

EUTANASIA

CARLOS R. GHERARDI

División Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Resumen Los avances de la medicina en el área tecnológica respecto de la aplicación de métodos de soporte vital en el paciente crítico y las modificaciones culturales que se han operado en la sociedad contemporánea con relación al derecho de los pacientes a decidir sobre el final de sus vidas, hacen imprescindible disponer de una definición de eutanasia que atienda la vigencia de este nuevo escenario. La exclusión de las llamadas formas pasivas y en general de la omisión como procedimiento o conducta posible para la provocación de la muerte y la necesidad de la voluntariedad explícita del paciente delimitarían muy concretamente el concepto de eutanasia. Del mismo modo, una referencia concreta sobre el modo de provocar la muerte debería integrar obligatoriamente su definición. Así, la eutanasia significaría básicamente provocar la muerte de un paciente portador de una enfermedad mortal, a su requerimiento y en su propio beneficio, por medio de la administración de un tóxico o veneno en dosis mortal. Esta definición muy restrictiva separaría la eutanasia de los casos de rechazo de tratamiento, aunque se produjera la muerte como resultado del mismo, y también de las situaciones en que la abstención o el retiro de un soporte vital en el paciente crítico permite la llegada de la muerte.

Palabras clave: eutanasia, decisiones al final de la vida, retiro del soporte vital, rechazo de tratamiento, bioética, medicina crítica

Abstract *Euthanasia.* Technological progress in medicine regarding the application of life-sustaining treatment in the critical patient and the cultural changes that have taken place in contemporary society with respect to the patients' right to decide over the end of their lives, demand the existence of a definition of euthanasia that will acknowledge this new scenario. The concept of euthanasia would be very specifically limited by the exclusion of so-called passive forms of euthanasia and of omission as a possible procedure to cause death and the need for the explicit request of the patient involved. Likewise, the definition of euthanasia should include a specific reference to the means through which death is to be achieved. Euthanasia would thus be defined basically as causing the death of a patient suffering from a mortal disease, upon his or her request and for his or her own benefit, by administering a toxic or poisonous substance in mortal doses. This restrictive definition would differentiate euthanasia from cases of refusal to receive treatment, even if death is the consequence of such refusal, and also from cases in which life-sustaining treatment is withheld or withdrawn to enable the occurrence of death.

Key words: euthanasia, decisions at the end of the life, withdrawal of life-sustaining treatment, treatment refused, bioethics, critical care

Antecedentes

Compartimos plenamente la opinión de quienes aseguran que el significado de la palabra eutanasia se ha convertido en el paradigma de la ambigüedad semántica¹. La interpretación exclusivamente etimológica proveniente del griego, donde el prefijo *eu* que significa bueno y el sustantivo *thánatos* que equivale a muerte, sugiere "buena muerte" está muy lejos de aclarar las múltiples situaciones que se encontrarían comprendidas en esta sencilla expresión. Aun más, la asociación de esta palabra con

circunstancias tan diversas, disímiles y hasta antagónicas como la muerte intencional por razones eugenésicas o la mítica muerte digna o bella muerte, ha conducido a una confusión conceptual que exige un especial debate sobre cuestiones relacionadas con aspectos esenciales de la práctica de la medicina en este tiempo.

La intención de este trabajo no es repasar todas las alternativas históricas por las que ha pasado la interpretación del término ni tampoco examinar los exhaustivos análisis efectuados para justificar las múltiples clasificaciones y subclasificaciones que se han propuesto¹⁻⁴, sino examinar cuál debiera ser el significado actual de la eutanasia en relación al concepto de paciente crítico y su especial vinculación con el desarrollo de los métodos de soporte vital, cuya abstención o suspensión tienen una influencia decisiva y generalmente cercana en la determinación de la muerte. En efecto, como la muerte es el

Recibido: 3-V-2002

Aceptado: 2-VIII-2002

Dirección postal: Dr. Carlos R. Gherardi, Avda. Fernández 43, 1834 Témperey, Argentina.
Fax: (54-11) 4392-0830 e-mail: acgherar@sinectis.com.ar

objetivo central de la práctica eutanásica y la misma es un evento probable en la medicina crítica, que no es ajena a las decisiones médicas habituales en este ámbito, resulta razonable y hasta imprescindible desarrollar una propuesta actualizada sobre la definición de eutanasia que tenga en cuenta las modalidades asistenciales actuales⁵.

