



Revista de la Facultad de Jurisprudencia

ISSN: 2588-0837

RFJ@puce.edu.ec

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Ecuador

Riofrío Martínez-Villalba, Juan Carlos

Eutanasia y distanasia: dos extremos opuestos

Revista de la Facultad de Jurisprudencia, núm. 6, 2019, Julio-, pp. 289-310

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.26807/rfj.vi6.215>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=600263450004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

UAEH 

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Eutanasia y distanasia: dos extremos opuestos

Eutanasia and distanasia: two extreme opposites

Juan Carlos Riofrío Martínez-Villalba

Docente titular Universidad de los Hemisferios

Artículo Original (Revisión)

RFJ, No. 6, 2019, pp. 289-310, ISSN 2588-0837

RESUMEN: Cuando se habla de la muerte digna existen dos extremos opuestos que conviene distinguir: la eutanasia y la distanasia. Mientras la eutanasia intenta acelerar la muerte, el encarnizamiento terapéutico se intenta retardarla o evitarla “a toda costa”. Entre ambos extremos parece haber un justo medio, que se intenta definir de la manera más nítida posible en este artículo. Para hacerlo, después de una breve introducción donde se aclara el método colativo y deductivo a usar (capítulo I), el autor analiza los valores fundamentales de la ciencia y de la práctica médica (capítulo II), los cuidados debidos al paciente, donde toca el muy utilizado principio de proporcionalidad terapéutica (capítulo III); desarrollando lo anterior, distingue los medios ordinarios de subsistencia, las curas mínimas y las terapias ordinarias (o proporcionales). Con todos estos antecedentes ya se puede entrar a definir en el capítulo IV qué debe entenderse por “buen morir” y cómo son extremos irrazonables, tanto la eutanasia, como la distanasia. La conclusión principal es que resulta desproporcionado matar para calmar el dolor (la eutanasia): dar muerte a alguien es un medio desproporcionado para calmar el dolor; a la vez, la distanasia o ensañamiento terapéutico es igual de irrazonable, porque trata de mantener la vida a toda costa con medios que resultan desproporcionados. Solo hay obligación ética y jurídica de dar al paciente terminal las terapias proporcionales.

PALABRAS CLAVES: ensañamiento terapéutico, encarnizamiento, muerte digna, muerte natural, principio de proporcionalidad terapéutico.

ABSTRACT: When talking about death with dignity there are two opposite extremes that should be distinguished: euthanasia and dys-thanasia. While the first one seeks to accelerate death, the second one

tries to delay or avoid it “at any cost”. Between both ends there seems to be a right balance, which this article tries to define as clearly as possible. To do so, after a brief introduction where the collative and deductive methods used are presented (chapter I), the author analyzes the fundamental values of science and medical practice (chapter II), the care due to the patient, where the widely used principle of therapeutic proportionality comes in (chapter III); developing this, the distinction between ordinary means of subsistence, minimum cures and ordinary (or proportional) therapies take place (chapter IV). With all this background, the author can define what should be understood by “good death” and identify its unreasonable extremes, both euthanasia and dysthanasia. There is only an ethical and legal obligation to give a terminal patient the proportional therapies. The main conclusion is that killing a person is a disproportionate way to calm pain and dysthanasia is equally irrational.

KEY WORDS: therapeutic cruelty, fierceness, dignified death, natural death, Principle of therapeutic proportionality.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio⁷⁴ busca determinar cuáles deben ser los cuidados terapéuticos que se deben dar en la fase terminal de la vida. Ejemplos de ambas cosas tenemos muchos, aunque quizá hoy más cotidiano en muchos países es el de la eutanasia. En los países pioneros en permitir la legalmente, como Holanda y Bélgica, hoy se viven situaciones dramáticas: los pacientes suelen verse presionados a aceptarla por familiares y médicos que les dicen que vivos representan un gasto para la sociedad, y en muchos hospitales se la practica sin la voluntad —o incluso contra la voluntad— del paciente. También de la distanasia tenemos ejemplos muy elocuentes: los encontramos, por citar algunos, en los 111 días de agonía del Emperador japonés Hiro Hito, en los días finales de Franco, en el Mariscal Tito, en el Presidente estadounidense Harry Truman, y también en artistas como el pintor Salvador Salí.

El estudio confronta la eutanasia y la distanasia con los postulados del principio de proporcionalidad terapéutica. Luego de la confrontación

74 Este estudio fue expuesto en el Congreso Internacional Universitario de Bioética en la ciudad de Cuenca (Ecuador) organizado por la Universidad del Azuay en julio de 2018. Aquí hemos actualizado y ampliado lo ahí comentado.

se concluye que las medidas terapéuticas tomadas (tanto en la eutanasia como en la distanasia) resultan desproporcionadas. Entre ambos extremos existe un justo medio que ha de aplicarse a los pacientes terminales, que son los cuidados terapéuticos proporcionados. Algunos autores hoy califican al justo medio como “ortotanasia”.

