

En torno a la eutanasia

Caridad Soler Morejón

Médico. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ).

La palabra *eutanasia*, cuyo significado etimológico es «buen morir» (del griego *eu*, buen; *thanatos*, muerte) ha sido utilizada de muy diversas maneras, lo que ha originado una enorme confusión.¹ Comúnmente se le atribuye el significado de «matar por piedad» y esto, según algunos autores, no es más que matar directa y deliberadamente a alguien para evitarle sufrimiento. Para otros, constituye el ejercicio de un derecho que debe ser reconocido al ser humano: el de morir con dignidad.²

Aunque el debate acerca de la eutanasia data ya de varios siglos, aún en nuestros días los eticistas no han logrado ponerse de acuerdo en cuanto a su exacto significado. Es por ello que existen términos como «voluntaria e involuntaria», «activa y pasiva», que tratan de explicar diferentes matices en la actuación médica ante el paciente en tránsito hacia la muerte.³

La actitud general hacia la muerte está matizada por temores, tabúes e incluso influencias religiosas. En principio, puede decirse que tiene su origen en el instinto de autoconservación, gracias al cual se ha dado perpetuidad a la especie humana. En cuanto a la

actuación médica, tradicionalmente se ha identificado con la preservación de la vida⁴ y, en sentido contrario, con el enfrentamiento a la muerte, desde los tiempos más remotos, y en los distintos momentos del desarrollo de la profesión médica.

En el medio profesional a menudo afrontamos dificultades a la hora de tomar decisiones ante un paciente crítico, sobre todo cuando se encuentra en el umbral de la muerte. Según estudios realizados,⁵ existe una gran confusión en cuanto a estos aspectos en el personal de la salud, e incluso entre los médicos cubanos. Por eso resulta de interés abordar este tema tan polémico, específicamente en el ámbito de la medicina crítica, es decir, aquella que se ocupa de pacientes cuya vida está amenazada.

Ética médica y bioética

Dentro de la ética en general ocupa un lugar especial la ética médica, que trata de los principios y normas de conducta que rigen entre los trabajadores de la salud,

sus relaciones con el hombre sano o enfermo y con la sociedad.⁶ Su problema fundamental es la relación médico-paciente.

Desde los tiempos de la medicina hipocrática, quedaron establecidos los principios, obligaciones y normas éticas que rigen la conducta del médico ante sus pacientes y ante la sociedad.⁷ A pesar de los cuestionamientos y reformulaciones de que ha sido objeto por algunos ideólogos y por la bioética anglosajona, el juramento hipocrático, documento escrito en la Antigüedad clásica (año 400 A. C.), contiene principios que han resistido la prueba de veinte siglos. Su influencia ha sido fundamental en los diferentes códigos deontológicos modernos que norman los deberes del médico hacia los pacientes, la profesión y la sociedad. En él se expresa, por una parte, el sentido de la medicina como profesión; en segundo lugar, la obligación moral del médico ante los enfermos y la sociedad; y por último, el código de prohibiciones y deberes, de honor profesional y la filantropía o sentido de la humanidad.⁸

Uno de los principios de la medicina hipocrática que devino fundamental en el quehacer médico (*Primum non nocere*), está presente en este documento cuando señala: «No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Asimismo, no recetaré a mujer alguna un pesario abortivo sino, por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura». [...] «No operaré (castraré) ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino que los dejaré en manos de quienes se ocupan de estas prácticas».

En la actualidad, estos principios pueden ser identificados en los códigos vigentes, y determinan las normas y obligaciones derivadas. El principio de la preservación de la vida ha sido respetado a lo largo del desarrollo de la práctica médica desde la antigüedad hasta nuestros días. En la Declaración de Ginebra de septiembre de 1948, adoptada en la segunda Reunión de la Asociación Médica Mundial y ratificada en 1968 y 1983, se expresa: «Mantendré el mayor respeto por la vida humana desde su iniciación, aun bajo amenaza, y no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de la humanidad».⁹ Según consta en la Ley del Ejercicio y en el Código de Deontología Médica, «el respeto a la vida y a la integridad de la persona humana [...] constituyen en todas las circunstancias, el deber primordial del médico». Otro principio muy estrechamente vinculado al cuidado de los enfermos es el denominado Principio de no inducción de daño equivalente al *Primum non nocere* de Hipócrates. Este origina normas morales como no inducir sufrimiento o discapacidad evitables y obliga a realizar el análisis riesgo/beneficio ante cualquier decisión médica, así como a no prolongar el proceso de morir, hecho susceptible de presentarse en nuestros días, favorecido por avances tecnológicos como los existentes en las unidades de cuidados intensivos.¹⁰

