



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA

**DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: CONCEPTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS
BIOÉTICO**

Trabajo de Grado que se presenta para optar al Título de Magister Scientiarum en
Bioética.

Fabio José Fuenmayor Valladares

Tutora: Gladys Velázquez

Caracas, julio 2023

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MÉTODOS	21
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	37
REFERENCIAS	63
ANEXOS	69



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO


Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el Trabajo de Grado presentado por: **FABIO JOSÉ FUENMAYOR VALLADARES** Cédula de identidad N° 5303610, bajo el título "DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: CONCEPTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS BIOÉTICO", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **MAGISTER SCIENTIARUM EN BIOÉTICA - CENABI**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 13 de Octubre de 2023 a las 10:00 AM., para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en El Salón de Usos Múltiples de la Coordinación de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UCV, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

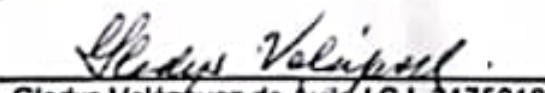
2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió aprobarlo, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad, ya que realizó una selección razonada y actualizada de los términos utilizados para describir las acciones que se toman al final de la vida, dejando como producto un glosario que permite la unificación de criterios y la perspectiva bioética.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 13 días del mes de Octubre del año 2023, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Gladys Velázquez de Ávila.


María Isabel Parada / C.I. 3183744
Escuela de Medicina Luis Razetti


Elizabeth Piña de Vásquez /
C.I. 4874298 CENABI


Gladys Velázquez de Ávila / C.I. 3175018
CENABI
Tutor(a)

CEPGM/GVA-jl

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Coordinación de Estudios de Postgrado
Magister en Bioética
Carrera Académica
CENABI

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Yo, Gladys Velázquez, portador de la Cédula de identidad N° 3175018, tutor del trabajo: **“DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: CONCEPTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS BIOÉTICO”**, realizado por el estudiante Fabio Fuenmayor Valladares, Cédula de Identidad N° 5303610, de la Maestría en Bioética, dictada por el Centro Nacional de Bioética (CENABI)

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyeron las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.



Firma del Profesor

En caracas a los 07 días del mes de noviembre de 2023

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, FABIO JOSÉ TUCUMAYOR VALLADARES
autor(es) del trabajo o tesis, Decisiones al final de
la vida: conceptualización y análisis bioético
Presentado para optar: MAGISTER SCIENTIARUM EN BIOÉTICA

Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N.º 4 638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Si autorizo</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Autorizo después de 1 año</i>
<input type="checkbox"/>	<i>No autorizo</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo</i>
Indique:	

Firma(s) autor (es)

Fucumayor
01 5303610
ftucumayor62@gmail.com

En Caracas, a los 6 días del mes de 11, de 2023

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

Gladys Velázquez de Ávila
C.I 3175018
e-mail: gladysvelazquez502@gmail.com
Tutora

Isis Nézer de Landaeta
C.I 2977643
e-mail: landaetanezer@yahoo.com
Directora del Programa

Gladys Velázquez de Ávila
C.I 3175018
e-mail: gladysvelazquez502@gmail.com
Coordinadora del Programa

DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA: CONCEPTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS BIOÉTICO

Fabio José Fuenmayor Valladares. C I. 5303610. Sexo: Masculino.
E-mail: ffuenmayor62@gmail.com. Tel: 0412-2251652/0212-2345739. Dirección:
Hospital Universitario de Caracas. Ciudad Universitaria. Caracas.
Maestría en Bioética

Tutor: Gladys Velázquez. C.I. 3.175.018 Sexo: Femenino. E-mail: gladysvelazquez502@gmail.com. Tel: 0414-2570065. Dirección: Centro Nacional de Bioética (CENABI). Escuela de Enfermería. R. Sebucán. Caracas.
Programa de Maestría en Bioética.

RESUMEN

El final de una vida prolongada o aquejada por una enfermedad crónica, descontrolada desde el punto de vista médico o cargada de sufrimiento, suele obligarnos a tomar decisiones que afectan los principios éticos. Las palabras son la base del pensamiento, esto permite que la calificación moral dependa del sentido de la palabra en el momento de usarla, también podemos recurrir a la fraseología para cargar moralmente lo que nos proponemos hacer, los eufemismos frecuentemente van revestidos de una carga moral intensa. Por tal motivo, es necesario admitir de manera consensuada la terminología de lo que decidimos hacer, a partir de la semántica, la historia y la consecuencia social de su utilización. **Objetivo:** Proponer un glosario con los diversos conceptos sobre decisiones del final de la vida y analizarlos desde el punto de vista bioético. **Métodos:** investigación documental y explicativa sobre los conceptos de las decisiones al final de la vida, evaluados desde el punto de vista histórico y semántico. **Resultados:** se construyó un glosario de términos, que luego fue sometido al análisis bioético desde las perspectivas personalista y principialista.

Palabras clave: decisiones al final de la vida, eutanasia, principios bioéticos, glosario

ABSTRACT

The end of a prolonged or afflicted life by a chronic disease, medically uncontrolled or burdened with suffering, usually forces individuals to make decisions that affect the ethical principles. Words are the basis of thought; this allows the moral qualification to depend on the meaning of the word the moment it is used. Phraseology can be relied on to morally load what is intended to be done, given that euphemisms take on an intense moral load. For this reason, it is necessary to admit, in a consensual way, the terminology of what we decide to do from semantics, history, and social consequences of its use. **Objective:** To propose an updated glossary, and to analyze it from a bioethical point of view. **Methods:** documentary and explanatory research on the concepts of decisions that can be made at the end of life, evaluate them from the historical and semantic point of view to elaborate an updated glossary, and analyze, from the personalism and principlism bioethics, the concepts defined in the glossary.

Key words: end-of-life decisions, euthanasia, bioethical principles, glossary

INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas, cuando surgió el interés de analizar la perspectiva ética de los procesos biológicos, se han realizado diversos estudios en relación con las situaciones dilemáticas al final de la vida. ⁽¹⁻³⁾ A partir de muchos y cada vez más frecuentes casos ventilados a nivel institucional o ante los tribunales de justicia, se han generado corrientes de opinión que han tenido su máxima representación o actos conclusivos en la promulgación de leyes que aprueban o rechazan algo genéricamente conocido como la eutanasia. ⁽⁴⁾ Estas diatribas legislativas, lejos de cerrar el capítulo, han propiciado la profundización del mismo en todos los ámbitos: jurídico, médico, religioso, cultural y social. ⁽⁵⁻⁸⁾ Las conclusiones someras de estas discusiones permiten resaltar lo variado de las posibilidades y lo profundo de sus implicaciones bioéticas.

Al mismo tiempo hemos sido testigos de una suerte de imposición de ideas que en ocasiones destruyen el diálogo, basado en principios, las cuales muchas veces chocan con los hechos reales; otras veces se pretende la manipulación para crear una matriz de opinión a favor o en contra, pretendiendo alcanzar conclusiones en base a la opinión de las mayorías, cuando sabemos que las decisiones que se toman al final de la vida tienen que ver con el individuo como persona y como ser social; por lo tanto los criterios para decidir deben estar basados en la lógica del discurso y en el respeto de lo que hasta hoy venimos estudiando como principios de bioética. ⁽⁹⁾

Se hace por lo tanto necesario presentar una discusión global sobre estos temas, sin apasionamientos y sin posiciones predeterminadas. Para ello es necesario tener universalidad de conceptos, que sus significados sean homogéneos, bien delimitados y posteriormente utilizar aquellos que nos permitan hacer un análisis holístico de las situaciones tanto teóricas como reales. Encontramos que muchas veces las definiciones que pretenden ser empleadas se basan en el hecho semántico o en el hecho práctico, los cuales no necesariamente concuerdan. Por ejemplo, desde el punto de vista semántico, *eutanasia* se origina desde dos raíces griegas (*eu*: bueno

y ~~thanatos~~ muerte), lo cual se traduce en buen morir, algo muy loable como la bondad, la caridad o la fe, pero en la práctica se ha traducido como el acortamiento de la vida de un ser que se encuentra en situación de sufrimiento y de muerte inminente e inevitable⁽⁴⁾, hecho que otros autores definen como homicidio por piedad⁽¹⁰⁾, mientras que desde el punto de vista religioso, la buena muerte es la que se consigue por la gracia de Dios, desde ese punto de vista, sería una muerte absolutamente natural, con resignación, donde el dolor no tiene mayor importancia⁽⁶⁾. Contradicciones que rayan al borde del infinito si nos dedicamos al estudio desapasionado de las diferentes concepciones y tratamos de homologar los conceptos.

Si a lo anterior le añadimos que muchos términos han trascendido hacia el ámbito de disciplinas más rigurosas con el uso del lenguaje, como por ejemplo el derecho, no podemos hacer sencillamente abstracciones semánticas. Sería descabellado pensar que la ley que prohíbe la eutanasia, prohíba al mismo tiempo el derecho de los ciudadanos a un buen morir. Luego, el significado de estos términos proviene de su historia, del medio cultural en el cual fueron expresados en sus inicios, del uso y de las costumbres que en ellos se edificaron. Es necesario, si no podemos corregir el lenguaje, por lo menos alcanzar definiciones que todos podamos aceptar, esa será la única forma para poder debatir sobre las acciones que identifican estas palabras.

En correspondencia con lo anterior, se han planteado diversos conceptos para tratar de definir a las diferentes decisiones que pueden o deben tomarse en la etapa terminal de la vida. No basta con definirlos y encontrar un idioma corrientemente aceptable, también es necesario relacionarlos desde el punto de vista práctico para poder entender cuáles son sus diferencias y qué implicaciones tienen desde el punto de vista ético para cada uno de los actores del proceso y sus consecuencias. Quienes participan, y podemos asumir que participamos todos debido a que las acciones individuales tienen repercusiones sobre la sociedad, debemos conocer exactamente de qué se trata y como nos afecta. Las consecuencias de nuestros actos morales tienen como consecuencias imprudencia cuando no las analizamos y dilema cuando las reflexionamos.

A partir de la guerra fría, lo significativo del estado democrático comenzó a ser el estado de derecho, por lo tanto, la gente comenzó a demandar lo que necesitaba con el argumento de que se trata de una cuestión de derechos ⁽¹¹⁾. A partir de este orden de ideas, tener y poder ejercer un derecho a morir es un excelente argumento para ubicar las decisiones al final de la vida en un ambiente más legal que ético, y eso es lo que se ha logrado en muchos de nuestros países, transformar las decisiones al final de la vida más en un problema de índole legal que de categoría ética, retirando la discusión de los ambientes científicos y filosóficos para restringirlos al parlamentario. Es sabido que cuando un tema pasa al orden legislativo, mediado por el poder político y mediado por el interés que subyace en ese poder, que el dilema ético tiende a fraccionarse para servir de palanca y no a utilizarse como herramienta de análisis; sin embargo, esa discusión debe presentarse y deslastrarse de las discusiones legislativas propuestas por políticos que solo desean acumular aplausos.

Por tratarse de un análisis bioético, solo tiene limitaciones derivadas de los principios y valores éticos, sin detenerse en limitaciones de orden legislativo o derivadas de las decisiones o intereses que pueden ejercer las instituciones. Sin embargo, las conclusiones deben poder ser llevadas a la práctica, ya que la conclusión moral debe ser acompañada de un acto moral.

Planteamiento y delimitación del problema

Cuando un ser humano presenta una condición de enfermedad terminal se hace necesario tomar una serie de decisiones muy comprometedoras debido al profundo efecto que tendrán en el propio sujeto, en su familia, en el equipo asistencial que lo atiende, y cuyos alcances pueden perfectamente repercutir en la sociedad. ⁽¹²⁾

Estas decisiones serán tomadas por el propio enfermo quien es el sujeto primordial en este caso, por sus familiares que tienen la responsabilidad de apoyarlo y de cuidarlo en tan duro proceso y por el equipo médico, de quienes dependen los procedimientos técnicos y científicos para proporcionar la mejor calidad de vida. Si bien

siempre se ha mantenido el criterio de que deben ser tomadas en común acuerdo y respetando al máximo los intereses y valores del enfermo, no siempre es posible el consenso y el respeto de los valores de unos puede entrar en franca contradicción o conflicto con los valores de los otros.

En las fuentes documentales encontramos conceptos como eutanasia, distanasia, suicidio asistido, homicidio por piedad, cacotanasia, antidistasia y muchos más. Los cuales, desde el punto de vista ético, médico, legal o religioso, han sufrido cambios con el tiempo, generando un alto grado de discrecionalidad para identificar diferentes situaciones con palabras similares. Surgen dudas para diferenciar, por ejemplo, la cacotanasia de la distanasia, o la eutanasia del homicidio por piedad, entre muchas. Algunas veces se utilizan o se definen ciertos términos con la intención clara de fijar posición previa, por ejemplo, quienes están a favor de la eutanasia, la delimitan en lo que les parece más favorable, desdeñando por ejemplo la eutanasia involuntaria cuando su principal argumento es la autonomía. Quienes están en contra de la eutanasia prefieren referirse a ella como “muerte asistida” u “homicidio por piedad”, en virtud de que las palabras muerte y homicidio tienen una connotación negativa. En otras ocasiones, cuando se pretende hacer un análisis objetivo de las situaciones, la penetración de la terminología hasta el público en general, impide o dificulta el apego a las raíces greco-latinas más adecuadas y ha obligado a sustituciones a veces menos afortunadas, por ejemplo, la larga tradición entre eutanasia y un acto cualquiera para proporcionar la muerte a un enfermo grave, ha obligado a utilizar el término ortotanasia como opuesto a la distanasia, siendo esta semánticamente contraria a la eutanasia.

Por otra parte, la diversidad de situaciones que se pueden plantear al final de la vida humana se reproduce geométricamente cuando intentamos darles soluciones éticamente válidas, a su vez cada situación se presenta inicialmente para un individuo dentro de su particularidad, pero inmediatamente esa decisión se hace extensible al resto de los miembros de la sociedad.

El propósito de este trabajo fue crear un glosario de términos para explicar a la luz de la bioética las decisiones al final de la vida.

Justificación e importancia

El final de la vida en los seres humanos afectados por enfermedades incurables está caracterizado por la pérdida de autonomía, sufrimiento producido por diversos motivos y deterioro de las funciones vitales. El morir es un proceso que involucra no solo al que está muriendo sino también a su entorno familiar y social. La muerte es un acto único e individual como el individuo que la experimenta, pero el morir es un proceso social; en la llamada muerte natural, el primer eslabón del entorno social fuera de la familia, es el equipo asistencial, el cual establece una conexión directa con el resto de la sociedad. Por su parte la familia representa la base fundamental sobre la cual se soportan la mayoría de los recursos materiales y espirituales de los cuales depende el enfermo, quien a su vez constituye una vida humana con historia y trascendencia. ⁽¹³⁾

De acuerdo con las condiciones particulares se plantean alternativas de acción para resolver los problemas individuales pero que siempre tienen una connotación social, ya que el individuo en su condición de ser humano único e irrepetible, siempre forma parte de ese conglomerado que se llama sociedad. Por tal motivo, las decisiones que se toman al final de la vida de un ser humano tienen influencia en las que serán tomadas en situaciones análogas y a su vez son consecuencias de decisiones que fueron tomadas con anterioridad. Este contexto histórico y de precedencia debe ser analizado tratando de abarcar todas las variables, relaciones y cambios dinámicos.

Tradicionalmente, a cada situación y a cada problema social se le asigna una definición, la cual a nivel interpretativo se presta para diferentes opiniones, de tal manera que el concepto nunca es expresión exacta de la realidad hacia la cual está remitida, se pueden incluso utilizar elaboraciones semánticas que no se corresponden con el pretendido sentido, como sería por ejemplo “homicidio pietístico”⁽¹⁴⁾ cuyo significado cambia a través de la acción que se trata de describir con ella y por lo tanto se aleja el origen semántico del significado real, igual ocurre con “eutanasia”.

Es necesario admitir de manera consensuada la terminología de lo que decidimos hacer según nuestra intención, proceder y resultados posibles a partir de la semántica, la historia y la costumbre, entendida esta última como la consecuencia social de su utilización. Para poder debatir y obtener beneficios éticos en primer lugar, luego prácticos y finalmente llevar esa discusión al plano jurídico, nuestras palabras deben expresar única e inequívocamente la acción que pretendemos realizar.

Las aplicaciones de los derechos de autonomía de los individuos, entre los cuales los más debatidos son aquellos que permiten disponer de su propio cuerpo en el caso del aborto y a disponer de la propia vida, han generado amplias discusiones en los ámbitos políticos y sociales con la finalidad de crear legislaciones sobre estos aspectos. Consideramos que primero es necesario agotar la discusión ética que muchas veces resulta cercenada cuando los cuerpos legislativos aprueban leyes, utilizando sustantivos que muchas veces no están claramente definidos. También es necesario recordar que cuando una ley crea o reconoce un derecho a determinadas personas, como en nuestro caso podrían ser los enfermos desahuciados, tiende al mismo tiempo a crear un deber para con otros miembros de la sociedad, como podrían ser los médicos y los sistemas de salud, pero también a soslayar servicios de interés como los hospicios y los cuidados paliativos.

Antecedentes

En el año 2011, Palacios-Espinoza y Ocampo-Palacio ⁽¹⁵⁾ revisaron el estado del conocimiento sobre el suicidio en pacientes con cáncer durante las décadas de 1990-2010, encontrando que en los pacientes oncológicos la tasa de suicidio es dos veces mayor que en la población general; depresión, ideación suicida y ubicación del cáncer son algunos de los factores de riesgo para el suicidio. También encontraron que hay una dificultad para encontrar guías y orientaciones para el manejo profesional de esta situación.

De acuerdo con un estudio realizado por Sarmiento-Medina et al. ⁽¹⁶⁾ en una Organización No gubernamental (ONG) independiente en 2012, titulado: “Problemas y

decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal.”, los pacientes manifiestan que desean una muerte digna, lo cual aparece diferenciado de la eutanasia, sólo una quinta parte de los pacientes solicitaban orientación sobre aspectos éticos y legales y otros.

