

**38.**  
**EL ACTO EUTANÁSICO FRENTE A LA  
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO**

*Don Osvaldo Romo Pizarro*

Presidente de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario

Presidente de la Asociación Chilena de Derecho Sanitario

**Consideraciones sobre el acto eutanásico**

Si bien no resulta difícil dar un significado etimológico a la palabra eutanasia, derivando ésta a conceptos de buena muerte, muerte digna, muerte dulce y apacible, sin sufrimientos, etc., ya no ocurre lo mismo entrando al fondo de las implicancias que tiene el acto eutanásico, como acción productora de la muerte de una persona; ello, porque poner fin a la vida de un ser humano, conlleva no solamente elementos del orden jurídico, sino que también, incide en otros componentes sociales, morales y también religiosos atinentes a éste. De ahí la complejidad de establecer si no en el derecho positivo, a lo menos, en la doctrina, la naturaleza del acto eutanásico. En otras palabras, su etiología, forma, oportunidad de producción y sobre todo, su responsabilidad en él; todo esto, sin perjuicio de otras consideraciones de igual trascendencia, como son las históricas, sociológicas, éticas y evidentemente médicas que a menudo contradictorias, nos llevan o podrían llevar, incluso, a la exclusión o falacia de su significado etimológico. Es preciso por tanto -prima facie- delimitar términos que nos permitan establecer las características diferenciales del acto eutanásico con el homicidio, el suicidio, el auxilio al suicidio o el estado de necesidad, y así delimitar cada uno de estos conceptos, de tal forma de diferenciar los requisitos que rigen y se requieren para realizarlo conforme a doctrina y como figura jurídica aceptada en ciertas legislaciones, como institución y parte de sus normativas legales.

En la doctrina se observan enconadas, graves y profundas discusiones sobre el tema, entre quienes están a su favor y quienes rechazan toda participación en su acción. Es necesario entonces analizar previamente estos comportamientos, interpretándolos adecuadamente, los que entendemos van referidos a la producción directa de la muerte de otro por su petición expresa y seria, en un supuesto de grave padecimiento permanente o de estado de muerte irreversible que dicho sujeto conoce. Típico ejemplo de lo manifestado, es la situación que se da en Holanda y Suiza, especialmente, cuyas legislaciones con algunas diferencias entre ellas, determinan el acto como la terminación activa de la vida de un paciente a su petición, por un médico. Coincide esta definición con lo que es un acto eutanásico voluntario, pero no con uno no voluntario, cual es la terminación de la vida de un paciente sin su petición explícita, como eutanasia involuntaria, esto es, terminación de la vida de un

paciente en contra o sin su voluntad. En la estadística se determina que en Holanda -tiempo atrás-, se cumplía del orden de dos mil trescientas muertes en virtud de esta legislación eutanásica, lo que correspondía al 1,8% de los fallecimientos en ese país; también se demostró, que la cuarta parte de estos pacientes eran competentes hasta cierto punto clínico y sin embargo, sus vidas terminaron sin su petición explícita y expresa. Se daba así la paradoja de que “el único deber que realmente podría anular el deber de respetar la vida de un ser humano y no matarlo era un deber precisamente de matarlo, porque quiere decir que no matar, habría sido una opción incorrecta”; esto, en la opinión de distinguidos autores.- Se ha llegado a extremos de justificación en este sentido por Tribunales de ese país, que aceptan la terminación de la vida en estos casos extremos, con la explicación de que “ya de todos modos el paciente “era un moribundo” (sic). Entran aquí en juego conceptos que son ineludibles en este examen, para poder apreciar si la actuación de los participantes en el acto, incluyen o no el requisito de dolo indirecto según denominación penal, esto es, de consecuencia necesaria en la eventualidad dolosa que el acto significa, lo que incluye por tanto su actividad. Es el análisis en su aplicación para el caso de procedimientos médicos que puedan acortar la vida de un enfermo con pronóstico terminal. Aparecen entonces conceptos que pretenden ser guías en estas decisiones, como el de autonomía consecuente a la libre disposición de la propia vida, considerada como valor muy importante aunque no ilimitado, donde observamos que la elección es la de matarse así mismo o de lo contrario, fijar la protección de su vida. Pero entendemos que ese no es el fondo del asunto, de acuerdo con la doctrina, ya que lo que está realmente en juego, es la autojustificación del “derecho a escoger” (del enfermo), prescindiendo del contenido de su elección si es o no correcto. Por otra parte, encontramos encordado al análisis el concepto de certeza médica, esto es, la certeza biológica o si se quiere clínica, la que sabemos es bioestadística, atendido que cada unidad psicofísica que representa un ser humano -único e irreplicable- es diferente en cada caso. En consecuencia, podríamos afirmar con certeza que este concepto aplicable a la materia en discusión, no responde al orden lógico o metafísico, ya que de ser así, se debería obtener una decisión que fuera uniforme, única y seguramente indiscutible al respecto. Esta real incertidumbre se refleja en formulaciones que tienen un cierto fundamento empírico y certeza meramente estadística; así se observa en pronósticos normalmente emitidos en medicina como son: los de grave, muy grave, inestable, estable, los que en realidad significan etapas previas a un pronóstico definitivo que aún no se puede emitir, lo que hace más dificultosa esa decisión que a veces es imperativa.-