A esta altura del avance tecnológico y de la medicina crítica no resultan aplicables conceptos que se repiten desde hace decenios o el análisis de situaciones abstractas que se encuentran alejadas de la práctica médica. Tampoco todo debe reducirse a una interesante discusión semántica que ignore el estado actual de las acciones médicas que interesan al paciente crítico, sin debatir la razonabilidad de seguir sosteniendo la existencia de formas eutanásicas pasivas o por omisión cuando estas acciones están en relación directa con el rechazo de tratamiento y con el manejo de los procedimientos de soporte vital y la utilización de los métodos de reanimación⁵.

La eutanasia debe examinarse hoy como una realidad, aplicable o no, en situaciones ciertas y comprobables y no simplemente como un ejercicio teórico ajeno a las circunstancias y contingencias que ocurren cotidianamente.

Es importante aclarar que no se trata de examinar aquí el marco legal para la aplicación de ninguna práctica eutanásica ni tampoco efectuar una indagación moral de su pertinencia, sino de separar esta acción de muchas otras que pertenecen a la práctica cotidiana de la medicina de este tiempo y que debemos evaluar en todos sus alcances.

Si en lo que resulta la tesis de este trabajo, a conductas y situaciones muy distintas debieran corresponderles nombres también distintos, trataremos de delimitar qué debería entenderse hoy por eutanasia. Reducir a un mínimo la ambigüedad en las definiciones y no perder el contacto que la realidad asistencial nos ofrece, permitirá entonces en otro tiempo ulterior discutir el encuadre legal posible de cada situación, si esto fuera necesario.

Elementos para una definición

Proponemos plantear el análisis del tema a través del examen de los componentes que debiera tener, o que en efecto tiene, una definición de eutanasia. Tomamos aquí una propuesta que puede ser considerada bien restrictiva⁶: *la eutanasia significa básicamente la provocación de la muerte, efectuada por un tercero, de un paciente portador de una enfermedad seguramente mortal, a su requerimiento y en su propio beneficio*. Dentro de esta definición, que aceptamos primariamente como válida, se distinguen cinco elementos:

- La muerte es provocada por un tercero.

- La presencia de una enfermedad mortal.
- El paciente debe solicitar que se le provoque la muerte.
- La muerte provocada debe ser en su propio beneficio.
- La provocación de la muerte a través de un acto o una conducta que puede resultar, según la mayoría de las definiciones, de una acción (por comisión) o de una omisión deliberada, circunstancia que instala el debate, a nuestro juicio central, sobre las llamadas formas activas o pasivas de la eutanasia.

La muerte es provocada por un tercero

La aparición de una tercera persona, generalmente un trabajador de la salud y frecuentemente un médico, que provoca la muerte, distingue a la eutanasia del suicidio y en especial del suicidio asistido por el médico en el que este último pone al alcance del paciente el mecanismo o la droga necesaria para provocar la muerte que es finalmente instrumentada por el mismo paciente^{2, 7}.

La presencia de una enfermedad mortal

La existencia obligatoria en el paciente de una enfermedad que acarree la muerte próxima permite distinguir primariamente a la eutanasia del homicidio. La proximidad de la muerte, con toda la carga de sufrimiento físico y psíquico que ello presupone, es necesariamente medida por el paciente pudiendo contarse en horas o días en los casos agónicos o moribundos y en semanas o meses en los que suelen ser denominados como terminales.

La terminalidad es una condición evolutiva muy difícil de determinar con precisión aunque es cierto que se instala cuando la expectativa de muerte, como consecuencia directa de la enfermedad, aparece en la mente del médico, de la familia y del paciente. Existe también una categoría de pacientes llamados sin esperanza (*hopelessly ill*) que, aunque pudiendo vivir períodos muy prolongados (por ejemplo con enfermedades neurológicas severamente invalidantes que a veces requieren métodos de soporte vital), conllevan una carga de sufrimiento cuya insoportabilidad puede conducir, en algún momento, a la solicitud de eutanasia o suicidio asistido.