En cuanto a la percepción que algunas personas puedan tener de su propia muerte, Peñaloza *et al.* ⁽¹⁷⁾ en el 2013, abordaron a personas portadoras de VIH en condición de SIDA encontrando que 90% le temen a la muerte, mientras que el 10% lo consideraron “un descanso”. Todos manifestaron sentir miedo a sufrir antes de morir. Por lo cual las decisiones que se pueden tomar al final de la vida están influenciadas más por las emociones que por la razón.

Por su parte, Arminio ⁽¹⁸⁾ en su trabajo de grado de la Maestría en Bioética de la UCV en el 2017, titulado:” Consentimiento presunto en trasplante de órganos: reflexión bioética en el contexto latinoamericano”, analizó a la luz de los principios bioéticos la naturaleza y fines de la figura del consentimiento presunto y su impacto en los programas de trasplantes de órganos procedentes de donante cadáver en Latinoamérica. Realizó una revisión documental, biográfica. Encontrando que la aplicación del consentimiento presunto nunca ha podido ser estricta e intensiva pues están en juego principios éticos de autonomía, justicia, integridad y respeto a la dignidad humana que son irrenunciables para todos. La mayoría de los países latinoamericanos lo han incorporado en sus legislaciones, sin embargo, las familias son los agentes decisores finales transformándolo en un consentimiento expreso diferido. Concluyó que resolver la necesidad de órganos para trasplante requiere solucionar problemas sanitarios estructurales, así como una profunda conciencia social que trasciende la forma de consentimiento contemplada en las leyes respectivas.

Ortiz-Goncalves *et al.* ⁽¹⁹⁾ en 2018 realizaron una encuesta entre los usuarios de un centro de salud de Madrid y encontraron que al 91% les gustaría poder decidir sobre sus cuidados al final de la vida, pero sólo el 58% conocía los cuidados paliativos, además, el 54% estaba a favor de la legalización de la eutanasia mientras que sólo el 48% aprobaba la legalización del suicidio asistido

En Colombia, Vallejo *et al.* ⁽²⁰⁾ en 2018, realizaron un estudio descriptivo en una institución oncológica de Medellín para investigar el conocimiento sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en las personas que trabajan en la institución. El 56,5% refirió conocer el concepto y el 90% manifestó aplicarlo. Sin embargo, había discordancia dentro de los conceptos claves de la definición y el ejercicio aplicado.

En un trabajo de actualización realizado por Pessini y de Siqueira⁽²¹⁾ en 2019, se comentó un informe realizado por la revista *The Economist* en asociación con Kaiser Family Foundation, basado en las opiniones de los pacientes sobre como desearían ser asistidos al final de su vida; se plantearon opiniones emblemáticas como considerar más importante: prolongar el final de la vida: Japón(9%), EE.UU(19%), Italia(13%) y Brasil (50%).

Cuando se habla de eutanasia y suicidio asistido se tiende a pensar en personas con enfermedades que generan un sufrimiento físico severo y con expectativa de vida muy corta por esa misma enfermedad. Sin embargo, en los países en los cuales se han legalizado estas prácticas se presentan otras situaciones que se alejan del prototipo imaginado. Trejo-Gabriel-Galán ⁽²²⁾ en 2021, en una revisión titulada: “Eutanasia y suicidio asistido en enfermedades neurológicas: una revisión sistemática” concluyó que en los países en los que la eutanasia y el suicidio asistido están legalizados la segunda causa de estas prácticas son las enfermedades neurológicas encabezadas por la demencia, la cual plantea dilemas éticos y legales adicionales. En los países que han legalizado estas prácticas el número de casos han aumentado con el paso del tiempo, siendo la eutanasia 10 veces más solicitada que el suicidio asistido.

Gaslonde ⁽²³⁾ en 2022, en su trabajo de grado de la Maestría en Bioética en la Universidad Central de Venezuela (UCV), titulado “Muerte encefálica, donante cadavérico y medidas de soporte de vida: análisis conceptual y sus implicaciones desde una perspectiva bioética” evaluó, desde el punto de vista bioético, estos conceptos en el caso de la donación de órganos. Para ello realizó una investigación cualitativa, documental, de revisión crítica y objetiva de la literatura relacionada con el problema

de estudio, analizando los aspectos bioéticos desde una postura principialista y personalista. Discutió diferentes posturas en relación al tema en cuestión y concluyó que el término de muerte encefálica implica la muerte de la persona, del ser, de quien ya no es capaz de estar consciente de sí mismo ni de su cuerpo, historia y estructura social, permaneciendo sólo el organismo humano con función de sus órganos y sistemas preservada de forma natural o artificial. Las medidas de soporte vital ante un paciente con el diagnóstico de muerte encefálica se justifican sólo si va a ser donante de sus órganos, de otra manera sería un ensañamiento terapéutico y finalmente que el término de donante cadavérico es inapropiado, el adecuado, según esta investigación, sería el de donante con muerte encefálica. En este estudio, Gaslonde ilustra de manera muy descriptiva lo que suele caracterizarse como encarnizamiento u obstinación terapéutica.

Marco Teórico

Mucho se ha escrito sobre las decisiones al final de la vida desde posiciones filosóficas como las de Tomás Moro y Francis Bacon, a quien se le atribuye el uso de la palabra eutanasia, sin contar a los clásicos de ética escritos por Aristóteles, Khan y Espinoza. Desde el punto de vista teológico valen destacar Santo Tomás de Aquino y San Agustín, por la gran influencia de la religión católica en el aspecto moral de las decisiones al final de la vida. ⁽¹⁻²⁾

Después de los juicios de Nüremberg se comenzó a pensar en la importancia de la evaluación sistemática de la investigación biomédica y de sus aspectos éticos y morales, lo cual condujo, entre otros factores, al surgimiento de la Bioética. El desarrollo tecnológico en procura de preservación de la vida hizo patente la posibilidad de manipular el proceso de morir y por lo tanto la necesidad de tomar decisiones al respecto. Luego, tenemos una discusión sobre acciones, pero no tenemos conceptos sobre los cuales discutir, se va a contravía de lo que decía el filósofo Ludwig Wittgenstein ⁽²⁴⁾ “el primer paso en toda cuestión radica en saber de qué hablamos”.

La mayoría de los libros y artículos que tratan sobre las decisiones al final de la vida abordan el tema refiriéndose directamente a actos posibles o precedentes para luego denominarlas en términos arbitrarios según se desprenda del análisis o de la valoración; en otros casos se apela a neologismos para tratar de conceptualizar acciones que son consideradas de manera discrecional, como si la conjunción de prefijos y palabras fuese suficiente para crear un concepto sobre algo tan complejo como la acción humana. Por el contrario, en muchas ocasiones esas conjunciones solo llevan implícito un juicio moral irreflexivo, de allí que algunos autores hablan de eutanasia, mientras que otros prefieren el término homicidio por piedad.

Otro aspecto importante es la naturaleza viva del lenguaje y su interacción con otros idiomas, la creación de los tecnicismos y su modificación con el tiempo y el cambio cultural. El mejor ejemplo de esto para el tema que nos ocupa, es nuevamente el término eutanasia; su significado ha evolucionado desde el literal “buscar una buena muerte” hasta el actual “provocar la muerte para aliviar el sufrimiento”, sin incluir la cantidad de tipos que se han descrito a lo largo de los años: pasiva, activa, voluntaria, involuntaria, no voluntaria y algunos otros que han tenido menor aceptación.

Necesitamos un análisis desde la bioética que permita delimitar los conceptos, con la finalidad de deslastrar a las palabras de un juicio moral que solo corresponden a las acciones. Las acciones tienen un contenido moral y ético determinado por las circunstancias, por ejemplo, matar como concepto es nominalmente malo, pero como cambia cuando quien muere por el acto de matar es quien estaba a punto de cometer un genocidio.

Durante un proceso de morir se plantean múltiples situaciones que ameritan tomar decisiones importantes. Desde aceptar o rechazar tratamientos gravosos desde el punto vista sintomático, hasta la decisión clara de finalizar con la vida para acabar de esta manera con el sufrimiento. En muchas ocasiones las alternativas suelen ser planteadas por un enfermo competente que no puede o no sabe cómo llevar a cabo su decisión, en otros casos son los familiares o el personal sanitario quienes intentan acciones en correspondencia con los supuestos deseos de un enfermo no

competente o en base a sus propios deseos en caso de encontrarse en una situación semejante. Lo relevante de cualquiera de estas situaciones es que constituyen dilemas que deben enfrentarse a los valores y principios de sus propios protagonistas afectados.

Desde el comienzo de la medicina occidental, de la cual somos herederos, los principios éticos privaron sobre los científicos. Sin embargo, el poco desarrollo de la ciencia y la preponderancia de lo religioso, propiciaron que lo ético fuese fundamentado en las creencias religiosas. No en balde, el Juramento Hipocrático el cual se mantiene hasta nuestros días como paradigma de la ética médica, ninguno de los Dioses sobre los cuales recae el juramento reciben respeto por parte de los profesionales de la medicina, sus preceptos morales como la santidad de la vida, perduran luego de 25 centurias y han sido asimilados tanto por la ética, la religión y las leyes mostrándose casi inalterables a pesar del desarrollo científico de la medicina.

El desarrollo tecnológico si bien ha perdido la batalla utópica contra la muerte, ha logrado posponerla desde el punto de vista biológico, hasta límites que ponen en entredicho la vida humana como don y dignidad. De hecho, en la Antigua Grecia, bajo una medicina limitada por la preponderancia de lo empírico sobre lo científico, el dejar morir era más cuestión de tiempo que de voluntad. Veinticinco siglos después las cosas han evolucionado y con ellas los razonamientos y las alternativas. Hoy día es técnicamente factible mantener muchas funciones biológicas de manera artificial, sustituir parcialmente la actividad de algunos órganos del cuerpo, pero lo más importante, y muchas veces poco planificado, es la modificación del curso de una enfermedad incurable prolongando el proceso de morir. Se considera exclusivamente a partir de las consecuencias últimas, adelantada y conscientemente limitada tecnología médica permite cambiar la causa de la muerte y el tiempo del morir, pero no puede y nunca pueda evitar la muerte. En corolario, hasta el momento de su muerte todo hombre es un ser humano con dignidad y derechos que trascienden a su propia existencia y si la medicina no reflexiona sobre su incapacidad para evitar la muerte, puede, y en muchas ocasiones lo logra, tratar indignamente a la persona y violar sus derechos humanos en su empeño de retrasar la muerte biológica.

Durante la Edad Media se produjeron cambios frente a la muerte y al proceso de morir. La eutanasia, concebida como el acto de evitar el sufrimiento acabando con la vida, el suicidio y el aborto bajo la óptica de creencias religiosas judeo-cristianas son considerados como “pecado”, debido a que la persona no puede disponer libremente de una vida que le pertenece a Dios. El arte de la muerte (*ars moriendi*), en la cristiandad medieval es parte del arte de la vida (*ars uiuendi*); el que entiende la vida también debe conocer la muerte. La muerte repentina (*mors repentina et improvisa*) se consideraba como una muerte mala (mala *mors*). Se quiere estar plenamente consciente para despedirse de familiares y amigos y poder presentarse en el más allá con un claro conocimiento del fin de la vida.

La llegada de la modernidad rompe con el pensamiento medieval, la perspectiva cristiana deja de ser la única, se conocen y se discuten las ideas de la antigüedad clásica. La salud puede ser alcanzada con el apoyo de la técnica, de las ciencias naturales y de la medicina, a partir de ese momento la vida biológica comienza a tomar importancia en el sentido de que “la vida eterna” que nos espera después de la muerte puede esperar; mientras tanto, el sufrimiento y sobre todo el dolor físico. Comienza a perfilarse como una especie de estorbo para el correcto desarrollo de la vida, por lo tanto, la agonía comienza a ser considerada como una mala forma de morir. ⁽⁶⁾

En 1663 Francis Bacon ⁽²⁵⁾ propuso el término eutanasia para referirse, por una parte, a la tradición del “arte de morir” como parte del “arte de vivir”, pero agrega a esta tradición algo que para la Edad Media era algo inimaginable, la muerte de un enfermo ayudado por un médico. Anteriormente, Tomas Moro ⁽⁸⁾ planteaba la necesidad de que el enfermo terminal acortara su agonía a través de la administración de alguna droga que le permitiera morir en inconsciencia. Es importante recordar que la utopía que Moro plantea en su obra homónima, es más un deseo que una proposición de conducta para la Europa que le tocó vivir. Desde el punto de vista semántico “eutanasia” se compone de griegas (*eu*: bueno y *thanatos* muerte), una buena muerte, es decir lo contrario de la *mors* repentina et improvisa del medioevo, para referirse a una muerte sin sufrimiento y a la posibilidad de agotar la agonía. A

partir de ese momento, la medicina adquiere una nueva obligación, además de tratar de curar y de prevenir la enfermedad, ahora debe aliviar y para lograr esto puede ayudar a morir.

La medicina moderna tenía demasiadas dudas y sobrados retos como para ocuparse tan solo de un buen morir. El objetivo primordial radicaba en prevenir las enfermedades y curar a los enfermos, tarea que seguía siendo tan limitada como las posibilidades de aliviar el sufrimiento. En la medida en la cual el conocimiento científico se ha venido desarrollando, las expectativas sobre la medicina se van multiplicando, cada día se conoce más pero también se sabe que falta mucho por conocer; las posibilidades terapéuticas se reproducen y sus logros se van haciendo evidentes, vencer la muerte, por ocasiones impresiona como una cuestión de tiempo y de alguna manera, como el fin supremo del médico, la enfermedad deja de lucir inevitable para convertirse en el enemigo a vencer⁽²⁶⁾. Con un futuro tan prometedor, los moribundos constituyen daños colaterales, son como los soldados que perecen en batalla durante una guerra que estamos obligados a ganar.

La referencia épica anterior sirve para ilustrar el contenido ético de la medicina que se practicó hasta el siglo pasado. El desarrollo de la fisiología y el progreso de la farmacopea a partir del siglo XIX autorizaba a indagar en las posibilidades de cambiar el curso natural de las enfermedades interviniendo sobre la humanidad del enfermo en procura de su sanación; el sufrimiento que causaban los tratamientos se justificaba en la defensa de la vida como don fundamental, en la esperanza cada vez más certera de vencer la muerte y en la autoridad de la que estaba revestido el médico para lograrlo. Si bien la relación médico paciente siempre había sido paternalista, con el reconocimiento de su sabiduría, el médico se sentía más aún en el deber de “hacer todo lo posible” para salvar la vida. En nombre de este bien supremo y absoluto que es la vida, la intervención terapéutica se podía ejercer de manera bastante extrema apelando al propio ensayo en el cuerpo de las personas; basta con revisar los procedimientos quirúrgicos en sus inicios bajo los cuales los enfermos eran sometidos a verdaderas torturas, a ensayos muy alejados del método científico y los controles de los actuales comités de bioética, en procura de una

mejoría que la mayoría de las veces no lograba ser alcanzada. Estas prácticas comenzaron con las primeras transfusiones de sangre y amputaciones en los heridos de guerra y no tememos en afirmar que se mantuvieron hasta la colocación del corazón artificial hace apenas pocas décadas. ⁽²⁷⁾

En 1939, se encontraba en la Clínica Pediátrica Universitaria de Leipzig dirigida por el Profesor Werner Catel, un niño ciego, subnormal y con sólo dos extremidades. Su abuela dirigió una solicitud a Hitler para garantizarle la llamada “mercy killing” o muerte por compasión. Hitler envió a su médico personal, el Dr. Brandt, quien tras una consulta con Catel, autorizó la aplicación en ese niño de la eutanasia. El 18 de agosto de 1939, se dispuso la obligación de declarar los recién nacidos con defectos físicos. Tres peritos decidían la muerte o la vida del niño y se extendía una orden, fundada en el formulario de las declaraciones. Los médicos de los 21 departamentos pediátricos de Alemania habían sido instruidos verbalmente de que este escrito otorgaba la autorización para matar al niño, Se calcula en unos 5000 el número de niños exterminados mediante la administración de morfina o luminal. Poco después, Hitler dictaba las normas legales que legitimaban en el ordenamiento jurídico de la Alemania nacionalsocialista la muerte por compasión. Por primera vez en la historia, la autoridad política emanada de unas elecciones rigurosamente democráticas aprobaba la supresión de “vidas humanas sin valor” que permitió la puesta en marcha de la llamada Acción T-4, programa nazi de implantación de la “muerte por compasión” ^(29,30). Es necesario hacer énfasis en el hecho de que los nazis no utilizaron el término eutanasia, fue más bien una costumbre instaurada en la postguerra la que le asignó a la “muerte por compasión” un significado similar al de eutanasia, por lo cual, la así denominada eutanasia pasó pronto a ser asociada a una de las tantas prácticas infames del nazismo. A siete décadas de distancia, el congreso español promulga una ley, en la cual se exime de utilizar la palabra eutanasia, pero la describe abiertamente en su preámbulo ⁽³¹⁾. El desarrollo de la tecnología nos ha proporcionado la posibilidad de mantener algunas funciones vitales por medios artificiales posponiendo la muerte concebida como la cesación de la actividad biológica del cuerpo. A partir de ese momento comenzó una larga discusión sobre el derecho

del enfermo en condición de sufrimiento extremo y de incurabilidad para tomar decisiones que puedan considerarse atentatorias contra su propia vida, la responsabilidad del profesional de la salud para permitirlo, apoyarlo o simplemente realizarlo. Y el rol de la familia en esta situación.

La discusión se torna difícil porque se encuentra limitada entre los progresos de las ciencias médicas, el atraso de las legislaciones que siempre van a la zaga de los patrones éticos y, además de la influencia de la religión y de la cultura para poder realizar el análisis ético adecuado y pertinente en cada caso concreto. El análisis bioético debe ser estructurado y metódico con suficiente basamento teórico. La llamada Bioética de los Principios se fundamenta en los Principios de Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía y Justicia de mayor arraigo en las culturas anglosajonas debido a su origen en pensadores Norteamericanos y Británicos; esta bioética propone un tipo de conducta ética que propicie el bien hacia el otro. Otra fundamentación se encuentra en la Bioética Personalista, basada en la dignidad y en los derechos humanos, de mayor arraigo europeo; la bioética Personalista también tiene principios los cuales son: Defensa de la Vida, Totalidad, Libertad y Responsabilidad y Solidaridad y Subsidiariedad. ⁽³²⁾

El debate planteado, si bien no ha permitido llegar a conclusiones que satisfagan ni siquiera a una pequeña mayoría, ha servido para delimitar las situaciones en diferentes niveles de complejidad los cuales se han expresado en una serie de términos que deben ser estudiados en profundidad en cuanto a su verdadero significado, origen e intencionalidad.

