

# *Eutanasia y Principio de Autonomía*

**Psic. Valentina Paz Urrutia<sup>1</sup>**

## **Objetivos**

### **1.- Objetivo general**

Realizar una revisión integradora de la literatura sobre la eutanasia y su relación con un principio de la bioética: la autonomía.

### **2.- Objetivos específicos**

Explicar los cuidados paliativos e identificar sus respectivas actuaciones: eutanasia, ortotanasia, distanasia y cacotanasia. Siendo posible explicar las principales características de estas cuatro.

Describir el concepto de bioética y sus cuatro principios: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

Relacionar el principio de autonomía con la actuación que se trata con mayor extensión en la literatura actualmente: la eutanasia.

## **Metodología de búsqueda**

Se realizó una revisión sistemática de literatura sobre eutanasia y el principio de autonomía. Buscando en las bases de datos Scencedirect, Pubmed, Ageline, Google académico, Medline, Redalyc, Psycodoc, Psycinfo, Psyke, SCielo y Dianet. Se utilizaron como palabras clave “cuidados paliativos”, “actuaciones”, “eutanasia”, “distanasia”, “ortotanasia”, “cacotanasia” combinadas con “bioética” y “autonomía”. Se encontraron alrededor de 84 artículos, de los cuales se utilizaron 53, debido a su relación específica con el tema eutanasia y autonomía. Los criterios de exclusión fue principalmente el idioma, utilizando solo textos en español e inglés. Se descartaron los artículos que se basaban en la temática legal como centro del artículo. Respecto al intervalo temporal, se

---

<sup>1</sup> Psicóloga. El presente trabajo corresponde a la Tesis, dirigida por María Eugenia Olivares, del Máster de Psicogerontología realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

utilizaron artículos desde el año 1970, año que se empezó a utilizar el término Bioética, hasta el 2014.

Es posible dar cuenta que desde aproximadamente el año 2000 en adelante se le da más espacio en la literatura al principio de autonomía como un argumento en relación a la eutanasia. Por lo que se puede afirmar la existencia de un cambio a partir del siglo XXI en los planteamientos sobre la eutanasia y su relación con el principio de autonomía.

## **Introducción**

Desde los tiempos más remotos las sociedades ofrecen ayuda y confortan a sus enfermos y a los que están muriendo. Inmersos en diferentes culturas, leyes y formas de percibir la muerte, cada sociedad ha proporcionado de diferentes maneras los cuidados a sus enfermos terminales. Desde la preocupación por la vida que afirma Hipócrates: “Jamás daré medicamento mortal por mucho que me lo soliciten”, hasta el extremo de no prestar ayuda alguna a los enfermos como expresa Platón: “Tu establecerás, oh Glaucon una disciplina en el estado y una jurisprudencia tales como nosotros la entendemos, limitándote a dar cuidados bien constituidos de alma y cuerpo. En cuanto a los que no son sanos corporalmente, se los dejara morir”. Así también, Nietzsche fue partidario de la misma postura en cuanto llamar a los enfermos “parásitos de la sociedad” (Vilches, 2001). Es posible así, evidenciar múltiples formas de concebir la muerte a lo largo de la historia.

Es clara entonces la existencia de diferentes significados sobre el valor de la muerte y la vida, así también como de los enfermos terminales (Vilches, 2001). Son muchos los cambios que van asociados al concepto de muerte y nuestra sociedad no se queda al margen, existiendo cada vez mayor preocupación por la muerte, y sobretodo, por el proceso de ponerle fin a la vida. Esta temática ha sido la base de muchos debates que han surgido los últimos años. Junto con esto, la filosofía ha pasado durante el siglo XX de pensar sobre el “morir mortal” a pensar sobre el “morir moral” (Bonete, 2002). Por lo que a este debate sobre la muerte se le suma un componente ético importante, generando cada vez mayor interés por establecer fundamentos éticos más concretos sobre el proceso de muerte.

Dentro de este reconocimiento que se ha tenido sobre la parte ética del proceso de muerte, la bioética es la que se ha establecido como disciplina precursora de las variables intervinientes en el final de la vida, instaurando diferentes principios que deben guiar la práctica clínica. Dentro de estos, es el principio de autonomía el que ha generado mayor interés en la literatura, existiendo diferentes argumentos en relación con la muerte, en especial, con la eutanasia.

Chile no se queda al margen de esta situación, los cambios característicos que ha sufrido la idea sobre la muerte y su relación con la ética son cada vez más notorios en este país producto de los cambios a nivel demográfico y político. El reconocimiento de los derechos del paciente en el contexto de la Reforma a la Salud AUGE (proyecto de régimen general de garantías en salud, año 2001) generó el proyecto de ley “sobre los

derechos y deberes de las personas en salud”. Junto con esto, la consagración legal del “consentimiento informado” y la regulación de la muerte digna, centrada en la posibilidad de evitar el ensañamiento u obstinación terapéutica, atrajo el interés de académicos, profesionales y religiosos que, en algunos casos, vieron aquí la puerta de entrada a la instauración de la eutanasia (Zúñiga, 2008).

El proyecto de ley sobre derechos del paciente, busca hacerse cargo adecuadamente de los conflictos morales que la suspensión o interrupción de un tratamiento médico significa en el contexto del debate sobre la eutanasia. Esto ha llevado a que en Chile se instaure un debate sobre el reconocimiento del derecho básico a la autonomía y libertad que cada cual debe tener sobre el propio cuerpo (Zuñiga, 2008).

Otro factor que llama la atención es el aumento de personas en situación terminal, sobretodo de ancianos. Según las previsiones de las Naciones Unidas (2006), entre 2010 y 2050 la población mundial de 65 años y más se multiplicará por 3. En 2050 las personas de 65 años y más equivaldrán a un 26% de la población en países desarrollados y a un 14.6% de la población en países en desarrollo, es así como el envejecimiento de la población se da en casi todo el planeta, siendo previsible en los países desarrollados, pero sorprendiendo por su celeridad.

Actualmente en Chile ocurre este mismo cambio caracterizado por el rápido aumento demográfico de la población de adultos mayores (Thumala, 2009). En los últimos 30 años, la población chilena ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. De acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2008), Chile se encuentra en un importante, irreversible y silencioso proceso de cambio en su estructura demográfica. En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.825.000 personas de edad para el año 2025, lo que representará el 20% de los chilenos (CASEN, 2006; SENAMA, 2009).

El aumento de la población de personas mayores es claro a nivel mundial como a nivel nacional (Chile). Junto con esto, por efecto del mejoramiento generalizado de las condiciones sanitarias y nutricionales las tasas de mortalidad han disminuido fuertemente haciendo que la esperanza de vida alcance hoy 78 años aproximadamente, lo que representa un incremento de más de 20 años en las últimas cinco décadas (Thumala, 2009). Este aumento de la calidad de vida que ha conllevado a un importante aumento de la longevidad, ha conducido a un aumento significativo en el número de personas que sufren de enfermedades crónicas que no se curan y por lo tanto llegan a fase terminal (Carlos, et al., 2013). Lo que ha significado la existencia de una mayor población de adultos mayores en situación de enfermedad terminal.

Las actuales peticiones de eutanasia por ciudadanos chilenos, junto con el claro aumento de pacientes en situación terminal, ha llevado a que se genere un interés mayor por la forma de ponerle fin a la vida. Por lo tanto, en Chile éste es un tema que actualmente ha generado mayor interés, surgiendo voces en la sociedad que hasta hace poco parecían silenciadas por el contexto sociopolítico que caracteriza este país.

Debido a esto es que nace la necesidad de reflexionar sobre este tema, buscando

fundamentos concretos que proporcionen un escenario sólido sobre el cual responder a las interrogantes actuales de esta sociedad.

## **Estado Actual del Tema**

### **Cuidados Paliativos**

Conforme avanza la historia, la sociedad ha ido desarrollando mayor preocupación por el cuidado de los enfermos terminales. Debido a los cambios culturales, demográficos y epidemiológicos, así como de la profesionalización y avances en el campo médico, durante el siglo XX se consolidó en las sociedades occidentales la tendencia a que la muerte y el final de la vida ocurran bajo la esfera de la Medicina (Alonso, 2013).

