2015, el Ministerio de Salud de Colombia definió cómo podría ocurrir el proceso, regulando su práctica a través de la Resolución 12.116/2015, estableciendo criterios y procedimientos para garantizar el derecho a la muerte con dignidad. En resolución, los médicos pueden administrar medicamentos intravenosos en hospitales a pacientes adultos con enfermedades terminales que causan dolor intenso y sufrimiento que no se puede aliviar. En este caso, el paciente debe solicitar a sabiendas la muerte asistida, que debe ser autorizada y supervisada por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo.

En los países desarrollados, el debate sobre las medidas de abreviatura de vida no sólo se ha estancado con respecto a la Ortotanasia y las medidas paliativas. Hay una gran diversidad de movilización, pero, al parecer, la preocupación por la directriz de la muerte digna y la autonomía del paciente se superponen a la idea de abreviar conscientemente la vida como una práctica

maliciosa que dañaría el clásico *primum non nocere*.

En los Estados Unidos, el suicidio asistido se legaliza en cinco de los 50 estados, y la eutanasia como medida criminal (pena de muerte) se acepta en 29 unidades federales.

En Canadá, en 2016, el *Ontario College of Physicians and Surgeons* publicó la Dirección Provisional sobre la Muerte Asistida por Médicos, que regula la eutanasia y el suicidio asistido.

En Bélgica y los Países Bajos, desde 2002, se ha permitido la eutanasia voluntaria a las personas mentalmente competentes con enfermedades incurables, incluidas las enfermedades mentales, causando insoportables problemas físicos o psicológicos.

En Luxemburgo, tanto la eutanasia como el suicidio asistido fueron legalizados en 2009, a través de una ley que abarcaba a adultos competentes, enfermedades incurables y terminales que causan sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin posibilidad de alivio.

En Suiza, la eutanasia sólo es punible cuando se lleva a cabo por razones no altruistas, y el suicidio asistido no está regulado.

Otros países europeos, como el Reino Unido, no permiten oficialmente la muerte asistida, con la eutanasia activa considerada un delito de asesinato, y según la sesión 2 de la Ley de Suicidio de 1961, asistirlo es castigado con hasta 14 años de prisión. El debate en el país es controvertido, porque desde 2010, la Fiscalía ha introducido nuevas directrices sobre la asistencia para el suicidio, afirmando que esta puede, en algunos casos, ser despenalizada, por ejemplo, si la ayuda es por compasión, y la decisión de morir es voluntaria, consciente, bien pensada y comunicada a las autoridades.

En declaración más actualizada de la Asociación Médica Mundial, frente a las amplias discusiones acerca de eventuales derechos de rechazo o alcance de protección ética a los profesionales médicos, sabiéndose de la diversidad de entendimiento legal en los

países, la Asamblea General de la AMM declaró: “La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica. Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar sustancias médicas cuya finalidad es causar la muerte. Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo. Por separado, el médico que respeta el derecho básico del paciente a rechazar el tratamiento médico no actúa de manera contraria a la ética al renunciar o retener la atención no deseada, incluso si el respeto de dicho deseo resulta en la muerte del paciente” (38).

En general, la declaración actualizada de Tiflis, que sustituye a la declaración de Marbella, es más específica sobre el concepto de eutanasia, diferenciándolo de la idea de suicidio con ayuda médica y, reforzando la autonomía médica cuando el derecho a negarse a participar en ambos, considerando que, la asociación pasa, los dos actos no son éticos por actuar contra la vida. Expone el derecho a la vida como un principio, utilizando los principios de autonomía y no-maleficencia para sostener que el paciente, o el médico, no son éticos cuando buscan usar estos mismos principios para acortar deliberadamente la vida. El cambio sigue el flujo más de ajuste político que de cualquier movimiento de avance en una discusión realmente conceptual. Se observa claramente la visión de protección al profesional con respecto a la denegación, pero no se menciona ninguna

protección al profesional que, en alguna situación, puede tener la comprensión de una actitud favorable a eutanasia debido a la decisión y los contextos exclusivos de su paciente.

### Conclusión

Lejos de ser unánime, la discusión sobre la práctica de la eutanasia tiene múltiples vértices que no pueden ser observados por interpretaciones unilaterales "correctas" y "equivocadas", o como un juicio ético de base moral, cuando se lleva a cabo bajo la influencia de la doctrina religiosa y no por las consideraciones del sujeto en su dignidad, particularidad y conciencia.