También el cuidado insuficiente o inadecuado y falta de atención, lleva al paciente a una situación inconfortable que podrá ser de dolor, de miedo o de angustia, que lo obliga así, en ciertas oportunidades, a solicitar su muerte. Esto desencadena una acción donde la eutanasia voluntaria, lleva necesariamente a la NO Voluntaria, ya que en su trasfondo se daría -falazmente- la estructura lógica a esta última.

Por otra parte, existe un claro conflicto de intereses entre el papel de sanación beneficioso y de consuelo que debe prestar el médico cuando persigue vida e integridad del enfermo, y otro muy diferente, en que se causa

intencionadamente la muerte del mismo, lo que necesariamente perjudicará gravemente al médico en su comportamiento, como así también, en su ejercicio profesional futuro. Se observa aquí que la Medicina –por medio de su gestor– toma el control sobre la vida del ser humano, al no mantener su calidad de vida y deseando terminar con la vida del que es su paciente. Es lo que se ha denominado en relación a la eutanasia no voluntaria, un verdadero “suicidio cultural de la sociedad”, lo que ha llevado al extremo, en países antes señalados y en U.S.A., a que algunos ancianos porten una especie de “certificado” donde asientan su solicitud de tratamiento paliativo en caso de necesidad y de no determinación de muerte.- Esto es lo que ocurre allí en ciertos centros hospitalarios, donde dicha orden de muerte se consigna para casos de enfermos terminales en su ficha clínica. Recordemos: “que el hombre no se entiende sin su ser religioso, sin su referencia a la trascendencia, si no se descubre en el fondo de su conciencia una ley natural que orienta su libertad y dirige su comportamiento”, según la enseñanza magisterial.

Urge analizar entonces la disyuntiva que se presenta al tener que decidir cual es el bien protegido en este tipo de actos que deslindan con el homicidio, el suicidio o la cooperación al mismo. Lo que aquí se defiende es la vida del sujeto en estado terminal, o bien, su libertad de decisión con respecto a esa vida que en esas condiciones el mismo quiere terminar. Como en toda figura típica (penal), especialmente en el acto de cooperación al suicidio, se debe indagar primero cual es el bien jurídico protegido por la norma, para el caso de querer establecer efectivamente una que libere de penalidad el acto eutanásico. De ahí entonces que si consideramos que el bien jurídico protegido es la vida humana, forzosamente deberemos resolver que ella es propia y ajena frente a intervenciones de terceros, aún cuando debe agregarse, que si su mantenimiento es inhumano o degradante al sujeto, en esa decisión de muerte estarán en juego su libertad e indiscutible dignidad y el consiguiente libre desarrollo de su personalidad, lo que obviamente incluirá la prohibición de tratos inhumanos y/o degradantes al mismo. En este sentido, no se debe considerar solamente el tipo penal que en la norma defiende el bien jurídico específico antes señalado, esto es: la vida de la persona; sino que también, deben apreciarse los derechos fundamentales que se observan cuando se aplica un tipo penal determinado, cuales son en este caso, los que anteriormente se indicaran.- Debemos reconocer que aún con las reservas que la complejidad del caso eutanásico conlleva, que la libre disponibilidad de la vida concebida como un valor absoluto, podría en casos determinados y específicos llevarnos a extremos absurdos, como por ejemplo, la posibilidad de comercializar órganos con peligro de la vida propia, lo que hace evidente que esta libre disponibilidad debe ser regulada al más alto nivel en la legislación de cada país, a fin de no llegar a este tipo de absurdos o talvez de irregularidades que serían de graves e impredecibles consecuencias.-

No es solamente guía en estos problemas, la decisión confesional cristiana o de otra confesión religiosa, fundamentadas en la palabra de Dios, que solamente tiene valor para sus creyentes; por el contrario, se entiende que estas directrices relativas a la vida del hombre y su evolución futura son multidisciplinarias y multiculturales.- Cuando se invoca el argumento de condicionamientos en la oposición a la eutanasia por convicciones religiosas,

se esgrimen ideas para despenalizar la eutanasia asentadas en esta decisión de determinación privada o de libertad de conciencia del sujeto, o sea, del derecho a imponer sus propias condiciones y por tanto del derecho a disponer de su propia muerte.- Con este fin, se trata de buscar una especie de apariencia ética a través de aporías o locuciones eufemísticas, como ocurre por ejemplo, cuando en vez de aborto se habla de interrupción del embarazo, y en lugar del acto eutanásico se señala una cooperación al suicidio deseado, como así también ocurre en el caso de las llamadas directrices anticipadas sobre la vida y testamento vital, con provocación deliberada de la muerte de una persona.- Con esta efectiva declinante, se llegará –seguramente- más adelante a la “eutanasia precoz”, negando alimento al recién nacido por ser portador de malformaciones o disfunciones en su estructura orgánica.