De acuerdo con otro principio, el de la calidad de la vida, la norma moral relacionada es el deber de reforzar los valores positivos de cada persona y la obligación derivada es el alivio del sufrimiento.¹¹

Del Principio de la justicia distributiva¹² surgen varias obligaciones derivadas, como realizar una adecuada distribución de los recursos, dispensar a cada paciente un apropiado nivel de atención y disponer los medios necesarios para ello.

Por supuesto, estos principios deben ser tomados en cuenta en cada actuación médica. Pero las situaciones más difíciles son aquellas en las cuales, al tomar una opción para cumplir con un principio, se contraviene otro, por ser mutuamente excluyentes.¹³ Este es un hecho frecuente para el médico que asiste a pacientes críticamente enfermos. En este caso, el médico se enfrenta al dilema de tratar de preservar la vida al paciente, aunque sabe que se trata de una enfermedad irreparable o irreversible y que se encuentra en un proceso terminal; por tanto, al hacerlo está prolongando el proceso de morir. Es en casos como este cuando se exige una sólida disciplina, experiencia, sentido común y sobre todo dominio de aspectos de la bioética con los cuales es necesario familiarizarse para poder cumplir las obligaciones del médico.¹⁴

La bioética, como especialidad biomédica, surge en la década de los años 70. Abarca un campo de conocimientos interdisciplinario, y su objeto de estudio está dado por los diferentes aspectos que abordan las ciencias relacionadas con la vida, la salud, la atención médica y también los problemas asociados con la muerte y el morir.¹⁵ En este último sentido, tiene que ver con aspectos tales como la determinación de la muerte, la orden de no resucitar, el mantenimiento del soporte vital, la calidad de vida, la futilidad de las intervenciones médicas, y otras.

Dentro de la bioética se discuten conceptos como beneficencia, autonomía, integridad, justicia, consentimiento, dignidad al morir, íntimamente relacionados con el derecho individual y que, por tanto, tienen en cuenta el derecho a la autodeterminación del enfermo grave o moribundo. Esto modifica de forma sustancial la relación médico-paciente, ya que el enfermo puede rechazar el tratamiento si así lo desea.¹⁶

Los dilemas que surgen durante el ejercicio de la profesión médica —y en especial los relacionados con el final de la vida—, son objeto de estudio de esta especialidad. Entre estos, uno de los más controvertidos es la eutanasia.

La eutanasia

Las actitudes en torno a esta práctica van desde el rechazo más afiebrado, hasta la tolerancia amparada por la ley.

La *eutanasia activa* (acción del médico para poner fin a la vida del paciente en ciertas circunstancias) es objeto

de ardientes polémicas.¹⁷ Según algunos, la administración de una droga puede convertir el acto de morir en más gentil, aun cuando acorte la vida.¹⁸

Pieter V. Admiraal, oncólogo y anestesiólogo de un hospital católico en Delft, Holanda, considera que la eutanasia puede ser el último acto digno en el proceso del cuidado de la salud.¹⁹ En contraposición a este concepto tenemos el de *distansia*,²⁰ es decir, la muerte difícil, según el cual se trata de mantener al paciente con vida, a pesar de su pobre condición, con un enfoque biologista del problema.