A este campo donde se empezó a tratar el proceso de muerte de los enfermos terminales se llamó Medicina Paliativa. Fue en 1987 cuando fue ya reconocida como una especialidad médica, siendo definida como “el estudio y gestión de los pacientes con enfermedad activa, gradual y ultra-avanzada, para la cual es limitado el pronóstico y la aproximación del cuidado es la calidad de vida” (Calman et al., 2005). Inicialmente, este concepto apareció incorporado únicamente a las prácticas médicas. Sin embargo, son muchos los profesionales implicados en esta área, por lo que tal cuidado es casi siempre multiprofesional o interdisciplinario. En la esencia del concepto de cuidados paliativos, se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final, y se trata al paciente en su globalidad de ser, buscando mejorar su calidad de vida (Bertachini et al., 2006).

Es así, como los cuidados paliativos se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura, que merece respeto como un ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas de las últimas décadas, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo (Saunders, C. en Bertachini et al. 2006).

Ya en 1990 la OMS definió cuidados paliativos como “el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares”.

Tomando como punto de partida esta definición, de manera más específica y detallada es posible considerar los cuidados paliativos como “el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, a través de la asistencia prestada por un equipo interdisciplinario que pueda responder a las distintas áreas de la vida de la persona. Su objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia, con especial énfasis en proporcionar a cada enfermo los recursos que puedan favorecer el proceso hacia una muerte en paz, mediante el apoyo emocional, el control de síntomas tratables y la promoción de la adaptación a los no tratables o persistentes” (Bayés, R. et al., 2008, pp 305).

Queda claro luego de entender la definición completa de los cuidados paliativos, como este campo exhibe compromisos ligados no sólo con la práctica médica, sino con la religión, la cultura y la moral. Centrándose en el paciente, destacando la naturaleza múltiple de la condición humana e identificando la calidad de vida como su objetivo último (Krmptic, 2010).

Esta importancia por una mejor calidad de vida es el motor fundamental del ser humano actual, encontrándose en una continua búsqueda del ser saludable, una esfera de la realidad que se enfrenta entre dos polos: la salud y la enfermedad. Sobre la base de este entendimiento de la vida, se ha construido el concepto de muerte digna. Sin embargo, esta definición no siempre es la misma para los pacientes, cuidadores, familiares y profesionales de la salud, así como también para una sociedad u otra, dando lugar a diferentes formas de enfrentarse al fin de la vida (Carlos et al, 2013).

El adelanto de la muerte o la aplicación de esfuerzos terapéuticos desproporcionados, como la obstinación, la futilidad y el ensañamiento terapéutico, son los extremos de los tratamientos que se pueden ofrecer a la etapa final de un paciente terminal (Carlos et al, 2013), existiendo diferentes maneras de enfrentarse a la muerte: la eutanasia, distanasia, ortotanasia y cacotanasia. Las cuatro actuaciones de los cuidados paliativos.

A continuación se explicarán estas cuatro actuaciones:

### **1.- Eutanasia**

La palabra eutanasia etimológicamente procede del griego *euthanasía*: *ef* (bien) y *thanatos* (muerte), *buen morir*. Se caracteriza hoy en día como la abreviación del proceso de la muerte de una persona enferma, por acción o falta de acción, con el objetivo final de aliviar un gran e insoportable sufrimiento (Schramm et al., 2008). Siempre hay una intención de apresurar un proceso que es irreversible (Vilches, 2001).

Acortar el tiempo de la muerte puede ocurrir de diferentes maneras. En relación con el acto en sí mismo, se encuentra la eutanasia activa, la cual se caracteriza por actuar deliberadamente para causar la muerte del paciente por una intervención activa, es decir, a través de acciones encaminadas a producir la muerte del paciente terminal. Por su parte, la eutanasia pasiva consiste producir deliberadamente la muerte de una persona mediante la suspensión o retirada de los medios ordinarios de nutrición o el tratamiento. Es la cesación, retirada u omisión de intervenciones terapéuticas que se limitan a prolongar la vida biológica de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal (Hermsen et al., 2002; Alarcos et al., 2008). Es una eutanasia por omisiones o inacciones que deliberadamente se han aceptado, por el médico o el paciente, con el propósito de ponerle fin a una vida (Leiva, 2013).

También se considera una tercera forma: el doble efecto de la eutanasia, que correspondería a cuando la muerte se acelera como resultado de acciones médicas no letales, destinadas al alivio del sufrimiento de un paciente (Neukamp, 1937 en Schramm et al., 2004).

Otra forma de clasificar las distintas formas de eutanasia tiene en cuenta no sólo las consecuencias del acto, sino también el consentimiento del paciente (Martin, 1998 en Schramm et al., 2004). Ésta puede ser a petición del mismo paciente, de sus familiares, o por iniciativa de un tercero que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del enfermo terminal (Vilches, 2001). Por su parte los autores Carlos et al. (2013) afirman que la eutanasia puede ocurrir por dos medios: voluntariamente a solicitud del paciente, o involuntariamente, cuando está en manos de otro, sin el consentimiento del paciente.

Schramm et al., (2004) y Abellan et al., (2008). desarrollan aún más esta clasificación, distinguiendo tres formas de consentimiento. La eutanasia voluntaria, la cual cumple con lo que expresa el paciente, la eutanasia involuntaria, también llamada cacetanasia, que ocurre cuando el acto se lleva a cabo en contra de la voluntad del paciente. Y una tercera cuando la muerte se lleva a cabo sin conocer la voluntad del paciente.

## **2. Distanasia**

Al contrario de la eutanasia, se encuentra la distanasia. Etimológicamente esta palabra viene del griego *dis* (dificultad o anomalía) y *thánatos* (muerte); consiste en retrasar la muerte de un paciente infligiendo al paciente terminal dolor o sufrimientos adicionales secundarios a los efectos adversos de las terapias que se aplican, producto de una lucha desmesurada contra la muerte. También se conoce como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico y obstinación terapéutica (Giraldo-Cadevid, 2008).

Se conceptualiza como una muerte difícil o dolorosa, que se utiliza para indicar la prolongación del proceso de la muerte a través de un tratamiento que sólo prolonga la vida biológica del paciente, sin calidad de vida y sin dignidad. Así, mientras que en la eutanasia, la principal preocupación es por la calidad de vida restante, en la distanasia la intención es prolongar la cantidad de tiempo de esta vida, instalando todos los recursos posibles para extenderla al máximo (Carlos et al, 2013).

## **3. Ortotanasia**

Una tercera actuación que forma parte de los cuidados paliativos, la cual hace referencia a la muerte correcta o muerte digna es el concepto de ortotanasia. Etimológicamente ortotanasia significa *muerte digna*: *orto* (recto, digno), *thanatos* (muerte). Refleja la muerte deseable, la que ocurre al no prolongar la vida artificialmente, a través de procedimientos que conducen a un aumento de sufrimiento, lo que altera el proceso natural de morir. Así, en la ortotanasia, la etapa final individual está dirigida por los profesionales implicados en su cuidado por una muerte sin sufrimiento, lo que elimina el uso de métodos desproporcionados de prolongar la vida, como la ventilación artificial u otros procedimientos invasivos. El propósito principal es evitar el uso de

procedimientos que degradan la dignidad humana en la finitud de la vida (Carlos et al, 2013).

La ortotanasia se caracteriza por respetar el bienestar general de las personas con el fin de garantizar la dignidad de vivir y morir. Esta práctica permite a los pacientes y sus familias enfrentarse a la muerte como algo natural del continuum de la vida. Es un procedimiento mediante el cual el médico suspende el tratamiento, o presta sólo terapias paliativas para evitar el dolor y sufrimiento del paciente terminal, que ya no tiene una mejor oportunidad de curación, siendo ésta su voluntad o de su representante legal. (Carlos et al. 2013).

#### **4. Cacotanasia**

Una cuarta y última actuación, la cual no ha sido tratada de manera recurrente en la literatura es la cacotanasia (eutanasia involuntaria), etimológicamente esta palabra viene del griego y significa *mala muerte: kakos* (mala) y *thanatos* (muerte). Esta actuación hace referencia a una eutanasia que se impone sin el consentimiento del afectado. Es acelerar deliberadamente la muerte de un enfermo sin que influya la expresa voluntad del paciente. Varios autores la clasifican como un tipo de eutanasia involuntaria. También correspondería a la muerte por compasión, que no cuenta con la aprobación del propio implicado (Leiva, 2013; Sádaba, 2006).

El termino cacotanasia consiste en acortar y poner fin a la vida del enfermo sin su consentimiento, equivale igualmente a una eutanasia involuntaria pues es realizada sin la petición del paciente terminal. Se suele ejecutar sobre pacientes semi-conscientes o a expensas de su voluntad, a petición de sus familiares y/o por recomendación del equipo médico (Moreno, 2012).