La persona, como ser individual y único tiene el derecho a la libertad, libertad que le permite regir su propio destino, dicho de otra manera, tiene derecho a elaborar un proyecto de vida, ergo parece lógico que dentro de ese proyecto pueda planificarse un final. Partiendo de la vida como el valor máspreciado, se tiene en contravía la inevitabilidad de la muerte, o mejor dicho, si se considera la muerte parte de la vida existiría un hipotético derecho a morir.⁽²⁸⁾ La teoría inicial parece relativamente sencilla: la persona aquejada por una enfermedad incurable que produce una con-

dición de sufrimiento extremo e intratable, no debe ser sometido a medidas terapéuticas que serán incapaces de recuperarlo, por lo tanto, tiene el derecho a rechazarlas y el médico no tiene la obligación de administrarlas. En ello, parece haber consenso, como se puede deducir de la propia legislación, no sólo la venezolana, sino prácticamente la mundial. Llevarlo a la práctica en el individuo único e irrepetible que es un ser humano y en sus condiciones particularísimas es lo difícil. Conceptualizar el derecho que protege a la persona, la obligación social de respetar ese derecho ya es un dilema y hasta varios dilemas; concertar el derecho de uno con el de todos es un problema y ejecutar una acción que coordine las anteriores obliga a responder previamente múltiples interrogantes con muchas alternativas.

La discusión en profundidad sobre las diversas decisiones que pueden tomarse al final de la vida han dado origen a otros temas necesarios de abordar, los cuales cuentan en un posible diccionario con un surtido número de palabras y términos: sacralidad de la vida, derecho a morir, deber de vivir, distanasia, cacotanasia, mistanasia, ortotanasia, derecho al rechazo del tratamiento, voluntades anticipadas, medidas ordinarias y extraordinarias, sostenimiento artificial de la vida, y otras que quizás no hemos alcanzado a conocer o que están por ser presentadas en futuras disertaciones sobre el tema. La mayoría de estos conceptos se utilizan con la finalidad de fijar posturas y no para defender opiniones. El análisis histórico del comportamiento frente a los moribundos nos permite reconocer que apoyar el adelanto de la muerte puede evitar otra práctica también nefasta, el encarnizamiento terapéutico. Son estos extremos los que permean la moralidad de los pueblos y son a su vez producto de evitar la discusión objetiva de quien sufre la agonía.

Mientras la sociedad trata de ponerse de acuerdo en estos temas, las personas siguen inexorablemente el proceso de sus vidas que culminan con la muerte, el proceso de morir es inevitable. Por muy generalizado que sea el proceso de morir siempre es único e individual por ser parte de una vida humana. Las decisiones tomadas en cada caso se basan en valores éticos de larga data y amplio sustento. Entre otros, los más importantes son la santidad de la vida, la dignidad, la beneficencia, la autonomía, la integridad, el respeto y la justicia. Las decisiones éticas

particulares se toman caso por caso sólo después de considerar los principios abstractos y los hechos concretos que rodean al paciente. Sin embargo, importantes pensadores consideran que la reflexión ética no es competente para valorar las decisiones éticas personales, luego toda persona tiene el derecho a que se le respeten sus decisiones de conciencia. Pero nadie es una isla en sí mismo, todas las decisiones individuales suponen otras decisiones aparentemente individuales de terceros, por lo tanto, si desde el punto de vista individual se toman decisiones en consideración a los principios abstractos que tienen un origen en el desarrollo de la cultura de la sociedad, se convierten en una decisión social en su origen y en su consecuencia. Tanto es el carácter social de las decisiones al final de la vida que Sócrates sostenía que una persona que no podía aportar nada a la sociedad debía acabar con su vida, Tomás Moro en su Utopía proponía que los enfermos incurables debían “voluntariamente” dejar de ser una carga para la sociedad. Vale la pena preguntarse, cuanto de individual puede ser la decisión de un ciudadano español al solicitar la eutanasia, basado en el derecho que le otorga una ley que en su propio texto reconoce que los servicios estatales de cuidados paliativos son fijos y limitados. ⁽³¹⁾

La relevancia social de las decisiones que se pueden tomar al final de la vida comienza en la relación del individuo con esa sociedad que tiene límites marcados en el área legal y religioso, vale decir en el aspecto normativo, y termina con la trascendencia o lo que se conoce como la “pendiente resbaladiza”, la cual consiste en una cadena de argumentos que conduce desde un comienzo aparentemente inocuo a un final manifiestamente indeseable. En este último aspecto las opiniones se encuentran duramente confrontadas entre quienes consideran que dicha pendiente no existe hasta aquellos que la consideran infranqueable y, por lo tanto, en determinadas situaciones como las que ocupan este trabajo siempre se caerá a través de ella. Existen también quienes, con una alta dosis de pragmatismo, consideran que la “pendiente” no solamente es real, sino que además es necesaria.

Ante el final de una vida humana se tienen que tomar decisiones con implicaciones éticas de gran trascendencia social. Antes de establecer la pertinencia legal o teológica es necesario confrontarlas con los principios y valores éticos de los individuos en sociedad. La importancia de estas decisiones incluye todos los aspectos de la vida del hombre, desde sus condiciones de vida hasta su trascendencia como ser humano, por lo tanto, el análisis bioético debe ser holístico, no son las opiniones mayoritarias de la democracia, ni la autonomía del solo sujeto que va a morir, ni los prejuicios de una sociedad que lo contempla y pretende evadir sus responsabilidades, es más que la sumatoria de todos esos factores y los que faltan por nombrar. Son decisiones que afectan a un individuo en sociedad y marcan a la sociedad a través de las circunstancias de uno solo de sus individuos.

Objetivos

Objetivo general

Generar un glosario con los diversos conceptos sobre decisiones del final de la vida y analizarlos desde el punto de vista bioético.

Objetivos específicos

- Categorizar los términos relacionados con decisiones que se toman al final de la vida y los conceptos que se han asociado a los mismos.
- Evaluar estos conceptos en función de la práctica actual y el origen semántico del término
- Elaborar un glosario de conceptos sobre decisiones propias del final de la vida, de acuerdo al resultado de la evaluación
- Analizar desde la bioética los conceptos propuestos en el glosario

Aspectos éticos

Los términos y definiciones recopilados en esta investigación se obtuvieron de fuentes originales y confiables para evitar tergiversaciones en su interpretación. La selección de los términos para incluirlos en el glosario se hizo mediante un análisis objetivo de sus aspectos semánticos y prácticos, respetando el principio de justicia.

El análisis bioético de cada término incluido en el glosario se realizó confrontando la conducta descrita con los fundamentos de la bioética personalista y de la bioética de los principios.

El proyecto obtuvo el aval del Comité Independiente de Bioética para la Investigación del Centro Nacional de Bioética (CIBI-CENABI).

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó una investigación documental y explicativa.

Las fuentes bibliográficas utilizadas fueron libros y otras publicaciones impresas o en formato electrónico de acceso libre en internet, relacionadas con las conductas asistenciales asumidas al final de la vida de las personas, desde los puntos de vista ético-filosófico, bioético y médico (cuidados paliativos). No fueron utilizados resúmenes cuando no se pudo acceder al total de la publicación incluyendo las referencias.

No se incluyeron como fuente artículos de prensa, conferencias grabadas ni artículos de los cuales sólo se disponía del resumen o de comentarios de terceros debido a las posibilidades de alteración de los contenidos o a la imposibilidad de recuperarlos en el futuro.

Procedimiento

El trabajo se realizó en tres fases:

- 1.- Recopilación de términos con la definición atribuida en sus fuentes de origen e identificación de sus elementos relevantes para luego categorizarlos.
- 2.- Análisis semántico y conceptual de estos términos para seleccionar los adecuados y construir con ellos el nuevo glosario
- 3.- Análisis bioético desde las perspectivas principialista y personalista de los conceptos contenidos en el glosario propuesto.

Tratamiento estadístico

Se elaboraron tablas contentivas de los términos analizados, los términos incorporados al glosario y los descartados

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos humanos: el autor del trabajo.

Recursos Materiales: se limitaron a la conexión a internet y algunas impresiones.

Los gastos fueron asumidos en su totalidad por el autor.

RESULTADOS

Consideraciones preliminares: Para los efectos del presente trabajo:

De acuerdo a los objetivos y a la metodología planteados, se categorizaron los términos relacionados con decisiones al final de la vida, se investigó su origen y los conceptos asignados en los textos bioéticos consultados, se realizó el análisis semántico y con base en este conjunto de elementos se elaboró una definición.

Se denomina paciente al individuo que presenta una necesidad de tipo asistencial y que forma parte inseparable de un grupo social donde se encuentran, familiares, cuidadores, amigos y asesores, profesionales o no.

Se establece diferencia entre muerte y morir: la muerte es un acontecimiento, significa dejar de estar vivo; en cambio morir es el verbo que indica el acto de dejar de estar vivo. Al final de la vida se toman acciones que alteraran la acción de morir, por lo tanto, se sustituye en las definiciones la palabra “muerte por “morir”.

Es importante advertir que en los textos filosóficos o de bioética consultados, no se encontraron definiciones precisas de las conductas incluidas en este estudio, lo que si sucedió con los de carácter legal; incluso se dio el caso de haber asignado a algunas de estas conductas, términos que nunca fueron expresados por sus proponentes.

Términos analizados (Tabla 1)

Se analizaron 24 términos que se presentan en orden alfabético, señalando las variables encontradas, según los autores. En cada uno se presenta el origen aparente, el análisis semántico, la definición y en los casos en que aplica, se identifican el responsable de la acción y la intención.

ABANDONO

Origen aparente: término utilizado en Cuidados Paliativos. ⁽³⁵⁾ Debe ser distinguido del Abandono Terapéutico.

Análisis semántico: dejar, desamparar a una persona por la que se tiene la obligación de cuidar.

Definición: Falta de atención al paciente por parte del personal sanitario cuando se considera que no se puede hacer nada para evitar la progresión de la enfermedad y la ocurrencia consecuente de la muerte. Consiste en dejar de prestar atención a las necesidades del paciente y dejar de ofrecer recomendaciones a los familiares y cuidadores.

Responsable: el personal sanitario.

Intención: dejar que el proceso patológico evolucione espontáneamente.

ABANDONO TERAPÉUTICO

Origen aparente: terminología utilizada en medicina y en el resto de las ciencias de la salud bajo el esquema de relación médico paciente paternalista definida por Gavino y Godoy en 1993. ⁽³⁶⁾

Análisis semántico: la palabra abandono significa acción y efecto de abandonar y puede ser dirigida hacia la misma persona que la realiza, es decir una persona puede abandonarse a sí misma. Terapéutico es aquello relativo a la parte de la medicina que trata las enfermedades.

Definición: se refiere a la interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos. ⁽³⁶⁾ En la relación médico paciente paternalista, el paciente tiene la obligación de acatar las indicaciones que por su bien le hace el médico o el terapeuta, cuando por cualquier razón esto no ocurre, se denomina abandono terapéutico. Bajo el esquema de relación médico paciente horizontal, el abandono terapéutico constituye una de las alternativas que tiene el paciente de ejercer su derecho al consentimiento informado, junto al rechazo o al retiro de terapias.

Responsable: el paciente.

Intención: romper la relación médico paciente.

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Origen aparente: propuesta conceptual del equipo de trabajo del Dr. Gómez Sancho. ⁽³⁴⁾

Análisis semántico: (adecuar) acomodar o amoldar el empleo de las capacidades intelectuales y morales para (esfuerzo terapéutico) intentar una mejora en el proceso de la enfermedad y el sufrimiento.

Definición: consiste en instaurar, retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje.

Responsable: el médico bajo el consentimiento informado del paciente.

Intención: procurar al paciente la mejor atención posible para aliviar el sufrimiento respetando sus valores, opiniones y decisiones.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Origen aparente: concepto que reconoce que el paciente cumple cabalmente las indicaciones emanadas del servicio asistencial.

Análisis semántico: convenir en la opinión y en el juicio que se presenta.

Definición: es la aplicación del plan propuesto por el médico bajo el consentimiento informado del paciente.

Responsable: igualitariamente el médico y el paciente.

Intención: establecer una relación médico paciente horizontal y respetuosa.

ANTIDISTANASIA

Origen aparente: una vez que se comenzó a hablar de distanasia, como el acto de retrasar por todos los medios la muerte del paciente, ejemplificado en situaciones

ocurridas con personas públicas, como fue el caso del Dictador Francisco Franco en España.

Análisis semántico: estructuralmente es una palabra mal elaborada, debido a que no se puede anteponer un prefijo *anti* a otro prefijo *dis* por lo cual representa un contrasentido.

Definición: contrario a la distanasia. ⁽³⁷⁾

CACOTANASIA

Origen aparente: a finales del siglo pasado, en particular en la década de los 90, varios autores comenzaron a diferenciar la llamada eutanasia activa e involuntaria como cacotanasia. ⁽³⁸⁾

Análisis semántico: la palabra se compone con el prefijo griego *caco*: malo y *thanatos*: muerte. Es decir, mala muerte. Sin embargo, llama la atención que todos la califican como un tipo de eutanasia, lo cual desde el punto de vista semántico resulta contradictorio.

Definición: existe cierta concordancia en definir la cacotanasia como el acto intencional de ocasionar la muerte a una persona sufriende sin su consentimiento ⁽³⁹⁻⁴¹⁾. Pero otros hacen distinción entre la eutanasia involuntaria y la cacotanasia, en el acto de esta última, la muerte se realiza de una manera “brusca ⁽⁴⁰⁾ y agresiva ⁽⁴⁰⁾, algo que no debería ocurrir en la eutanasia.

Responsable: persona con acceso al paciente.

Intención: ocasionar la muerte.

DERECHO A MORIR

Origen aparente: en Estados Unidos, el Caso Cruzan contra el Estado de Missouri (1983), desencadenó un debate legal sobre el derecho de la persona a morir, el cual, décadas después todavía continúa. ⁽⁴²⁾

Análisis semántico: Según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), un derecho es la aptitud física y moral del ser humano para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida. Para Leon Kass ⁽¹¹⁾ un derecho es la libertad intachable, laudable o legítima para hacer o no hacer. Podemos agregar que el derecho a morir está íntimamente o inseparablemente ligado al derecho a vivir a partir del hecho de que “el derecho a la vida y el derecho a la muerte constituye el núcleo de la autodeterminación; es un derecho indeclinable que incluye la libertad para decidir por uno mismo sobre el cuándo y el cómo de nuestro final, en lugar de dejar esa decisión a otros o al resultado de una intervención médica” Kuitert. ⁽⁴³⁾

Definición: desde el punto de vista semántico el derecho a la muerte consiste en la capacidad del individuo a terminar con su propia vida por razones legítimas.

Responsable: el paciente.

Intención: terminar con la vida.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS, VOLUNTADES ANTICIPADAS o TESTAMENTO VITAL

Origen aparente: Se origina en EEUU a mediados de la década de 1970. ⁽⁴⁴⁾

Análisis semántico: según el diccionario Larousse, la palabra directiva se aplica en este caso como sinónimo de directriz, que significa “instrucción que ha de seguirse”. En cuanto a la palabra voluntad es mucho más compleja y en todas sus acepciones incluyen el propósito de quien desea, ordena, solicite o consienta que algo se realice y cuya determinación se ha decidido anticipadamente. En cuanto al término testamento se refiere a la última voluntad, a lo que se espera que se realice después de morir. En el caso que nos ocupa, lo que determina la finitud del individuo que manifiesta su voluntad está supeditado precisamente a que se cumpla esa intención; por lo tanto, el testamento se dirige más a una condición después o en el momento del final de la vida que a una en la cual se termine la vida por el cumplimiento de dicha intención.

Definición: son directrices que fija una persona para que sean realizadas cuando él no se encuentre capacitado para expresar su opinión. Están dirigidas a determinar cuáles son sus deseos en condiciones críticas vitales e inclusive posteriores al fallecimiento, desde la no aplicación de medidas de soporte vital o de reanimación hasta la disposición de partes o la totalidad de su cuerpo. Las voluntades anticipadas son decisiones para el final de la vida y su dilema bioético radica no en lo expresado por la persona sino en el cumplimiento por parte de los terceros.

Responsable: de su elaboración es el paciente, pero de su cumplimiento es el médico y la familia puede interferir.

Intención: preservar la autonomía de una persona que ha perdido la capacidad de decidir.

DISTANASIA

Origen aparente: surge como una manera eufemística de llamar al encarnizamiento terapéutico, ya que muchos autores consideran que este último resulta inapropiado debido a la carga negativa y hasta criminal de la palabra encarnizamiento. ⁽⁴⁵⁾

Análisis semántico: prefijo griego *dys*: malo, anormal, con dificultad, contrario a, sufijo *thanatos*: muerte. Mala forma de morir. ⁽⁴⁶⁾

Definición: “acción, intervención o procedimiento médico que no corresponde al objetivo de beneficiar a la persona cuando está en fase terminal, y que prolonga, en forma inútil y con sufrimiento, el proceso de morir, promoviendo la postergación de la muerte”. ⁽³⁾ Retrasar el advenimiento de la muerte con todos los métodos proporcionados o no, aunque no haya esperanza de curación, sin importar los sufrimientos del moribundo. ⁽⁴⁷⁾ Según Roa⁽³⁹⁾: “se procura artificialmente, casi siempre por razones políticas, alejar el momento de la muerte recurriendo a cualquier medio”. Como se dijo en el origen aparente es un sinónimo de encarnizamiento terapéutico y de obstinación terapéutica.

Responsable: el médico.

Intención: evitar la muerte del paciente.

ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Origen aparente: fue la denominación que se le dio a medidas terapéuticas muy gravosas para el paciente, especialmente aquellas relacionadas con un gran sufrimiento y cuyos resultados generalmente terminaban en fracasos, comenzaron a realizarse a partir del advenimiento de tecnologías de soporte vital, tales como el uso de ventiladores, diálisis, vasopresores, aunado a la mejoras en el campo de los recursos farmacológicos y diagnósticos como antibióticos, catéteres y monitores invasivos, los cuales permiten mayor información y por lo tanto mayor intervención.