Los sentimientos en contra de la eutanasia activa, surgidos al calor de la religión y de las más ortodoxas tradiciones médicas, se acrecentaron a partir de 1947, cuando tras el proceso de Nüremberg se demostró la actividad criminal de médicos alemanes dedicados a la investigación en humanos y a actividades genocidas. Asimismo, los historiadores señalan que la tolerancia que mostraba el colegio médico alemán hacia la eutanasia, algunas décadas antes del advenimiento del nacional-socialismo, sentó las bases para el programa nazi de eliminación de minusválidos, que horrorizó al mundo y a la profesión médica en general.²¹

Desde 1976, sin embargo, comienzan a surgir sociedades para el derecho a morir, las cuales defienden en general dos posiciones: a favor de la eutanasia activa (abogan por el suicidio asistido) y a favor del derecho a una muerte digna, sin ninguna intervención para su consecución. Estas sociedades existen en Holanda, Inglaterra, Canadá y los Estados Unidos con el nombre de Hemlock Society.²²

Autores como Albert R. Jonsen señalan que, en la presente década, el centro de la discusión se ha desplazado hacia el tema de si «existe alguna razón que permita excluir al suicidio del arsenal de acciones permitidas a una persona autónoma».²³

La eutanasia activa está aprobada por la ley en Holanda desde junio de 1994, y permitida en su variante de suicidio asistido en Australia del Norte y en el estado de Oregón, en los Estados Unidos.²⁴

En Holanda, la Real Asociación Médica ha dictaminado los lineamientos que se deben tener en cuenta: el paciente deberá expresar su deseo de morir de manera reiterada y explícita; su decisión debe ser libre y bien informada; deberá estar padeciendo de una grave enfermedad física o mental sin posibilidades de recuperación; se habrán agotado todas las otras opciones para el cuidado del paciente, o habrán sido rechazadas por él; la eutanasia será practicada por un personal calificado; el médico deberá consultar, al menos, a otro médico; y deberá informarse a las autoridades pertinentes cuando se produzca un caso de eutanasia.²⁵

Según lo establecido, la condición del paciente no necesita ser terminal y el padecimiento puede ser físico

o mental; sin embargo, resultan excepcionales los casos en los cuales se produce la solicitud de un paciente no terminal, o sin padecer un dolor intratable, debido a que, según algunos, en ese país se brindan tan esmerados cuidados a estos pacientes que rara vez deciden acortar sus días.²⁶ No obstante, desde hace algún tiempo se han reportado excesos en cuanto a la eutanasia. Las víctimas principales han sido los ancianos, posiblemente por exceso de tolerancia y poco control de las autoridades. Es evidente que esta ley ha permitido a algunos justificar hechos criminales bajo el manto de la «muerte digna». Según reportes recientes,²⁷ la eutanasia —definida como la terminación intencional de la vida de alguien por otro, ante la demanda personal— es realizada en el 1,8% de las muertes, y alrededor del 50% de los médicos de Holanda la practica. Anualmente, cerca de 25 000 holandeses piensan en la eutanasia como una posibilidad cuando el dolor es insoportable; de ellos, aproximadamente el 10% la practicarán finalmente. Basándose en estos criterios, la legislación holandesa ha sido reformada recientemente, por lo que cada caso debe ser revisado y enjuiciados aquellos que no cumplan los requisitos. De todos modos, las decisiones médicas sobre el final de la vida, incluyendo la eutanasia, son consideradas éticamente justificables y legalmente permisibles si son parte de un acercamiento honesto y cuidadoso a pacientes con dolor intratable, en particular en el caso del cáncer.²⁸

Esta es la experiencia de Holanda, con sus aciertos y desaciertos, pero que muestra un enfoque del problema que tiene muy en cuenta la voluntad del paciente y su derecho a elegir cuándo y cómo quiere morir.

La *eutanasia pasiva* (omisión de algún procedimiento médico en pacientes terminales) raramente es cuestionada. Esta no excluye las acciones dirigidas a evitar el dolor y el sufrimiento, así como el alivio de otros problemas comunes en la enfermedad terminal.²⁹

A partir de la década de los 60, con el desarrollo tecnológico que trajo por consecuencia el advenimiento de máquinas para el soporte vital de pacientes moribundos, pero que usualmente no podían alterar el pronóstico fatal de estos enfermos, la discusión sobre el tema volvió a retomarse, desplazándose la atención de la eutanasia activa a la pasiva. Como quiera que mediante esos equipos resulta posible alargar la vida, pero con cuestionable mejoría de su calidad, había llegado el momento de preguntarse: ¿deberá iniciarse o continuarse esta forma de soporte vital?³⁰