Es posible dar cuenta como estas cuatro actuaciones determinan el proceso de muerte de un enfermo terminal: prolongando la vida, dejando que la enfermedad siga su historia natural o adelantando la muerte. Dependiendo de cada persona, las concepciones sobre la muerte digna van variando, generando diferentes significados sobre esta misma.

Los cuidados paliativos dejan de lado un momento los significados personales sobre lo que es una muerte digna, tratando de “humanizar” el final de la vida, excediendo de lo puramente fisiológico. Se trata de un abordaje integral centrado en la totalidad “bio-psico-social”, suponiendo un nuevo horizonte de intervención por parte de la Medicina, en la que la esfera privada e íntima de la persona, su historia, sus emociones, las relaciones familiares y su relación con la enfermedad y la muerte, se configuran como objeto de intervención profesional (Alonso, 2013).

Sin embargo, en la segunda mitad del siglo XX comenzaron a manifestarse voces críticas sobre la medicalización de la muerte y el proceso de morir en la esfera del contexto médico, así como las consecuencias sociales de estos procesos (Alonso, 2013). Es así como empezaron a desarrollarse movimientos e iniciativas que promueven formas más humanas de abordar el final de la vida.

En este sentido, la emergencia y desarrollo de los cuidados paliativos, los movimientos a favor de la eutanasia y del derecho a morir con dignidad, así como el desarrollo de la bioética y el mayor énfasis en el respecto de la autonomía de los pacientes, contribuyeron a cuestionar la forma de gestionar la muerte en contextos médicos, prestando mayor interés en la toma de decisiones del paciente (Alonso, 2013).

El ser humano es el único ser vivo que es consciente de su propia finitud (Freud, 1915), por ende, el tema de la muerte es algo propio de nuestra especie. En la realidad, es claro como el paciente debe tomar una decisión final que puede significar un dilema ético, la cual no siempre va de la mano con el respeto de su voluntad en la última instancia de su proceso de muerte (Carlos et al, 2013). De alguna manera, esta decisión va acompañada de un factor ético, bien sea desde un punto de vista personal o cultural.

Boneto (2002) afirma como en los ochenta, con los nuevos dilemas éticos que plantea el alargamiento de la vida humana por métodos farmacológicos, quirúrgicos y terapéuticos, se añade una nueva perspectiva en como afrontar moralmente la muerte o convertir en moral el hecho de morir.

Es así como se empiezan a desarrollar las cuestiones morales que suscita el proceso de morir. Para esto, la bioética toma un rol principal, pudiendo ser un marco teórico capaz de proporcionar información a la legitimidad moral de la eutanasia.

## **Bioética**

En el año 1970 Potter utilizó el término bioética en un intento de crear un puente de diálogo entre el saber biológico y los valores humanos. A este puente de diálogo, a este nuevo saber, se denominó bioética (Potter, 1970). Luego, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica (Gómez, 2009). Como consecuencia, en 1978, se redactó el Informe Belmont, uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En éste se reconocía la autonomía, la beneficencia y la justicia. Un año más tarde, Beauchamp y Childress (1979) introdujeron en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia, que es aceptado universalmente como cuarto principio.

La bioética aplicada al campo de las ciencias medico sanitarias es una disciplina que intenta utilizar métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas éticos médicos. De esta manera, la ética médica se centra en las manifestaciones de los patrones morales de la sociedad en el ejercicio de la Medicina (Abalo et al., 1996). Según Chio et al. (2010) para el correcto funcionamiento de esta disciplina es necesario cumplir con una serie de requisitos:

1. Ética civil o secular, esto significa que aún teniendo todas las personas derecho al escrupuloso respeto de su libertad de conciencia, las instituciones sanitarias están obligadas a establecer unos mínimos morales exigibles a todos.

2. Ética pluralista, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en unidad superior. Solo el pluralismo universal puede dar lugar a una ética verdaderamente humana.
3. Ética participativa y deliberativa. Esto no puede hacerse correctamente más que permitiendo la participación directa de todos los implicados en el proceso de deliberación.
4. Ética de la responsabilidad. Considerando que hay un criterio absoluto en ética, que es el respeto de todos los seres morales, y por tanto de todos los seres humanos.
5. Ética autónoma (a partir del carácter autolegislator del ser humano), no heterónoma (las normas vienen impuestas desde fuera). Las éticas autónomas consideran que el criterio de moralidad no puede ser otro que el propio ser humano.
6. Ética racional. La racionalidad humana tiene siempre un carácter abierto con un momento a priori o principialista y otro a posteriori o consecuencialista. La razón ética no hace excepción a esta regla y, por tanto, ha de desarrollarse siempre a ese doble nivel.
7. Ética universal, y por tanto a ir más allá de los puros convencionalismos morales.

Todos los sistemas bioéticos intentan cumplir con los siete requisitos anteriores. En bioética se considera que estos requisitos, que derivan directamente del imperativo formal de igual consideración y respeto de todos los seres humanos, pueden reducirse a cuatro principios: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía (Chio et al, 2010).

### **1.- No Maleficencia**

El primer principio es el de no maleficencia, el cual obliga a no hacer daño intencionadamente. La no maleficencia implica abstenerse intencionalmente de realizar acciones que puedan causar daño. Consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. Generalmente coincide con la buena práctica médica que le exige al sanitario darle al paciente los mejores cuidados prescritos por el estado del arte (Gómez, 2009; Chio et al. 2010; García, 2013). El principio de no maleficencia obliga a todos, de modo primario, y por lo tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento, a no hacer el mal (Gracia, 2008).

### **2. Justicia**

En segundo lugar se encuentra el principio de justicia, éste consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Es tratar a todos por igual, con equidad y sin discriminación. Se intenta regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes (Gómez, 2009; Chio et al. 2010; García, 2013).

El principio de justicia en la relación sanitaria, no lo aporta ni el médico ni el paciente, si no las terceras partes. Esto significa que sólo las terceras partes (Estado, Dirección del hospital, Jefe de servicio, etc) pueden en realidad hacer presente en la relación sanitaria el principio de justicia, en este caso, distributiva, al canalizar los limitados recursos con que se cuenta, de modo que produzcan el máximo beneficio sanitario en la comunidad. En la dimensión personal de la asistencia es que el médico tiene que responsabilizarse, al tratar a todos por igual. Pero no se espera que éste sea un instrumento de la política económica o social. Por lo que son terceros los que deben preocuparse de la justicia en la distribución de recursos y eficiencia/equidad. (Gracia, 2008).

Los principios de no maleficencia y de justicia, están íntimamente relacionados entre sí, hasta el punto de poderse considerar como dos facetas de un mismo principio, definen los criterios de igualdad básica y respeto mutuo en la vida social ante un mismo código de reglas mínimas de convivencia. Por eso, este no es el nivel de la ética de máximos, sino de la ética de mínimos, es decir, el mínimo de deberes que deben ser comunes a todos, y que todos debemos cumplir por igual (Chio et al., 2010).

Son los mínimos exigibles para una convivencia pacífica, para que así se pueda respetar a los seres humanos, que son seres con deberes y derechos. Este nivel se asemeja a los clásicos deberes perfectos y tiene como fundamento el principio de universalidad (Gracia, 2008).

### **3. Beneficencia**

Un tercer principio es el de beneficencia, que incluye el principio de maximizar los beneficios y disminuir los posibles daños para el paciente. Es la obligación de hacer el bien. El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño (Gómez, 2009; Chio et al. 2010; García, 2013).

El principio de beneficencia debe estar situado bajo el “no paternalismo”, esto quiere decir que se debe hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Por lo tanto, en las personas adultas y responsables este principio nunca permite hacer el bien o ayudar sin el consentimiento informado del paciente. Cuando éste es imposible, entonces el imperativo moral de beneficencia lleva a buscar siempre el mayor bien del paciente, y por lo tanto a prestar toda la ayuda posible (Gracia, 2008).

### **4. Autonomía**

Por último se encuentra el principio de autonomía, de este deriva el hecho de que todo ser humano debe ser considerado y respetado como un sujeto moral autónomo, responsable de sus propias decisiones. Este concepto se originó históricamente, dentro de la democracia griega para indicar las formas de gobierno local, es decir, la polis. Más tarde, a partir de la modernidad, el

concepto de autonomía se empezó a aplicar a la persona (Schramm et al., 2004). El término autonomía se ha extendido a los individuos y ha adquirido diversos significados como: una forma de auto-gobernarse, derecho a la libertad y privacidad, a la propia elección, libertad de la voluntad, causa del propio comportamiento y ser dueño de uno mismo (Beauchamp et al., 1979).