Análisis semántico: encarnizamiento significa furia, apasionamiento o crueldad con la que se insiste en un daño, si es terapéutico ese daño sería un contrasentido.

Definición: son tratamientos médicos que por la condición del paciente muy probablemente no mejoren su condición física y que por el contrario le ocasionarán mucho sufrimiento. Algunos autores consideran al Encarnizamiento Terapéutico sinónimo de Distanasia. ⁽⁴⁸⁾

Responsable: el médico.

Intención: evitar la muerte del enfermo.

EMPECINAMIENTO TERAPÉUTICO U OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Origen aparente: debido a que el término de encarnizamiento terapéutico, resultaba para muchas personas inapropiado por el juicio moral negativo implícito en la palabra encarnizamiento.

Análisis semántico: mantenerse un tratamiento médico de manera porfiada y pertinaz, sin dejarse vencer por los ruegos ni las amonestaciones razonables del paciente o de otros miembros del equipo de salud.

Definición: sinónimo de encarnizamiento terapéutico. ⁽⁴⁸⁾

Responsable: el médico.

Intención: evitar la muerte del enfermo.

EUTANASIA

Origen aparente: toda la literatura revisada coincide en que fue Francis Bacon quien por primera vez utilizó la palabra eutanasia para referirse al acto de procurar a otros o procurarse a sí mismo una buena muerte.

Modalidades:

1.- Interna y externa: Bacon definió dos tipos de eutanasia: la eutanasia interna que correspondía a la preparación espiritual para morir y eutanasia externa referida a la muerte física, en la cual el médico debe participar de manera directa y en acuerdo con el paciente. ⁽³⁸⁾

2.- Voluntaria e Involuntaria: voluntaria es cuando la persona consiente y desea que le sea aplicada. Involuntaria es cuando la persona no ha manifestado su deseo de que esto se realice. ⁽⁴⁹⁾

3.- Activa y Pasiva: la eutanasia activa se refiere a ejecutar una acción que provoque deliberadamente la muerte de la persona para que tenga una muerte menos dolorosa, la eutanasia pasiva es dejar que el paciente muera sin realizar nada que pueda evitarlo. ⁽⁵⁰⁾

4.- Activa y voluntaria: aquella que se ejecuta a solicitud de una persona competente. ⁽⁵⁾

5.- Activa e involuntaria: aquella realizada sin el consentimiento de la persona por encontrarse incompetente y no haber manifestado una voluntad anticipada. ⁽⁵⁾

6.- Directa: La aplicación de técnicas o la administración de fármacos se realiza con el propósito expreso de ocasionar la muerte. ⁽⁵⁾

7.- Indirecta: para Aguiar-Guevara, la eutanasia indirecta sería aquella producida por el principio del doble efecto. ⁽⁵⁾

Definición: El diccionario Larousse ⁽²⁴⁾ define la eutanasia como: “muerte sin sufrimiento físico. Acción de acortar voluntariamente la vida de quien, sufriendo una enfermedad incurable, lo solicita para poner fin a sus sufrimientos físicos”.

Otras definiciones hacen énfasis en que la eutanasia es un acto médico. ⁽⁵¹⁾ Por su parte, Have ⁽⁵²⁾ refiriéndose a la eutanasia que se aplica legalmente en los Países Bajos define la eutanasia como “la finalización intencional por parte de un médico de la vida de un paciente, a petición de este”. Esta definición tiene tres características: la intención del acto, la solicitud por parte del paciente y la participación del médico. Küng ⁽⁴³⁾ precisa varios componentes para una “eutanasia legítima”: solicitud expresa, escrita y reiterada por parte del paciente; estado vital insoportable; aplicación exclusiva por un médico previa consulta con al menos otro colega y redactar un informe al final.

Responsable: el médico tratante.

Intención: acortar la vida del enfermo de la forma más apacible posible para acabar con su sufrimiento.

HOMICIDIO POR PIEDAD

Origen aparente: el concepto homicidio por piedad pertenece al ámbito del derecho, por sus implicaciones legales y penales.

Análisis semántico: homicidio: muerte causada a una persona por otra, habitualmente ilegítimamente y con violencia ⁽⁵³⁾, piedad: virtud que inclina el ánimo a compadecerse de los sufrimientos de otros.

Definición: producir la muerte para poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales incurables. ⁽⁵³⁻⁵⁴⁾

Responsable: cualquier persona que decida realizarlo.

Intención: quitarle la vida a una persona en condición de sufrimiento para acabar con su sufrimiento.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Se refiere a cualquier actuación del médico.

Modalidades encontradas en la literatura:

MEDIDAS FUTILES

Origen aparente: según Gracia ⁽²⁾ el término fue introducido en la literatura en el año 1980 como cualquier práctica que tenga un carácter extraordinario o desproporcionado.

Definición: según el mismo autor ⁽²⁾, en el año 1990 otros autores proponen un concepto más concreto basado en un parámetro cualitativo, es aquel tratamiento que no permite terminar con la dependencia del paciente de la unidad de terapia intensiva, y un aspecto cuantitativo: el tratamiento que tiene menos de 1% de posibilidad de beneficiar al paciente.

MEDIDAS ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS

Origen aparente: según Fracapani ⁽⁵⁵⁾ el dominico español Domingo Bánazen del siglo XVI, fue el primero en hablar de medios ordinarios y extraordinarios para referirse a distintas prácticas médicas.

Definición: medidas ordinarias son aquellas que por su costo, dolor, aceptación y efectividad pueden ser aceptadas por el paciente, las extraordinarias son aquellas que a pesar costosas y dolorosas podrían brindar una ayuda al paciente, aun cuando este no está moralmente obligado a aceptarlo.

MEDIDAS PROPORCIONADAS O DESPROPORCIONADAS:

Origen aparente: debido a que los términos ordinario y extraordinario no eran precisos y se prestaban a confusión, se propuso cambiarlo por proporcionado o desproporcionado, sin embargo, sólo hasta la Encíclica *Evangelium Vitae* de Juan Pablo II en 1995⁽⁵⁶⁾ se obtienen conceptos claros al respecto.

Definición: las indicaciones proporcionadas por descarte de aquellas que por ser indicaciones ya no adecuadas a la situación real del enfermo resultan desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o ser demasiado gravosas para él o su familia.

MEDIDAS OBLIGATORIAS Y NO OBLIGATORIAS:

Origen aparente: se refieren a las impuestas por disposiciones legales que obligan la atención médica independientemente de la opinión del facultativo.

Definición: son aquellos actos médicos que deben ser realizados por el médico debido a imposiciones legales.

MISTANASIA

Origen aparente: el término mistanasia surge aparentemente como una manera más precisa de denominar un concepto evolutivo de la eutanasia referido al ámbito social; se define como la muerte de las personas vulnerables por falta de atención social.

Análisis semántico: se compone del prefijo griego *mys* que significa infeliz y *thanatos* muerte.

Definición: aparentemente existen dos conceptos, que aun cuando se parecen provienen de ámbitos científicos muy diferentes y por lo tanto con consecuencias conceptuales muy distintas. Dentro del ámbito de la sociología la mistanasia corresponde al proceso de muerte de personas que no reciben asistencia o auxilio de la

sociedad, es aquella que se produce dentro de grupos sociales que no tienen acceso a servicios sanitarios, asistencia social, recursos económicos y que debido a estas carencias fallecen, en el sentido sociológico la mistanasia es la causa de la muerte.

También encontramos un concepto médico de mistanasia refiriéndose a ella como el “abandono del enfermo moribundo”. ⁽⁵⁷⁾

MORIR CON DIGNIDAD

Origen aparente: el concepto se origina de la obligación de proteger la vida como un bien absoluto y la despersonalización que el desarrollo tecnológico ocasiona al individuo. Además, el concepto generalmente se relaciona con un llamado “derecho a morir con dignidad”, lo cual lo ubica más cerca de la jurisprudencia que de la bioética.

Análisis semántico: morir es el proceso transitivo de la vida a la muerte, mientras que la dignidad es una condición innata del ser humano. Por lo tanto, todo ser humano muere con dignidad, debido a que esta dignidad es inseparable del individuo como ser humano.

Definición: se refiere al hecho de que la muerte de una persona debe guardar correspondencia con su condición de ser humano, en contraposición a los procedimientos médicos que procuran mantener la integridad de las funciones biológicas en detrimento de la persona como ser humano.

ORTOTANASIA

Origen aparente: en virtud de que la expresión eutanasia, comenzó a ser utilizada para significar la acción de quitar la vida por motivo de adelantar una muerte para evitar el sufrimiento, se pretendió buscar un concepto que tradujera realmente la posibilidad de conseguir una “buena muerte”. De allí que a partir de las raíces griegas se obtiene este concepto de ortotanasia.

Análisis semántico: *Orta*: recto, correcto, adecuado, *Thanatos*: muerte.

Definición: son aquellos procedimientos, de índole médica o no, que puedan ofrecer al paciente un acompañamiento y un alivio a sus sufrimientos durante el proceso de morir ⁽²⁾. Es la actuación correcta ante la muerte. ⁽⁴⁷⁾

Responsable: el médico.

Intención: procurar una muerte en paz.

PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO

Origen aparente: León Cechini ⁽⁵⁸⁾ refiere que este principio del doble efecto se originó a mediados del siglo XX, cuando la Iglesia católica fijó posición sobre la eutanasia activa, mientras que aprobaba la eutanasia pasiva.

Análisis semántico: una acción puede producir varios efectos, los cuales pueden llegar a ser contradictorios, una buena acción puede ocasionar un mal.

Definición: el principio del doble efecto señala que una acción realizada con el fin de obtener un beneficio, en determinadas circunstancias puede producir un daño. El ejemplo más utilizado se refiere al uso de analgésicos para calmar el dolor, los cuales a determinadas dosis podrían ocasionar depresión respiratoria y consecuentemente la muerte del enfermo. Para ser lícita, desde el punto de vista moral, tal cual como lo planteó la Iglesia, el Principio del Doble Efecto debe reunir las siguientes condiciones: ⁽⁵⁸⁾

- 1) La acción no debe ser intrínsecamente mala.
- 2) el buen efecto no debe ser consecuencia de un mal efecto.
- 3) el buen efecto debe ser de intención directa, mientras que el mal efecto debe ser de acción indirecta.
- 4) el buen efecto debe ser igual o mayor que el mal efecto.

SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Origen aparente: en la década de los 90 del siglo pasado, algunos autores expresaron sus dudas sobre las posibilidades de los cuidados paliativos para controlar los síntomas y con ello el sufrimiento de los pacientes crónicamente enfermos, proponiendo la necesidad de terminar con la vida como única manera de aliviar el sufrimiento. ⁽⁵²⁾

Definición: un suicidio asistido por el médico significa que un médico proporciona un método de suicidio al paciente que, por otro lado, es físicamente capaz de llevarlo a cabo.

Responsables: el médico tratante y el enfermo.

Intención: el suicidio de un enfermo que no desea seguir viviendo en condiciones de sufrimiento intratable.

Los términos analizados se organizaron en cuatro categorías de acuerdo a su relación con: el morir, la forma de morir, los tratamientos y con el enfermo incapaz. (Anexo 1 – Tabla 1)

DISCUSIÓN

La discusión se hace con base a la categorización de los términos en los cuatro grupos señalados en la tabla 1

1.- Relacionados con el Morir:

Los conceptos Derecho a Morir y Morir con Dignidad, no constituyen decisiones al final de la vida, pero son conceptos que deben ser analizados en profundidad para los fines de este trabajo, debido a que representan una base argumental imprescindible para el resto de las decisiones que analizaremos luego.

Cuando los autores se refieren a un derecho a morir, tienden a relacionarlo con el aspecto legal, es decir con lo que la ley permite o no permite. Tomando en cuenta que esta es una investigación desde la perspectiva bioética, el Derecho a Morir se refiere a la facultad de la persona de realizar lo que considera adecuado para el final de su vida, que en este caso es morir y con ello cesa entre otras cosas esta facultad. Por resultar en una contradicción, desde el punto de vista ético no existe un derecho a morir, lo que existe, y de hecho todos los seres humanos aplicamos en mayor o menor medida, es el Derecho a Vivir como queramos, a pesar de que esa forma de vida nos pueda ocasionar la muerte. El problema del derecho a morir considerado desde la justicia, es que todo derecho en uno genera de manera intrínseca un deber en el otro. Si una persona decide acabar con su vida puede hacerlo y las circunstancias establecerán si esa decisión es buena o mala, pero si la persona tiene el derecho legal de acabar con su vida, la sociedad que le garantiza sus derechos tiene la obligación de ayudarlo a acogerse este derecho, lo cual no es ético porque representa una violación al principio de no maleficencia y al principio de autonomía de quien deba responder a la solicitud, en caso de no estar de acuerdo con la misma. Las únicas situaciones en que estos principios pudieran no ser quebrantados, son los casos de suicidio y de suicidio asistido por un médico que acepte libre e independientemente colaborar con una persona incapaz de ejecutarlo por sus propios medios.

El siguiente concepto, base de las decisiones al final de la vida, es Morir con Dignidad; la pregunta es ¿se puede morir sin dignidad? Si bien en el argot popular se utilizan con frecuencia frases como “morir dignamente” o “morir indignamente”, su uso pudiera ser un error. Es necesario, por lo menos esbozar un concepto de dignidad. Según Burgos, citado por Vilarroig ⁽⁵⁹⁾, “la dignidad de la persona constituiría una perfección intrínseca y constitutiva, que le hace ser un valor en sí misma, sin posibilidad de instrumentalización (...) es un valor absoluto que permite fundamentar los derechos humanos y hace que cada persona sea irrepetible”. Seifer citado en el mismo texto ⁽⁵⁹⁾, define cuatro tipos de dignidad consciente, social, moral y ontológica. Las tres primeras son relativas pero la dignidad ontológica es absoluta y concuerda con la definición de Burgos. Si se van a relacionar los conceptos de derecho y dignidad, no pueden ser relativos, el derecho aparece como consecuencia de una condición existencial. En esta investigación se asume el concepto ontológico de dignidad, que como se mencionó anteriormente es constitutiva del ser humano y por lo tanto no se puede perder.

Si la dignidad es un estatuto del ser humano, no puede perderse ni renunciarse a ella. Lo que puede ocurrir y lamentablemente ocurre con mucha frecuencia es que un ser humano sea tratado de manera indigna, es decir, irrespetuosa a su condición humana. Un detenido que muere por los efectos de un trato cruel y degradante, no muere indignamente, porque él no perdió ha perdido su dignidad por el tratamiento recibido; la muerte le sobreviene como consecuencia de haber sido víctima de un delito. Del mismo modo, si aquellas personas encargadas del cuidado de un enfermo, no observan las normas de respeto a la dignidad del muriente, incurren en violación del derecho a la vida y de los principios de no maleficencia, de autonomía y de justicia y cometen delitos calificados por numerosas legislaciones.

Todas las fundamentaciones de la bioética, tanto de la bioética personalista como de la bioética de principios, analizadas de manera individual o conjunta, están dirigidas a respetar el derecho a la vida, que más que el derecho a vivir, es el derecho a ser tratado dignamente como un todo. No es prudente fragmentar el derecho a la vida en dos derechos diferentes, a vivir y a ser tratado dignamente, porque podría

generarse una pendiente resbaladiza de la cual se derivan retóricas y dilemas bio-éticos que podrían enfrentar a los principios e igualmente a los individuos. No conforme con ello, la discusión moral más altisonante termina siendo reflejada en derechos y normas jurídicas, que bajo la promesa de proteger a algunos hace vulnerables a otros, construyendo obligaciones que pueden resultar contrarias a los valores y a los principios individuales.

2.- Relacionados con la Forma de Morir:

Si bien desde el punto de vista bioético no existe propiamente un Derecho a Morir, desde el punto de vista biológico sí existe una obligación de morir, la cual obviamente no tiene relación con una obligación ni ética ni legal, sino que surge del ciclo vital de todos los seres vivos, entre los cuales el humano no puede ser una excepción. Probablemente la falta de visualización de esa muerte obligatoria, condujo durante el siglo pasado a la ilusión de contar con una medicina capaz de proporcionar la vida eterna; si bien la sensatez permitía reconocer que sería un camino muy largo y difícil, la factibilidad daba licencia para exigir a algunos moribundos, sacrificios mayores a los que podía soportar. La perspectiva de adelantos científicos y tecnológicos, dirigidos al lema “mientras haya vida hay esperanza” ha permitido mantener a seres humanos conectados a una máquina durante años a pesar de no ser recuperables.

El desarrollo de la bioética en las últimas décadas del siglo XX, trajo como consecuencia la discusión sobre la manera de combatir el sufrimiento de la persona enfrentada a una muerte imposible de evitar.

El patrón ideal como forma de morir corresponde al buen morir, de allí que el concepto más importante y más antiguo sobre esto se refiere precisamente a la Eutanasia. El problema surge cuando desde el principio se asocia el buen morir como un acto del médico aceptado por el moribundo. Bacon, a quien se le atribuye haber utilizado por primera vez en inglés esta palabra derivada del griego, separa la buena muerte en dos categorías: una eutanasia interna, que se corresponde a la aceptación de la muerte por parte de quien fallece como un hecho natural, apacible y espiritual y la eutanasia externa, como la ayuda que debe prestar el médico para que

la muerte física ocurra sin dolor ni trauma. El Juramento Hipocrático prohíbe acabar con la vida del paciente, pero el "*ars medico*" obliga a aceptar la muerte como inevitable y no oponerse a ella prolongando la agonía. La edad media representa un cambio en el concepto naturalista de la antigüedad, concibiendo la vida y la muerte como hechos divinos, lo que, aunado a las limitaciones terapéuticas de la época, hicieron asociar la forma de morir a una decisión divina que debe ser aceptada y que contribuye de acuerdo a su forma de presentación, a la sanación espiritual del hombre pecador. ⁽⁶⁾

Se puede inferir, sin que esto se encuentre debidamente documentado, que en la medida en que la medicina comenzó a hacerse más científica, sus limitaciones comenzaron a hacerse más distinguibles y las decisiones divinas comenzaron a ser cada vez menos obvias y más asociadas a las fallas terapéuticas, por lo cual la decisión de dejar morir se correspondía cada vez más a la limitación terapéutica. Simultáneamente y desde el punto de vista político, el genocidio se hace más utilitarista, el desprecio por la vida humana se traslada del diferente, del de otra raza, hacia el inútil, el que no cumple con lo que se considera importante o necesario y complica el proyecto político. El colonialismo rechaza al diferente sólo en la medida en que no le es útil; en la medida en que su utilidad lo justifica, el humanismo lo acepta y lo protege. Si bien estas pueden ser algunas conclusiones de la forma como evolucionó históricamente la visión de la medicina sobre la vida y la muerte, debe advertirse que de manera soterrada coexistía la idea de acabar con los sufridos o incurables y acabar con el otro rechazado.