No aclaran tampoco estos problemas las diversas denominaciones que hoy en día se aplican a la acción u omisión eutanásica, así ocurre con la distanasia en el caso de prolongación innecesaria de la vida del ser humano -llamado encarnizamiento terapéutico-, donde mediante artilugios médicos o biotecnológicos se prolonga la vida en forma innecesaria y artificial después de una muerte cerebral; otro caso se produce con la ortotanasia, que tiene por objeto omitir la prolongación artificial de la vida, lo que ocurre en la oportunidad elegida por el tercero cooperador, quien así le pondrá término verificados previamente ciertos requerimientos presentes en el enfermo. Así se complica aún más el concepto y acción en este acto que, sin lugar a dudas, en su práctica, se ve en abierta contradicción con el actuar de quienes lo consideran como “una ayuda al moribundo” y no como un homicidio intencional. Se agrega a estas opiniones, que todo hombre tiene derecho a una “muerte humana”, lo que significa el deber de aliviar los sufrimientos del enfermo pese, incluso, a la administración de medicamentos (analgésicos) que se sabe acortarán su vida, procurándole la mejor asistencia que no sólo consiste en curas médicas, sino sobre todo, en atender sus aspectos humanos de existencia con el fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y consideración por tratarse de un ser humano.- Se observa entonces, que es la problemática del origen y fin de la vida humana lo que está en juego, precisamente, en el momento límite de su muerte. Esto trae a colación lo inútil y difícil que resulta la idea de establecer una casuística objetiva respecto de medios “ordinarios y extraordinarios” de utilización en forma previa a la muerte, como requisito para la ejecución del acto eutanásico. Los avances de la medicina y el mejoramiento (adelantos) en la asistencia sanitaria -sabemos- son diferentes en los países e incluso en las regiones de un solo país, por lo que necesariamente también deberían contarse en cada caso los avances tecnológicos como asimismo diagnósticos, antes de llegar al definitivo “acto eutanásico” que necesariamente deberá ejecutar un tercero, ante la imposibilidad física o incluso psíquica de quien lo recibirá con resultado de su propia muerte. Debe cuidarse muy especialmente el peligro que representa crear debilidad o flaquezas en alguna forma en estas cuestiones respecto a la actitud fundamental que será siempre de respeto a la vida humana; de ser así, ello será suficiente para que con posterioridad y mediante los medios de comunicación masivos, globalizantes y, en ciertos casos, de difusión engañosa a la opinión pública, “este valor se empequeñezca o disminuya, siendo utilizado

en esa contradicción por quienes argumentan una “humanización” del mismo, en casos que en realidad suponen disgregar sino diluir tales valores humanos”. Observamos que en la experiencia de una casuística permisiva en estos aspectos, poco a poco, se podrá acabar con la intangibilidad que debe tener el valor teleológico de la vida humana.-

Se puede prever que la despenalización de la eutanasia en todas sus formas, acabará afectando sensiblemente la recta actitud de respeto a la vida, redundando esta situación en las características ordinarias de ejercicio del personal sanitario que está encargado del enfermo terminal.- Desgraciadamente, las razones morales y no confesionales, parecen poco capaces de brindar argumentos sólidos para justificar una neta y clara respuesta jurídica en esta problemática de muerte. Sin ellas, se hace difícil encontrar por otro lado otras razones morales para rechazar el acto eutanásico a petición -a lo menos lúcida- del enfermo, toda vez que aquí en esta decisión, no existe un punto de vista trascendente que sea capaz de relativizar positivamente la capacidad de autodeterminación sobre la propia vida, que de esta forma niega su razón de existencia.