Etimológicamente significa la capacidad de darse a uno mismo las leyes. En la ética Kantiana el término autonomía, tiene un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón y no por ninguna instancia externa a él. En bioética tiene un sentido más concreto y se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo y, por lo tanto, la vida y la muerte de los seres humanos (León, 2008). La autonomía puede ser considerada una facultad de la realidad humana; pero puede también ser vista, como un acto, el acto de elección autónoma (Gracia, 2008).

Ser persona consiste en ser sujeto moral autónomo (Gracia, 2008), la autonomía, implica asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este principio se define como capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esa deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse de poner obstáculos a sus acciones, a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás (Gómez, 2009; Chio et al 2010; García, 2013).

Se ha postulado que las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. De estas tres condiciones del acto autónomo, solo la primera no admite grados, en tanto que las otras dos sí. La intencionalidad se tiene o no se tiene, de modo que los actos no pueden ser más que intencionales o no intencionales. Sin embargo, el conocimiento y el control sí admiten grados. En consecuencia, las acciones pueden ser más o menos autónomas según la escala de grados, siendo así la autonomía un continuo entre dos extremos, la acción completamente autónoma y la completamente no autónoma (Gracia, 2008).

La autonomía define el horizonte de las cosas beneficiosas para cada persona lo que en bioética se llama beneficencia. Autonomía y beneficencia son dos principios íntimamente relacionados entre sí y que definen la ética privada de las personas. No hay autonomía sin beneficencia ni beneficencia sin autonomía. Los principios de autonomía y beneficencia definen la ética de máximos, en otras palabras, el máximo moral exigible por cada individuo a sí mismo, y que puede ser distinto del que se exijan los demás a sí mismos (Chio et al. 2010). Depende del propio sistema de valores de cada individuo, del propio ideal de perfección y felicidad. Es la ética de la felicidad y de lo bueno. Este nivel se corresponde con los deberes imperfectos de la tradición y está basado en el principio de particularización (Gracia, 2008).

La bioética utilizando estos cuatro principios como base intenta construir nuevas formas de entender e interactuar con las diversas formas de vida, en variados escenarios culturales. Es un saber que constantemente reflexiona, se cuestiona y reclama dinámicas donde se busque una ética global (López, 2013).

Para realizar un ejercicio adecuado, la bioética utiliza como método la deliberación, esto significa poder sopesar los pro y los contra de una decisión antes de tomarla, es decir, realizar un examen cuidadoso y reflexivo sobre los principales factores implicados. Deliberar equivale a decidir antes de actuar. Es muy importante no caer en el error de reducir siempre los problemas a dilemas, aún cuando éstos abundan en la vida diaria (Gracia et al., 2004).

La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad, lo que supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. Esto es lo que podrá permitir identificar todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles. Debido a esto es que la bioética se considera deliberativa (Gracia et al., 2004)

Utilizando el método de la deliberación, y basándose en estos cuatro principios, es que el ejercicio de la bioética esta llegando a enfrentar problemas cada vez más globales, hasta el punto de que de ser una disciplina fundamentalmente clínica, está pasando paulatinamente a convertirse en un instrumento de análisis social, institucional y político. Esto es lo que hace que cada vez se la vea menos como una ética profesional y más como una ética general, interesada tanto por las dimensiones personales como por las institucionales y globales (Gracia, 2002).

Una comprensión más clara de la ética y la filosofía, así como de la bioética, es lo que debe subrayar los cuidados paliativos, ya que puede servir como fundamento en el cual se base la práctica. Tal filosofía no es simplemente en relación con el área médica o de salud; sino que refleja un aspecto moral más profundo (Abalo et al., 1996).

### **Eutanasia y autonomía**

Actualmente la aplicación de los principios bioéticos cobran valor en la atención de pacientes terminales, y al mismo tiempo son causa de grandes dilemas en el mundo. Que la persona enferma conserve su dignidad hasta el momento final, es un reto que la bioética le plantea a la Medicina contemporánea (Goderich et al., 2000), siendo la muerte un proceso especialmente delicado donde la bioética debe deliberar, tratando de solucionar las diferentes problemáticas específicas de este tema.

El desarrollo de las técnicas médicas que ha permitido alargar la vida, ha provocado que la muerte haya dejado de ser natural. Para que un paciente en éstas circunstancias muera, alguien debe tomar una decisión, alguien tiene que hacer o dejar de hacer algo. Es decir, la evolución natural hacia la muerte puede ser interrumpida de muchas maneras, y como consecuencia, en muchas ocasiones alguien decide cuando a un enfermo le toca morir (Delgado et al., 2009). Es acá donde se empieza a pensar en el término eutanasia, así como en las diferentes actuaciones. Con esto surgen tantas

interrogantes y puntos de vista basados en diferentes formas de percibir y entender la realidad, la vida y sobretodo; la muerte.

Esta intervención creciente de la técnica médica ha significado un cambio importante en el modo tradicional de morir. De esta manera, nuestra sociedad moderna se ve cada día enfrentada a más y mayores retos relacionados con la posibilidad que tiene hoy un gran número de personas de decidir, en mayor o menor medida, el momento y el modo en que habrá de producirse su propia muerte. Esta realidad, que ha introducido procedimientos “tecnologizados” de morir, obliga a repensar el tema de la disponibilidad de la propia vida y de qué significa la “buena muerte” o, para algunos, la eutanasia (Zúñiga, 2008).

La eutanasia es un tema que ha ganado lugar importante en los debates contemporáneos en diferentes sociedades, especialmente desde la segunda mitad del siglo XX, momento histórico en el que comienza la bioética (Schramm et al., 2008). Sin embargo, para muchos el término eutanasia sigue siendo ambiguo.

Esta ambigüedad que supone esta actuación, junto con los procedimientos psicológicos, filosóficos, y claramente éticos que conlleva la conciencia de que la muerte está en marcha ha generado un debate ético sobre la eutanasia (Schramm et al., 2005). Es acá donde la bioética juega un papel fundamental a la hora de reflexionar sobre estos temas tan estrechamente ligados.

Esta disciplina entonces ha intentado abordar la amplia gama de problemas relacionados con el proceso de la vida-muerte. Enfrentándose a los dilemas éticos que genera el pasaje a la muerte, en concreto, la eutanasia. Muchas de las cuestiones cruciales que caen en este amplio panorama que es la eutanasia, se han abordado desde los principios de la bioética (Schramm et al., 2005).

Sin embargo, los principios de la bioética guardan una relación conflictiva entre sí, razón por la cual las soluciones a los problemas no suelen ser unívocas para todos los sujetos morales implicados, sino diversos y plurales (Gracia, 2008). El enfoque bioético de los pacientes terminales es un proceso dinámico, que requiere discusión, continua reflexión y cambio. Muchos dilemas éticos no escapan a la consideración de complejas imbricaciones morales. Son los principios de la bioética los que ayudan a resolver tales dilemas (Abalo et al., 1996).

Es así como el planteamiento de los dilemas éticos del final de la vida, de la muerte, no tiene por objeto resolverlos de una vez por todas, sino, antes que todo, el comprenderlos adecuadamente, entendiendo los argumentos de las distintas posturas, su peso y sus limitaciones, de tal modo que se pueda tener elementos suficientes para la realización de un juicio personal adecuado sobre los problemas que surjan en cada caso (Chio, 2010).

Es claro como los principios de la bioética son esenciales para la entrega de unos cuidados adecuados durante todo el proceso de la enfermedad así como también al momento de la muerte. Y acá es posible dar cuenta como no es sólo la muerte lo que realmente importa, sino su proceso, la certeza de que la vida se ha embarcado en un camino sin retorno (Schramm et al., 2004). Ayudar a los seres humanos a morir en paz actualmente es tan importante como evitar la muerte (Bayés et al., 2008).

Ahora bien, dentro de este proceso de muerte, la decisión sobre la propia muerte cada vez adquiere mayor relevancia en nuestra sociedad. El éxito de la Medicina moderna en la salvación de vidas ha provocado un aumento y no una reducción en la tasa de morbilidad, lo que ha convertido el proceso de morir en un problema más complejo aún. Y, debido a que se está abocado a la muerte, el mantenimiento de la vida no debería considerarse más importante que lograr una muerte en paz (Delgado et al., 2009).

Es aquí donde la autonomía y la eutanasia se cruzan, en el momento en que un enfermo terminal empieza a cuestionar el destino de su vida. En la elección sobre el ponerle fin a la vida, es que el principio de autonomía juega un rol esencial, pues es un derecho con el que cuenta todo paciente competente. El derecho de aceptar o rechazar un tratamiento o delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre cuando él no lo pueda hacer, así como terminar con la propia vida son ejemplos del ejercicio de la autonomía en relación con la muerte (Merino et al., 2010).