La exposición de este trabajo podría llamar la atención al lector. Hemos de advertir que esta investigación parte de otra más amplia (llamada “proyecto CIN”)⁷⁵, de donde extraemos con una metodología colativa algunos resultados. El proyecto CIN utiliza la metodología de la fórmula Ser-Potencias-Fines-Valores-Principios-Normas-Relaciones⁷⁶, que analiza primero la realidad extramental para deducir de ella los fines del ser humano, lo que contribuye a esos fines (que se ve como valioso) y los principios jurídicos que se deducen de todo lo anterior; con esto se logra entender la parte deóntica y fundamental de la normativa estatal y el sentido de las relaciones jurídicas. Los resultados del proyecto CIN se escriben con la técnica legislativa (a manera de artículos de leyes), lo que presenta la ventaja de una mayor concisión y precisión.

Aquí iniciamos el estudio con una metodología más colativa, donde hilamos algunos resultados del proyecto CIN, sobre los cuales iremos haciendo consideraciones introductorias y explicativas. Esto presenta la desventaja de no poder detenerse a profundizar en cada línea escrita (la misma que ha sido mejor analizada en la primera investigación). No obstante, acudimos a esta técnica metodológica porque nos permite obtener una mejor visión de conjunto, más amplia y completa. Esta metodología nos permitirá en el capítulo final evaluar de manera deductiva la licitud ética y jurídica de la eutanasia y de la distanasia.

En cuanto a la estructura, en el capítulo II estudiaremos cuáles son los valores generales que guían la ciencia médica y los criterios de actuación en los enfermos terminales. En el capítulo III definiremos qué cuidados médicos han de darse a los pacientes para realizar esos valores, haciendo especial hincapié en el juicio de proporcionalidad de las terapias, lo cual se terminará de analizar en el capítulo IV donde distinguimos los cuidados cotidianos, mínimos, ordinarios o

75 Sobre esta investigación empezada hace dos décadas, véase el sitio web del Codex Iuris Naturalis, disponible en <http://jcriofrio.wixsite.com/codex>

76 También llamada fórmula Riofrío, explicada en la ponencia “La fórmula: Ser-potencias-fines-valores-principios-normas-relaciones” (2016) disponible en la web.

proporcionales debidos en justicia a todo enfermo. Con estos antecedentes ya podremos afrontar en el capítulo V el derecho al buen morir: analizaremos, entonces, si la eutanasia y la distanasia pueden considerarse “curas médicas”, si son medios proporcionados para evitar el dolor o para curar, y, en definitiva, si es lícito acudir a ellas. La evaluación hecha en este último capítulo —donde está el corazón de lo aquí investigado— no se podía hacer sin tener presentes lo expuesto en los capítulos precedentes.

1. UNA CUESTIÓN DE VALORES

El derecho no está hecho para subyugar al hombre. El hombre no vive para cumplir leyes, sino que las leyes viven para servir al hombre. Detrás de cada ley debe haber un bien humano que la sociedad busca alcanzar. Por eso cabe preguntarnos desde el inicio, ¿qué busca el hombre en lo relacionado con su vida? Desde luego, salvar su vida. Es un instinto animal, es el principio de autoconservación tan hondamente arraigado en la naturaleza de todo viviente. Los seres vivientes más desarrollados incluso buscan un poco más: no solo salvar su vida, sino también tener una buena salud, e incluso vivir de la mejor manera posible⁷⁷. Pero primero está la vida, porque sin vida no hay salud, no hay bienestar, ni posibilidad de ningún derecho o expectativa de derecho. Por eso afirmamos que los valores ejes de esta parte del derecho son, en primer lugar, la vida, y luego, la buena salud, el bienestar físico y psíquico. Siendo un poco más precisos, podemos decir:

*Límite 113. La vida y la salud como valores jurídicos*⁷⁸

§1 La vida corpórea de todo ser humano es siempre un altísimo bien a proteger y promover, también las vidas que son resultado de la procreación.

77 No en vano la OMS ha entendido que la salud es un concepto que abarca el de bienestar psico-físico. En concreto, señala que «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946).

78 Los “límites” equivalen a los artículos de un código y recogen una razón jurídica que limita en cierto modo la labor del legislador. Por ejemplo, el Límite 20 de la Parte IV-C que recoge el principio *pacta sunt servanda*, contiene una razón que limita la actividad del legislador: ningún legislador del mundo puede disponer que todos los pactos ya no obligan. Todos los límites aquí citados corresponden a la Parte II del Codex.

§2 Una perfección primaria de la vida es una buena salud física, psíquica y espiritual que le permita al ser humano alcanzar sus fines. La perfección última del ser viviente es alcanzar sus fines.

§3 La buena salud humana es siempre un bien a proteger y promover. Esta comprende un estado de completo bienestar físico y mental, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Este estado depende de diversas causas, de índole ambiental, comportamental, genético, físico, mental, social y espiritual.

Límite 114. Derecho a la vida

§1 Todo ser humano tiene derecho a la vida.

§2 Este derecho comprende, en su orden:

(i) en primer lugar, el derecho a que se respete su subsistencia biológica. Este es el primer derecho a respetarse de todos cuantos tiene el ser humano, sin el cual ningún otro derecho existe. El irrespeto a este derecho es irrespeto a todos los derechos.

(ii) el derecho a ser socorrido en casos de urgencia médica.

(iii) el derecho a que las autoridades sancionen los atentados contra la vida.

(iv) el derecho a la salud.

Límite 115. Derecho a la salud

§1 Todo ser humano tiene el derecho a la salud.

§2 Este derecho comprende:

(i) En primer lugar, el derecho a que nadie dañe la salud adquirida.