Son muy pocos los procedimientos médicos que tienen poder para prolongar la vida.³¹ Por otra parte, desde el punto de vista ético, se ha argumentado que estos procedimientos tienen como objetivo preservar la vida y no prolongar el proceso de morir. En consecuencia, no

Aunque el debate acerca de la eutanasia data ya de varios siglos, aún en nuestros días los eticistas no han logrado ponerse de acuerdo en cuanto a su exacto significado. Es por ello que existen términos como «voluntaria e involuntaria», «activa y pasiva», que tratan de explicar diferentes matices en la actuación médica ante el paciente en tránsito hacia la muerte.

existe diferencia entre la no aplicación de uno de estos procedimientos y su suspensión.³²

Están bien definidos los criterios para la suspensión del tratamiento: la voluntad expresa del paciente consciente, la decisión familiar, del asesor espiritual y del médico en el caso de un paciente inconsciente, o la voluntad escrita del paciente, en un testamento vital. La premisa es que se trate de un caso terminal o irreversible: deberán pronunciarse sobre ello dos médicos como mínimo, incluyendo al médico de cabecera, y otros en caso necesario. Deberán respetarse, además, las creencias religiosas del paciente.³³

La eutanasia pasiva se ha convertido en algo legal y éticamente aceptable, lo que en opinión de algunos constituye un progreso ético genuino.³⁴ Sin embargo, más modernamente se habla de *ortotanasia*, («muerte correcta»), que debe ser consecuencia de la decisión colectiva en la que participan el paciente, el médico, la familia y el asesor espiritual, si lo hubiera.³⁵

Orden de no aplicar la reanimación cardiopulmonar

A toda persona que sufra un paro cardiorespiratorio de causa conocida o no, se le aplica la reanimación cardiopulmonar, excepto cuando se conozca que está aquejado de una enfermedad irreversible en estadio terminal, cuando la muerte no sea inesperada. Se señala además en los estándares y guías de la American Heart Association, desde 1974, que «la resucitación en esas circunstancias representa una violación del derecho individual a morir con dignidad».³⁶

Generalmente no existe duda en emitir esta orden ante:

- Sujetos con evidencia de estar en condición irreversible e irreparable a pesar de cualquier tratamiento que se aplicare.
- Sujetos que sufren la parada cardiaca en lugares alejados de toda civilización y de cualquier recurso médico.
- Pacientes con enfermedad terminal que han manifestado no querer someterse a terapéuticas exageradas, o en aquellos casos en que se desea morir

en paz, por encontrarse en una condición cercana a la muerte. El médico será el encargado de evitar tratamientos capaces de alargar el proceso de morir, más que de preservar la vida.

- Sujetos con daño severo e irreversible del sistema nervioso central antes de presentarse el paro cardiaco.

Aspectos éticos, médicos y legales en torno a la eutanasia en la medicina crítica cubana

En Cuba, como en la mayoría de los países del mundo, está prohibida la eutanasia activa en el ejercicio de la medicina. De acuerdo con la ley, es un delito, ya que se considera una forma de homicidio y, como tal, es sancionado por el Código Civil (Ley 59 de julio de 1983) y también por la Ley 41 de la Salud Pública y su reglamento.³⁷ En otras palabras, causar la muerte de una persona deliberadamente o ayudarla a morir, constituye un acto criminal, a menos que sea bien justificado o excusado.

Sin embargo, la valoración médica de que las acciones terapéuticas solo van a contribuir a prolongar el proceso de morir eximen al médico de continuar brindando dicha terapéutica. Por otra parte, «cualquier medida que pudiera ser considerada como *desproporcionada* para el paciente, de acuerdo con el juicio médico compartido, debe ser omitida por ser más inútil que beneficiosa (por ejemplo la reanimación cardiopulmonar)». De igual modo, «cuando una medida terapéutica deba ser restringida en razón de la inaceptable calidad de vida del eventual sobreviviente, es necesario actuar de acuerdo con los deseos del paciente, si este es competente, o de los responsables, ya que en este caso la decisión debe basarse en los valores y preferencias del paciente», como se señala en la Declaración del Consejo de la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva, aprobada unánimemente en Bruselas en 1991 y ratificada en reuniones posteriores de la organización mundial.³⁸