El paciente debe requerir su muerte

El requerimiento del paciente resulta un dato fundamental que legitima la expresión de su voluntad autónoma en el ejercicio máximo de su derecho a morir⁶. La competencia del paciente debiera ser presumida siempre, debiendo probar su inexistencia quien la niegue. Solamente podría considerarse posible obviar este requeri-

miento en casos de pacientes incompetentes (en estado de coma) o en discapacitados mentales y niños, aunque en estas dos últimas situaciones debiera considerarse si esta decisión puede ser transferida a los representantes o si existiere alguna directiva anticipada. En este sentido, la palabra involuntaria o no voluntaria, corrientemente usada en muchas clasificaciones¹⁻⁴, no debería calificar a la eutanasia propiamente dicha porque no respetaría una condición esencial de su definición que es la voluntariedad explícita. La calificación como eutanasia de actos ajenos a la autonomía de los pacientes es hija de la historia de prácticas usuales en pueblos y civilizaciones antiguas que son extrañas a nuestras concepciones de hoy^{2, 8}.

Así las cosas, muchas de estas situaciones en que no se cuenta con la solicitud del paciente (involuntaria porque no tiene competencia para decidir) o porque no se lo consulta pudiendo hacerlo (no voluntaria) estarían comprendidas dentro del homicidio, piadoso o misericordioso, contemplado en algunas legislaciones, pero cuyo análisis es ajeno a nuestro propósito⁷.

Se ha propuesto admitir como equivalente a la solicitud del paciente su consentimiento cuando éste pueda ser de algún modo verificado, circunstancia que estimamos sería muy difícil de asegurar⁶. El requerimiento exige una conducta activa y en cambio un consentimiento más bien expresa una aceptación pasiva. Un caso complejo de difícil resolución sería aquel en el que, contando con una directiva anticipada, pudiera no ser consultado el paciente en el momento de los hechos pudiendo hacerlo. Pareciera razonable que todos estos casos en que no se cuenta con la voluntad libremente expresada por el paciente en el momento de los hechos fueran excluidos de la definición propuesta de eutanasia.

Finalmente el requerimiento del paciente separa totalmente la eutanasia del exterminio de cientos de miles de personas con padecimientos físicos y psíquicos que se efectuaron en el marco del holocausto de la Segunda Guerra Mundial.

La muerte deberá efectuarse en propio beneficio del paciente

Esto implica que deberá ser efectuada teniendo en cuenta su mejor interés. El mejor interés del paciente significa evitar un deterioro de la calidad de vida o un sufrimiento que no se desea soportar. Este elemento no puede ser objetivado por cuanto el bienestar depende exclusivamente de la valoración subjetiva del paciente en el momento en que transita determinada situación vital. No existen respuestas iguales en dos pacientes ante circunstancias aparentemente similares. Además, la importancia conceptual de este punto radica históricamente en excluir el presunto beneficio de terceros como lo fue la "raza superior" en el genocidio nazi, circunstancia que no obstante es aje-

na a la situación que examinamos desde que la voluntariedad explícita se exige aquí como condición indispensable para que exista eutanasia.

También existe un supuesto posible que debe examinarse, y es aquel en que la percepción del paciente sobre "su" beneficio no se ajuste a la realidad claramente objetivable porque es víctima de una severa depresión o porque alguna situación emocional perturbe el examen racional de los hechos. En este punto no se trata de que un tercero imponga al paciente su propia concepción sobre una situación individual que claramente parezca errónea, sino por la imposibilidad del paciente de determinar cuál es su propio beneficio ante la existencia de una dificultad, quizá transitoria, en la evaluación de los hechos.

Cómo se produce la muerte

Más allá de los cuatro elementos primarios que integran esta definición provisional de eutanasia, que analizan el escenario (existencia de una enfermedad letal), los actores (el paciente y el trabajador de la salud) y el interés del acto (el beneficio del paciente), y en los que existe acuerdo casi unánime, salvo respecto de la voluntariedad explícita, queda por acordar cuál es el "procedimiento", "el acto" o "la conducta" por el que se materializa la eutanasia misma, ya que lo examinado hasta aquí sólo son los presupuestos y condicionantes esenciales para que aquella se establezca y la muerte se produzca.