(ii) El derecho a disponer de los medios ordinarios de supervivencia que estén al alcance.

(iii) El derecho a que las autoridades promuevan un sistema sanitario destinado a proteger la vida y la salud. Especialmente deben asegurar el acceso universal a los medios de curación mínimos.

(iii) El derecho a la prevención de las enfermedades, de las patologías y de los riesgos que puedan existir a la subsistencia o a la salud humanas.

(iv) El derecho a procurarse el mejor estado físico y mental posible.

Pero como en la práctica no existe verdadero derecho si no hay alguien responsable de respetarlo, conviene determinar quiénes son los responsables en este campo (aunque sea de modo genérico en este trabajo):

Límite 116. Responsables del deber de protección

§1 Todos tienen el deber de respetar y proteger positivamente la vida y, en segundo lugar, la salud.

§2 El primer responsable de este deber es el propio individuo.

§3 Las autoridades deben conceder la máxima protección legal, judicial, policial y política a la vida humana. El derecho penal debe tipificar como infracción grave y las autoridades deben sancionar los atentados contra el derecho a la vida. Ninguna autoridad puede conceder licencia, derecho o deber de matar al inocente.

§4 Es gravemente ilícito que las políticas públicas financien o promuevan proyectos destinados directamente a matar vidas humanas.

2. LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN DAR AL ENFERMO

Entendido lo anterior, se entiende bien para qué existen los médicos, para qué el sistema sanitario, para qué las leyes relacionadas con la vida y la salud: para salvaguardar la vida, para procurar la mejor salud posible al ser humano.

La vida es un bien tan alto que justifica algunos sacrificios menores para salvarla: desde la toma de medicamentos amargos, hasta algunas intervenciones quirúrgicas, que incluso exijan la amputación de un miembro. La buena salud también es un valor que exige sus renuncias: por mantenerla muchos se someten a estrictas dietas, a cirugías, a cientos de horas de deporte, etc. Pero sería absurdo sacrificar lo menos por lo más: nadie que tiene un dolor en el dedo se lo amputa. Por eso, desde al menos desde hace tres milenios, los cuidados médicos pueden ser algo invasivos, en la medida del beneficio buscado. Siempre deben

evaluarse pros y contras, los beneficios, riesgos y daños esperados. Ya el Código de Hammurabi sentenciaba que «si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos» (ley 218)⁷⁹. En aquella época tales curaciones eran tan riesgosas, que quien se aventuraba a ellas debía saber que estaba expuesto a que le corten las manos.

De forma sintética, podríamos definir el principio terapéutico de proporcionalidad de la siguiente forma:

Límite 126. Principio de proporcionalidad entre daños, riesgos y curas

§1 Para curar la salud de un enfermo no se adoptarán medidas que comporten un daño, o riesgo de daño, que sea desproporcionado frente al mal que intentan reparar.

§2 Quienes están a cargo del paciente serán responsables del resultado de la asunción de tales riesgos.

La aplicación de este principio exige que todo paciente y todo médico (el paciente primero, porque él es el primer responsable de su salud) al someterse a un tratamiento invasivo sopesen muchas cosas: los beneficios esperados, las posibilidades de éxito, las probabilidades de muerte y otros riesgos, las secuelas, los daños irreversibles, entre muchas otras cosas. Por eso decimos:

Límite 158. Juicio sobre la proporcionalidad de las curas o tratamientos

§1 El paciente y el médico deben evaluar la proporcionalidad de los tratamientos que pueden darse a la enfermedad, atendiendo a los pros y contras de cada tratamiento.

§2 Dentro de los pros se analizará:

(i) el objetivo del tratamiento, el valor de lo que se pretende curar, y la posibilidad de disminuir dolores posteriores.

79 A la par, la ley 215 señalaba que «Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y curó al hombre, o si le operó una catarata en el ojo y lo curó, recibirá diez siclos de plata».

- (ii) *la cantidad y calidad de vida que el tratamiento brindará.*
- (iii) *el conocimiento que se tiene del tratamiento, las esperanzas de éxito y la práctica de los médicos que lo brindarán.*
- (iv) *la inexistencia de tratamientos sustitutivos menos lesivos.*
- (v) *el bajo coste económico del tratamiento.*
- (vi) *la anuencia y tolerancia del paciente al tratamiento. Para definirlo se mirará al menos: a) el grado que esté dispuesto a tolerar los medios técnicos; b) los valores que posea el enfermo; c) el impacto emotivo que el tratamiento pueda desencadenar; y, d) el valor que el paciente atribuya al beneficio esperado.*

§3 Dentro de los contras se analizará:

- (i) *los efectos secundarios, efectos no queridos y dolores que podría generar el tratamiento.*
- (ii) *cuánto acorta la vida el tratamiento.*
- (iii) *el desconocimiento del tratamiento, los riesgos que presenta, las estadísticas de fracaso y la falta de práctica de los médicos que lo brindarán.*
- (iv) *la existencia de tratamientos sustitutivos menos lesivos.*
- (v) *el oneroso coste económico del tratamiento.*
- (vi) *la falta de anuencia o la intolerancia física, psíquica o espiritual del paciente al tratamiento.*

§4 Este juicio se hará antes del tratamiento y durante el tratamiento, a fin de ajustar aquellas desproporcionalidades inesperadas.