Esta declaración enfatiza que «el respeto por la dignidad humana constituye en todo momento el deber primordial del médico, que se encuentra especialmente

realizado en la medicina crítica por el tipo de cuidados que requieren los pacientes y la alta responsabilidad que supone la preservación de sus vidas como personas».³⁹

El propósito final es el logro de la total recuperación del enfermo para a su reincorporación a la sociedad y a la familia; por lo tanto, debe tenerse conciencia de que este propósito no es siempre alcanzable a fin de evitar el exceso de terapéutica o la prolongación innecesaria del proceso de morir.

Un estudio de caso

Al analizar el grado de información que tienen los médicos intensivistas cubanos referente a la eutanasia,⁴⁰ resulta evidente que la mayoría (96,93%), posee una deficiente información.

En general, los médicos intensivistas desconocen el concepto de eutanasia. Prevalece el criterio de que consiste en ayudar a morir al paciente terminal. Ello coincide con lo reportado como la más frecuente acepción atribuida al término, y lleva implícito el concepto de eutanasia activa que se le atribuye comúnmente.

Menos de la tercera parte de los médicos intensivistas (31,4%) considera que eutanasia significa dejar morir y ayudar a morir al paciente terminal, lo que en líneas generales expresa un mejor conocimiento del concepto, teniendo en cuenta las definiciones de eutanasia activa y pasiva.⁴¹

El análisis de los conceptos de eutanasia y muerte encefálica demuestra claramente el grado de desinformación ya referido. Inicialmente, el 59,65% de los médicos intensivistas emiten un criterio correcto; sin embargo, al explorar si el médico tiene justificación para causar la muerte de un paciente en determinadas circunstancias, el 35,3% considera la muerte encefálica entre las opciones presentadas. Esto aumenta la proporción de médicos con errores conceptuales sobre el tema estudiado; de un 40,35 a un 61,4%.⁴²

Más del 60% de los médicos intensivistas considera que es posible ayudar a morir a alguien que ya está muerto. Esto revela que a pesar de tratarse de un personal que frecuentemente atiende pacientes en muerte encefálica, realmente no tiene conciencia de su verdadero alcance y de la ausencia de implicaciones éticas desfavorables que se derivarían de retirar las medidas de soporte vital en esos casos.⁴³ Otra implicación de este problema tiene que ver con la donación de órganos: es evidente que si no consideramos la muerte encefálica como muerte, estamos interfiriendo con esta práctica tan necesaria y tan bien justificada desde el punto de vista ético, que permite salvar otras vidas humanas y restituir la salud a otros enfermos.

La valoración de los médicos intensivistas sobre la eutanasia fue positiva en el 62,31% y negativa en el 36,92%. Este resultado fue paradójico, por cuanto quedó demostrado el deficiente grado de información que poseen respecto al tema.

Al analizar la actuación de los intensivistas con pacientes moribundos respecto a la eutanasia, la mayoría de ellos (71,54%) serían susceptibles de aplicar estos procedimientos en algún momento; el 26,15% no aplicarían ninguna de estas medidas y 2,31% no se pronuncian al respecto.

Por supuesto, en esta discusión debemos tener en cuenta varias premisas. La primera es que en cada actuación médica están implícitos los elementos enunciados en el juramento hipocrático, todavía vigente en nuestros días, como código de honor de la profesión médica, de prohibiciones y de deberes. La segunda es que dicha actuación debe cumplir con los objetivos del ejercicio de la profesión, ya mencionados.

La actuación médica también depende de la situación clínica del paciente, es decir, de las características de la enfermedad (aguda o crónica, crítica o no, emergente o no, grado de reversibilidad) y de las características del tratamiento (curativo o paliativo, con efectos adversos o no). Si la actuación médica fuera incapaz de lograr alguno de los objetivos deseados, estaríamos ante una intervención inútil, como la que suele producirse ante un paciente moribundo, terminal o con enfermedad progresiva y letal, y por tanto no estaría indicada dicha actuación.