El cambio en el paradigma jurídico en los países desarrollados se ha trasladado a medida que el modelo de medicina en sí se transfiere de la norma autoritaria, en la que el profesional considera saber lo que es mejor y necesario para su paciente (como la Iglesia y el Estado también lo hacen de manera paternalista), a una praxis cooperativa, en la que se escucha al paciente desde el diagnóstico hasta el tratamiento de su enfermedad, como participante activo en el proceso de salud.

Este intercambio ha favorecido una mirada más amplia a los principios bioéticos que, hasta entonces, tenían por tradición hipocrática el *primum no nocere* (no-maleficencia) y la beneficencia como aspectos principales en la mirada de la vida humana.

El surgimiento de los principios de autonomía y justicia ha provocado transformaciones en la comprensión de la relación médico-paciente y, en la forma, en el papel que el médico, el Estado y otros tienen a juicio de lo que es mejor para el propio paciente, y su voluntad siempre debe considerarse como sinónimo de su propia dignidad.

La mirada a lo sagrado de la vida y a su derecho incorruptible, durante cientos de años, no tuvo en cuenta la muerte como parte de este viaje, al menos desde el punto de vista post biológico y clínico, ya que en la religión se le había dado el estatus de transición a otra

vida. Comprender la muerte digna como parte del derecho a la vida nos permite discutir caminos dignos de morir como parte de la vida activa del sujeto histórico.

El médico, como profesional que se preocupa por el bienestar físico, mental, psíquico y espiritual del ser humano, debe ser capaz de considerar, al escuchar la historia clínica y de vida de su paciente, sus consideraciones sobre su autonomía de decisión.

Podríamos pensar, por ejemplo, en el alto número de suicidios que se producen diariamente en todo el mundo, generando dolor y sufrimiento para el sujeto que renunció a su vida y a sus familiares, y el impacto que, tal vez existiría si se le permitiera ayudar profesionalmente en este proceso, con un equipo psiquiátrico, clínico, psicológico y multidisciplinario. Por un lado, habríamos evitado el desastre del sufrimiento de las formas violentas de quitarse la vida; por otro lado, tendríamos un volumen considerable de personas que incluso podrían cambiar su conducta cuando reciben un seguimiento profesional.

Este seguimiento multiprofesional, realizado de acuerdo con el paciente, con seguimiento destinado a reducir el sufrimiento e incluso evitar la muerte, cuando se entiende por acuerdo común que no corresponde continuar, también debe estar mediado por la autonomía del médico que necesita ser escuchado y oído.

No se trata de matarse o suicidarse con la ayuda de otros, como establece el Código Penal brasileño, por ejemplo. Se trata de permitir medios de diálogo para una vida y muerte digna, donde la compasión y el respeto por la historia de cada tema se reflejen en la comprensión, sin juicio, de su derecho a elegir vivir o morir a su manera.

### Referencias

- (1) Bacon F. História vitae et mortis. Río de Janeiro: Vozes; 1963.
- (2) Morales IM. Autonomía personal y muerte. Bioét. (Impr.). 2010;18(2):289-309.