A mediados del siglo XX, las invasiones, contra invasiones y liberaciones colonialistas, o lo que pasó a ser llamado el Imperialismo, comenzó a racionalizar la muerte, es decir, a justificar con razones políticas, militares, económicas y hasta morales y sociales la muerte de seres humanos. Del genocidio nacional o racial se pasó a un genocidio político y social. De esta forma, imperios que antes atacaban exclusivamente a sus vecinos comenzaron a atacar a sus conciudadanos bajo la justificación ideológica, que permitía así mismo las anteriores justificaciones: raciales, económicas, políticas y sociales. El mejor exponente de esta situación fue la Alemania Nazi;

está ampliamente documentada la política de exterminio del discapacitado en la Alemania del III Reich, pero a pesar de ser el caso más exagerado, menos moral y más legalizado de todos, se debe entender que su bandera como símbolo de lo que posteriormente se llamará eutanasia no fue exclusiva de los nazis, también ocurrió en la Unión Soviética⁽⁶⁰⁾ y constituye una práctica, que si bien no ha podido sostenerse en lo médico, sí se ha sostenido en lo político hasta el siglo XXI.

Luego de la derrota a los nazis y a partir de los juicios de la post guerra, el concepto de eutanasia comenzó a asociarse de manera exclusiva al acto médico de acabar con la vida de un sufriente para aliviarlo. Como se dijo antes, estas prácticas no fueron exclusivas de los nazis, pero quienes los imitaban tampoco las hicieron oficiales. En este punto vale destacar que la jerarquía nazi, en sus comunicados oficiales y en sus decretos relacionados con acabar con la vida de discapacitados, jamás utilizó la palabra eutanasia.⁽³⁰⁾ Desde entonces comenzó a diferenciarse la práctica eutanásica en dos tipos: activa y pasiva.⁽¹⁶⁾ Como eutanasia activa se interpreta la acción positiva de acortar la vida del moribundo para acortar también su sufrimiento, mientras que se considera eutanasia pasiva a aquellas omisiones que permiten que una persona en condición de sufrimiento no permanezca con vida. Hasta bien avanzada la discusión bioética, esta diferenciación entre eutanasia activa y pasiva tuvo una importancia moral de tal magnitud, que fue incluida en muchas legislaciones y códigos de deontología médica.

Con el desarrollo de la bioética médica, estos comportamientos frente a los moribundos comenzaron a ser examinados de manera minuciosa; al mismo tiempo en el Reino Unido se inició el desarrollo de una nueva forma de asistir a los enfermos crónicos, incurables y moribundos: los Cuidados Paliativos⁽⁶¹⁻⁶²⁾. Ambas circunstancias condujeron a establecer que el hacer y el no hacer poseen la misma carga ética, ya que lo que interesa es la intención del acto/omisión. Desde la perspectiva de los cuidados paliativos también se logró entender, que en ocasiones la omisión puede ser mucho más perjudicial que la acción positiva.

El otro aspecto a analizar es, quién tiene la obligación o el derecho a tomar una decisión sobre la eutanasia. De allí se desprenden dos nuevos conceptos: eutanasia

voluntaria y eutanasia involuntaria, dependiendo de si el enfermo aprueba, acepta y solicita que su vida sea acortada para limitar el sufrimiento. ⁽¹⁶⁾

Hasta este punto del análisis se puede concluir que la eutanasia se considera un acto realizado por un médico, quien tiene la intencionalidad de acortar la vida de una persona que sufre de manera intensa y no tiene posibilidades de recuperación. Este acto puede ser realizado a petición del enfermo o sin su autorización, de lo cual se derivan la eutanasia voluntaria y la eutanasia involuntaria.

Cuando el enfermo desea terminar con su vida y está dispuesto a lograrlo por sí mismo, el médico podría ofrecer sus conocimientos para orientarlo sobre la forma de hacerlo; esto es lo que se denomina Suicidio Asistido. ⁽⁹⁾

Cuando la denominada eutanasia es realizada por una persona que no es médico, y en consecuencia no posee conocimientos para evaluar y tratar los síntomas que hacen del enfermo un sufriente intratable, se considera un Homicidio por Piedad. Al ser realizado por una persona que carece de los conocimientos de la medicina, la manera de practicarlo depende de las capacidades y recursos. El homicidio por piedad se puede definir en sentido estricto, como un asesinato realizado con la intención de eliminar el sufrimiento de un enfermo incurable, con la aprobación del enfermo y de la manera en que este lo solicite. Al igual que en la eutanasia involuntaria, puede ocurrir sin que medie la autorización del sufriente y además, con recursos que no son los menos cruentos; ocurren homicidios por piedad en los cuales se emplean armas de fuego, se interrumpe el funcionamiento de ventiladores o se realizan procedimientos de sofocación ocasionando la muerte por asfixia. En estos casos se asume que el fin justifica los medios, y se incurre en otra práctica que se denomina Cacotanasia, es decir una muerte mala, inadecuada.

De acuerdo a lo analizado previamente, la eutanasia corresponde a una forma de medicalizar la muerte, es decir, convertir la muerte de una persona en un acto médico. La muerte también puede ser convertida en un acto individual en el suicidio, un acto social en el homicidio, un acto colectivo en las tragedias naturales o accidentales y así sucesivamente, dependiendo de sus características particulares.

La medicalización de la muerte, es decir, la muerte mediada por la intervención del médico, puede tener como referente la eutanasia, pero también su opuesto semántico, la distanasia. Como una forma de morir, la distanasia es el resultado de otro tipo de decisiones que se toman al final de la vida y que se reúnen dentro del concepto de decisiones relacionadas con los tratamientos. La definición más precisa de distanasia no es la contraria a la eutanasia, sino se refiere más bien a conductas terapéuticas que conllevan a un sufrimiento innecesario del paciente con pocas posibilidades de recuperación. La distanasia es una forma de morir, sometido a procedimientos que ocasionan un sufrimiento innecesario y que prolongan la agonía.

Ante la falsa encrucijada de eutanasia y distanasia se ideó la posibilidad de llamar Antidistanasia a una forma de morir intermedia entre una y otra. Este concepto carece de sintaxis desde el punto de vista lingüístico, de sentido desde el punto de vista conceptual y de utilidad práctica. Desde el punto de vista lingüístico no es correcta la utilización de dos prefijos contrapuestos, desde el punto de vista conceptual, representa la negación de una negación y como término de utilidad práctica, sólo se le puede reconocer como algo contrario a algo llamado distanasia, pero que no representa un concepto real.

Es posible que esta incongruencia denominada antidistanasia, que pretendía marcar una diferencia entre eutanasia y distanasia, alentara a promotores del neologismo a proponer otro o término, por lo menos más coherente, el de Ortotanasia. El prefijo orto significa correcto, por lo cual ortotanasia se interpreta como una muerte correcta, adecuada. El problema radica en cómo definir este tipo de muerte en el ser individual que muere. Más aún, como actuar de manera que realmente esa persona muera de forma correcta. ¿Cómo se le explica a un moribundo y a su familia el morir correctamente o distanásicamente? Como herederos de una cultura judeocristiana y en posesión de un idioma amplio y cabal como es el castellano, se debería evitar el uso neologismos que tanto parecen gustar a los tecnócratas, incluyendo a los médicos. Resulta más adecuado el concepto de “muerte en paz”, que es el utilizado por la Asociación Médica Mundial en base a las metas de la medicina. ⁽⁶³⁾

Muerte en Paz es un concepto mucho más ilustrativo, académico y objetivo que cualquier neologismo con raíces griegas, más aún, reconociendo la tergiversación del término eutanasia y la imprecisión de ortotanasia. Las ideas de una muerte en paz y de evitar una muerte prematura se presentan en el informe del Hasting Center de los Estados Unidos en 1996⁽⁶³⁾, que reunió un grupo de expertos con la finalidad de establecer las metas de la medicina actual y cuyas conclusiones fueron adoptadas luego por la Asociación Médica Mundial. Aunque no lo dice expresamente el informe, resulta obvio que para la medicina no es posible evitar la muerte, solo se puede evitar la muerte prematura, es decir la de aquellas personas que presentan condiciones recuperables. Cuando la muerte es inevitable, como ocurrirá en algún momento a todas las personas sin excepción, lo que le corresponde hacer a la medicina es procurar que ésta ocurra en paz, es decir, sin dolor, sin sufrimiento, con tranquilidad física y espiritual, con la compañía y cuidados adecuados (cuidados paliativos).

Otro término que debe ser abordado es el de Mistanasia porque, como se dijo anteriormente, tiene dos significados Algunos expertos en cuidados paliativos consideran como el abandono del médico a un paciente necesitado. Pero en realidad mistanasia es un concepto que pertenece a la sociología y se refiere al grupo social que por condiciones de marginalidad no puede acceder al sistema público de salud y de seguridad social, o lo que es peor aún, que este sistema público no exista para aquellas personas que no cuentan con los recursos para procurárselos por sus propios medios. En este sentido constituye una forma de morir, pero no una decisión del final de la vida. Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, la mistanasia representa un concepto poco claro, ya que tiende a relativizarse en función de su interpretación social. Los cuidados paliativos son fundamentalmente personales; aun cuando pueden estar presentes en las políticas de salud pública, son intervenciones sanitarias personales, aun cuando pueden estar presentes en las políticas de salud pública, son intervenciones sanitarias personales, al igual que todas las actividades correspondientes a la medicina curativa. Como se mostrará más adelante, la mistanasia no es una forma de morir del ámbito personal sino social lo que se corresponde con una relación terapéutica será definida como Abandono.

3.- Relacionados con el tratamiento:

Antes del desarrollo del consentimiento informado, las decisiones terapéuticas eran estricta potestad del médico en una relación paternalista que fundamentaba sus actuaciones en la esperanza y en la sacralidad de la vida. “Mientras hay vida hay esperanza” y “hasta que lo decida Dios”, más que frases comunes, representaron por mucho tiempo verdaderos paradigmas de la medicina. La innovación tecnológica justificaba el esfuerzo terapéutico. Del análisis de esta actitud, que consideraba a la muerte un enemigo a vencer por parte de cada individuo, quien pasaba a denominarse “caso”, surge el concepto de Medidas Terapéuticas Fútiles. La palabra fútil tiene significados un poco diferentes entre el inglés de donde se origina y el castellano, lo cual desvirtúa la intención de conceptualizarla para ambas culturas. *Futile* en inglés significa inútil, mientras que en castellano fútil significa sin importancia; desde el punto de vista anglosajón, Medidas Terapéuticas Fútiles se interpreta como algún tratamiento que no ofrece beneficio al paciente. Toda intervención médica de diagnóstico o tratamiento implica riesgos, molestias o inconvenientes, además del costo económico, muchas veces bastante elevado, que lo haría quedar fuera de consideración, por lo cual la palabra fútil no resulta ser un adjetivo adecuado. Si bien para los anglosajones medidas fútiles tiene un sentido bastante exacto, los límites entre esa inutilidad y la maleficencia no son precisos, razón por la cual las medidas terapéuticas se comenzaron a clasificar como proporcionadas y desproporcionadas, dejando el término fútil para procedimientos diagnósticos cuyo resultado no tendrá influencia sobre las posibilidades de tratamiento. Cuando comienza a hablarse de medidas proporcionadas o no, el dilema se encuentra en el estándar, patrón o referencia a utilizar, porque éste varía de paciente a paciente y de médico a médico, mediado por valores, creencias y accesibilidad; un tipo de tratamiento y su posible resultado es más gravoso para unos que para otros, por lo tanto, el límite entre lo proporcionado y desproporcionado se desplaza permanentemente de un lado hacia el otro. Podemos concluir que es el paciente, en virtud de su autonomía, quien determina la proporcionalidad mediante el consentimiento informado.

El problema surge nuevamente cuando el paciente se encuentra incapaz para dar el consentimiento. En este caso, apuntado por la Iglesia Católica, surge el concepto de Medidas Ordinarias y Extraordinarias, para tratar de obligar un mínimo de conductas sin las cuales se incurre en abandono al enfermo. Las medidas ordinarias son los cuidados mínimos de abrigo, aseo y alimentación, mientras que todas las demás se consideran extraordinarias y solo tienen justificación ante un pronóstico de mejoría, para brindar mejor calidad de vida, o para promover una muerte en paz. Aun cuando la definición entre ordinario y extraordinario parece precisa y fácilmente distinguible, en la práctica no lo es tanto. El propósito de esta clasificación es crear un deber moral de atención al enfermo, pero no se puede distinguir siempre quien es el responsable de hacer que estos derechos se cumplan ni en qué medida, ya que, lo que para algunos es un simple cuidado como la alimentación, obliga en otros casos al empleo de alta tecnología para la elaboración y suministro de alimentos. A manera de ejemplo: un equipo de infusión continua de analgésicos de última generación para aliviar el dolor no tratable por otros medios, en un moribundo ¿cómo se clasificaría? ¿sería ordinaria o extraordinaria?

4.- Relacionados con el control de las medidas terapéuticas:

El desarrollo de tecnologías de soporte vital demostró la capacidad de la medicina para demorar la llegada de la muerte y prolongar el sufrimiento; si bien estos esfuerzos se justificaban en aquellas personas que lograban recuperarse, para las que no lo lograban y/ o servían como sujetos de investigación, la muerte resultaba un suplicio injustificable. Esta situación reactivó la discusión sobre la pertinencia de la eutanasia, que defendía al muriente, de lo contrario a ella, que se denominó **encarnizamiento terapéutico**. El concepto encarnizamiento terapéutico, obtuvo una aceptación tan inmediata como el de eutanasia. Resulta difícil deliberar sobre dos conceptos que comienzan, el primero en tono peyorativo (encarnizamiento) y otro en tono promisorio (bueno). No obstante, los detractores de la eutanasia, en su mayoría pertenecientes a las esferas religiosas judeo-cristianas, la atacaron nuevamente haciendo hincapié en el hecho del asesinato de un ser vulnerable, que fallecería de todas formas, transformando este acto en inútil.

Para aliviar la carga moral, legal y hasta semántica del término encarnizamiento, porque no se justifica un acto médico asociado al mismo, salvo en la tortura, que representa un delito, algunos bioeticistas decidieron adoptar el término obstinación terapéutica⁽⁵⁵⁾, suavizando el concepto pero dejando intacta una realidad inaceptable y antiética: intentar mantener y prolongar la vida del muriente aún a costa de un sufrimiento injustificable, ya que no se recuperará y su calidad de vida se deteriorará en la medida en que haya participación médica. En otras palabras, el resultado de este tipo de asistencia médica, conduce a una forma de morir contraria a cualquier tipo de eutanasia, pasando a ser considerada distanasia.

Se debe aclarar que la distanasia y la eutanasia son formas de morir, mientras que la obstinación terapéutica, eufemismo del encarnizamiento terapéutico, es solo un tipo de control una forma de uso de las medidas terapéuticas. El control de las medidas terapéuticas es parte inseparable de la terapia médica. En virtud de las controversias generadas por los términos encarnizamiento y obstinación, se ha propuesto uno nuevo, el de adecuación del esfuerzo terapéutico, como la acción y el efecto adaptar los tratamientos a las necesidades y condiciones del enfermo.

Antes de plantearse el control de las medidas terapéuticas, había surgido el concepto de abandono del tratamiento en el ámbito de la salud mental, éste consiste en la actitud del enfermo de rechazar las recomendaciones de los terapeutas. Simultáneamente se adoptó en el área de las enfermedades crónicas, en contraposición a la llamada adherencia al tratamiento. Ambos conceptos se han expandido hacia otras especialidades y han alcanzado tanto a la oncología como a los cuidados paliativos. Con el desarrollo de la relación médico-paciente horizontal y del consentimiento informado, surgió un nuevo término, el de limitación del tratamiento, diferente al abandono terapéutico. La limitación del tratamiento es la potestad del enfermo para decidir, mediante el consentimiento informado, hasta qué punto y en cual medida recibirá o aceptará las indicaciones del médico con respecto a tres proposiciones imprescindibles: diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.

De la misma manera en que el paciente puede dar por finalizada la relación médico paciente, el médico también puede hacerlo, sin embargo, a diferencia del paciente, el médico debe informarlo y debe ofrecer alguna alternativa, de ser posible; cuando esto no ocurre, el médico incurre en un acto de abandono. Debería llamarse abandono terapéutico, pero como este término ya se encontraba describiendo una actitud del enfermo, la costumbre del uso lo ha dejado como abandono a secas. El abandono por parte del médico ha querido ser identificado con un término más técnico, el de mistanasia, pero como se describió anteriormente, mistanasia corresponde a un hecho más de la sociología que de la medicina.

Debido a que en la relación médico paciente, el proceso de salud enfermedad y la historia biográfica de los individuos son cuadros dinámicos y cambiantes, las actitudes, los propósitos y las perspectivas también cambian permanentemente. Para ejemplificar, el enfermo oncológico comienza con una serie de signos y de síntomas que varían con el curso de la enfermedad y la aplicación del tratamiento, el plan y el pronóstico del médico cambiarán en respuesta a estos resultados y a la evolución del cuadro clínico y todas estas variaciones obligan a una reflexión prudente llamada adecuación del tratamiento. La adecuación del tratamiento es la evaluación de la actuación médica en función de los cambios que se van produciendo en el paciente tanto desde el punto de vista biológico como del social y personal, con la finalidad de proporcionarle la mejor calidad de vida posible.