Si el objetivo central de la eutanasia es la provocación acordada de la muerte, el procedimiento elegido debiera cumplir obligatoriamente una condición esencial: ser absolutamente seguro en cuanto a que su aplicación producirá el resultado esperado en un tiempo mínimo y sin provocar sufrimiento. Asimismo, la determinación de la muerte no debiera estar primaria ni secundariamente relacionada con la enfermedad por cuanto la naturaleza de ésta (que sea mortal) es una condición que se acopla a aquellas que pueden eventualmente justificar de manera moral la solicitud de la muerte, pero que debe ser ajena a su propia determinación. Estas dos condiciones que debieran existir en la producción de la muerte, seguridad e independencia de la enfermedad, sólo pueden ser proporcionadas por un procedimiento que fuera igualmente efectivo en cualquier persona, aun en pleno estado de salud. El acto seguro de provocar la muerte (matar) sólo es posible en el ámbito médico si se administra un veneno o una droga en dosis tóxica mortal.

A la primera definición que tomamos como provisional en principio, debería entonces agregarse una consideración explícita sobre el carácter del procedimiento. Así la eutanasia significaría básicamente provocar la muerte de un paciente portador de una enfermedad mortal, a su requerimiento y en su propio beneficio, por

medio de la administración de un tóxico o veneno en dosis mortal.

El análisis de este punto, que atiende al modo de producción de la muerte, resulta la clave fundamental de la definición propuesta que incluye sólo a las formas de eutanasia tradicionalmente llamadas activas, directas y voluntarias. Debe explorarse entonces cuál es la relación entre este concepto de eutanasia que proponemos con las llamadas formas pasivas e indirectas que aún se consideran incluidas dentro de la definición de eutanasia (en sentido amplio o incluyente) por la mayoría de los autores, fundamentalmente en la bibliografía no médica^{1-4, 7}. Hasta en la Encíclica más reciente sobre estos temas la Iglesia Católica también reconoce la existencia de la omisión como causa de eutanasia⁹.

Las “formas pasivas”. El carácter de la “omisión”

La admisión de la existencia de formas pasivas de eutanasia homologa las omisiones con las acciones que provocarían las formas llamadas activas, e incluso dentro de ellas se plantea también la existencia de las variantes voluntaria, involuntaria y no voluntaria⁴. Trataremos de fundamentar por qué creemos objetable agrupar bajo este nombre de formas pasivas situaciones muy disímiles que se presentan en la práctica médica, y en consecuencia por qué resulta equívoco el uso de una denominación común para situaciones conceptualmente tan diferentes^{6, 10}.

La no utilización de cualquier medio de atención médica disponible, o el retiro de los mismos una vez aplicados, por expreso pedido del paciente es un claro ejemplo de lo que hoy conocemos como derecho al rechazo del tratamiento aconsejado. Esto es así en los pacientes crónicos o agudos y representa el ejercicio pleno de la autonomía del paciente. Aun cuando como resultado de esta actitud, que puede ser solicitada por pacientes no portadores de una enfermedad mortal, se produjera la muerte, la denominación de eutanasia (en este caso mal llamada pasiva y voluntaria) no cumpliría los requisitos que hemos identificado como centrales y que justificaran una denominación común (no habría en este caso una enfermedad mortal ni la solicitud explícita y segura de la muerte). Si la actitud fuera involuntaria o no voluntaria estaríamos claramente frente a un caso de abandono de persona o de homicidio culposo o doloso, circunstancias ambas que tienen que ver con una valoración jurídico-penal.

La aceptación de este debate dicotómico sobre eutanasia activa y/o pasiva y el análisis comparativo entre las acciones y las omisiones ha conducido desde el pensamiento filosófico a la evaluación moral de matar y dejar morir. Toda una línea argumental llega a considerar

que si la muerte provocada no constituye en sí misma un daño moral, no importaría demasiado la consideración del medio por el cual se llega a ella, por lo que Rachels¹⁰ y otros⁶ sostienen la irrelevancia de la distinción entre eutanasia activa y pasiva y creen incluso en la existencia de un mayor fundamento moral para las formas activas^{6, 10}.