El exigir mayor respeto por el principio de autonomía, conlleva a un adecuado cumplimiento del derecho del paciente de ser informado de su situación y de los posibles tratamientos, para que, como sujeto libre, pueda aceptarlos o rechazarlos (Bonete, 2002). Aplicado a la eutanasia, la autonomía asume que cada individuo tiene el derecho de disponer de su vida de la manera que lo considere oportuna, optando por la muerte cuando su existencia se vuelva subjetivamente insoportable (Schramm et al., 2005).

Es el principio de autonomía el que ha generado mayor literatura en relación a la eutanasia. Este principio de la bioética ha intentado generar una serie de consideraciones respecto a la ética del final de la vida, intentando generar argumentos sobre la autonomía del ser humano y su libertad de decidir sobre el momento de su muerte (Schramm et al., 2004).

Bajo este principio, el paciente se transforma en el agente que toma el control y elige sobre su propia vida. Sin embargo, el poder ejercer la autonomía implica que el sujeto cuente con un grado de libertad integrada por varios elementos: debe contar con información suficiente y adecuada sobre su estado de salud, así como sobre las alternativas terapéuticas a su alcance y sus riesgos como se mencionó anteriormente. Una información insuficiente o equivocada impediría el ejercicio de una verdadera elección. Conviene tener en cuenta que también debe respetarse el derecho de toda persona a no ser informada (Brena, 2008).

Junto con lo anterior, el paciente terminal debe tener capacidad para analizar la información y para comprender los alcances y significado de las decisiones. Asimismo, debe contar con un equilibrio interno aceptable, el cual supone, entre otros, no encontrarse con trastornos depresivos o bajo sentimientos de culpa o inferioridad tan graves, que impidan una toma de decisión saludable. Por último, debe haber una ausencia de coerciones externas, cualquiera que sea su fuente, ya sea médica o proveniente del entorno familiar y social (Brena, 2008).

### **Autonomía como derecho**

Queda claro como la autonomía es el derecho del paciente para autodeterminarse después de estar correctamente informado para poder tomar una decisión. Si se toma este principio al pie de la letra no se debe negar al paciente su deseo de morir, pues como lo dice el propio principio, la persona es autónoma, por ende, libre de tomar la decisión que mejor le parezca; es su derecho (Francisconi, 2007).

Para poder respetar este derecho es necesario entender completamente lo que conlleva este principio. La norma que prescribe el respeto de la autonomía individual, requiere, obviamente, de una concepción de la autonomía (Rivera, 2003). El estado o condición de autonomía tiene como ideas bases:

1. Auto-poseción o auto-propiedad, la autenticidad, es decir, los propios deseos son auténticamente míos.
2. Auto-creación, lo que conlleva a que cada individuo sea producto de sus propias decisiones.
3. Auto-legislación, el sólo estar obligado por lo que determina la propia voluntad, de acuerdo con una ley universal.
4. Autenticidad moral, el actuar de acuerdo con los propios principios morales
5. Auto-control, el actuar gobernado “desde dentro”
6. Auto-responsabilidad, donde la toma de decisiones implica hacerse responsable de ellas.
7. Autonomía como derecho. Este derecho, evidentemente, supone la autonomía como capacidad y recoge algunos sentidos de la autonomía como estado (Rivera 2003).

Las personas tienen un derecho a la autonomía, es decir, a tomar decisiones fundamentales para su propia concepción de una vida buena. Y el respeto por la decisión autónoma de morir implica tanto la conducta pasiva de interrumpir un tratamiento como la conducta activa de causar la muerte (Rivera, 2003), por ende se debe aplicar tanto a la eutanasia activa como pasiva. Respetar la autonomía implica respetar los intereses de cada paciente. Y sus intereses pueden satisfacerse en algunos casos con acciones y en otros con omisiones.

Entonces, el respetar el principio de autonomía como un derecho lleva al deber de aceptar la voluntad del paciente, dado que se encuentra dentro del ámbito de su autonomía determinar las motivaciones que llevan a una decisión que no atañe a terceros. Por tanto, si se acepta su decisión porque quiere evitar un sufrimiento, se debe aceptar porque desea morir antes o de determinada manera (Rivera, 2003). La eutanasia en este caso entonces, es la única manera de respetar la autonomía del paciente: su derecho.

### **Autogobierno**

Si bien existen argumentos en pro y en contra de la eutanasia que están sujetos a disputas, el carácter bioético de la toma de decisión sobre el final de su vida es un punto

considerado esencial en un paciente competente. Aquí es posible defender la ley moral, a primera vista válido, desde el autogobierno, es decir, que el sujeto es el mejor para elegir el resultado de su vida. Esto puede ser entendido como un hito fundamental en el ejercicio de la autonomía personal y, por lo tanto, una forma de empoderamiento del individuo, donde reafirma su capacidad de autogobierno (Schramm et al., 2004).

No siempre está claro si el paciente tiene o no el derecho moral de elegir la forma de poner fin a su biografía, en conformidad con sus principios y valores. Sin embargo, se plantea que la persona más competente para decidir lo que considera mejor calidad de vida, o morir dignamente sin prolongar la vida, es el mismo propietario de la vida, es decir, cada uno es dueño de su vida (Schramm et al., 2004).

En el ejercicio de la autonomía de la persona, ésta puede tomar la decisión de no permanecer en un sufrimiento no deseado, en un martirio que no conduce a nada, o bien continuar el sufrimiento, no por una decisión tomada por los demás, sino por una elección personal (Schramm et al., 2004). El derecho a la autonomía propone entonces que el mejor para decidir el curso de su vida es la propia persona, que es dueño de su vida, y por consiguiente, de su muerte.

Es decir, es el titular de la existencia el más adecuado para autodeterminar el curso de su vida, aquí se incluye el tiempo y la forma en que su vida llegará a su fin, es decir, la persona autónoma es en principio la más calificada para evaluar y decidir el rumbo de su vida, si se puede considerar cognitiva y moralmente responsable (Schramm et al., 2008).

## **Libertad**

La autonomía personal entonces es como mínimo, el autogobierno. El individuo autónomo actúa libremente en concordancia con el plan elegido para uno mismo, por uno mismo. Una persona que se le reduce la autonomía, es de alguna manera controlado por otros, o incapaz de decidir o actuar en base a los propios deseos o planes (Beauchamp et al., 1979). Por ende, es restringido en cuanto a su libertad, su derecho a la autonomía no es respetado.

El problema de la muerte y su relación con el principio de autonomía es reportado acá como un acto de libertad: el que medita sobre su muerte, está meditando en libertad, sobre la libertad. Ningún daño alcanzará el entendimiento de que la privación de la vida no es un mal; saber morir puede eximir de toda sujeción y restricción (Schramm et al., 2004).

Por lo tanto, el principio de autonomía otorga a cada persona de libertad individual, el ser humano como agente moral debe ser libre de elegir la muerte en lugar de la vida si así lo desea (Schramm et al., 2004).

Entonces, respetar la libertad de elección de la persona que sufre es considerar a los pacientes como autónomos, es valorar su competencia para decidir autónomamente lo que considera importante sobre la vida o sobre el proceso de muerte, de acuerdo con sus valores y intereses legítimos (Schramm et al., 2005).

## **Muerte digna**

Otro factor que conlleva el respeto al principio de autonomía es la condición de dignidad sobre muerte. En este sentido se afirma que el propugnar la eutanasia, especialmente cuando es solicitada por el propio enfermo, conllevará a una muerte digna. Entonces, la defensa de la dignidad humana exigiría poder elegir el momento de la propia muerte, desde el ejercicio de la propia autonomía, poniendo fin así a un sufrimiento al que los enfermos no ven sentido (Kass, 1989). La autonomía sería entonces, la expresión de la dignidad de la persona humana, de todos los seres humanos (León, 2008).

En este contexto, es necesario no solo respetar la libertad de elección del paciente que sufre como se mencionó en el punto anterior (Carlos et al, 2013), sino también su capacidad de autogobierno y de poder morir dignamente si así lo desea el paciente. Afirmando así a la autonomía como un derecho legítimo. El respeto a la autonomía requiere entonces que cada individuo tenga el derecho de disponer de su vida de la manera que lo considere oportuno.

Todas estas variables mencionadas, dan cuenta de la importancia del principio de autonomía a la hora de decidir sobre ponerle fin a la propia vida. Es posible observar como el respeto al principio de autonomía se ha sostenido como un argumento convincente de la bioética para la eutanasia.