También la actuación médica deberá adecuarse a las preferencias del paciente mentalmente apto o de sus familiares, dentro de ciertos límites. Finalmente, la calidad de vida del paciente, de acuerdo con el pronóstico de la enfermedad, es otro de los elementos que valorar.

En mi opinión, todo esto justifica que, en determinadas circunstancias, la actuación médica no cumpla con el objetivo de preservar la salud y restituir al individuo a la sociedad, sino que deba dirigirse a no prolongar el proceso de morir.

Ante un paciente moribundo, casi el 70% de los médicos intensivistas aplican solamente algún proceder de eutanasia pasiva (69,9%) y el 2,15% aplicaría alguno propio de la eutanasia activa. El 27,95% considera posible aplicar procedimientos de ambas formas de eutanasia ante el paciente moribundo. Predomina por tanto la tendencia a aplicar procedimientos de eutanasia pasiva aisladamente.⁴⁴

Esto puede explicarse por la ausencia de tolerancia hacia la eutanasia activa, que desde el punto de vista legal constituye un acto criminal, tanto en nuestro medio como en la mayoría de los países del mundo. La llamada eutanasia pasiva, como ya hemos visto antes, está perfectamente amparada por los códigos éticos que

estamos obligados a respetar, siempre que las actuaciones médicas no contribuyan a lograr el propósito de preservar la salud, sino a prolongar el proceso de morir —lo que desde el punto de vista ético resulta inaceptable.

También merece particular atención el aspecto que se refiere a la orden de no reanimación cardiopulmonar, que dentro de los procedimientos de eutanasia pasiva ocupa un lugar especial. En nuestro estudio, el 71,05% de los médicos intensivistas admite haber dado esa orden ante un paciente moribundo, mientras que el 28,95% dice no haberla dado; es decir, casi el 30% admite no haber emitido esa orden, lo cual —a mi modo de ver— implica que una considerable proporción de los intensivistas cubanos ignora una indicación tan importante, perfectamente normada y justificada desde el punto de vista ético y médico.

Por otra parte, los conceptos de paciente terminal y paciente moribundo tienen una enorme importancia a la hora de decidir la actitud terapéutica —lo que se conoce como dilemas al final de la vida. Las consideraciones presentadas pudieran responder a desconocimiento de los códigos éticos que rigen la actuación médica ante el paciente moribundo, respecto al cual existe la convicción razonada de que las medidas de reanimación serían inútiles y no alterarían el pronóstico. También pueden revelar temor de enfrentar una situación médico-legal de implicaciones desfavorables para el médico, en el caso de que se produzca una demanda. Por supuesto, resulta evidente que no se comprende con exactitud el alcance del término *moribundo*, y por tanto no se define adecuadamente cuál es la actitud más profesional ante el cese de la actividad cardiorrespiratoria.

Cuando analizamos el grado de información de los médicos intensivistas que aplicarían algún proceder de eutanasia, vemos más claramente el desconocimiento que presentan acerca de procedimientos que pudieran aplicar en un momento dado ante un enfermo moribundo.

El 26,15% de los que practican la eutanasia pasiva posee una información nula sobre el tema, mientras que el 72,31% la tienen insuficiente, es decir, más del 95% carece de una adecuada información. Los que aplicarían solamente la eutanasia activa en su totalidad se corresponden con una información insuficiente. Los que utilizarían ambas formas quedaron también incluidos en la categoría de información insuficiente en el 84,62% y de nula en casi el 15,38%.

Esto habla de práctica empírica. Parece efectiva la hipótesis de que los años de experiencia, unidos a la formación médica y ético-formal, hacen posible tal actitud. En general, se admite la realidad de un déficit de información y actualización, por las condiciones sociales y económicas que vive el país, por causas muy conocidas por todos.

Por otra parte, es posible que la formación académica referente a la ética en general, y a la ética médica en particular, fuera insuficiente.