### **Análisis crítico del acto eutanásico**

Teniendo en consideración la situación fáctica del enfermo que sufre graves padecimientos permanentes difíciles de soportar, como así lo requieren diversas leyes -según se observa- en el estudio del derecho comparado, donde se esgrime como requisito la existencia “de lesión, enfermedad o minusvalía” que a ese respecto y según conocimientos médicos actuales, no existen ni se esperan que existan -a corto plazo- posibilidades fundadas de curación con probabilidades ciertas de persistencia de su situación médica durante el resto de su existencia, se crea la hipótesis para el acto eutanásico.- Se forma así el escenario necesario para que al afectado le sea insoportable la vida que lleva, talvez miserable en su situación social y de entorno familiar, con los consiguientes padecimientos y angustias debidos a la omisión del bienestar físico-psíquico con trascendencia lógica hacia su entorno. Considerando esta situación, en esos medios normatizados, es preciso analizar los requisitos ineludibles que deben concurrir para que se produzca el acto eutanásico: primero, la exigencia para que concurra una petición expresa, seria e inequívoca del enfermo en este sentido, según indican legislaciones que son aplicadas en la actualidad en U.S.A., Holanda y últimamente en Suiza, con lo que queda necesariamente omitida la procedencia de la eutanasia sin este consentimiento, a lo que debe agregarse, que deberá ser oportuna y claramente informado el mismo.- El segundo de estos requisitos, es la necesidad de que los actos eutanásicos sean activos y directamente encaminados a producir la muerte; de ello, resultaría la atipicidad de la eutanasia activa indirecta y de la eutanasia pasiva; entendiéndose por eutanasia activa indirecta el comportamiento médico que para aliviar el sufrimiento intolerable del paciente, le suministra medios analgésicos o de otro tipo que con casi total seguridad o alta probabilidad, provocarán su muerte. No obstante, deberá siempre ser respetada en la agonía conciente del sujeto, su

voluntad de rechazo a cualquier medio que pueda provocarle colateralmente su muerte, debiendo siempre el médico respetar esa decisión. También deberá excluirse la tipicidad de la eutanasia pasiva, en la modalidad de lo que se denomina como “consentida”; esto es, cuando exista la petición expresa e inequívoca y previamente informada del paciente, la que incluye en su pronunciamiento, el renunciamiento a todo tratamiento médico o interrupción del mismo sabiendo en conciencia que esto le acarreará la muerte.

Aquí surge entonces la alternativa perversa y no querida de que, no existiendo el consentimiento y siendo imposible su obtención, ante esos dolores insufribles, el médico deberá optar ya por la mitigación de los mismos con peligro de muerte del paciente, o de lo contrario, por su inactividad, con la consiguiente mantención de dichos dolores. En este supuesto, encontramos aquí la objetiva atipicidad del comportamiento médico, ya que en dichas situaciones no podría jamás alcanzarle la relevancia penal, esencialmente, porque estas conductas son respetuosas y observan la *lex artis* médica, con lo que no resultan transgresoras al límite de lo que social y jurídicamente es tolerado por la norma. Innecesario resulta añadir, que todo ello implica la obligatoriedad del consentimiento siempre que sea posible obtenerlo del paciente o de sus representantes. De ahí que podemos señalar claramente que los presupuestos típicos del acto eutanásico en doctrina, indican y se dirigen en forma expresa a exigir que la cooperación en la muerte se haya realizado activamente. Incluso, en la visión que tenemos de la omisión o no prolongación del tratamiento médico sobre enfermos incurables en fase terminal e inconscientes, donde esto se produce no tanto por la ausencia de una conducta activa, sino más bien, por la imposibilidad de poderse prestar consentimiento por el paciente, como requisito ineludible del acto. No debe olvidarse que en términos valorativos el “no hacer” puede equipararse, especialmente en estos casos, a las conductas activas a las cuales ya nos hemos referido; es lo que en derecho penal se denomina la “comisión por omisión”, donde se exige la causación de un resultado en posición del garante del mismo, es lo que se da en el acto eutanásico por omisión.

Como se observa, aquí no existen opiniones unánimes en cuanto su procedencia, y menos aún las encontramos en el análisis crítico de valoración de la norma. Así, en opiniones sobre lo comentado, se entiende que no es lo mismo actuar activamente para obtener la muerte del paciente, que dejar que ésta suceda como consecuencia del devenir lógico en una determinada situación médica, lo que se considera sería una situación de enfermedad o patología irreversible o incurable.-

### **Comportamiento ético y acto eutanásico**

Siempre el médico se enfrentará en su ejercicio a un problema con generación ética; siempre tendrá que decidir en un juicio profesional sobre la cuestión sometida a su racionalidad y conocimiento, es por esto que acá la diferencia entre actitudes a discernir, su decisión se encuentra situada en el límite de vida de una persona, o bien, en la prolongación de esa vida en el tiempo, que

se encuentra condicionada por el estado y calidad de la misma. De esta manera, en el campo de las obligaciones médicas fundamentales, nadie discute que el médico no puede matar al paciente sea por acción u omisión, voluntaria o involuntariamente; como tampoco podrá encarnizarse en él con tratamientos inútiles, innecesarios y desproporcionados.