La autonomía se evidencia hasta el momento como una forma de permitir la eutanasia, los diferentes significados que tiene el ejercicio de la autonomía conllevan a la afirmación de que es legítimo decidir sobre la propia muerte. Ahora bien, ¿es tan evidente que la decisión de morir pertenece al ámbito de la autonomía de un enfermo terminal?, ¿Es el paciente terminal realmente autónomo?

Existe un horizonte completamente diferente sobre la autonomía y su relación con la eutanasia, más allá de la legitimidad que conlleva este principio, existen límites que dan cuenta de una nueva forma de repensar el ejercicio de la autonomía en los pacientes terminales que quieren ponerle fin a su vida.

## **La muerte digna desde otro punto de vista**

Anteriormente se vio como la autonomía conlleva a una muerte digna, ya que permite al enfermo decidir cuándo prefiere ponerle fin a su vida, optando por la dignidad antes que el sufrimiento. Sin embargo, visto esto mismo desde otro punto de vista, la autonomía no estaría realmente permitiendo la dignidad, debido al significado concreto de esta palabra.

La palabra dignidad, en su sentido etimológico, implica elevación, honor, nobleza. No puede ser exigida o reivindicada, porque no es algo que pueda ser suministrado o atribuido sin más. Uno no tiene más derecho a la dignidad, y por tanto a la muerte digna, que el que se tiene a la belleza, a la valentía o a la sabiduría, por muy deseables que sean estas cosas. La vida ofrece muchas ocasiones para mejorar en las virtudes: fortaleza y ecuanimidad, generosidad y amabilidad, valentía y autodominio, pero el ponerle fin a la propia vida no es una de ellas (Kass, 1989).

Muchas veces la adversidad estimula las mejores fibras del ser humano, donde

puede surgir la oportunidad para tener dignidad. Enfrentarse a la propia muerte podría suponer entonces una oportunidad para ejercitar la humanidad, tanto en lo grande como en lo pequeño, es así como se puede llegar a la dignidad. La muerte digna entonces, en su sentido más esencial, ha de significar una actitud digna y una conducta virtuosa ante el último momento de la vida. Por esto es que una muerte digna no es un asunto que se reduce a quitar enchufes o suministrar sustancias letales (Kass, 1989).

Desde este punto de vista, el modo de enfrentarse dignamente a la muerte dista considerablemente de la eutanasia. Pues para que la muerte se considere digna, es necesario saber afrontar, de modo consciente, el hecho de la muerte próxima. De modo especial, la persona que no tiene más remedio que soportar pasivamente su decadencia, reafirmará su dignidad en la medida en que sepa afrontar la muerte. De esta manera, la dignidad de la muerte no se puede encontrar mediante ponerle fin a ésta (Kass, 1989).

Kass, (1989) también explica que podría darse el caso de que algunas personas que realmente contemplan la eutanasia como una alternativa para sí mismas, podrían estar mas bien buscando una salida para acabar con sus problemas y dolores. Estos pacientes afectados podrían simplemente intentar huir de su angustia pues lógicamente viven una situación de grave desconcierto. Por lo que sería lamentable acceder a una petición de eutanasia que proceda de un tratamiento inadecuado del dolor o de una respuesta inapropiada al sufrimiento. No se trataría de una eutanasia por compasión o por respeto a la autonomía del paciente, sino de una eutanasia por incompetencia.

Si se resuelven las anteriores circunstancias, y el paciente terminal no padece enormes dolores ni alteración psicológica alguna, aún así el ponerle fin a la vida, independiente de la situación que viva el paciente terminal, no conllevaría a la dignidad. Ya que habría mayor dignidad en la valentía de afrontar el propio proceso de muerte, antes que terminar con la vida y escapar fácilmente de lo que agobia a cada enfermo terminal (Montero, 2009).

La eutanasia y la autonomía en este caso sería algo paradójico e incluso contradictorio, pues ¿cómo puede uno honrarse a sí mismo suprimiendo el propio ser?. Incluso en el caso de que la dignidad consistiera únicamente en la autonomía, ¿No sería curioso sostener que la autonomía alcanza su cenit en el mismo momento en que desaparece? (Kass, 1989).

### **Capacidades del enfermo terminal**

La situación en que se encuentra un enfermo terminal puede determinar la incapacidad para tomar decisiones de vida o de muerte. El ejercicio de la autonomía requiere, como se ha visto anteriormente de ciertas capacidades. Cuando estas capacidades no están dadas, se justifica la acción paternalista del Estado, para evitar que el individuo actúe irracionalmente en contra de sus propios intereses. La situación de un enfermo terminal que solicita voluntariamente que se termine con su vida podría no satisfacer el umbral mínimo de capacidades que caracterizan la decisión autónoma (Rivera, 2003).

Según lo anterior, la decisión del paciente terminal está viciada por numerosos factores internos y externos. Respecto a los primeros, son aquellos que, aún cuando no

existieran abusos por parte de terceros, se dan en una situación límite como la de un enfermo terminal. Ciertamente, la situación en que se encuentra un enfermo terminal podría determinar la incapacidad para tomar decisiones de vida o de muerte. Sin embargo, el solo hecho de que una persona sufra una enfermedad terminal no implica necesariamente que éste sea incompetente. Puede perfectamente ocurrir que la persona sea completamente consciente y responsable de sus decisiones (Rivera, 2003). Es por esto que surge la importancia de una evaluación caso por caso y no una presunción irrevocable de incompetencia.

### **Condiciones del acto autónomo**

Las acciones autónomas, como se mencionó en un principio, deben cumplir con tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. Esto ha conllevado a que existan dificultades y limitaciones a la hora de definir qué es una acción autónoma, siendo posible sugerir que una acción completamente autónoma es probable que no se haya dado nunca, y que sólo se pueda aspirar a que las acciones sean sustancialmente autónomas al cumplirse estas tres condiciones (Gracia, 2008).

En primer lugar está la intencionalidad, una acción puede afirmarse que goza de intencionalidad cuando es querida de acuerdo con un plan. De esta manera, si el plan de la eutanasia forma parte de lo querido por el paciente terminal, entonces se puede afirmar que tiene carácter de intencionalidad.

Respecto a la segunda condición, el conocimiento, la dificultad está en qué entendimiento o comprensión son necesarios para que una acción deba considerarse autónoma. Para esto, se propone que para poseer una comprensión completamente adecuada, se debe conocer la naturaleza de la acción y las consecuencias previsibles y posibles resultados que pueden derivarse de ejecutar o no la acción.

En la tercera condición, la ausencia de control externo, existen tres grados de control: la coerción, la manipulación y la persuasión. La coerción existe cuando alguien intencional y efectivamente influye en otra persona, amenazándola con daños tan severos, que la otra persona no puede resistir el no actuar a fin de evitarlos. La manipulación, consiste en la influencia intencional y efectiva de una persona por medios no coercitivos, alterando las elecciones reales al alcance de otra persona, o alterando por medios no persuasivos. Finalmente, la persuasión, es la influencia intencional y lograda de inducir a una persona, mediante procedimientos racionales, a aceptar libremente las creencias, actitudes, valores, intenciones o acciones defendidos por el persuasor. Estos son los tres modos en los que una persona puede hallarse controlada desde afuera.

Estas tres condiciones son siempre necesarias para determinar la autonomía de un acto, sin embargo, no son suficientes. Debido a esto es que se ha precisado una cuarta condición: la autenticidad. Un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente.

La influencia de la coerción, manipulación y persuasión es tan grande, que no es fácil aceptar la existencia de acciones sustancialmente autónomas. Pero el criterio de la

autenticidad permite evaluar cuando ese control externo es sustancial o no. Lo es, cuando lleva a la persona a actuar en contra del sistema de valores y actitudes de vida conscientemente asumidas .

En el caso de la eutanasia, el paciente terminal se halla en un medio donde su capacidad de comprensión y la ausencia de control externo podrían ser dudosos. Es necesario entonces, hacer una prueba de autenticidad de la petición del paciente. Para esto se propone que en vez de buscar la decisión positivamente auténtica, mediante la aceptación reflexiva de los valores que están a la base de los actos, se ha propuesto como criterio la decisión negativamente auténtica, basado en el no rechazo por parte del sujeto de su sistema de valores y actitudes de vida.

Según lo anterior, los valores y motivos son auténticos si y sólo si la persona no los ha rechazado reflexivamente o ha abjurado de ellos. De esta forma pueden considerarse como auténticos los motivos y valores aunque no se reflexione sobre ellos en ese momento, a no ser que la persona los repudie conscientemente juzgándolos inauténticos. Por lo tanto, la autenticidad no viene dada por la concordancia reflexiva con el sistema de valores y actitudes de vida, sino por la mera no contradicción o no discordancia.