Al final de la vida, la actuación del médico puede hacerse complicada, en el sentido de que los efectos adversos de sus indicaciones pueden ser tan severos que comprometan la vida del enfermo; es así como la sedación de un enfermo moribundo puede coincidir con su muerte, el tratamiento de la disnea incurable puede producir depresión respiratoria y acelerar la muerte, el uso de determinados medicamentos puede adelantar la insuficiencia renal, pero todos y cada uno de estos procedimientos están dirigidos a mejorar la calidad de la escasa vida que le queda o a proporcionar una muerte en paz. A esta situación a menudo dilemática y que amerita gran experticia y conocimiento médico, se le denomina principio del doble efecto. El principio del doble efecto, se diferencia de la eutanasia en la intención principalmente.

La intención de la eutanasia es producir la muerte para que el enfermo deje de sufrir, la intención del principio del doble efecto es evitar el sufrimiento aun cuando sobrevenga la muerte. Es importante reconocer estas diferencias y tener claridad en que, desde el punto de vista de la acción, la eutanasia activa y la aplicación del doble efecto son actos parecidos con diferentes intenciones, mientras que la eutanasia pasiva y el abandono son actos parecidos con las mismas intenciones.

5.- Relacionados con el enfermo incapaz:

Cuando la persona es incapaz de manifestar sus deseos y prioridades, se considera que sus tutores pueden decidir por ellos, lo cual no es del todo cierto. Las decisiones de un tutor pasan primero por los valores, principios e intereses de ese tutor y luego sopesan los intereses del receptor de esa tutoría.

Mucho se ha comentado sobre la posibilidad de manifestar nuestras intenciones previamente a enfrentarnos con situaciones críticas. Si bien esto es realizable en la práctica, no significa que lo que decidimos en condiciones de normalidad sea igual a lo que decidimos cuando nos encontramos en la situación problemática real. Si bien el individuo puede manifestar su decisión ante una situación hipotética, eso no obliga a otros a cumplir con esa decisión. Los terceros tienen sus valores y principios que no violentaran a petición adelantada de otro. La Ley garantiza derechos inalienables e irrenunciables, de los cuales la vida es uno de los primeros; si el deseo previamente manifestado puede además ser considerado una violación de la ley, el tutor se encontrará imposibilitado para cumplir con esos deseos.

A nivel legal se establecen dos tipos de acciones previsivas que puede realizar una persona capaz ante la posibilidad de encontrarse en una situación de incapacidad: las decisiones anticipadas y el testamento vital.

Las decisiones anticipadas, se refieren a “lo que quiero que se realice sobre mi persona en una situación determinada, en caso de no poder manifestar mi opinión, en el momento necesario”.⁽⁶⁴⁾ Las decisiones anticipadas se refieren a acciones a tomar en condición de vida, ejemplo; ser o no ingresado a una unidad de cuidados intensivos, limitar las medidas terapéuticas con la finalidad de preservar los órganos

donados para trasplante y la más común, solicitar la “No reanimación” en caso de parada cardíaca. Pero existen otras que pueden ser difíciles de categorizar y dilemáticas al momento de ser ejecutadas, ejemplo: el deseo de no recibir alimentación o hidratación parenteral, el uso limitado de los recursos económicos, entre otros.

El testamento vital se refiere a lo que la persona quiere que se disponga una vez ocurrida la muerte, por lo cual, desde el punto de vista semántico, resulta una contradicción hablar de un testamento vital, o por lo menos la palabra vital no tiene ningún sentido en un testamento. Sin embargo, un testamento, concebido como el manifiesto de la voluntad personal después de la vida puede considerarse muy útil, razonable y adecuado. Útil porque resuelve ciertas dudas a los familiares, razonable porque al manifestar voluntad e intencionalidad le da sentido a ciertas decisiones que no pueden ser explicadas por una persona ya fallecida y es adecuado por ambas razones anteriores.

Como producto de esta discusión se descartaron los términos que se consideran inadecuados por las razones antes expuestas (Anexo 2 – Tabla 2) y aquellos considerados pertinentes (Anexo 3- Tabla 3), se incorporaron al Glosario Propuesto (Anexo 4)

Análisis bioético

El análisis bioético de los términos incluidos en el Glosario (Anexo 4), se circunscribe a aquellos considerados de utilidad práctica y apropiados para dicho análisis; se descartan los presentados en la Tabla 2 por considerarlos no apropiados ni útiles, a excepción de los conceptos relacionados con el morir: Derecho a Morir y Morir con Dignidad, cuyo análisis bioético es necesario como argumento, para dejar de utilizarlos.

Los conceptos relacionados con la forma de morir: Antidistanasia, Cacotanasia y Ortotanasia no fueron incluidos en el glosario debido a que no se encontraron definiciones apropiadas. El concepto de Mistanasia, es recomendable mantenerlo den-

tro del campo de la sociología donde resulta mucho más ilustrativo y evita confusiones con el concepto de abandono por parte del médico, que será analizado en el aparte de control de las medidas terapéuticas.

El Suicidio Asistido por el médico, constituye una modalidad de eutanasia activa; mientras que el no médico que asiste a un Suicidio y/o realiza un Homicidio por Piedad incurre en acciones tipificadas universalmente como delitos, por lo cual no son tratados en este trabajo.

Los conceptos relacionados con la forma de morir no pueden separarse de la actuación médica, es decir de los tratamientos recibidos por el paciente; de esta forma, conceptos como encarnizamiento y obstinación terapéutica, aparte de ser moralmente negativos, constituyen la causa de la Distanasia. Medidas Terapéuticas Fútiles, Proporcionadas o Desproporcionadas, Ordinarias o Extraordinarias, como ya se comentó, no son conceptos precisos ni útiles.

1.- Conceptos relacionados con el morir

Si se admite un Derecho a Morir, en correspondencia al respeto de los principios de autonomía y justicia, tendría que existir una obligación para que la muerte se produzca en determinadas condiciones. Estas condiciones podrían ser, una situación de gran sufrimiento para el paciente, pero también una situación muy gravosa para los cuidadores. El principio personalista de la subsidiariedad nos obliga a procurar los mayores cuidados y beneficios tanto al paciente como a sus familiares, lo que institucionalmente se conoce como cuidados paliativos. Si el derecho a morir existe, el principio de libertad y subsidiariedad del enfermo podría sustituir el de subsidiariedad de la sociedad y el paciente podría proponer el final de su vida para acabar con su sufrimiento y aliviar a los cuidadores; lo cual se puede interpretar como inducción al suicidio o como una forma de proteger a sus cuidadores, el cual ocurre con mucha frecuencia.

Anteriormente se dijo que un supuesto derecho a morir implica una obligación en el otro, quien debe responder a la demanda de ese mismo derecho. En condiciones tan deprimentes y demandantes que no sólo afecten al paciente sino también a sus

seres queridos o cuidadores, y por consideración a estos, el deber de terminar con la vida podría ser asumido por el propio enfermo. Todo el análisis anterior se fundamenta en el hecho de que los verdaderos derechos son aquellos que nos corresponden como seres humanos, porque nos ratifican esa condición, es decir, sin ellos dejamos de ser tratados como seres humanos; se hace referencia al derecho a la vida, a la libertad, a ser tratado dignamente, a ser identificado y reconocido por la sociedad, entre otros. Bajo esta premisa, un derecho a decidir dejar de existir, evidentemente no se corresponde con la existencia como ser humano.

En cuanto a Morir con Dignidad, se ratifica que la dignidad es una condición del ser humano y este trabajo se acoge al concepto de ser humano y no de persona, ya que la condición de persona puede ser controversial en algunas circunstancias. Se parte de un concepto de dignidad como una condición que comienza con la vida y que persiste después de la muerte, por lo tanto, para discutir la dignidad del feto se debe precisar primero cuando comienza su vida. Si se concibe la dignidad como un atributo de la persona, el feto, los incapacitados severos, los dementes y por supuesto los enfermos terminales con grave deterioro de sus atributos físicos y cognitivos podrían dejar de tener dignidad y una forma de recuperarla sería dejando de existir, en virtud de lo cual no tendría sentido discutir los aspectos éticos de las decisiones que se tomen al final de la vida puesto que antes tendríamos que precisar si se trata de personas o tan sólo de seres humanos que aún viven. Se considera que el ser humano posee una dignidad intrínseca que no puede perder; lo que ocurre es que en ocasiones es tratado de forma indigna, socavando su autonomía y libertad, mediante un trato que viola además su derecho a la vida, y los principios de subsidiariedad, justicia y no maleficencia.

2.- Relacionados con la forma de morir

La distanasia ocurre como consecuencia de un tratamiento médico orientado exclusivamente a preservar la vida biológica sin importar el sufrimiento de la persona. La mayoría de las veces, la distanasia ocurre por la preponderancia de una visión muy reducida de lo que significa el proceso de la enfermedad, focalizando toda la aten-

ción en la resolución de una crisis que no posee relevancia ante el déficit multiorgánico o el pronóstico desfavorable que pueda tener la persona; la distanasia también se produce cuando se da prioridad a la atención del proceso patológico (como puede ser una infección) que sobre el control de síntomas o la procura de una mejor calidad para una vida limitada. La distanasia viola los principios de beneficencia y de no maleficencia simultáneamente; puede transgredir el principio de justicia ya que puede privar a otras personas de recursos que se están malgastando en hacerle daño a este enfermo. La distanasia también afecta el principio de autonomía ya que por definición nunca responde a la voluntad del paciente; de manera que, el primer imperativo que resulta incumplido cuando ocurre la distanasia es el Consentimiento Informado. Por el contrario, si una persona acepta o exige que se tomen todas las medidas posibles para mantener sus funciones biológicas, a pesar de no existir expectativa de salvación, no puede ser considerado como distanasia. Aunque pueda parecer extraño, algunas personas consideran que someterse a procedimientos muy cruentos, a menudo experimentales, puede ser una manera de lograr una vida trascendente; es importante acotar que el consentimiento informado para estos casos debe ser explícito en señalar hasta que consecuencia pronosticable se mantendrán los esfuerzos y quien servirá de tutor de un enfermo que probablemente sea incapaz de revocar el consentimiento.

La eutanasia, es quizás la más controvertida de todas las definiciones tratadas en esta investigación. Ha sido abordada como una forma de morir porque semánticamente se refiere a una buena muerte, considerando como bueno lo que opine el muriente cuando es voluntaria, o lo que opine el cuidador (médico) cuando es involuntaria; también es una forma de morir porque es la consecuencia de un acto deliberado, en este caso es una decisión médica, una decisión terapéutica. Como acción la eutanasia, y esta es su principal característica, está determinada por la intencionalidad, es decir que, dentro de las acciones terapéuticas, la eutanasia existirá sólo si media la intención de ocasionar la muerte. La eutanasia sólo puede ocurrir desde la voluntad del médico, por lo tanto, independientemente de la voluntad o los deseos del enfermo o de sus familiares el único responsable es el médico.

El concepto de Eutanasia ha cambiado mucho desde que fue acuñado por Francis Bacon en el siglo XV lo que se ha mantenido inalterado hasta nuestros días son las dos características de la Eutanasia: la intencionalidad de acabar con la vida del enfermo para acabar con su sufrimiento y la participación exclusiva del médico. En base a estas dos características patognomónicas debemos considerar que el Suicidio Asistido por el médico es la forma más evidente de Eutanasia Activa y Voluntaria, la cual, a su vez, es la forma de eutanasia que podría ser aceptada desde la bioética, ya que puede considerarse respetuosa del principio de Autonomía y el derecho a la Libertad.

El suicidio es una opción del individuo que se encuentra más allá de cualquier análisis bioético, ya que la autolisis le pertenece al ser humano individual despojado de su interacción social, que constituye el ámbito principal de la bioética desde el personalismo y los principios.

Ahora bien, el suicidio asistido, aunque representa para el suicida el ejercicio de su autonomía y libertad, ya que está decidiendo sobre su propia vida, en quien lo asiste, representa la aplicación de los principios de beneficencia y subsidiariedad, al considerar que la acción suicida beneficia al solicitante, que no es capaz de lograr por sí solo este beneficio. El suicidio asistido pudiera ser moralmente válido sólo en aquellos pacientes que no pueden lograrlo sin asistencia. Sin embargo, detrás de la apariencia benéfica del suicidio asistido se encuentra inseparablemente la inducción al suicidio por parte de quien lo asiste, planteando un dilema ético. Son muy pocas las situaciones en las cuales el suicida precisa la asistencia de un médico, por lo tanto, antes que una alternativa para el sufriente, el suicidio asistido debe ser una excepción entre las opciones para aliviar el sufrimiento.

En la misma magnitud que la distanasia pretende proteger el derecho a la vida, la eutanasia lo niega. El principio de libertad es inseparable del principio de responsabilidad, la responsabilidad se acaba con la vida. También puede decirse que acabar con la vida es por definición un acto no benéfico, entrando en contradicción con el supuesto beneficio que se le otorga al paciente cuando se aplica la eutanasia que el considera como una ayuda pero que al mismo tiempo hace desaparecer cualquier

ejercicio de sus derechos al terminar su vida. Pero quizás el aspecto más importante, desde el punto de vista ético de la eutanasia activa y voluntaria es el principio de Justicia, el cual, puede explicarse de una forma pragmática de la siguiente manera: si una persona padece una enfermedad incurable, mortal y que lo hace sufrir intensamente, sólo existen dos alternativas, adelantarle la muerte para que deje de sufrir o aliviar el sufrimiento hasta que muera; es más fácil y económico acabar con la vida del sufriente, pero es más humano y trascendental aliviar el sufrimiento y permitirle vivir el poco tiempo que le queda. Si se opta por la primera opción, se inicia una pendiente resbaladiza que impulsa al desuso de los desarrollos tecnológicos para evitar muertes que ahora se consideran prematuras; si se opta por el desarrollo de los cuidados paliativos, probablemente nos estaremos acercando a una sociedad más solidaria y menos utilitarista.

Por otra parte, el que una persona en determinadas circunstancias considere que lo más favorable es acabar con su vida, no significa que un tercero tenga la obligación de satisfacerlo, más aún si esas circunstancias son consecuencia de la forma de vivir de quien solicita finalizar con su vida. El posible asistente tiene su propia dignidad, derecho a la libertad de pensamiento, autonomía y sentido de la beneficencia y de la justicia, que también deben ser respetados. En estas circunstancias el principio de responsabilidad del solicitante consigo mismo, cobra mucha importancia.

La eutanasia voluntaria se sostiene en el principio de autonomía, la persona debe solicitarla de manera reiterada y justificada. La justificación es un elemento muy importante ya que la eutanasia es un camino sin retorno, por lo cual lo importante es que esa justificación, que generalmente se refiere al sufrimiento personal y familiar, no pueda ser solucionada de otra manera, como por ejemplo haciendo uso de los cuidados paliativos. Pero en otras ocasiones, la situación de vida insostenible del individuo no está determinada por sus dolencias físicas sino por la carga que representa para terceros, en el fondo el paciente no se encuentra al límite de su aguante personal, pero su condición sí es de mucho peso para el grupo familiar, por lo tanto, él considera la eutanasia como una manera de resolver la situación. En

este caso, la eutanasia voluntaria en realidad termina siendo una eutanasia inducida. En ambos casos, cuando la solicitud está mediada por el sufrimiento personal o el familiar, el problema se resuelve con la muerte de la persona. Una prueba de esto es que la legislación española afirma que la persona puede solicitar la eutanasia, cuando las disponibilidades de los cuidados paliativos en su zona de vivienda no sean suficientes, lo cual significa que la ley que autoriza la eutanasia exime al estado para prestar servicios médicos de calidad que mejoren su calidad de vida, en otras palabras, se estimula a abandonar la vida mientras se exonera al estado del cumplimiento de sus obligaciones.

La eutanasia involuntaria, aquella que se realiza sin el consentimiento de la persona, tiene el cuestionamiento ético de violar la autonomía y el derecho a la vida, no puede demostrar claramente el respeto por los principios de beneficencia y no maleficencia y toma como fundamentos principios de justicia y solidaridad poco verificables y en ocasiones contrarios al sentido común. La Eutanasia Involuntaria, carece de los elementos de beneficencia de la Eutanasia Voluntaria y aunque se pretende sustentar en el principio de beneficencia (aliviar el sufrimiento) no se justifica con los procedimientos actuales de analgesia y sedación que se realizan como parte de una buena práctica de medicina paliativa.

Desde el punto de vista ético, la eutanasia pasiva y activa no tienen diferencias relevantes; la intención de provocar la muerte como forma de acabar con el sufrimiento es lo que define a la eutanasia, Sin embargo, la eutanasia pasiva, que consiste en la omisión de tratamientos, generalmente conduce a una mala muerte, se considera un tipo de abandono. Curiosamente, la eutanasia Pasiva fue reconocida durante muchos años del siglo pasado, como una buena práctica médica, tanto en textos de medicina como éticos, en los cuales se consideraba adecuado dejar morir al moribundo; tratándose de eutanasia, cuya característica es la intencionalidad de provocar la muerte, ese dejar morir es más un dejar de hacer para que el enfermo muera, es un abandono por parte del médico para que la enfermedad cobre su precio. En la Eutanasia Pasiva se viola el principio de no maleficencia, porque se permite que la muerte ocurra sin que medie la participación del médico en el alivio del

sufrimiento, ya que la intención es adelantar la muerte. La eutanasia pasiva puede ser violatoria del principio de no maleficencia, ya que el desarrollo natural de algunos procesos patológicos y de algunas omisiones terapéuticas pueden desencadenar procesos agónicos de mucho sufrimiento. La eutanasia pasiva al igual que la activa, si además es involuntaria, viola el principio del respeto a la vida y el principio de justicia, ya que se dan por descontados e inútiles los cuidados paliativos en un enfermo seguramente incapaz de proponer otra alternativa para el final de su vida.

Durante los cuidados paliativos se pueden omitir ciertas conductas terapéuticas, como la antibioticoterapia y hasta la oxigenoterapia, pero manteniendo otras medidas con la intención de aliviar el sufrimiento o de mejorar algunos síntomas; las omisiones responden a una intencionalidad de evitar la prolongación de la agonía, no de provocar la muerte. Para el observador externo estos comportamientos pueden parecer similares, sin embargo, los diferencia la intención: la eutanasia intenta adelantar la muerte y los cuidados paliativos procuran una muerte en paz.