Para aportar una visión anclada en la praxis médica destinada a demostrar los problemas que surgen en calificar como eutanasia cualquier conducta que culmine con la muerte o que eventualmente la determine en ciertas circunstancias, resulta imprescindible examinar los casos clínicos descritos por Rachels¹⁰ y en nuestro medio por Farrell⁶ para fundamentar sus propuestas.

El caso clínico del bebé nacido con síndrome de Down que sufre una obstrucción intestinal por una alteración congénita y la negativa de los padres para realizar la intervención quirúrgica en virtud de su condición mental y no por la naturaleza de la afección digestiva es tomado como un ejemplo de presunta eutanasia pasiva y a este respecto, luego de transcribir la descripción dramática del sufrimiento del niño que no es operado, tomado de una descripción periodística del *New York Times Magazine*, el autor expresa “la doctrina afirma que puede permitirse que la deshidratación y la infección consuman a un ser pequeño, pero que no pueda administrársele una inyección que pondría fin a su vida sin sufrimiento parece obviamente tan cruel que no requiere ninguna otra refutación”¹⁰. Sobre este mismo caso el otro autor citado dice “ninguna de mis intuiciones morales me indica que es mejor dejar morir deshidratado a un niño, proceso que puede durar más de una semana, en lugar de aplicarle inmediatamente una inyección letal”⁶.

El caso descrito en que los dos filósofos se apoyan para equiparar moralmente a las formas activas y pasivas de eutanasia, y eventualmente encontrar mayor fundamento moral para la primera, no corresponde verdaderamente a una forma de eutanasia pasiva sino a un caso de rechazo al tratamiento (en este caso por decisión de terceros –los padres– en relación con la calidad de vida preexistente del paciente y no por la patología que exigiría una acción médica concreta y curativa). Más allá del impacto anecdótico emocional de la descripción y de no constituir un ejemplo válido a efectos de evaluar la moralidad de actos presuntamente referidos a eutanasia, lo importante es aclarar que en ambas situaciones (aplicación de una inyección letal o abandono) se están considerando acciones que podrían catalogarse como homicidio (piadoso o no) y no como ninguna forma de eutanasia.

Otro caso clínico se refiere a que la “aplicación de una inyección letal de morfina” a un paciente con cáncer de último grado revela la aceptable preocupación de evitarle al moribundo una lenta y dolorosa agonía. Suspender el tratamiento curativo y dejarlo morir, en un pro-

ceso que puede durar días, significa contemplar su lenta y dolorosa agonía. No cuesta encontrar fundamento moral para la primera actitud, pero sí para la segunda⁶. Constituye un error muy importante hablar de la suspensión de un tratamiento curativo (el paciente tiene un cáncer incurable) y la introducción de la expresión “dejarlo morir y contemplar su lenta y dolorosa agonía”, como alternativa a una inyección letal de morfina, resulta muy efectiva pero no cierta, porque efectúa equivocadamente una comparación entre dos actitudes opcionales (una u otra) e ignora la existencia de toda la medicina paliativa.

En el segundo caso ya se introduce la expresión *dejar morir* que se opondrá a la de *matar* y cuya valoración moral conduce hasta el examen del estatuto ontológico de las acciones y las omisiones. Aunque naturalmente no nos permitiremos la imprudencia de introducirnos en la discusión filosófica, nos referiremos al ejemplo comparativo que presenta el mismo Rachels en su trabajo.

En el ejemplo de Smith y Jones se comparan dos situaciones supuestas. Uno de ambos personajes, primos en esta historia, heredará una fortuna si ocurre la muerte del otro. En una primera situación Smith ahoga a Jones (un niño de seis años) en la bañera para heredar, y todo se arregla para que la muerte parezca accidental. En la segunda Jones planea el ahogamiento de Smith (que ahora es el niño) escondiéndose en el baño, pero al advertir que el niño se golpea mientras se baña aprovecha la situación para no socorrerlo y permite su muerte. El autor no encuentra diferencia moral entre la acción y la omisión que se traduce en el ejemplo entre matar y dejar morir, y esta ausencia de relevancia extrapolada a la medicina le permite concluir la ausencia de diferencia moral entre la eutanasia activa y la pasiva y en cambio efectúa consideraciones respecto de cuestiones culturales y legales no vinculadas con la realidad de la salud y la enfermedad.