En otro sentido atinente a su ejercicio, el médico debe aceptar siempre el deseo del paciente al tratamiento y en su contradicción, deberá hacer caso a la medicina paliativa, eliminando el dolor aunque sin anticipar su muerte. A este respecto, debe enfrentar en su decisión una doble alternativa jurídica y ética, que en su consecuencia, produce en ocasiones una contradicción; así desde un punto de vista jurídico, donde se considera habitualmente capacidad, raciocinio, edad, etc. del paciente, se consienta en ella, sin que esta decisión se encuadre dentro del marco de los principios éticos de autonomía y beneficencia que podrían estar en su abierta oposición.- Estaríamos aquí frente a un posible consentimiento que resulta forzado por la norma. Baste para ejemplificar lo expuesto, la decisión de No transfundir a un incapaz, perteneciente a la religión de los Testigos de Jehová, adoptada por su representante. Nos preguntamos entonces: ¿es válido en estos casos pasar sobre la posible o supuesta voluntad (autonomía) del incapaz, del minusválido o del paciente de urgencia o emergencia, valiéndose de la voluntad manifestada por el representante del mismo sea familiar o no?; ¿Cuál sería en esta situación la eupraxia del facultativo?; ¿Es procedente en estos casos sólo conducirse por la norma –jurídica o científica- sin considerar valores inherentes que constituyen la dignidad del ser humano como tal, detentados en su vida?.

En la opinión de Screccia, “es sacar una consecuencia en esta materia que afecta al hombre en su ser, en su humanidad, y que por esto la divergencia u oposición sobre ello (acto médico), no podrá ser admitida sin aplicarse en la propia condición humana”. Se hace necesario reiterar, que la ética nos hace ver que el consentimiento científico en cualquier situación debe tener sus límites per se, como también sentido y fines, que no pueden ser otros que los beneficiosos a la persona humana. Es entonces la aplicación de la conducta que en último término debe responder a su naturaleza sustancial, allí es donde se considera sobre todo el respeto a la vida humana y a la autodeterminación de la persona como valores intransables. Al adoptarse una decisión en este sentido, se deberán valorar detenidamente las acciones a seguir, creándose y formándose a este respecto un contexto sobre una valoración moral que ya no será teórica sino práctica en sus objetivos, guiada por la inteligencia y voluntad del médico, y conforme a la escala de valores que debe desarrollarse en la ejecución del acto médico, con niveles superiores al de un mero utilitarismo.

Se entiende que estas obligaciones son transgredidas, cuando el razonamiento se efectúa sólo en consideración a los derechos y deberes del gestor, excluyendo los fines de cuidado y de responsabilidad ética que deberán en todo caso tomarse en cuenta al resolver, decidiendo si el acto a realizar resulta ser misericordioso en conciencia y sobre todo, de beneficio para el paciente terminal. Obvio es concluir, que en el caso de enfermedad incurable y terminal del enfermo, el médico debe limitarse a morigerar sino omitir, los dolores físicos y angustias morales del paciente, como forma de mantener -en lo posible- “la

calidad de una vida que se agota, evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas”, como indica la opinión científica. Quienes pensamos que no debe negarse la dignidad que el ser humano tiene sobre su propia vida, no como poseedor ni como propietario según se afirma, vemos con preocupación que en la práctica de estas nuevas legislaciones, se está produciendo el llamado “síndrome de la tabla inclinada”, y coincidiendo con la opinión de León Correa respecto a estos actos: “se comienza por los enfermos en coma y los terminales, ampliándose gradualmente (esa decisión) a los enfermos graves e incurables y enfermos crónicos, para con su consentimiento o sin él, continuar apuntando – actualmente- a los deficientes mentales, a los neonatos con deficiencias e incluso a los adultos en esta condición”.

### **Decisión en la limitación del esfuerzo terapéutico**

Hoy día la gran mayoría de los profesionales del área sanitaria rechazan el encarnizamiento terapéutico, nadie quiere asistir a la prolongación artificial de una vida que nadie desearía vivir o de una muerte que nadie acepta. Todo ello conlleva también, aunque no se reconozca, que determinadas conductas terapéuticas distanásicas consumen una gran cantidad de recursos sanitarios, lo que a la postre ponen en peligro -según se dice- otros proyectos de asistencia a la comunidad (¿más necesarios?). No puede excluir lo señalado, la circunstancia que mientras haya incertidumbre para el médico en la muerte del enfermo, la prolongación del tratamiento de soporte vital tendrá siempre plena razón de existencia. Cuando se agota la probabilidad de salvar la vida, conforme al saber médico y su *lex artis*, deberá decidirse sobre pasar del tratamiento de soporte vital completo, a la limitación de las medidas que de modo selectivo van configurando una conducta paliativa, lo que se conoce como limitación del esfuerzo terapéutico, y que sintetiza la manida frase: “cuando no se puede curar, se debe cuidar”.