Lo anterior lleva a considerar no autónomas conductas que van contra el sistema de valores establecido de una persona, siempre que ésta no lo haya rechazado expresa y reflexivamente, aunque tales conductas cumplan con las tres condiciones del acto autónomo: intencionalidad, comprensión y ausencia de control externo.

### **Eutanasia como un deber**

La imagen que se forja el enfermo de su dignidad, o de su decaimiento, depende mucho de la mirada del entorno, debido a esto es que los factores externos pueden ser aún más importantes. Muchas veces el entorno considera al enfermo terminal como una carga y podría presionar explícita o implícitamente para que acepte la eutanasia. La sociedad misma podría hacerlo, en la medida que un enfermo terminal es frecuentemente considerado una carga o costo social (Rivera 2003).

Existe realmente el peligro de que el paciente, lejos de sentirse plenamente libre y autónomo en sus decisiones, sea fragilizado y se incline más a ceder ante la presión ejercida por su entorno. Existe el riesgo de que se sienta culpable por la carga que supone para los demás, por gravar financieramente a la sociedad, porque se obstina en vivir y se niega a hacer valer su derecho de autonomía, su derecho a la eutanasia. Existe el riesgo entonces, que ese derecho sea percibido en muchos casos, como un deber (Montero, 2009).

Quizás, la justificación de la eutanasia como un acto libre que permite reafirmar una voluntad autónoma es realmente una necesidad ciega: ¿Es tan evidente que la decisión de morir pertenece al ámbito de la autonomía de un enfermo terminal?

En estos términos, pensar en la autonomía como la libre elección queda en el orden de lo posible, pero siempre con la sombra que mas que un derecho, es una

necesidad (impuesta por la sociedad), eliminando así, casi cualquier posibilidad de decisión autónoma, ya sea sobre la vida o sobre la muerte (Schramm et al., 2005).

### **Individualismo vs Colectivismo**

La inserción de los individuos en el sistema democrático puede llevar a la existencia “cuestionable” en cierto sentido del empoderamiento del propio viaje de vida. Es decir, los individuos piensan que son realmente dueños de su vida, que son seres realmente autónomos, pero, este individualismo inserto en la sociedad actual se vería mermado por la ideología colectivista, según la cual el colectivo alcanza una sustancialidad tal que es capaz de influir a priori sobre los deseos de los individuos. La autonomía sería en este contexto una ficción, existiendo una clara tensión entre individuo y colectivo, existiendo una imposibilidad conceptual de ejercer la libertad dentro de las coordenadas sociales, no siendo factible pensar en la autonomía, más propiamente, la capacidad del individuo para decidir sobre su vida y muerte (Schramm et al., 2008).

### **Autonomía y Justicia**

El equilibrio entre la autonomía y la justicia sigue siendo una de las principales dificultades a las que enfrenta este principio de la bioética, sobre todo en la composición intrincada entre el respeto a la libertad individual y la igualdad, ya que de lo contrario puede darse paso a la desigualdad. La igualdad entre individuos autónomos no sólo debe ser respetada, sino también estimulada. Se aboga por una amplia libertad de la persona, con la mínima intervención del Estado, para garantizar el mejor ejercicio de la libertad del individuo, en su derecho por la autonomía. En este contexto, ante la existencia de un estado de profunda desigualdad, el grado de autonomía efectiva disminuye, por lo que las personas son empujadas fuera de las condiciones mínimas para ejercer su derecho a la autonomía (Schramm et al., 2008).

### **Principio de Beneficencia en la relación médico-paciente**

La primacía de la autonomía se coloca en la relación médico-paciente. Es aquí donde existe un límite a la autonomía del paciente: las acciones de un individuo no pueden estar desvinculadas de las obligaciones y compromisos con sus semejantes. Es decir, se subraya la importancia del todo, de la sociedad, sobre la parte, la persona, como factor limitante de acción (Francisconi, 2007).

Por lo tanto, el derecho a elegir no debe incluir el derecho a morir solicitando a algún profesional sanitario que facilite la aceleración de la muerte. El principio de la beneficencia que se refiere a la obligación de hacer el bien o de ayudar a las personas, refleja una responsabilidad fundamental del profesional sanitario, la cual se podría pasar a llevar al concederle la muerte al paciente. Ayudar a morir a una persona nunca es un acto de beneficencia, debido a que incide sobre la inviolabilidad de la vida (Cortez,

2006). De esta manera, el respeto por la autonomía del paciente podría poner en juego el adecuado uso del principio de beneficencia, lo que llevaría a un conflicto en la bioética.

Es posible dar cuenta de cómo las diferentes variables planteadas anteriormente cuestionan la legitimidad del principio de autonomía en cuanto a su relación con la eutanasia. Tomando diferentes puntos de vista, los diferentes autores explican como esta actuación no conllevaría realmente al adecuado ejercicio del la autonomía del paciente terminal.

Por un lado, existen diferentes factores externos que intervendrían en la concepción que se tiene sobre la autonomía. Dentro de estos esta la presión del entorno que conllevaría a que el enfermo terminal se percibiera a si mismo como una carga, conllevando a que la eutanasia se convirtiera en una necesidad ciega, en un deber.

La determinación que al parecer tiene el ser humano sobre su juicio y sobre la toma de decisiones sería otra limitante al principio de autonomía. Existiendo factores, como el colectivo, que determinarían la libertad de voluntad de los seres humanos, y por ende, de los pacientes terminales. De esta manera, el pensamiento colectivo determinaría a priori la toma de decisiones de las personas. Razones para pensar que existen variables que estarían interviniendo en la adecuada concepción del principio de autonomía.

Las capacidades del enfermo es otro factor importante a la hora de referirse a las limitantes del ejercicio de este principio. Si bien es cierto que hay ciertos requisitos que se han mencionado que son esenciales para hacer uso del derecho a la autonomía. Se ha llegado a plantear que la situación que vive el paciente en estado terminal es de tal magnitud que puede verse reducido su derecho a la autonomía. Es por esto que se debe hacer notar que el enfermo terminal si puede ser capaz de ejercer su derecho a la autonomía, y este debe ser respetado. Esto es esencial a la hora de valorar a los pacientes terminales, especialmente a los ancianos, a los cuales muchas veces debido a su edad avanzada es que se pone en duda su capacidad a la autonomía, pudiendo llegar a que se restrinja este derecho.

## **Conclusiones**

Los Cuidados Paliativos de la mano de la bioética han tomado un rol fundamental en el proceso de muerte de los pacientes terminales. Si bien son los Cuidados Paliativos los encargados de este tema en específico, es interesante notar como la bioética fue poco a poco adquiriendo entidad, transitando por diferentes etapas hasta llegar a la consolidación disciplinaria (Actis et al., 2014). Es así como el principio de autonomía ha logrado un lugar importante en esta temática del final de la vida, llegando a ser de los argumentos más expresados en cuanto a su relación con la eutanasia.

Junto con esto, el claro aumento demográfico ha conllevado a que el envejecimiento de la población se dé en casi todo el planeta, además, gracias a los avances de la medicina, es posible encontrarse con una mayor cantidad de personas mayores en situación de enfermos terminales, muchos de estos competentes, con

capacidad de autogobierno, lo que permite el poder ejercer su derecho de autonomía en cuanto a la decisión de ponerle fin a la propia vida.

En esta temática en particular, hay diferentes corrientes explicativas que argumentan sobre la legitimidad de la autonomía en cuanto a su relación con la eutanasia. Es posible encontrar tanto puntos a favor como en contra, refiriéndose ambos específicamente a la autonomía.

Dentro de los argumentos que consideran legítimo el valor de la autonomía en cuanto a su justificación a favor de la eutanasia, se encuentra el respeto al concepto del propio principio, declarando de tal forma que se debe respetar la clara definición del termino autonomía, a la vez que se asume como un derecho. El autogobierno, el ser cada uno dueño de su propia vida, y por ende de su muerte es otro argumento que desea legitimar éste principio. El derecho a la libertad y la muerte digna también estarían en esta categoría. En el fondo, los argumentos a favor se centrarían en el principio de autonomía como un derecho, con todas sus variables intervinientes.

Por otro lado se encuentran los argumentos que ponen un límite al principio de autonomía. Gran parte de la variabilidad en las conductas está dada por la manera como las personas razonan, formulan juicios y toman decisiones (Valbuena, 2008). Por ende, si estas últimas están influenciadas bien sea por factores externos, internos, o por la falta de información adecuada, entonces es claro como las decisiones de los pacientes terminales podrían no cumplir con los requisitos necesarios para ejercer su autonomía. Por lo tanto, para poder ejercer este principio de manera adecuada, es necesario conocer las condiciones del acto autónomo.