La Muerte en Paz, junto con el evitar una muerte prematura, constituyen una de las metas de la medicina aprobadas por la Asociación Médica Mundial, aun cuando ni esta asociación ni el Hasting Center, que la propuso, la definieron. Resulta evidente que una muerte en paz es aquella que ocurre sin dolor, con resignación, con el mínimo de sufrimiento y en compañía de los seres queridos. Al ser una de las metas de la medicina, constituye una obligación de la buena praxis médica trabajar para que ocurra. Por razones semánticas, históricas y conceptuales se han asociado eutanasia y distanasia como antónimos, recordemos que la distanasia surge como resultado de lo que se denominaba encarnizamiento terapéutico, práctica negativa por la cual se ha querido justificar la eutanasia; desde el punto de vista conceptual, la intencionalidad de la eutanasia es acortar o adelantar la muerte, mientras que la de la distanasia es prolongar la vida a toda costa. Ahora bien, la vida humana puede acortarse en cualquier momento, pero no puede ser prolongada de manera indefinida y por mucho que se puedan mantener de forma artificial funciones vitales mínimas, estas condiciones no pueden considerarse de vida humana.

En la distanasia las acciones terapéuticas que intentan mantener la vida a pesar del sufrimiento que ello implique, son las que ocasionan la muerte. Se instauran tratamientos para mantener las funciones vitales, se tratan complicaciones que pueden comprometer la vida de la persona, pero no se evita la progresión de la enfermedad incurable en fase terminal responsable del sufrimiento de la persona. En base a un supuesto respeto por la vida, se pierde el principio de la totalidad, cuando lo que interesa es el mantenimiento de funciones biológicas; se viola el principio de beneficencia cuando se prolonga la agonía y el de no maleficencia cuando las intervenciones distanásicas resultan dolorosas y perniciosas por su carácter invasivo y de agresión a la constitución física de la persona. Por último, las acciones que conllevan a la distanasia afectan el principio de justicia y subsidiariedad por el uso dispendioso de recursos terapéuticos. Si estas conductas no cuentan con el consentimiento del paciente también se estaría violando su derecho a la autonomía y a la libertad.

3.-Relacionados con los tratamientos:

El abandono por parte del médico ocurre cuando este deja de atender a un enfermo necesitado con el cual ha establecido una relación asistencial, sin haber garantizado la atención por parte de otro médico. Las condiciones para determinar el abandono son: la existencia previa de la relación que ha generado acciones de parte del médico por las cuales debe responder, que la necesidad prioritaria del paciente esté relacionada con las capacidades del médico, que no se haya realizado una referencia a otro colega con el consentimiento informado del paciente y que no estén presentes causas de fuerza mayor. El abandono constituye un acto contrario a los principios de responsabilidad y no maleficencia y en muchos casos califica como mala praxis médica adquiriendo connotación legal.

El abandono terapéutico, que ocurre cuando el paciente abandona las indicaciones del médico, no puede ser considerado un ejercicio de la autonomía, como suelen pensar los propios pacientes, ya que esta se ejerce mediante el consentimiento in-

formado. Por el contrario, como fue señalado anteriormente, la libertad es inseparable de la responsabilidad. En el abandono terapéutico, el paciente no actúa de manera responsable y debe asumir las consecuencias.

En la discusión se planteó que los términos Encarnizamiento y Obstinación Terapéutica, poseen semánticamente una carga moral negativa, por lo cual no deben ser utilizados. Por otra parte, el término Limitación de Medidas Terapéuticas, posee una connotación de reducción del esfuerzo terapéutico, y no se puede concebir el desarrollo de un esfuerzo terapéutico para ayudar al enfermo terminal en sus múltiples necesidades y su progresivo deterioro, desde un concepto de "limitación". En condiciones adecuadas, la limitación del tratamiento se circunscribe a la reducción o suspensión de terapias que no ofrecen mayor ayuda al enfermo en especial las que tienen que ver con la curación o control de la enfermedad, sin hacer alusión a otro tipo de terapias que deben ser instauradas en sustitución de las primeras para el confort y mantenimiento de la mejor calidad de vida posible.

Adecuación del tratamiento es la manera más precisa de definir la conducta adecuada en la atención del enfermo terminal. Los tratamientos se deben adecuar a los intereses y decisiones del enfermo, a la evolución y al pronóstico de la enfermedad en progresión, haciendo el mayor esfuerzo para respetar los principios bioéticos y obtener el consentimiento informado.

Es necesario hacer una clara distinción entre la adecuación restrictiva de medidas terapéuticas, cuando se reducen o se retiran medidas ya iniciadas, y el abandono o la eutanasia pasiva. En esto la intencionalidad es nuevamente el punto de referencia. Por ejemplo: la omisión de un tratamiento solo es ética cuando corresponde a la adecuación de las medidas terapéuticas para promover una mejor calidad de vida en la persona aun cuando sea muriente, en concordancia con el principio de No Maleficencia; generalmente se acompaña de medidas terapéuticas adicionales para tratar los síntomas del cuadro clínico que se ha dejado de tratar. También, la desconexión de equipos de soporte vital, una vez confirmada la condición irrecuperable de la persona no constituyen un acto de eutanasia pasiva, representan una adecuación del esfuerzo terapéutico, la persona morirá por una causa médica que le impidió

vivir de manera autónoma, la utilización de equipos y sistemas de soporte vital se justifican cuando el proceso terapéutico puede revertir el estado patológico del enfermo y permitirle la recuperación.

Las adecuaciones progresivas de medidas terapéuticas son aquellas que se van iniciando en la medida en que el enfermo terminal se acerca al proceso de agonía, constituyen el trabajo más importante y complicado de los cuidados paliativos, en el cual el conocimiento médico, la habilidad en el trato y el "*ars medicus*" tiene mayores exigencias. En estas situaciones el equipo médico se enfrenta a un paciente y a una familia con múltiples necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales. El enfermo en particular es muy lábil a la intervención médica farmacológica; el cuidador al mismo tiempo que adquiere mayor importancia se encuentra "desgastado" y debe recibir medidas de soporte por parte del equipo tratante. En la práctica de los cuidados paliativos, muchas intervenciones pueden producir efectos indeseables que deben ser sopesados, ya que, por las precarias condiciones del paciente, acciones pretendidamente beneficiosas pueden resultar negativas; este dilema es el Principio del Doble Efecto. En el glosario se describieron las características del principio del doble efecto, pero desde el punto de vista práctico y para este análisis bioético lo primero que se debe reconocer es que el contrato médico está basado en la intención y no en los resultados. Se pudiera considerar que el principio del doble efecto, definido en la discusión bioética del tratamiento del enfermo terminal, es en el fondo la base de la relación médico paciente en todos los niveles de la práctica médica. El principio del doble efecto sólo tiene cabida en una práctica médica muy cuidadosa de los principios éticos y apegada al consentimiento informado. Para que el principio del doble efecto sea válido, el objetivo de la acción inicial no puede ser alcanzado de otra forma más segura, mientras que el segundo efecto debe afectar menos la calidad de vida que no aplicarlo o su efecto puede ser neutralizado. El ejemplo más utilizado para ilustrar el principio del doble efecto es la utilización de opioides para aliviar el dolor y la posibilidad de muerte por depresión respiratoria, si bien este es un escenario real y frecuente, también es cierto que la depresión por opioides puede ser detectada a tiempo y revertida con el uso de antagonistas de los opioides, de manera tal que no se justifica dejar de calmar el dolor

con opioides, pero tampoco dejar que la depresión respiratoria acabe con el paciente, cuando se sabe que puede ocurrir. En otra situación real, la sedación al final de la vida, la muerte sobreviene por la enfermedad no por la sedación, aun cuando ocurre durante la sedación. En conclusión, el principio del doble efecto aplica para complicaciones y malestares que se presentan durante el ejercicio médico adecuado y prudente en un enfermo lábil, no es una causa de muerte, excepto que ocurran efectos adversos como en cualquier otra práctica médica en pacientes no terminales. No es ético, por violación del principio de no maleficencia, identificar la causa de la muerte con el principio del doble efecto, la verdadera causa de la muerte está en la complicación de la medida terapéutica en un individuo con morbilidad importante que lo predispone a sufrir un efecto adverso; esto no se puede confundir con una terapia que por intencionadamente bueno adelantó la muerte. El principio del doble efecto es una idea de complejidad y riesgo terapéutico que se realiza concienzudamente, no es una moneda que se lanza a los pies del enfermo para decidir si obtiene alivio o se adelanta la muerte.

4.-Relacionadas con el enfermo incapaz

El enfermo tiene la posibilidad de hacer del conocimiento de familiares y cuidadores de sus deseos sobre el trato que quiere recibir cuando se encuentre incapacitado o haya fallecido.

Las Voluntades Anticipadas, reciben muchos y muy variados nombres, pero se refieren a la voluntad de la persona sobre su cuerpo aún vivo, pero con incapacidad para expresarla. Estas decisiones se refieren a la reanimación cardiopulmonar, el uso de medios artificiales para mantener las funciones vitales y cualquier otra que estime conveniente según sus condiciones físicas; puede negarse a recibir alimentación parenteral o por ostomías. El derecho a la libertad y la autonomía le permiten tomar esas decisiones, pero debe hacerlo de manera clara, enfática y lo más precisa posible. Desde el punto de vista bioético, las decisiones anticipadas son de obligatorio cumplimiento y su no acatamiento representa una violación a los derechos de la persona. Desde el punto de vista legal intervienen otros factores que no corresponde analizar en este documento. Desde el punto de vista práctico, tanto en los

países donde el marco legal permite y estimula estas decisiones anticipadas como en los que existe un inmenso vacío legal, como el nuestro, la mayoría de los ciudadanos no piensa ni actúa en esta forma, sino realizando manifestaciones informales que lamentablemente no pueden ser empleados como testimonios.

El testamento es la declaración de voluntad por la que la persona ordena el destino de sus intereses para después de su fallecimiento. Cuando se habla de testamento, se suele entender el negocio hecho jurídico de la manifestación de voluntad y el documento legal en el cual se plasma ⁽²⁴⁾. Tratando de diferenciarlo del testamento legal, se le dio el inapropiado nombre de testamento vital, cuando no puede ser vital algo referido exclusivamente para después de la muerte. Desde el punto de vista ético, el ser humano tiene una dignidad que debe seguir siendo respetada después de la muerte, por lo tanto, la persona que ha muerto mantiene una serie de derechos que deben ser respetados, entre ellos la disposición de su cuerpo, pero, por las mismas razones de la falta de uso las decisiones anticipadas, las leyes, a manera de precaución, hacen disposiciones que sólo pueden ser revocadas por un testamento. Vale la pena destacar que toda persona que no manifiesta su oposición, es un donante potencial de órganos y que la disposición del cadáver también está delimitada por ley. En conclusión, el testamento es la última oportunidad del individuo para ejercer su autonomía, mientras que el principio de justicia está previamente definido por el estado.

REFERENCIAS

- 1.- Emanuel L, Emanuel E. Decisiones al final de la vida orientadas por las comunidades de pacientes. En: Luna F, Salles A, editores. Bioética, investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada. Buenos Aires: Sudamericana;1998. p. 203-24.
- 2.- Gracia D. Dilemas éticos en los confines de la vida: suicidio asistido y eutanasia activa y pasiva. En: Gracia D, editor. Ética de los confines de la vida. Bogotá: Editorial El Búho; 1998. p. 287-312.
- 3.- Feito L. Principialismo. [internet] Documento de la Universidad de Murcia. 2022 [consultado el 1 de julio de 2022] Disponible en: <https://www.um.es/documentos/7232477/7281408/1--lydia-feito-grande.pdf/c4f02b2d-bb6f-48ce-9bf0-1a02b2fa56c6>
- 4.- Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. 23a edición. Madrid: Editorial Espasa -Calpe; 2021.
- 5.- Aguiar-Guevara R. Eutanasia: mitos y realidades. Caracas: Ed Tamher; 2003.
- 6.- Engelhart D. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. Acta bioeth [internet] 2002 [consultado 20 ene 2022]; 8(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000100007>.
- 7.- Miret E. Eutanasia, filosofía y religión. Humanitas, Humanidades Médicas. 2003;1(1):113-120
- 8.- Moro T. Utopía. Barcelona: Edicomunicación S A; 1994
- 9.- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. Eutanasia y suicidio asistido en el mundo [internet] DMD Blog. [consultado el 25 oct 2016]. Disponible en: www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html
- 10.- Camargo R. Definiciones de fin de vida “end of life” en cuidados intensivos. ¿Hablamos el mismo lenguaje? Act Col Inten [internet] 2006 [consultado el 7 de septiembre de 2022]. 9(0”) Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ruben-Camargo-Rubio/publication/349443769_Definiciones_de_Fin_de_Vida_End_of_Life_en_Cuidado_Intensivo_hablamos_el_mismo_lenguaje/links/603048964585158939b7a8ff/Definiciones-de-Fin-de-Vida-End-of-Life-en-Cuidado-Intensivo-hablamos-el-mismo-lenguaje.pdf
- 11.- Kass L. ¿Hay un derecho a morir? En: Luna F, Salles A: Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1998. p. 255-79.
- 12.- Drane J. El cuidado del enfermo terminal. OPS Publicación Científica N° 573. Washington; 1999.

- 13.- Schmidt L. El hombre como ser trascendente: una perspectiva judeocristiana. *Revista Latinoamericana de Bioética* [internet] 2012 [consultado 4 octubre 2022]10 Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/instituto-tecnologico-de-celaya/administracion-de-base-de-datos/el-hombre-como-ser-trascendente/28330870>
- 14.- Campos J, Sánchez C, Jaramillo O. *Medicina Legal de Costa Rica*. *Med Leg Costa Rica* [internet] 2001 [consultado 4 mayo 2022]18(1). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14090015200100020007
- 15.- Palacios-Espinosa X, Ocampo-Palacio J. Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. *Rev. Cienc. Salud* [internet] 2010 [consultado 2 octubre 2022] 9(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v9n2/v9n2a06.pdf>.
- 16.- Sarmiento M, Vargas S; Velásquez C, Sierra M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Rev salud publica* [internet] 2012 [consultado 10 julio 2022]14(1) Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v14n1/v14n1a10.pdf
- 17.- Peñaloza M, Mora M, Jaimes A, Quintero A. Percepción de la muerte en personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en situación de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). *Revista Ciencia y Cuidado* [internet] 2013 [consultado 20 octubre 2022] 10(1). Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/274/708>
- 18.-Arminio A. Consentimiento presunto en trasplante de órganos: reflexión bioética en el contexto latinoamericano. [Trabajo de Grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2017.
- 19.- Ortiz-Goncalves B, Albarrán E, Labajo E, Santiago-Sáez A, Pérez-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. *Gac Sanit* [internet] 2018 [consultado 29 septiembre 2022] 32(4) Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.011>
- 20.- Vallejo L, Palacio A, Marulanda V, Restrepo A, Yepes L, Valencia N, et al. . Evaluación del conocimiento y práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en personal asistencial de una institución prestadora de servicios de salud para pacientes oncológicos de Medellín. *Persona Y Bioética* [internet] 2018 [consultado 28 septiembre 2022] 24(2). Disponible en: <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.5>
- 21.- Pesssini L, de Siqueira J. Reflexiones sobre los cuidados brindados a pacientes críticos en el final de la vida. *Rev. Bioét.* 2019;27(1):29-37.
- 22.- Trejo-Gabriel-Galán J. Eutanasia y suicidio asistido en enfermedades neurológicas: una revisión sistemática. *www.elsevier.es/neurologia* [internet]. *Neurología*. 2021 [consultado 27 septiembre 2022] .Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.04.016>.

- 23.- Gaslonde L. Muerte encefálica, donante cadavérico y medidas de soporte de vida: análisis conceptual y sus implicaciones desde una perspectiva bioética. [Trabajo de Grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2022.)
- 24.- Larousse. El pequeño Larousse ilustrado. 15ª edición. México; Ed Larousse; 2009.
- 25.- Padovani A, Clemente M. Eutanasia y legislación. Rev Ciencias Médicas [internet] 2008 [consultado mayo 2022] 12(2) Pinar del Río Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942008000200016&script=sci_arttext&tlng=en
- 26.- Slaughter F. Nadie debería morir. Barcelona: Planeta; 1958.
- 27.- Pessini L, de Siqueira J. Reflexiones sobre los cuidados brindados a pacientes críticos en el final de la vida. Rev. Bioét. 2019; 27(1):29-37.
- 28.- Ditlea S. Éxitos y limitaciones de un corazón artificial. Investigación y Ciencia [internet] 2002 [consultado 6 junio 2022] 47-56.- Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=260978>
- 29.- Luna F, Salles A. III Algunos problemas al final de la vida: el derecho a morir y el suicidio asistido. En: Luna F y Salles A. Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada. Buenos Aires: Sudamericana; 1998. p. 225-342
- 30.- Guralnik G. Psiquiatría criminal: el programa de eutanasia de la Alemania Nazi. XX Jornadas de Investigación. IX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.- Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires [internet], 2013 [consultado de junio 2022]. Disponible en: <https://www.academica.org/000-054/126pdf>
- 31.- Zarranz J. Eugenesia y eutanasia: la pendiente deslizante de una y otro lado del Atlántico. Neurociencias and History [internet] 2018 [consultado 5 junio 2022] 6(4) Disponible en: https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV6N42018144_152_ES.pdf
- 32.- García J. Bioética Personalista y Bioética Principialista. Perspectivas. Cuadernos de Bioética XXIV [internet] 2013/1ª. 67-76 Consultado: 7 julio 2023). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87527461008.pdf>
- 33.- Jefatura del Estado del Reino de España. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE [internet] 2021 [consultado 3 junio 2022] 72 Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-4628#:~:text=El%20objeto%20de%20esta%20Ley,garent%C3%ADas%20que%20han%20de%20observarse.>
- 34.- Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Gandora A, Herranz J. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Gaceta Médica de Bilbao [internet]. 2015; consultado 112(4):216-218. Disponible en:

<https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/38/0>

35.- Astudillo W; Casado A; Mendinueta C.- Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. 1ª edición. San Sebastian: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005.

36.- Porcel M. Abandono en las terapias psicológicas. Aposta Revista de Ciencias Sociales. Móstoles, España. 2005; 14:1-16.