- (3) Felix ZC et al. Eutanasia, distanasia y ortotanasia: revisión bibliográfica integrativa. En: *Ciencia y Salud Colectiva*. 18(9); 2013: 2733-2746. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a29.pdf>. Consultado el 02 noviembre 2020.
- (4) Idem.
- (5) Idem.
- (6) Felix ZC et al. (2013). Op. Cit.
- (7) La clasificación fue obtenida de tres fuentes:  
Azzolini B. Intervención en la eutanasia: ¿Participación criminal o colaboración humanitaria? In: *Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México; 2001: 5-15.  
Matozzo LA. ¿Buen morir... Buen matar? Buen control. In: *El Derecho*. No. 9071, del 27 de agosto de 1996 y en *Revista Entre Círculos*, del CM Salud, Círculos Médicos de San Isidro Vicente López, año I, Eros. 1, 2 y 3; 1998.  
Del Cano M. La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico. Ed. Pons: Madrid; 1999: 25-29.
- (8) Trejo García E. Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia. Centro de Documentación, Información y Análisis Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Política Exterior. Cámara de Diputados. México; 2007.
- (9) Beauchamp TL; JF Childress. Principios de la ética biomédica. 4o ed. Sao Paulo: Loyola; 2002.
- (10) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París: Unesco; 2005.
- (11) Santos DA et al. Reflexiones bioéticas sobre a eutanasia a partir de caso paradigmático. *Rev. bioét. (Impr.)*. 22 (2); 2014: 367-72. Disponible em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/19.pdf>. Consultado el 02 noviembre 2020.
- (12) Hipócrates. Naturaleza del hombre. En: Jones, W. H. S. (Ed.). *Hipócrates*. Cambridge: Harvard University Press; 1943: 1-592.
- (13) Aristóteles. Sobre la juventud, la vejez, la vida y la muerte, y la respiración. En: Barnes J. (Ed.). *Las obras completas de Aristóteles*. v. 1. Princeton: Princeton University Press; 1984: 745-63 (De juve).
- (14) Zaterka L. Francis Bacon y la cuestión de la longevidad humana. *scienti-zudia*, v. 13, n. 3. São Paulo; 2015: 495-517.
- (15) Idem.
- (16) Descartes. *Discurso del método*. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- (17) Zaterka L (2015). Op. Cit.
- (18) Idem.
- (19) Idem.
- (20) Bacon, F. *História vitae et mortis*. Río de Janeiro: Vozes; 1963. (VM)
- (21) Idem.
- (22) Jackson MR. La prolongación de la vida en la literatura y la cultura inglesas modernas tempranas, con énfasis en Francis Bacon. Chappel Hill; 2012. Tesis (Doctorado em Literatura). Departamento de Literatura, Universidad de Carolina del Norte.
- (23) Idem.
- (24) Zaterka L. (2015). Op. Cit.
- (25) Idem.
- (26) Giacoia OJ. Hans Jonas: por qué la técnica moderna es un objeto para la ética. *Naturaleza Humana*, 1, 2; 1999: 407-420
- (27) Asociación Mundial de Psiquiatría. Médicos, pacientes, sociedad: rigores humanos y responsabilidades profesionales de los médicos. Amsterdam: WP; 1996:30. Disponible en: <https://www.ufrgs.br/bioetica/madrid.htm>. Consultado en 01 noviembre 2020.
- (28) Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre el suicidio con ayuda médica. Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, Septiembre de 1992 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015, y cancelada y archivada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, octubre 2019. Disponible em: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre->

el-suicidio-con-ayuda-medica/. Consultado en 30 octubre 2020.

(29) Brasil. Código Penal. Decreto-ley no 2.848, del 7 de diciembre de 1940. Presidencia de la República. Redacción de la Ley No 13.964; 2019. Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Consultado en 02 noviembre 2020.

(30) Santos DA et al (2014). Op. Cit.

(31) Mardero Neto & Brutti. Reflexiones sobre la eutanasia: aspectos médicos y jurídicos. En: Anais del XVI Seminario Internacional sobre Educación Mercosur, XIII Seminario Interinstitucional, IV Cursos Interdisciplinarios de Prácticas Socioculturales, III Encuentro Estatal de Formación del Profesorado y I Exposición de Obras Científicas PIBID del 25 al 27 de agosto de 2014 – Cruz Alta: UNICRUZ; 2014.

(32) Pessini L. Eutanasia: ¿por qué acortar la vida? Sao Paulo: Ediciones Loyola; 2004

(33) Mardero Neto & Brutti (2014). Op. Cit.

(34) Vieira M. Euthanasia: humanizando la visión legal. Curitiba: Juruá Editora; 2012.

(35) Consejo Federal de Medicina. CFM Resolución No 1,805 de 9 de noviembre de 2006. Boletín Oficial de la Unión; Poder Ejecutivo, Brasilia, DF, n.227, 28 de noviembre; 2006. Sección 1, p.169

(36) Castro MP et al. Eutanasia y suicidio asistido en los países occidentales: una revisión sistemática. *Reverendo Bioét.* [Internet]. 2016 Ago; 24(2): 355-367. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422016000200355&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200355&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242136>.

(37) Consejo Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolución CFM No 1,931 de 17 de septiembre de 2009 (versión de bolsillo) / Consejo Federal de Medicina - Brasilia: Consejo Federal de Medicina; 2010. 70p. Disponible en: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Consultado en 02 noviembre 2020.

(38) Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la eutanasia y suicidio con

ayuda médica. Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019. Disponible en : <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/> . Acceso en 12 octubre de 2020.

- ⊙ El trabajo no recibió financiamiento.
- ⊙ Los autores declaran no tener conflictos de interés.
- ⊙ Correspondencias pueden encaminarse al correo electrónico del autor del artículo o para el equipo editorial.