En general las personas dedicadas a la ética médica y al derecho de la salud aceptan que debe existir una proporción entre curas, riesgos y daños. Donde hay disputas es en cuál pueda ser el alcance del principio. ¿Qué tan proporcionada es la medida de prescribir unas pastillas que acortan la vida para calmar las dolencias del enfermo?

La Congregación para la Doctrina de la Fe⁸⁰ ha afirmado que sí es lícito hacerlo, mientras se cumplan algunas condiciones⁸¹. Otra pregunta: ¿sería acaso lícito no darle medicinas a un enfermo y dejar que muera, simplemente porque las medicinas son costosas o porque entrañan un dolor más o menos agudo al paciente? Para contestar a esta y a otras preguntas, debemos distinguir tres tipos de medios: los cotidianos, los ordinarios y los extraordinarios.

3. MEDIOS COTIDIANOS, CURAS MÍNIMAS, ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS

Desde luego, si las curas que requiere el paciente fueren sencillas y ordinarias (como por ejemplo, dar un vaso de agua) o las medicinas para salvar la vida fueran baratas y accesibles, parecería una atrocidad no proporcionarlas y dejar que muera. Por eso llama tanto la atención casos como el de Luana, una paciente en estado vegetativo a la que “se la dejó morir” simplemente por inanición. En un gesto de apoyo a esa vida Ferrara, un político italiano, dejó una botella de agua en la plaza de Milán, señalando que si a ella le privaban el líquido vital, él se lo daría. Pronto la plaza se llenó de botellas de agua en señal de apoyo.

Dar de comer y permitir respirar no parecen ni siquiera una “cura médica”. Son lo mínimo que cualquier persona puede pedir cada día. Sobre estos medios cotidianos de supervivencia en realidad no haría falta hacer ningún juicio de proporcionalidad terapéutica, pues siempre son debidos. Precisando esto un poco más, decimos:

80 Uno de los mayores referentes en cuestiones de bioética hoy en día, tanto para católicos, como para los que no lo son, es la Congregación para la Doctrina de la Fe. A esta institución personas de todo el mundo presentan sus consultas, que suele tardar mucho en responder; solo lo hace cuando adquiere una gran convicción de que lo que responderá está justificado. El proceso de estudio de las cuestiones éticas incluye la consulta a moralistas especializados, tanto católicos como no católicos, o incluso ateos.

81 En concreto, en la Declaración *Iura et bona* (5-V-1980), n° III, la Congregación ha mencionado que «los analgésicos que producen la pérdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular. Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo. Por esto, Pío XII advierte que “no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo».

Límite 129. Principio de exigibilidad de los medios ordinarios

§1 Siempre subsiste la obligación grave de procurar los medios ordinarios de supervivencia que la persona puede recibir. Esta obligación es más intensa:

(i) En los familiares más cercanos.

(ii) En los médicos obligados a cuidar de la vida del paciente.

(iii) Para la autoridad pública y para quienes poseen más medios.

(iv) Cuando el necesitado tiene una vida precaria, sobre todo si es enfermo terminal.

§2 Normalmente son medios de supervivencia la hidratación, la nutrición (incluso la suministrada por vía parenteral), la respiración (incluso auxiliada por medios ordinarios), el cobijo contra la intemperie, la higiene y el descanso.

§3 Quien conscientemente impide los medios de supervivencia es reo de asesinato.

Distinto es el caso de verdaderas “curas médicas”, de los fármacos o procedimientos quirúrgicos que un paciente necesita para “curarse” de una enfermedad. Al respecto podríamos decir que existen los siguientes tipos de curas o terapias:

Límite 159. Curas mínimas y curas ordinarias (o proporcionales)

§1 El médico tiene el deber de dar y el paciente el derecho de recibir el tratamiento terapéutico ordinario y los cuidados paliativos que resulten accesibles.

§2 Son curas mínimas aquellas que tienden a asegurar a un organismo vivo los elementos esenciales para mantener la vida hasta el punto de que su simple supresión es suficiente para causar la muerte incluso de un sujeto sano, o afectado por una enfermedad no mortal.

§3 Son curas ordinarias o proporcionales aquellas que superan el juicio de proporcionalidad, antes descrito.

§4 Normalmente son curas mínimas y ordinarias: la fleboclisis, transfusiones de sangre, inyecciones, la limpieza de las úlceras por decúbito, entre otras.

§5 Impedir estas curas es un acto de eutanasia. Su suspensión ha de considerarse como eutanasia pasiva.

Límite 160. Curas extraordinarias o desproporcionadas

§1 En ausencia de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios de que dispone la medicina más avanzada, aun si están en fase experimental y no exentos de algunos riesgos.

§2 Siempre es lícito interrumpir la aplicación de estos medios, cuando de ellos no resulta una mejoría significativa y proporcionada, o cuando imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los eventuales beneficios.

§3 Nadie puede obligar a adoptar curas extraordinarias o desproporcionadas. Su rechazo nunca se considerará un acto de suicidio o eutanasia.

§4 Son curas extraordinarias o desproporcionadas:

(i) aquellas que nadie esperara ningún tipo de beneficio para el paciente;

(ii) las que muestran demasiados riesgos o peligros, aunque se usen comúnmente.

(iii) las que resultan demasiado onerosas al paciente, a juicio del paciente.

(iv) las sumamente costosas.