En el análisis del ejemplo de Smith y Jones no podemos encontrar un argumento que permita efectuar ninguna analogía con el acto médico porque en esa situación existe un elemento diferencial muy importante que es el beneficio directo de un actor por la muerte del otro (y no ya la producción de la muerte en beneficio del propio paciente), lo que finalmente impulsa al acto, y en cambio no existe la entidad enfermedad que es la que podría provocar la muerte en alguna de las situaciones (acción u omisión). No alcanzamos a observar cuál es el sentido de este análisis filosófico abstracto para su aplicación a la situación concreta de la eutanasia, cuando el supuesto es justamente ignorar voluntariamente el núcleo central del problema: la existencia cierta de una enfermedad letal e irreversible que provocará irremediablemente la muerte y la relación entre el acto solicitado y la producción de la misma.

Una situación que merece una consideración muy especial en relación con las llamadas formas pasivas de eutanasia ha resultado de la aparición en medicina del concepto de paciente crítico y la naturaleza de los métodos de soporte vital en su tratamiento, desde que la abstención y el retiro de los mismos son acciones médicas que actualmente preceden y permiten la llegada de la muerte al 90% de los pacientes internados en salas de cuidado crítico, donde a su vez son trasladados cerca del 50% de los pacientes que son internados en los 6 meses anteriores a su muerte⁵.

El reemplazo o la sustitución de funciones vitales aplicables en situaciones críticas para posibilitar la recuperación de las mismas, permite la opción de no aplicar, utilizar o suspender estos procedimientos, según la evolución de la enfermedad que aqueja al paciente. El análisis de estos actos médicos, en circunstancias de compromiso vital, es dinámica y cambiante según el conocimiento de la reversibilidad del cuadro clínico basal, la existencia de una intercurencia tratable y la calidad de vida deseada. Lo habitual es que, cuando de pacientes críticos se trata, no se conozcan desde el comienzo las tres variables citadas, por lo que la no realización de un acto o su suspensión no conlleva la intencionalidad directa de provocar la muerte aunque ésta efectivamente se produzca por la evolución de la enfermedad. La amenaza de muerte existe por definición en el paciente crítico y en el análisis de la conducta médica no se atenderá con exclusividad a la consecuencia ni deberá prevalecer necesariamente la visualización de la muerte como el resultado de la misma^{5, 11}.

El análisis filosófico y ético del *dejar morir* aplicado a las omisiones y formas pasivas no puede obviar la observación crítica que implica asumir las expresiones “dejar morir pudiendo evitarlo” y “el médico, lejos de no hacer nada, deja morir al paciente”. No se trata de discutir aquí si una actitud médica es una omisión o una acción para calificarla moralmente porque creemos que debe acordarse que *se trata de una acción* “no poner” un respirador o “retirarlo” o incluso “decidir no efectuar” una resucitación cardiopulmonar ante un paro cardíaco. En este punto es donde se percibe claramente que no puede obviarse la existencia en el paciente de una enfermedad mortal, no sólo porque matará finalmente al paciente, sino porque las expresiones derivadas del *dejar morir* implican creer o juzgar implícitamente que esa muerte puede ser eventualmente evitada^{5, 11}. Esta presunción errónea y fatal sólo puede considerarse como un ejemplo de la omnipotencia del hombre en general y de la medicina en particular respecto de que la muerte siempre podría evitarse, o que la atención de los signos vitales debe preceder siempre a la muerte aunque sea como un ritual simbólico de la lucha por la vida eterna.

La aceptación de la existencia de las opciones activa-pasiva, acción-omisión y matar-dejar morir en el enfermo crítico imposibilita examinar la situación desde el marco enfermedad-muerte. El médico puede evitar la muerte con un tratamiento curativo, cuando éste es posible, pero no debe mantener los signos vitales cuando la muerte es la única alternativa posible que se expresa necesariamente por la desaparición de esos signos, precisamente llamados vitales. En estos casos el retiro voluntario de un respirador mecánico o de un medicamento vasopresor se efectúa en efecto para permitir la muerte como resultado de estas acciones (omisiones) médicas.