Cuando analizamos la valoración de los médicos intensivistas acerca de la eutanasia, teniendo en cuenta sus creencias religiosas, vemos que predomina la valoración positiva en el grupo de los no religiosos, para un 64,77%; mientras es de 58,06% si sumamos a todos los religiosos. El grupo con religiones de origen africano es muy pequeño, por tanto el resultado obtenido puede, con seguridad, no reflejar la realidad. Resulta llamativo el hecho de que los cristianos tienen una distribución bastante homogénea de acuerdo con su valoración hacia la eutanasia. Esto nos hace pensar en la posibilidad de que su actitud valorativa dependa más de la formación teórico-práctica que de la influencia religiosa.

Estos resultados contrastan con lo reportado por otros autores, los cuales consideran que la filiación religiosa, la percepción política y la educación influyen en la opinión que se tiene sobre la eutanasia: la aceptan más los más liberales, los menos religiosos y los de mayor nivel educacional.⁴⁵

Todo lo anteriormente expuesto refleja una problemática que llama a la reflexión, por tratarse de un tema tan importante y de tantas repercusiones desde el punto de vista ético, médico y legal, y por ser un hecho frecuente, en la atención del paciente crítico terminal, tener que decidir si procede continuar o iniciar un tratamiento de soporte vital, si se está prolongando la vida o alargando el proceso de morir; es decir, la agonía de algún paciente moribundo.

La eutanasia merece un debate profundo y un abordaje valiente, precedido de un conocimiento amplio sobre el tema, que concierna en especial a las personas implicadas en este proceso, sobre todo al personal médico.

Pero es, ante todo, un tema de gran interés social, que debe ser visto como una prioridad más en nuestros días.

Notas

1. Albert R. Jonsen, Mark Siegler y William J. Winsdale, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 3ª edición, Mc Graw Hill, Inc, Estados Unidos, 1992.
2. John Horgan, «Death with Dignity», *Sci Am*, a. 3, n. 264, marzo de 1991, pp. 17-20.
3. *Ibidem*. Véase también Albert R. Jonsen *et al.*, ob. cit.
4. Hugo Dopaso, *El buen morir: una guía para acompañar al paciente terminal*, Ed. Era Naciente, Buenos Aires, 1994.
5. Véase Juan Carlos Rivera, «Eutanasia: decisión conflictiva», *Bohemia*, a. 95, julio de 1996, pp. 16-9.