Aún cuando los Códigos Deontológicos Médicos no expresan -algunos - claramente estas justificaciones en los tratamientos sobre soporte vital, no obstante, si entienden que esta conducta es correcta profesionalmente.- No es lo mismo entonces la determinación de penalización por limitación de tratamientos de esta índole, ya que aquí, se demostraría que tal limitación es adecuada y procedente, toda vez que justamente ya no funcionan otras alternativas en la consecución del objetivo de vida del paciente. Se podría afirmar a este respecto, que la recta conducta a seguir en estos casos, dice relación con tratar de evitar la muerte prematura y aceptar así una muerte en paz. No debemos por tanto engañarnos con el concepto artificial en que se pretende escindir la realidad natural de la vida, discriminándola según su cualidad y valor, porque –como se sostiene- ello nos lleva al resultado de identificar la vida como digna y sana, cualificada o indigna, y por tanto carente de todo valor por cuanto se considera irreparable y terminalmente enferma.



De esta manera, el valor propio de vida queda medido en base a criterios subjetivos e incluso, -algunas veces-, a mezquinos criterio utilitarios, subsumiendo en la norma legal la conciencia valórica independiente que es la que debe regir en decisiones de esta naturaleza.-

Ahora bien, es necesario señalar también, que no existe obligación de respetar la petición de un tratamiento, si el médico lo considera contraindicado o desproporcionado respecto del paciente. Se observa que en ocasiones, relativas a pacientes terminales, al no tener conciencia y por tanto no ser competentes en su decisión por su estado y enfermedad, tampoco podrá aceptarse su consentimiento, ya sea éste sobre administración de cuidados paliativos o de decisión para el acto eutanásico. En numerosos trabajos sobre Bioética, en los casos de la decisión de retirar el soporte vital del enfermo, desde un punto de vista ético, esta problemática aparece tan compleja como la decisión de no iniciar dicho soporte.- Así también desde un punto de vista doctrinario, debieran considerarse -necesariamente- el respeto ético ante el estado de debilidad del paciente y el carácter de las entidades valóricas médicas en juego; de esta forma, el médico no se podrá inhibir ante un paciente, cuando dispone de un verdadero arsenal terapéutico y aún pese a la no existencia de una reglamentación estandarizada aplicable al caso específico. Cabe aquí recordar el conocido adagio que dice: “la probabilidad, es mucho más que la posibilidad, puesto que aquella se acerca a la certeza”.

Los profesionales de la salud en general, singularmente los médicos, están entonces obligados a prestar sus servicios cualesquiera que sean los peligros y riesgos que puedan existir cuando tengan que enfrentar su cometido. Tampoco debe olvidarse, que el peligro siempre se genera ante la inminencia de producción de un mal, y en el caso de comisión propia de deberes deberá cumplirse el más importante, incluso, a costa del menor en su escala de valores. En la praxis, este conflicto de deberes se produce cuando el cumplimiento de uno de ellos, acarrea un grave peligro respecto de un interés jurídico ya protegido por la ley; así el médico está obligado al cuidado de la salud del paciente, no obstante, debe optar en ciertos casos por la limitación de su esfuerzo en dicho cuidado, ante la desproporcionalidad de recursos que se saben ineficientes para su salud. Si observamos detenidamente esta situación, aquí no existe una colisión entre dos conductas activas, sino más bien, es la omisión de algunas de ellas en base a razones perfectamente fundamentadas que deben excluir el encarnizamiento terapéutico, lo que obviamente, no incluye la posibilidad de falta de medios, que corresponde a otras áreas de análisis en la prestación de estos servicios.

De esta manera la acción finalista del médico de curar, sanar o prevenir, es la que le asigna su profesión, por lo que conforme a la *lex artis* que practica, si protege al bien mayor material, intelectual o moral, no cometerá con su limitación terapéutica un delito, ya que dicha conducta no tiene reprochabilidad en el derecho. Sin embargo, si por el derecho a la vida entendemos el supuesto ontológico que ofrece el soporte a todos los demás derechos, entonces, estos no tendrían existencia posible producida la muerte. Pues bien, en el supuesto del acto eutanásico propio, se hace evidente advertir la generación de un conflicto en el orden jurídico, producido -es cierto- por la

situación de intenso sufrimiento y degradada dignidad de la propia vida del paciente, lo que impide de alguna manera, que ésta sea soporte de otros derechos fundamentales cuyo ejercicio, consistirá en la propia libertad de expresar su deseo de superar tal situación de padecimiento, irreversible y permanente, lo que sólo se conseguirá poniendo fin a su vida.- Según se manifiesta sobre el supuesto concreto en análisis, no sólo la ponderación de los intereses en conflicto, su interrelación e interdependencia, sino también la íntima relación del punto donde se sitúa el mal causado y el que se intenta evitar, deberán justificarse en cada caso conforme a un criterio de resolución ético que considere el real estado de necesidad en que el paciente se encuentra.- Todo ello, valorando asimismo los límites y requerimientos en situaciones extremas de padecimiento del paciente, y siempre conforme a su consentimiento expreso e informado, operándose dentro del marco de los actos de irreprochabilidad jurídica y actuando exclusivamente con la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente-. Se argumenta en oposición a esta tendencia doctrinaria por quienes consideran el acto eutanásico como solución al conflicto, sin mediar limitación o administración de cuidados paliativos, que esta resolución (eutanásica) constituye un valor intrínseco y de dignidad personal que todo ser humano tiene, cualesquiera sean las circunstancias concretas de su vida. No obstante, se debe pensar al respecto, que un ser humano aún en la situación de gravedad en que se halle, impedido incluso “de sus funciones más elevadas”, como se afirma, será siempre un hombre sin posibilidad alguna de convertirse en otra entidad y así detentador de su dignidad humana.-