La llegada de la muerte que acontece en el paciente crítico (que por definición tiene una amenaza de muerte próxima) se debe plantear desde el concepto actual de muerte intervenida y no de muerte natural¹¹. La imperiosa necesidad del establecimiento de un límite en la atención médica cuando el paciente está sometido a algún método de soporte vital, o eventualmente puede estarlo, ha llevado el debate ético al punto crucial de examinar la vinculación entre la muerte y el soporte vital en el marco del permitir morir. El manejo de la muerte, cuando existen situaciones en que el imperativo tecnológico conduce fácilmente al encarnizamiento terapéutico, no tiene como opción obligatoria el matar sino el permitir morir. La llegada de la muerte en el paciente crítico, con la intervención operativa e instrumental de la tecnología médica, debe producirse con el conocimiento del paciente, con el acuerdo de la familia o de su representante cuando aquel sea incompetente, o con la sola decisión médica cuando la consulta no fuera posible. En estos casos también la medicina paliativa apunta todo su objetivo al cuidado del paciente en su fase terminal.

Matar, entonces, no será una opción frente a todo lo anterior sino un pedido que el paciente podría hacer siempre en los términos de las condiciones que impone la definición de eutanasia que se propone en este trabajo.

Propuesta y conclusiones

La exclusión de la omisión dentro de la definición propuesta de eutanasia significa lisa y llanamente la eliminación de las llamadas formas pasivas. Tampoco reconoce como eutanasia a las formas indirectas (en que es aplicable moralmente el principio del doble efecto). Finalmente se afirma la exigencia de la voluntariedad explícita.

La inclusión en la definición de la modalidad operativa dispuesta para la producción de la muerte crea la diferencia cierta existente entre la probable consecuencia de la enfermedad preexistente (que es mortal) y la independencia que la administración de una droga o veneno a dosis mortal asegura en la producción de la muerte.

Actualmente no resulta suficiente el señalamiento efectuado por muchos autores respecto de las diferen-

cias entre las formas activas y pasivas de eutanasia, a pesar de la abundante argumentación metafísica, moral y médica^{8, 12, 13}. Nos preguntamos entonces: ¿Cómo puntualizar la diferencia si no apelamos al modo explícito de provocar la muerte en la misma definición? También desde antiguo, y en el ámbito del derecho, se han efectuado observaciones peligrosas que comparan "la administración de la eutanasia en dosis", que quedan en la intimidad médica y sobre los que no habría que pedir cuentas, y "la eutanasia radical"¹⁴ que permiten observar un desvío conceptual grave, aún más hoy con una medicina invasiva y altamente tecnologizada. La llegada de la muerte, hoy no ocurre en general espontáneamente y su manejo requiere una modificación cultural importante de la sociedad. Por ello, hoy más que nunca resulta necesario establecer claramente las diferencias entre eutanasia y las otras situaciones que se presentan en la medicina crítica.

Si la eutanasia significa provocar la muerte de un paciente portador de una enfermedad mortal, a su requerimiento y en su propio beneficio, por medio de la administración de un tóxico o veneno en dosis mortal no existirá margen para la confusión conceptual ni operativa con prácticas médicas de uso habitual (muerte intervenida) ni con el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento, aunque la muerte fuera el resultado final en ambas situaciones.

La eutanasia es una cuestión tan seria, conflictiva y moralmente discutible como para que no deba dejarse librada a interpretaciones ligadas a la opinión del observador, a las imprecisiones de los procedimientos o a la inseguridad en la evaluación de las consecuencias. Estos riesgos existirían cuando hubiera margen y espacio para la discusión de la causalidad de la muerte, su intencionalidad y la seguridad de su producción.

Tampoco ha resultado esclarecedor el surgimiento de una nueva terminología con relación a la buena práctica médica y a la eutanasia clásica^{1, 7}. Así el neologismo *distanasia* incluye el prefijo *dis* como expresión de deformación del proceso de la muerte, lo que permitiría denominar como *adistanasia* a la no aplicación de todas las prácticas y procedimientos superfluos y excesivos que puedan provocar una muerte cruel y muy próxima al encarnizamiento terapéutico. También se ha introducido la palabra *ortotanasia*, cuyo prefijo *orto* sugiere normalidad, como muerte correcta y "a su tiempo".