Caridad Soler Morejón

6. D. Alonso Menéndez, *et al.*, *Ética y deontología médica. Texto básico provisional*, MINSAP, Dirección Nacional de Docencia Médica Media, 1989.
7. Véase José A. Mainetti, *Ética médica. Introducción histórica*, Ed. Quirón, La Plata, 1989, pp. 17-29; y Juan Carlos Rivera, *ob. cit.*
8. *Ibidem.*
9. Véase Alfredo Castillo Valery y María V. F. Valery, «Principios, normas y obligaciones del médico», *Crisis vital, muerte cerebral y ética médica*, Ed. Disinlimed, C. A., Caracas; y José A. Mainetti, *ob. cit.*
10. Véase R. B. Purlilo, «Life Support. The Doctor's Dilemma Moral Issues», *Anales de la Academia Médica*, a. 2, n. 24, Singapur, marzo de 1995, pp. 263-7.
11. Alfredo Castillo Valery y María V. Valery, *ob. cit.*
12. *Ibidem.*
13. Albert R. Jonsen, «To Help the Dying Die. A New Duty for Anesthesiologists?», *Anesthesiology*, n. 78, Gran Bretaña, 1993, pp. 225-8. Véase también Albert R. Jonsen *et al.*, *ob. cit.*, y Alfredo Castillo Valery y María V. Valery, *ob. cit.*
14. Véase R. B. Purlilo, *ob. cit.*
15. Stephen G. Post, *Inquiries in Bioethics*, Georgetown University Press, Washington, 1993.
16. Véase Albert R. Jonsen *et al.*, *ob. cit.*; John Horgan, *ob. cit.*; Hugo Dopaso, *ob. cit.*; José A. Mainetti, *ob. cit.*; y Albert R. Jonsen, *ob. cit.*
17. Véase Albert R. Jonsen, *ob. cit.*; John Horgan, *ob. cit.*; Hugo Dopaso, *ob. cit.*; Juan Carlos Rivera, *ob. cit.*; y Stephen G. Post, *ob. cit.*
18. Véase John Horgan, *ob. cit.*; y A. F. Shishkin, *Objeto de la ética marxista leninista. Ética marxista*, Ed. Grijalbo, México, D. F., 1966, pp. 17.
19. Citado por John Horgan, *ob. cit.*
20. Stuart Yougner, «New Controversies in the Definition of Death», Segundo Simposio Internacional sobre Muerte Encefálica, Ciudad de la Habana, febrero-marzo de 1996. Véase, además, Hugo Dopaso, *ob. cit.*
21. Véase Albert R. Jonsen, *ob. cit.*
22. Véase John Horgan, *ob. cit.*; Hugo Dopaso, *ob. cit.*; y Juan Carlos Rivera, *ob. cit.*
23. Albert R. Jonsen, *ob. cit.*
24. Véase Juan Carlos Rivera, *ob. cit.*
25. Véase John Horgan, *ob. cit.*
26. *Ibidem.*
27. G. H. Blijham, «The Person from Porlock. Ethical Issues in Terminal Care. The Dutch Perspective», *Support Care Cancer*, a. 1, n. 3, enero de 1995, pp. 61-5.
28. *Ibidem.*
29. Véase Hugo Dopaso, *ob. cit.*
30. Véase Albert R. Jonsen, *ob. cit.*
31. *Ibidem.*
32. Véase Albert R. Jonsen *et al.*, *ob. cit.*; y Alfredo Castillo Valery y María V. Valery, *ob. cit.*
33. Véase Stuart Yougner, *ob. cit.*
34. Véase Albert R. Jonsen, *ob. cit.*
35. Véase Stuart Yougner, *ob. cit.*
36. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care, *Jama*, v. 268, n. 216, 28 de octubre de 1992. Véase también Alfredo Castillo Valery y María V. Valery, *ob. cit.*
37. Véase Juan Carlos Rivera, *ob. cit.*
38. Tomado de Alfredo Castillo Valery y María V. Valery, *ob. cit.*
39. Los objetivos principales de las intervenciones médicas en Medicina crítica son :
 - Salvar o prolongar la vida
 - Aliviar el sufrimiento
 - Evitar daños que puedan producirse en el curso de los cuidados
 - Restitución de la salud.
40. Se realizó un estudio cuyo universo estuvo constituido por médicos que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios de 14 hospitales de Ciudad de la Habana, en la atención de pacientes críticamente enfermos (14 unidades de Cuidados Intensivos y 10 de Cuidados Intermedios). Se encuestaron 130 médicos para un 85 % del total.
41. En un estudio realizado por el licenciado Eduardo Fermín en este sector, casi la mitad de los médicos intensivistas entrevistados (180 médicos con más de 5 años de experiencia en la especialidad en diferentes hospitales del país) definió correctamente el concepto de eutanasia. Eduardo Fermín, «La toma de decisiones ante la muerte encefálica. Problemática ético-filosófica actual», Segundo Simposio Internacional sobre Muerte Encefálica, Ciudad de la Habana, febrero-marzo de 1996.
42. En el trabajo realizado por Eduardo Fermín el 31% de los médicos entrevistados confunde los conceptos de eutanasia y muerte encefálica. *Ibidem.*
43. Véase A. Ramírez y R. Herrera, «Los problemas éticos en el desarrollo de la Biología y la Medicina contemporáneas», en *Problemas filosóficos de la Medicina. Coloquio*, t. 1, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana, 1984. Véase también Albert R. Jonsen *et al.*, *ob. cit.*; y Alfredo Castillo Valery y María V. Valery, *ob. cit.*
44. Nuestros resultados pueden compararse con los de un estudio similar realizado en los Estados Unidos, en el cual el 58,5% de lo entrevistados considera posible aplicar procedimientos de eutanasia pasiva y el 9,4% los de eutanasia activa (Mac Overmyer, «Final Exit», *Nature*, t. 353, n. 6347, 31 de octubre de 1991, p. 788).
45. D. P. Cadell y R. R. Newton, «Euthanasia. American Attitudes toward the Physician's Role», *Sociedad Científica Médica*, a. 12, n. 40, junio de 1995, pp. 1671-81.

© TEMAS, 1998.