37.- Escobar J.- El morir como ejercicio final del derecho a una vida digna. 2o edición. Bogotá: Ed El Bosque; 2000

38.- Álvarez-Cienfuego J. Sobre la muerte voluntaria. RECERCA Revista De Pensament I oAnàlisi [internet] 2023 (4):111-123. [consultado 17 feb 2023] Disponible en: <https://www.e-revistes.uji.es/index.php/recerca/article/view/257>

39.- Roa A. La eutanasia y las nuevas concepciones de la muerte. Universidad de Chile. [internet] 1996. [consultado 17 feb 2023] Disponible en: [franciscoabalo,+Journal+manager,+43328-152053-1-CE%20\(1\).pdf](https://www.franciscoabalo.com/manager,+43328-152053-1-CE%20(1).pdf)

40.- Moreno M. Cóctel Lítico ¿sedación paliativa u homicidio “compasivo”? Medicina Naturista, 2012. [internet] 6(1):5-11. [17 feb 2023]. Disponible en: [Dialnet-CoctelLítico-3829181%20\(1\).pdf](https://www.dialnet.org/urn/diarioliteco-3829181%20(1).pdf)

41.- Rivas F. Sedación paliativa al final de la vida ¿un cajón de sastre? Revista Iberoamericana de Bioética. [internet] No 18:1-10. [consultada 17 feb 2023]. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/17575/15771>

42.- Dworkin R. El derecho a la muerte; en Luna, F; Salles, A: Bioética: investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada. Buenos Aires: Sudamericana; 1998. p.280-296

43.- Küng H, Jans W.- Morir con dignidad un alegato a favor de la responsabilidad. Madrid: Ed Trotta; 2004

44.- Barandiarán, M.- Conocimientos y actitudes del profesional de la enfermería de atención primaria de Guipúzcoa sobre las voluntades anticipadas. Universidad Complutense de Madrid. Tesis de grado.- 2014. Pag 54 <https://eprints.ucm.es/id/eprint/30720/1/T36149.pdf#page=54>

45.- Editorial. Ortotanasia y distanasia, conceptos. Archivos de Medicina. Universidad de Manizalez Caldas (Col) [internet] 9:2. Dic 2009, 95-96. [consultado: 19 mar 2023] Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820455001

46.- López, R.- Raíces, prefijos y sufijos griegos de términos científicos y médicos. Revista Electrónica de Estudios Filológicos. Universidad de Granada. España [internet]. Num 16. Dic 2008 [consultado 16 feb 2023]. Disponible en:

<https://www.um.es/tonosdigital/znum16/secciones/corpora-2.pdf>

- 47.- Gutiérrez, J.- Ortotanasia versus eutanasia. Para saber más. México. Disponible en: <https://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/ortotanasia016.asp#>
- 48.- De Lillo, L. (2011). Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna. Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina, [internet] VI (1). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>.
- 49.- Vargas, A.- Bioética principales problemas. 4ª edición. Caracas: Ed San Pablo; 1998.
- 50.- García, B./ Los siete tipos de eutanasia: ¿cómo se aplican? ¿los conoces? [internet]. March 9,2022 [consultado 18 ene 2022]. Disponible en: saludario.com/los-7-tipos-de-eutanasia-como-se-aplican-las-conoces/
- 51.- Araujo-Cuauro J. La eutanasia y otras formas de muerte asistida: entre represión punitiva y legalización, alternativa al ius pudendi venezolano. Revista de Bioética Latinoamericana. [internet]. 2018 (21): 38-65. [consultado 18 feb 2023]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/44376/art3.pdf;jsessionid=59865B74956CF4C5E8AFB28B94D81203?sequence=1>
- 52.- Ten Have H. Eutanasia: la experiencia holandesa. En: Morir con dignidad: dilemas éticos al final de la vida. Madrid Actas de la jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud. Oct 1995. p.38-53.
- 53.- Vélez A. Homicidio por piedad. Revista Institucional UPB. 2020. 8 (25-26): 224-236. [consultado 26 feb 2023] Disponible en: [file:///C:/Users/FABIOI/Downloads/mmariacaruz,+Homicidio+por+piedad%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/FABIOI/Downloads/mmariacaruz,+Homicidio+por+piedad%20(3).pdf)
- 54.-Tamayo, A.- Homicidio por piedad./ Revista institucional/UPB. [internet] 8(25-26):224-236. Oct 2020 [consultado 5 feb 2023] Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/revista-institucional/article/view/4471/4157>
- 55.- Fracapani M. Limitaciones del tratamiento. Cuadernos del Programa Regional de Bioética.- Organización Panamericana de la Salud. 1998:165-185
- 56.- Juan Pablo II. Carta Encíclica Evangelicum Vitae. Marzo 25, 1995. Disponible en: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
- 57.- Tinoco, H; Cabral, B; Vetis, M; Madeiros, C.- Mistanasia: la muerte miserable de vulnerables. En: Bioética y humanización de la atención clínica de Francisco León Correa (coordinador). Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Universidad de Chile. 1era edición. Santiago. 2017. Cap 7. Pp: 88-98. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Rosa-Nino-Moya/publication/329538259_Capitulo_Informacion_Contaminada_Investigacion_de_un_brote_en_una_sala_de_neonatologia_21-_227-_236_Fundacion_Interamericana_Ciencia_y_Vida_1_Edicion_Santiago_de_Chile_2017_ISBN_978-956-393-261-4/links/5c0e70e8299bf139c74e8d1b/Capitulo-Informacion-Contaminada-Investigacion-de-un-brote-en-una-sala-de-neonatologia-21-227-236-Fundacion-Interamericana-Ciencia-y-Vida-1-Edicion-Santiago-de-Chile-2017-ISBN-978-956-393-261-4.pdf#page=88

- 58.- León, A.- La muerte y el morir. Caracas: Ediciones Lagoven;1980.
- 59.- Vilarroig, J.- Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación. [internet] Quien Nº 2 (2015) 49-63. [consultado 3 abr 2023] Disponible en: https://www.personalismo.org/wp-content/uploads/2016/11/Articulo_3_QUIEN_Num_2.pdf
- 60.- Remnick D.- La tumba de Lenin. Penguin Random House Grupo Editorial; 2010.
- 61.-Saunders C. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Care. 2th edition. Oxford Medical Publication; 2003.
- 62.- Clark D. From margin to centre: a review of the history of palliative care. [internet] Historical Review. Vol 8. May 2007. [consultado 18 mar 2018] Disponible en: <http://oncology.thelancet.com>
- 63.- D2.- The Hastings Center Report. November-december 1996.- LOS OBJETIVOS DE LA MEDICINA. Establecer nuevas prioridades. [internet] Noviembre-Diciembre 1996. [consultado 4 abr 2023] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/j.1552-146X.1996.tb04777.x>
- 64.- Casas M. Documentos de voluntades anticipadas y cuidados paliativos. Análisis ético. En: Larracilla J, Cruz M, Casas M. Bioética para estudiantes y profesionales de ciencias de la salud. México: Editorial Alfil; 2012. p. 63-74

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1. CONCEPTOS ANALIZADOS

CATEGORIAS	CONCEPTOS	TIPOS	
Relacionados con el Morir	Derecho a Morir		
	Morir con Dignidad		
Relacionados con la Forma de Morir	Antidistanasia		
	Cacotanasia		
	Distanasia		
	Eutanasia	Interna	
		Externa	
		Activa	
		Pasiva	
		Voluntaria	
		Involuntaria	
	Homicidio por piedad		
	Mistanasia		
	Muerte en paz		
	Ortotanasia		
Suicidio Asistido			
Relacionados con los Tratamientos	Medidas Terapéuticas	Fútiles	
		Proporcionadas/ Desproporcionadas	
		Ordinarias/ Extraordinarias	
	Control de Medidas Terapéuticas	Abandono	
		Abandono Terapéutico	
		Adecuación del Tratamiento	
		Adherencia al Tratamiento	
		Encarnizamiento Terapéutico	
		Limitación del Tratamiento	
		Obstinación Terapéutica	
	Principio del Doble Efecto		
	Relacionadas con el Enfermo Incapaz	Decisiones Anticipadas	
		Testamento Vital	

ANEXO 2

Tabla 2. TÉRMINOS DESCARTADOS

CATEGORÍAS	CONCEPTOS	TIPOS
Relacionados con el Morir	Derecho a Morir	
	Morir con Dignidad	
Relacionados con la Forma de Morir	Antidistanasia	
	Cacotanasia	
	Eutanasia	Interna
		Externa
	Mistanasia	
	Ortotanasia	
Relacionadas con los Tratamientos	Medidas Terapéuticas	Fútiles
		Proporcionadas/ Desproporcionadas
		Ordinarias/Extraordinarias
	Control de Medidas Terapéuticas	Encarnizamiento Terapéutico
		Limitación del Tratamiento
		Obstinación Terapéutica

ANEXO 3

Tabla 3. CONCEPTOS INCLUIDOS EN EL GLOSARIO PROPUESTO

CATEGORÍA	CONCEPTO	TIPO	RESPONSABLE
Relacionados con la Forma de Morir	Distanasia		Médico
	Eutanasia	Activa	Médico
		Pasiva	Médico
		Voluntaria	Médico y Paciente
		Involuntaria	Médico
	Homicidio por Piedad		Otro
	Muerte en Paz		Médico
Suicidio Asistido		Paciente y Médico	
Relacionados con los Tratamientos	Control de Medidas Terapéuticas	Abandono	Médico
		Abandono Terapéutico	Paciente
		Adecuación del Tratamiento	Médico y Paciente
		Adherencia al Tratamiento	Paciente
		Principio del Doble Efecto	Médico
Relacionados con el Enfermo Incapaz	Decisiones Anticipadas		Paciente
	Testamento (sin vital)		Paciente

ANEXO 4

GLOSARIO PROPUESTO

DERECHO A MORIR

No existe un Derecho a Morir. Lo que existe es una obligación a morir como consecuencia del proceso vital y la potestad del suicidio. Aceptar un supuesto derecho a morir implicaría crear en la persona o en otro un deber de matar, por lo tanto, este concepto no se considera admisible.

MORIR CON DIGNIDAD

La dignidad es una condición intrínseca e inseparable del ser humano, en consecuencia, no se puede morir sin dignidad. Lo que puede suceder es que la persona sea tratada de manera indigna durante el proceso de morir, por sus cuidadores o por la sociedad.

ANTIDISTANASIA

Concepto mal estructurado desde el punto de vista semántico y de muy poca calidad interpretativa, al plantear lo contrario de lo que no se debe hacer. No se justifica su utilización.

CACOTANASIA

Es un homicidio contra un enfermo grave, con la intención de aliviar el sufrimiento, sin tomar en cuenta los medios que se usaran. Es una forma de “acción de gracia”, ya que quien la ejecuta percibe en el ser objeto de su acción una situación muy compleja y muy sufrida, pero no necesariamente puede tener conocimiento sobre las opciones terapéuticas para la persona.

DISTANASIA

Forma de morir conducida por el personal sanitario que intenta evitar la muerte utilizando todos los medios disponibles, sin tomar en cuenta el sufrimiento que esto genera en el paciente, sus deseos y voluntades, ni la inutilidad de los esfuerzos. La Distanasia tiene tres características que la diferencian de la eutanasia y de la muerte en paz: retrasa una muerte objetivamente inevitable, prolonga la agonía sin que medie la opinión del enfermo, hace uso de medios diagnósticos y terapéuticos que no buscan aliviar los síntomas de la persona que está muriendo.

EUTANASIA

Acción del médico, quien tiene la intención de acabar con la vida de un enfermo incurable, con la finalidad de aliviarle el sufrimiento.

EUTANASIA INTERNA/EXTERNA

Definida por Francis Bacon: la eutanasia interna es la preparación espiritual del moribundo para aceptar su propia muerte. De acuerdo a la definición anterior, la eutanasia siempre es externa porque requiere la actuación del médico. La eutanasia externa (también definida por Bacon) es la ayuda a morir que el médico procura al moribundo. Estos tipos de Eutanasia pertenecen más al ámbito filosófico que al de la caracterización de algún tipo de acción por parte del médico.

EUTANASIA ACTIVA/PASIVA

La eutanasia activa es aquella que ocurre mediante una acción directa del médico, en otras palabras, es un acto médico no terapéutico.

La eutanasia pasiva es aquella en que se omite un acto terapéutico por parte del médico con la finalidad de que la persona muera.

EUTANASIA VOLUNTARIA E INVOLUNTARIA

La eutanasia es voluntaria cuando es solicitada de forma directa y reiterada por el enfermo.

La eutanasia es involuntaria, cuando no media una solicitud expresa y reiterada del enfermo.

HOMICIDIO POR PIEDAD

El homicidio por piedad es aquel que se realiza con la intención de terminar con la vida de una persona para acabar con su sufrimiento.

MORIR EN PAZ

Concepto presentado por la Asociación Médica Mundial como una de las metas de la medicina. Aun cuando esta Asociación no la define, se puede inferir que se trata del proceso de morir en las mejores condiciones deseadas por cada paciente que resulten factibles: sin dolor, acompañado por quienes desea, preparado espiritualmente, entre otras. Las condiciones y las características de una muerte en paz corresponden a los valores individuales de la persona. Los cuidadores tienen la obligación de tratar de reconocer estas condiciones y hacer todo lo posible para ponerlas en práctica.

ORTOTANASIA

Neologismo que significa “muerte correcta”. En consecuencia, la ortotanasia como concepto carece de precisión y no representa ningún aporte a la discusión bioética.

SUICIDIO ASISTIDO

El suicidio asistido es aquel que se realiza con la ayuda de otra persona, ayuda sin la cual, el suicida no podría lograr su cometido. Debe diferenciarse de la inducción al suicidio que se refiere a proponerle a la persona que cometa una acción contra su vida. En el suicidio asistido la idea y la intención le pertenece exclusivamente al suicida quien además se debe encontrar en incapacidad de ejecutarlo sin la ayuda de otro.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS FÚTILES

El término fútil se interpreta como inútil, pero su significado varía de acuerdo al idioma y su límite con la producción de daño no es preciso, por lo que se desaconseja su uso.

MEDIDAS PROPORCIONADAS/DESPROPORCIONADAS

La proporcionalidad de las medidas terapéuticas radica en la relación entre el acto terapéutico y su repercusión en la condición del enfermo, vista esta desde el punto de vista personal, de principios y valores, de proyecto de vida y de recursos materiales y humanos. Lo más importante, es que quien determina la proporcionalidad debe ser el enfermo.

MEDIDAS ORDINARIAS/EXTRAORDINARIAS

Las medidas ordinarias se refieren a medidas de cuidado personal: aseo, abrigo, protección, alimentación y alojamiento. Mientras que las medidas extraordinarias son aquellas destinadas a cambiar la condición clínica del enfermo. El problema radica en que entre una medida ordinaria y una extraordinaria existe un abanico de posibilidades poco definidas en una u otra condición.

ABANDONO

El abandono consiste en la acción del médico de dejar y desamparar a un paciente que está bajo su cuidado y con el cual ha establecido una relación médico-paciente que lo obliga, a menos que derive su atención hacia otro médico. La característica fundamental del abandono es la falta de una justificación válida e informada por parte del médico.

ABANDONO TERAPÉUTICO

Ocurre cuando el paciente decide no cumplir con las indicaciones del médico, de manera unilateral y a menudo sin haberlo participado. Es una forma de terminar su relación con el médico.

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Consiste en acomodar el tratamiento a los fines planteados en un plan terapéutico presentado previamente al paciente y seguido en función de un pronóstico. Tanto el plan como el pronóstico pueden variar en el tiempo, por lo tanto, la adecuación del tratamiento debe cambiar según los intereses del paciente y de sus circunstancias.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es el cumplimiento cabal de las indicaciones médicas por el paciente. Lo opuesto al Abandono Terapéutico

ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Se refiere a intentar mantener y prolongar la vida del muriente aún a costa de un sufrimiento injustificable, ya que este no se recuperará y aumentará el deterioro de su calidad de vida. El término encarnizamiento contiene un profundo prejuicio moral, cuyo significado podría implicar un delito para quien lo practique; el calificativo

de terapéutico implica obligatoriamente al médico. Debe ser descartado por negativo, prejuicioso y ofensivo.

LIMITACION DEL TRATAMIENTO

Es la unidad de medida práctica de la relación médico paciente. La relación médico paciente se desarrolla en el marco de las posibilidades, las intenciones y las necesidades de los dos actores eventuales, el paciente y el médico. Ambos, en una relación horizontal y autónoma deben “medir” los alcances de la actuación de cada uno, bajo la premisa de la limitación de lo aceptable.

OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Es un Eufemismo creado para sustituir al Encarnizamiento Terapéutico haciéndolo menos prejuicioso. No obstante, el término obstinación podría ser considerado dentro de un lenguaje científico, como una forma particular de mala praxis médica.

PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO

Consiste en la presencia de dos efectos ocasionados por el mismo acto, de los cuales el primero es bueno y necesario mientras que el segundo es negativo y no deseado, pero es mejor que no obtener el primero. Las características del Principio del doble efecto son: en primer lugar, su carácter dilemático, segundo: el efecto deseado no puede ser alcanzado por otros medios y tercero el efecto no deseado es mejor que no alcanzar el efecto deseado.

TESTAMENTO VITAL

El testamento es una expresión de voluntad de la persona ante el eventual y seguro hecho de morir, que debe ser respetada después de la muerte por los sobrevivientes

con capacidad de decisión sobre el difunto. El testamento mal llamado vital se refiere a algo perteneciente a la muerte, por lo tanto, hablar de un supuesto testamento vital es una contradicción semántica inaceptable, se considera utilizar denominarlo solamente como Testamento, ya que en la práctica es parte del testamento ordinario de cualquier persona, en el cual se señala su voluntad en caso de fallecer y deberá ser ejecutado dependiendo de las condiciones que la ley establezca, ya que un testamento no es jurisprudencia.

VOLUNTADES ANTICIPADAS

Son manifestaciones de voluntad de la persona sobre lo que espera que se haga con ella en determinadas condiciones, si se encontrara incapacitada para expresarse en el momento necesario. Se diferencia del testamento vital en que se refieren a acciones sobre la persona viva, aunque incapaz, Ejemplo, el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, y pueden facilitar el cumplimiento del testamento, por ejemplo, cuando la persona solicita la preservación de los órganos para ser donados, la voluntad anticipada puede ser la limitación del uso de drogas vaso activas. Las voluntades anticipadas deben ser presentadas ante las autoridades con testigos imparciales, de manera formal, escrita y según como lo estipulen las leyes. La probabilidad de acatamiento depende mucho de la formalidad y especificidad de la solicitud y de los recursos disponibles.