(v) las curas ordinarias que resultan inaccesibles en un contexto circunstancial de gran escasez, pobreza o inocente ignorancia.

4. EL DERECHO AL BUEN MORIR

Mucho se habla hoy del “derecho a morir” (entendido como derecho a decidir cuándo se muere), sin cuestionarse sobre las implicaciones que esto trae. Hoy repugna que quien tiene mucho dinero lo desperdicie por placer, lo malgaste, o, como se suele ejemplificar, lo eche a la

chimenea para calentar el ambiente. También hoy repugna que otros bienes “se dejen morir”, como la vida de los animales y de las diversas especies. Este mismo razonamiento debería servir para justificar la custodia de bienes de mucha mayor valía, como lo son la vida humana. En realidad nadie tiene un “derecho a quemar billetes”, ni un “derecho a matar animales”, ni menos un derecho a “extinguir especies”. Solo se podría arrojar el oro al mar si el barco se está hundiendo, o matar un animal para dar de comer y salvar la vida. No existe ningún derecho directo a eliminar bienes o vidas, sin una razón de peso (en la cual al efecto querido sea de valor mayor —o al menos equivalente— al efecto no deseado)⁸². Cuando de muerte se trata, en propiedad deberíamos decir lo siguiente:

Límite 174. Derecho al buen morir

§1 El derecho a la vida se concreta en el enfermo terminal como derecho a finalizar bien la vida.

§2 Este derecho comprende:

(i) El derecho en todo momento a los medios cotidianos de subsistencia, así como a los cuidados ordinarios y proporcionales.

(ii) El derecho a conocer de la inminencia de la muerte, el derecho a prepararse, a afrontarla y a aceptarla. Las mentiras o retrasos de información en este tema son especialmente graves. Es una falta grave del médico mentir, o no informarle en tiempo oportuno al paciente y a su familia, sobre la gravedad de la situación.

(iii) El derecho a morir dignamente como persona. En la medida de lo posible se ha de procurar que siga consciente, siga siendo agente en las decisiones sobre su enfermedad, mantenga la autonomía y autocontrol de la persona, tenga las actividades e interrelaciones personales que le sean posible.

(iv) El derecho a morir con la dignidad del ser humano. Se procurará protegerlo ante la pérdida de la imagen corporal. Ante la inminencia

82 Además hay otros requisitos para aplicar esta doctrina bioética del doble efecto. Por razones de espacio no podemos hacerlo aquí. Para un ahondamiento en el tema, cfr. Pardo, 2004, p. 70; Sgreccia, 1989, p. 129; y especialmente Polaino-Lorente, 1994, pp. 51-55.

de una muerte irremediable, lo más humano es dejar que la naturaleza continúe su curso.

(v) El derecho a morir con la mayor paz y serenidad corporal, psíquica y espiritual posible. Ante su pedido o insinuación, se le procurará la asistencia en estos campos. En la medida de lo posible, y respetando siempre la voluntad del paciente, se procurará que pase sus últimos días en su hogar.

(vi) El derecho familiar del respeto del cadáver, de su entierro y sepultura.

§3 Violan el derecho al buen morir tanto la eutanasia, como la distanasia.

La eutanasia no ayuda a “morir bien”. Ella busca matar a una persona con el objetivo (en el mejor de los casos) de que “no sufra ya más”⁸³. Pero este argumento es terriblemente irrazonable. Como dice Carlos Simón Vázquez, «Es evidente que la eliminación de la vida es un medio desproporcionado para tratar el dolor, cualquier otra dolencia o minusvalía» (Simón, 2006, p. 336). Es como quien se corta el dedo para dejar de sentir el dolor de un uñero. El mero dolor no justifica la amputación de miembros, ni el envenenamiento de nadie, ni un disparo en la cabeza, ni nada que quite la vida, menos cuando existen medicinas para calmar ese dolor. En las últimas décadas se ha avanzado de forma increíble en el desarrollo de los analgésicos y de la medicina paliativa, y hoy más que nunca podemos decir que la eutanasia no es una medida proporcionada para calmar el dolor.

Matar a alguien no representa ningún tipo de “cura”, ni “terapia” contra la enfermedad. Quien mata más bien ayuda a la enfermedad a acabar con el individuo. Ningún médico tiene por oficio el de matar, sino —todo lo contrario— es responsable de poner los medios para curar las enfermedades del paciente; y esta responsabilidad resulta mucho más intensa en los casos de urgencia médica (aquellos en los que pende de un hilo la vida del paciente). No en vano Hipócrates prohibía a los médicos “dar un remedio de muerte”.

83 Digo en el mejor de los casos, porque la cultura de la muerte ha ido agregando otros fines: que no sufra en el futuro (eutanasia de niños con problemas serios, pero que actualmente no sufren), que no se desmejore la economía sanitaria (eutanasia realizada en los hospitales públicos a los enfermos terminales más costosos), evitar la probabilidad de sufrimiento (eutanasia en los enfermos en vida vegetativa que no se sabe si sufren), etc.

Por lo dicho, de manera sintética y técnica cabe afirmar lo siguiente:

Límite 178. De la eutanasia

§1 La eliminación deliberada de una vida humana es siempre un medio absolutamente desproporcionado para tratar el dolor, deficiencia física o mental, o cualquier defecto intelectual, social o económico.