En la palabra de quien es mentor reconocido de la conducta moral del ser humano, se manifiesta que: “ninguna evaluación de costes puede prevalecer sobre el valor del bien fundamental que se trata de proteger, esto es, la vida humana; admitir que se puede decidir sobre la vida del hombre basándose en un reconocimiento exterior de su calidad, equivale a reconocer que a cualquier sujeto puedan atribuírseles desde afuera niveles crecientes o decrecientes de calidad de vida y por tanto de dignidad humana, lo que introduce un principio discriminatorio y eugenésico que afecta las relaciones sociales” (J. Ratzinger).

Es por esto, que en la decisión de limitación de tratamientos terapéuticos es necesario cuidadosamente prever, para así no incurrir en dos grandes errores ético-clínicos, cuales son: omitir la terapia que se ha demostrado beneficiosa aunque temporal en el caso del paciente tratado, la que podría haber aceptado; o imponerle terapias innecesarias, inútiles o desproporcionadas a la situación terminal en que se encuentra. Resulta justamente necesario hacer confluír en esta decisión sobre limitación terapéutica, factores que necesariamente inciden en ella y que determinarán a la postre el criterio a seguir conforme a *lex artis* y especialmente, a una conducta de mínimos éticos que todo profesional sanitario debe tener en cuenta ante estas situaciones. Deberá entonces resolver en conciencia, en primer lugar, sobre la inutilidad del tratamiento a seguir cuya administración resulta injustificada y que, en algunos casos, lleva a la desnaturalización de la obligación de sanar que tiene el médico; y en segundo lugar, a considerar como principio invulnerable la voluntad del paciente o en su caso, la de su representante legal o parenteral, toda vez que dentro del principio de autonomía que conlleva el consentimiento informado,

será dicha voluntad antecedente indispensable para aceptar o renunciar a determinadas intervenciones; todo ello, de acuerdo con las respectivas posibilidades de vida del paciente.

Aún admitiendo lo subjetivo que resulta opinar sobre la calidad de vida y aún más, en la duda que el criterio adoptado sea válido para limitar la terapia, consideramos que es el paciente el único que podrá rechazar una terapia o cualquier otra intervención que para él signifique sanación o mejor vida en su propio criterio. Su rechazo prefiriendo enfrentar la muerte, y solamente frente a la situación que los medicamentos sean improcedentes, esta decisión será aceptada por el tratante. Se visualiza aquí también, lo relativo que puede llegar a ser la voluntad del representante en estos casos, cuando sin conocer la opinión del afectado, ordene o acepte la aludida limitación terapéutica o su continuidad en esa atención.- Cuestión aparte se produce en las decisiones de reanimar o de no reanimar, esto es, omitir el sostén vital del enfermo, lo que sin lugar a dudas también plantea importantes problemas éticos-clínicos y legales, tanto al médico tratante como al equipo de salud a su cargo.- La literatura abunda en estos aspectos, pudiendo sintetizarse en tres puntos de análisis una aproximación con mayor objetividad al problema, considerando: “el pronóstico (neurológico); los factores clínicos indicadores de un paro cardiorrespiratorio irreversible; y finalmente, los indicadores de mortalidad que a ese respecto son superiores a una reanimación exitosa”. Dada la naturaleza de esta presentación, no debemos tampoco extendernos a otros argumentos que ya se discuten en la *lex artis* médica y el Derecho, como son los conceptos diagnósticos de paro cardiorrespiratorio irreversible, respecto a las órdenes de “no reanimar” que en algunos centros hospitalarios de U.S.A. (por ej.) se están utilizando, consignándolas en la respectiva ficha clínica del enfermo terminal en su decisión de muerte.

En otro cuestionamiento ético de estos actos, se incluye el grave problema de adoptar decisiones en el paciente menor edad, incapaz ante la ley y representado legalmente. En esta materia no resulta fácil dar una respuesta clara y contundente al tema de cuando estos seres humanos comienzan a ser moral y jurídicamente responsables de sus actos, más aún, sin entrar al análisis del pensamiento aristotélico que los consideraba “imprudentes”, entendiendo la prudencia como la virtud moral por antonomasia. Con nuevos estudios se puede aceptar “que una vez que el menor identifica lo moral con lo real, comienza un leve proceso de evolución que poco a poco va interiorizando la norma, de tal manera que prevalecen los principios (ideas) internos a las demandas externas”. Así y todo, aún considerando estudios empíricos que señalan en la cronología de edad la evolución de la conciencia moral del menor, jamás podríamos estar seguro de lo que efectivamente piensa y quiere, sea en acuerdo o desacuerdo de quien formula el consentimiento en una situación de riesgo como la comentada.