Con la definición que proponemos en este trabajo se trata de establecer un marco conceptual muy preciso para la eutanasia para evitar imprecisiones desaconsejables en el análisis de los conflictos que se presentan en el final de la vida.

Con todos los avances disponibles en la medicina de hoy, existe una conducta médica que será la de *permitir morir* en condiciones dignas que no impliquen dolor, des-

figuración ni sufrimiento. Esta conducta, que no implicará abandono del paciente (como lo sugiere el "dejar morir"), puede comprender desde una analgesia suficiente y sedación profunda hasta la abstención o retiro de los métodos de soporte vital si se tratara de un paciente, que por sus características evolutivas críticas, estuviere sometido a toda una tecnología de complejidad avanzada. Esta conducta implicará hacer ciertas cosas, no hacer otras y hasta dejar de hacer algunas. Una medicina digna, que va más allá de una muerte digna, porque comprende a la vida misma que la incluye, indica que más medicina no es mejor medicina, y que más acciones no son mejores acciones, y que frente al imperativo tecnológico donde el *sí* está siempre asegurado (hacer todo lo que se puede y ofrece) debe oponerse la racionalidad de lo posible. Una sola condición resulta indispensable para la validez moral de esta conducta: la información y la decisión del paciente o de su representante, que tanto más fácil será cuanto más la sociedad en su conjunto conozca la realidad de los hechos. Ninguna decisión médica deberá transformar estas acciones en "la obligación de morir" ni en "la obligación de vivir". Como ha dicho Jonas acertadamente, a nuestro juicio, "El concepto de vida, no el de muerte, es el que rige el derecho a morir. Hemos vuelto al comienzo, donde hallamos el derecho a vivir como fuente de todos los derechos. Correcta y plenamente entendido, incluye también el derecho a morir"¹³.

- - - -

The medical and social problems of age have been sadly neglected. It has been said that young investigators are not attracted by problems of old people and that when investigators themselves become old, they no longer have the energy or the freedom to study old age themselves.

Los problemas médicos y sociales de la vejez han sido desgraciadamente descuidados. Se ha dicho que a los investigadores jóvenes no les atraen los problemas de los viejos y que cuando los mismos investigadores envejecen no tienen ni la energía ni el tiempo para estudiarlos por su cuenta.

Walter B. Cannon (1871-1945)

The way of an investigator

Bibliografía

1. Niño L. Eutanasia. Morir con dignidad. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1994.
2. Emanuel E.J. Euthanasia. Historical, ethical and empiric perspectives. *Arch. Int. Med.* 1994; 154, 890-1901.
3. Luna F, Salles A. Decisiones de vida y de muerte. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1995.
4. Platts M (comp). Eutanasia. Algunas Distinciones. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1997.
5. Gherardi CR. Reflexiones sobre los dilemas bioéticos en Terapia Intensiva. *Terapia Intensiva*. 3ra. edición. Buenos Aires: Ed. Panamericana 2000, pp 869-76.
6. Farrell MD. La ética del aborto y la eutanasia. Buenos Aires: Editorial Abeledo Perrot, 1993, p 101-21.
7. Blanco L. Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas. Buenos Aires: Ed. Ad-hoc, 1997.
8. Gracia D. Ética de los confines de la vida. Bogotá: Ed. El Buho, 1998.
9. *Evangelium Vitae*. Sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana. Juan Pablo II. E. San Pablo, 1995.
10. Rachels J. Active and passive euthanasia. *N Eng J Med* 1975; 292, 78-80.
11. Gherardi CR. La muerte intervenida: desde la muerte cerebral hasta la abstención y/o retiro del soporte vital. *Medicina (Buenos Aires)* 2002; 62: 279-90.
12. Callahan D. Distinciones vitales, cuestiones mortales. En torno a la Eutanasia y los costos en la atención de la salud. Buenos Aires: Criterio, 1989, N° 257.
13. Jonas H. Técnica, medicina y ética. Buenos Aires: Paidós, 1997.
14. Piñán y Malvar E. El homicidio piadoso, con prólogo de Don Luis Jimenez de Asúa. *Revista de Archivos*, Madrid. 1927. Citado por Luis Niño en Eutanasia. Morir con dignidad. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1994.