§2 Por tanto, son gravemente ilícitos:

(i) Cualquier acción u omisión que en su naturaleza o intenciones procura la muerte de los hombres con el fin de eliminar cualquier tipo de dolor.

(ii) Invitar, sugerir o presionar a una persona para que opte por la eutanasia.

(iii) Más grave es practicarla sin deseo expreso del paciente, o, peor aún, contra su voluntad.

§3 La autoridad debe castigar como incitadores a quienes incitan a la eutanasia o difunden la cultura de la muerte; como tentadores a quienes la plantean a un individuo, incitan a cometerla o presionan para que se ejecute; y como homicidas a quienes la practican.

Límite 179. Clases de eutanasia y su gravedad

§1 La eutanasia puede ser:

(i) Activa o pasiva, dependiendo de si la muerte es causada por una acción deliberada de matar o por una omisión deliberada de los cuidados debidos y necesarios para la curación o supervivencia.

(ii) Directa o indirecta, dependiendo de si la acción u omisión tienen por fin la muerte, o si esta llega por un acto que buscaba mitigar el dolor, pero que se sabía que causaría pronto la muerte.

(iii) Voluntaria o involuntaria, dependiendo de si la víctima la ha solicitado o no.

(iv) Perinatal, eugenésica, agónica, psíquica, económica o social según se aplique la muerte a recién nacidos deformes o deficientes, como medio para purificar la raza, a enfermos terminales, a afectados de lesiones

cerebrales irreversibles, de ancianos u otras personas tenidas por socialmente improductivas o gravosas, con el fin de liberar a la persona, a la familia o a la sociedad de estos individuos.

§2 A priori, son más graves:

- (i) Las eutanasias pasivas, que las activas.*
- (ii) Las eutanasias involuntarias o, peor, las que contrarían la voluntad de la víctima.*
- (iii) Las eutanasias perpetradas de forma directa, frente a las indirectas.*
- (iv) Las eutanasias realizadas sobre víctimas que no sufren dolores.*
- (v) Las eutanasias que hacen sufrir más a la víctima.*
- (vi) La eutanasia realizada por el personal sanitario, cuya profesión tiene por fin salvar la vida.*
- (vii) La eutanasia promovida o realizada por quienes deben querer más a la víctima.*

§3 Son atenuantes de este delito:

- (i) la grave aflicción y desconcierto de los familiares.*
- (ii) la presión de terceros.*

Frente al extremo de la eutanasia, que anticipa el momento de la muerte bajo una supuesta razón benevolente, está el extremo opuesto de la distanasia, que busca alargar indebidamente la vida humana a cualquier costo. En el peor de los casos, los médicos de manera injustificada⁸⁴ mantienen funcionando algunos órganos vitales de manera artificial (corazón, pulmones, etc.) cuando ya técnicamente ha muerto (es decir, cuando se ha constatado la muerte cerebral). Pero

84 De manera excepcional se podría justificar este procedimiento, por ejemplo, para mantener en buen estado los órganos del difunto que se trasplantarán a otro paciente a quien le urjan. Pero en este caso habrá el deber de ser claros con los familiares y de certificar de la debida manera la muerte del paciente (usualmente con el certificado de encefalograma plano).

también constituye encarnizamiento terapéutico la imposición de los familiares, del médico o de las autoridades de acudir a medios desproporcionados para salvar la vida del paciente terminal. Todo paciente mantiene siempre el derecho de rechazar aquellas terapias demasiado invasivas u onerosas⁸⁵ que tengan por fin alargar un poco la vida⁸⁶. Lo dicho se resume en esto:

Límite 175. Prohibición del encarnizamiento terapéutico (o distanasia)

§1 El derecho considera que es una agresión injustificada, y prohíbe, lo siguiente:

(i) realizar todo tratamiento extraordinario o desproporcionado, del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente.

(ii) prolongar la vida puramente aparente y totalmente artificial, después de que las funciones cerebrales principales hayan cesado irreversiblemente.

(iii) utilizar medios extraordinarios o desproporcionados que el paciente ha renunciado.

(iv) prolongar la vida del paciente terminal con tratamientos extraordinarios que no son suficientemente proporcionados a los efectos previstos.

§2 El paciente tendrá siempre el derecho de rechazar este tipo de tratamientos, así como de renunciar a unos tratamientos que procurarían sólo una prolongación precaria y penosa de la vida.

85 Onerosas en sentido amplio, incluida la intensidad del dolor y el tema económico. Una terapia puede ser desproporcionadamente onerosa tanto por los dolores, riesgos y secuelas que puede causar al paciente, como porque acudir a ella implique que la familia venda todos cuantos bienes posea.

86 Como dice Pardo (2004, pp. 142-143), «la muerte es un hecho inevitable de la vida humana. Ante la inminencia de una muerte irremediable, lo más humano es dejar que la naturaleza continúe su curso. Todo hombre tiene el derecho a morir en paz. Por tanto, es lícito tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían sólo una prolongación precaria y penosa de la vida. Tal renuncia manifiesta la aceptación de la condición humana frente a la muerte».