En razón de estos argumentos, quienes llevan al extremo la limitación del esfuerzo terapéutico a la ejecución del acto autanásico, en términos exclusivos de derechos, sin consideración a las obligaciones fundamentales de cuidado y responsabilidad médica, omiten ciertamente aspectos que desde el punto de vista de la dignidad humana y de la moral, debieran tomarse en cuenta ante la

grave decisión que necesariamente producirá la muerte del paciente. En esta forma, al excluirse las dimensiones espirituales y aún sociales que rigen la humanidad, se produce la contradicción de negarle al enfermo su propia dignidad de persona humana, impidiéndole la posibilidad que – independientemente- pueda considerar sobre las diversas situaciones dramáticas que debe soportar como consecuencia de su enfermedad. Ahora bien, si el dolor clínicamente ha sido extinguido, habido su intelecto o razón, solo será procedente dicha limitación del esfuerzo terapéutico en base a los cuidados paliativos que sean procedentes en tal situación.- Se confirma así que el citado principio de autonomía con el que a veces se pretende extralimitar el concepto de libertad individual, empujándolo fuera de sus límites racionales, no podrá justificar en ningún caso la supresión de la propia vida o por cuenta de tercero, como en algunas legislaciones europeas hoy se asienta no sin pocas consecuencias nefandas como se manifiesta.-

### **Algunas conclusiones**

Por último, se debe afirmar que el profesional de la salud cambia constantemente en su actuar con los avances de la ciencia y nuevas tecnologías aplicables en el día a día de su ejercicio, estas le señalan nuevos caminos de ejecución sorprendidos y determinantes en sus condicionamientos y resoluciones; pero así y todo, los fines de la medicina no han cambiado y es así que la prevención de la enfermedad en general en toda su amplia gama y diversidad, como asimismo, la promoción y mantenimiento de la salud de las personas, siguen siendo objetivos primordiales junto al alivio del dolor y del bienestar psicológico del paciente, lo que debe considerarse en la asistencia, curación y cuidado de quienes ya no pueden ser sanados. De todo ello, resulta que los derechos y deberes del agente sanitario, especialmente del médico, derivan íntimamente relacionados con su ética profesional y vigencia de sus conocimientos, como conjunto indispensable en su actuar profesional, atendida la importancia de sus objetivos y la responsabilidad que acepta sobre sus hombros. Por dicho motivo, es que en estas decisiones donde el médico no está libre en su conciencia, la ética le hace ver que el conocimiento científico debe tener límites que no pueden ser otros que los beneficiosos a la persona humana. Así entendemos que la libertad en el ejercicio de los nuevos descubrimientos y conocimiento científicos, enfrentan al hombre con nuevas responsabilidades, muchas de ellas aún sin referencias, por lo que el científico en cada caso deberá otorgarles su debida dimensión ética, aunque siempre en beneficio de la persona humana.

En la situación pragmática y de conciencia que enfrenta el médico en los pacientes terminales, debe decidir por razones de humanidad evitando el mayor mal derivado de la angustia del paciente al verse ante la imposibilidad de su curación y tal vez de su posible muerte; es el punto donde se produce la duda ética, optando por una intervención en el ámbito de la sanidad dado el libre, inequívoco y total consentimiento, o bien, en la decisión sobre limitación del esfuerzo terapéutico que inevitablemente conducirá a su muerte. Ese es el momento donde la bioética conforme a sus principios debe aconsejar la acción

a seguir en la aplicación de la conducta que, en último término, debe respetar la vida humana y la autodeterminación de la persona. En ese contexto, sobre una valoración moral práctica en sus objetivos, es donde deberá adoptarse la decisión a seguir siempre guiada por la inteligencia y voluntad del científico y de acuerdo a la escala de valores que éste posea, la que en todo caso, no debe responder a un simple condicionamiento económico o utilitario administrativo.

En el futuro escenario de nuevas legislaciones, algunas ya actuantes en diversos países del orbe, con diferentes idiosincrasias y resolución social que implican su filosofía de vida, “se deberá tener siempre presente la prevención a la peyorativa decisión científica que según vemos en la actualidad, olvida la naturaleza del hombre y otros aspectos de sus iniciativas; y deberá por tanto evitar el disenso entre la investigación científica –connatural al progreso del hombre- y el desarrollo ontológico del ser humano fundamentado en sus valores esenciales de respeto a la vida y propia autonomía”, opinión que compartimos plenamente, debiendo –ojalá- guiar la gestión y decisiones del profesional de la salud en la contingencia diaria de su complejo ejercicio.