La gran mayoría de médicos y asociaciones profesionales están de acuerdo en que la ética médica prohíbe la distanasia (también llamada “ensañamiento” o “encarnizamiento terapéutico”)⁸⁷. El problema hoy más bien se corre hacia el extremo de la eutanasia: no faltan casos en los que, so capa de no perpetrar ningún ensañamiento, se termina negando al paciente las terapias ordinarias a las que tiene derecho (o se le aconseja renunciar a ellas) para ocasionar su muerte. Desde luego, el auténtico encarnizamiento terapéutico debe siempre ser condenado desde el punto de vista ético, pero hemos de insistir en que solo hay encarnizamiento cuando se cumplen las condiciones antes expuestas (cuando se imponen medios desproporcionados, se realizan terapias sin esperanza de éxito, etc.).

Hoy en día los autores hablan de *ortotanasia* que consiste en procurar «todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo, se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al enfermo, se continúa con las medidas proporcionadas que disminuyen o suprimen el dolor y otras molestias, se procura que el paciente esté cómodo, movilizándolo, alimentándolo, realizando el aseo y las curaciones que sean necesarias, se administran sedantes y analgésicos con la frecuencia y a la dosis que se requiera, pero lo más importante es la comunicación y el diálogo del enfermo con su médico, sus familiares, amigos y en su caso con el ministro de su religión, quienes proporcionan apoyo psíquico y moral» (Gutiérrez-Samperio, 2001, p. 273)⁸⁸.

Las personas de conciencia más fina que desconocen la doctrina de la proporcionalidad de los tratamientos terapéuticos, suelen sufrir con el tema de la eutanasia. Es el caso de padres que tienen un hijo enfermo que requiere para vivir estar conectado continuamente a máquinas invasivas, a un costo que la familia no puede pagar sino vendiendo todo su patrimonio; en esas circunstancias se cuestionan si no venderlo implica un acto de eutanasia. Habría que explicarles que

87 Solo por poner un ejemplo, de manera concisa y tajante la *Declaración en torno a la fase terminal de la enfermedad* de la Asociación Médica Mundial, condena «todo tratamiento extraordinario, del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente».

88 Al respecto, cfr. Di Caprio & Di Palma, 1999, pp. 383 y ss.; Dans & Kerr, 1979, pp. 228 y ss.

la bioética y el bioderecho⁸⁹ solo exige acudir a los medios proporcionales, aunque no impide acudir —de forma heroica— a ciertos medios extraordinarios⁹⁰. Por un lado, debería escucharse al hijo quien debe manifestar si desea continuar con esos tratamientos tan invasivos y, por otro, los padres también podrían decidir lícitamente no vender el patrimonio familiar, por ser una medida sumamente onerosa⁹¹. En ambos casos no estaríamos ante ninguna eutanasia, mientras se sigan administrando las curas mínimas y ordinarias para vivir.

Esto último es importante de precisar. La prohibición del encarnizamiento no implica el deber de suspender toda intervención, «sino sólo aquellas terapias intensivas que roban al enfermo la necesaria tranquilidad, lo aíslan de cualquier contacto humano con familiares y amigos, y acaban por impedirle que se prepare interiormente a morir en un clima y en un contexto verdaderamente humanos: cosa que, a estas alturas, es verdaderamente lo único importante para él. De ahí que, más que hablar de suspensión, deba hablarse de reducción o limitación de la terapia» (Polaino-Lorente, 1994, p. 433).

5. CONCLUSIONES

Los valores primarios que deben sopesarse en el estudio de la eutanasia, distanasia y en la buena muerte son: en primer lugar, el valor de la vida humana, y luego, el de la salud psico-física. En estos valores ha de fundarse el legislador para sancionar las leyes sobre la materia. Por

89 Sobre la relación bioética y bioderecho (o sus análogos, “biojurisprudencia”, “bio-law”, etc.), cfr. Schaefer, 2017, 282 y ss.; Morelli, 2010; Aparisi, 2007, 63-84; Romeo, 2017. En general, los autores aceptan un papel directivo, programático o evaluador de la bioética, que pesa y mide el bioderecho. En todo caso, también hay coincidencia de principios, como el principio de proporcionalidad y de los medios ordinarios que rige tanto para la bioética, como para el derecho aplicado a estas cuestiones.

90 Como dice la *Evangelium Vitae*, n° 65: “ciertamente existe la obligación moral de curarse y hacerse curar, pero esta obligación se debe valorar según las situaciones concretas; es decir, hay que examinar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejoría. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte».

91 Desde luego el hijo podría hacer un acto heroico aceptando tales sufrimientos extremos no exigidos por la ética, y también los padres podrían vender el patrimonio familiar de manera heroica. Pero tales heroicidades no las exige la ética, aunque las permite.

tanto, no podría desconocer el derecho a la vida y a la salud de todo ser humano. Para curar la salud de un enfermo no se pueden adoptar lícitamente medidas que comporten un daño, o riesgo de daño, que sea desproporcionado frente al mal que intentan reparar. Ante la posibilidad de una intervención o de cualquier terapia, el paciente y el médico deben evaluar la proporcionalidad de los tratamientos que pueden darse a la enfermedad, mediante un juicio que sopesa los pros y contras del tratamiento.

Siempre es obligatorio proporcionar a toda persona (enferma o sana) los medios necesarios para subsistir (v. gr. agua, alimentos, respiración). Estos medios no pueden calificarse propiamente de “terapias”, “curas” o “cuidados médicos”. Privar de estos bienes, tanto al enfermo como al sano, es un acto de asesinato. El médico siempre tiene el deber ético y jurídico de proporcionar los cuidados mínimos a sus pacientes. Son curas mínimas aquellas que tienden a asegurar a un organismo vivo los elementos esenciales para mantener la vida hasta el punto de que su simple supresión es suficiente para causar la muerte incluso de un sujeto sano, o afectado por una enfermedad no mortal.

Además hay el deber de recurrir a las curas ordinarias o proporcionales (es decir, aquellas que superan el juicio de proporcionalidad). Normalmente son curas mínimas y ordinarias: la flebotomía, transfusiones de sangre, inyecciones, la limpieza de las úlceras por decúbito. Más que un derecho a decidir cuándo morir (o cuándo otra persona debe morir), lo que hay es un derecho a morir bien. Este derecho comprende el derecho a que nadie adelante la hora justa de la muerte, a que no se intente retrasarla de manera onerosa para el paciente y sus familiares.

Conviene aplicar el razonamiento de la proporcionalidad al campo de la eutanasia. La eliminación deliberada de una vida humana es siempre un medio absolutamente desproporcionado para tratar el dolor, deficiencia física o mental, o cualquier defecto intelectual, social o económico. El dolor se debe enfrentar con analgésicos y, en los enfermos terminales, con la medicina paliativa. El derecho y la ética médica prohíben el encarnizamiento terapéutico. En concreto, transgreden la dignidad humana: (i) los tratamientos desproporcionados, de los que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente; (ii) la prolongación injustificada de la vida puramente aparente y totalmente artificial, después de que las funciones cerebrales principales hayan cesado irreversiblemente; (iii) el uso de medios desproporcionados a los que el paciente ha renunciado; y, (iv) la prolongación de la vida del

paciente terminal con tratamientos extraordinarios que no son suficientemente proporcionados a los efectos previstos. Ante la inminencia de la muerte, lo justo y ético es adoptar los medios terapéuticos proporcionales (también llamados curas ordinarias). En todo caso, si el paciente lo desea y se cumplieren algunas condiciones, cabe proporcionar al paciente ciertos tratamientos extraordinarios.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aparisi Miralles, Ángela (2007). Bioética, bioderecho y biojurídica (Reflexiones desde la filosofía del derecho). *Anuario de filosofía del derecho*, 24: 63-84.

Asociación Médica Mundial (1983). Declaración en torno a la fase terminal de la enfermedad. Redactada en la 35ª Asamblea. Oslo.

Código de Hammurabi (1982). Traducción de F. Lara. Madrid: Editora Nacional.

Congregación para la Doctrina de la Fe (5-V-1980). Declaración *Iura et bona* sobre la eutanasia (5-V-1980). Ciudad Estado del Vaticano: Editrice Vaticana.

Dans, E.P. & Kerr, R.M. (1979). Gerontology and Geriatrics in medical education. *The New England Journal of Medicine*, 300: 228 y ss.

Di Caprio L. & Di Palma, A. (1999). La medicina y la muerte. *Medicina y Ética*, 10: 383 y ss.

Espejo, María Dolores, Vega, Javier & Simón, Carlos (2006). Voz «Eutanasia». En C. Simón Vega (ed.), *Diccionario de bioética*. Burgos: Monte Carmelo.

Gutiérrez-Samperio, César (2001). La bioética ante la muerte. *Gaceta Médica de México*, 137(3): 269-274.

Juan Pablo II (25-III-1995). Encíclica *Evangelium Vitae*. Ciudad Estado del Vaticano: Editrice Vaticana.

Morelli, Mariano (2010). El concepto del bioderecho y los derechos humanos. *Vida y Ética*, 11(1). En <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/concepto-bioderecho-derechoshumanos.pdf> (último acceso 22-IX-2019).

Organización Mundial de la Salud (22-VII-1946). Constitución de la OMS. Conferencia Sanitaria Internacional (tomada de Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100).

Pardo Sáenz, José María (2004). *Bioética práctica al alcance de todos*. Madrid: Rialp.

Polaino-Lorente, Aquilino (1994). *Manual de bioética general*. Madrid: Rialp.

Riofrío Martínez-Villalba, Juan Carlos (2018). *Codex Iuris Naturalis*. Quito: pro manuscrito. Disponible en <http://jcriofrio.wixsite.com/codex> (recuperado el 27-VIII-2018).

Riofrío Martínez-Villalba, Juan Carlos (2-X-2016). La fórmula: Ser-potencias-fines-valores-principios-normas-relaciones. XII Jornadas Internacionales de Derecho Natural, realizadas en la Pontificia Universidad Católica Argentina (Buenos Aires). Disponible en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/ponencias/formula-ser-potencias-fines-riofrio.pdf> (recuperado el 27-VIII-2018).

Romeo Casabona, Carlos M. (2017). El Bioderecho y la Bioética, un largo camino en común. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 3: 2-16.

Schaefer Rivabem, Fernanda (2017). Bioderecho: ¿una disciplina autónoma? *Revista de bioética*, 25(2): 282-289.

Sgreccia, Elio (1989). *Manuale di bioetica*. Milán: Vita e Pensiero.

Recibido: 18/07/2019

Aprobado: 12/11/2019

Juan Carlos Riofrío: Docente titular Universidad de los Hemisferios

Correo electrónico: juancarlos@uhemisferios.edu.ec