El entorno es otro factor esencial a la hora de entender las limitantes de la legitimidad de la autonomía. Éste ejercería una presión ciega sobre los enfermos terminales sobre su derecho a la autonomía, y por consiguiente, implicaría un deber a la eutanasia. Estos factores externos estarían convirtiéndose en un límite para el correcto ejercicio del principio de autonomía. De alguna manera la dinámica entre el contexto y el individuo reduciría la validez de este principio respecto a su relación con la eutanasia.

Esta gran variabilidad de percepciones sobre la legitimidad del principio de autonomía, específicamente sobre lo que significa la autonomía en si, podría estar dificultando una comprensión clara de este principio. Lo que ha conllevado a un gran debate sobre esta temática, prestándose para la ocurrencia de cada vez más argumentos tanto a favor como en contra de la eutanasia.

El mayor problema de esto, podría residir en el instante en que se recurre a la objetividad y se la acepta como un criterio para disponer de la vida de la gente. Esto debido a que todos estos argumentos tratan de alguna manera de generar una verdad absoluta y concreta que dicte la realidad sobre la autonomía y la eutanasia, olvidando las capacidades del ser humano para pensar, cuestionar y decidir. Más que declarar una verdad objetiva, estas visiones sobre la autonomía guían la reflexión sobre la legitimidad de la eutanasia, siendo necesario percibir las como tal: una guía, no una norma absoluta. Pues cada argumento es subjetivo y por ende, potencial de ser cuestionado.

Esta imperativa absolutista de una igualdad básica para estar en la vida, lleva a la interrogante: ¿se puede pretender de una disposición contextual uniforme y oficial que pueda aplicarse a todos? Quizás la respuesta, así como los argumentos, no pueden ser absolutos. Pero es importante reflexionar sobre el grado de influencia que tienen a la hora de evaluar la legitimidad del principio de autonomía como argumento a favor o en contra de la eutanasia. Pues es necesario que a los pacientes terminales se les de un espacio de toma de decisiones, sobretodo si las decisiones son sobre su propia vida (Arias et al., 2010).

Es así como el desafío más crucial para una bioética que propugne el diálogo, es el de dar nuevos sentidos a la vida y la muerte, contribuyendo al mismo tiempo al desarrollo de una Medicina donde se respete el diálogo sobre la autonomía de los pacientes terminales (Díaz, 2008).

Este tema del final de la vida en los enfermos terminales es necesario repensarlo desde un correcto uso de su derecho a la autonomía, con las limitaciones que este principio podría tener. No es un establecer en concreto las directrices sobre la eutanasia, es poder reflexionar sobre un tema que es tan debatido actualmente, y al parecer ha tomado poca importancia en la literatura sobre todo en lo que respecta a su relación con la adultez mayor.

Se han abierto muchas interrogantes, lo que genera un debate, pero como en cualquier proceso ético, no existe una única respuesta. Se habló tanto de derechos como de polémicas, ¿se puede concluir el debate? La verdad es que ésta polémica es necesaria para que se pueda conducir a guías de actuación clínica, a directrices sin saltarse la normativa. Y quién sabe si en un futuro el debate podría llegar a replantear la normativa.

## Bibliografía

1. Abalo, J., Hurtado, V., Pérez, T., Roger, M. y Rodríguez, R. (1996). Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en Cuba. *Revista Cubana Oncol*;12(1).
2. Abellan, J., Lopez, F., Nombela, C., Prensa, L., Postigo, E. y Serrano, J. (2008) La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica.
3. Actis, A. y Outomuro, D. (2014) *Bioética consolidada: abordaje histórico a más de 40 años de surgimiento*. *Revista de Bioética y Derecho*;30
4. Alarcos, F., Barbero, J., Barrio, I., Couceirod., A Lordaa, P., y Robles., P. (2008) *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras*. *Rev Calidad Asistencial*;23(6) 271-85
5. Alonso, L. (2013) *Libre Albedrío. Las causas de los actos voluntarios. Mente y Cerebro*; 58
6. Alonso, JP.(2013) Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva*;18 (9) 2541-2548
7. Arias, C. & Iacub, R. (2010) El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*; 2(2) 25-32
8. Bayés, R., Gómez-Batiste, X., Maté, J., González-Barboteo, J., Muñoz, S., Moreno. & F. (2008) ¿ A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? *Psicooncología*;5(2) 303-322
9. Beauchamp, T y Childress, J. (1979) *Principles of Biomedical Ethics*, ed. Oxford University Press, Nueva York.
10. Bertachini, L y Pessini, L. (2006) Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Interfaces Acta. Bioethica*;12 (2)
11. Bonete, E. (2002) Ética de la muerte: de la bioética a la tanatoética. *Revista de filosofía*; 25. 57-74
12. Brena, I. (2008). Eutanasia: hacia una muerte digna. *Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico*
13. Calman K., Cherny N., Doyle D. y Hanks G. (2005) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press.
14. Carlos, Z., Geraldo da Costa, S., Marques Pereira de Melo Alves, A., Garrido de Andrade, C, Costa Duarte Souto, M. y Medeiros de Brito, F. (2013). La eutanasia, distanasia y ortotanasia: una revisión integradora de la literatura. *Ciênc Salud noticias*;18.
15. CASEN. (2006) Encuesta de Caracterización Socioeconómica. Familias. Gobierno de Chile, Ministerio de Planificación.
16. Chio, I., De la Vega, T. y Yanes, M. (2010) Presencia de la bioética en los cuidados paliativos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*;26 (2)
17. Cortez, J. (2006). Aspectos bioéticos del final de la vida: El Derecho a Morir con Dignidad. *Revista cuadernos*;51(2) 97-102
18. Díaz, F. (2008). Eutanasia: un dilema actual. *Revista mexicana de angiología*; 36(1) 4-6

19. Delgado, A., López, M. (2009). Problemas éticos y legales en la demencia severa. El derecho a morir en paz. *Revista española de Geriátría y Gerontología*; 44
20. Francisconi, C. (2007) □Eutanasia: una reflexión desde la mirada Bioética□. *Revista Latinoamericana de Bioética*; 7 (12) 110-115,
21. Freud, S. (1915). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte: Nuestra actitud hacia la muerte. En *obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Amorrortu: XIV.
22. García, J. (2013) Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética XXIV*. 67-76
23. Giraldo-Cadavid, L. □(2008) Muerte, eutanasia y cuidados paliativos. □*Persona y Bioética*;12 (2) 158-168
24. Goderich, J., Vázquez, L. y Valiente, M. (2000) Bioética frente al paciente moribundo *Revista Cubana Enfermer*;16(2)117-21
25. Gómez, P (2009). Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*;55 (4) 1-12
26. Gracia, D. (2002) De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución *Acta Bioethica*;VIII (1) 27-39
27. Gracia, D y Júdez, J. (2004) La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Ética en la práctica clínica*, Madrid. Triacastela.
28. Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Madrid. 3ª edición, Triacastela. *Colección Humanidades Médicas*;21
29. Hermsen, M. y Ten Have, M. (2002) Euthanasia in Palliative Care Journals. [\*Journal of Pain and Symptom Management\*](#);23(6). 517-525
30. Informe Belmont. (1978) Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research
31. Kass, L. (1989) Eutanasia y autonomía de la persona: vivir y morir con dignidad. *Human Life review*;16(2)
32. Krmptotic, C. (2010) Cuidados paliativos y experiencia de enfermedad. Razones para una refocalización del cuidar. *Scripta Ethnologica XXXII*. 29-44.
33. Leiva, A. (2013) La regulación de la eutanasia, según la ley N° 20.584 sobre derechos del paciente. *Revista de Derecho XLI*. 505-558
34. León, F. (2008). Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la bioética clínica. *Revista conamed*;13. 26-32
35. López, M. (2013). Bioética. Nuevas tendencias. [\*Revista latinoamericana de bioética\*](#);13 (1)
36. Merino, N., Reyes, T. y Reyes, M. (2010) Ética, Bioética y Legalidad en los Cuidados Paliativos; Competencia de Enfermería. *Cancerología*;5. 37 – 44
37. Montero, E. (2009) La dimensión sociopolítica de la eutanasia
38. Moreno, M. (2012). Cóctel Lítico: ¿sedación paliativa u homicidio compasivo?. *Medicina Naturista*;6(1). 5-11
39. Naciones Unidas. (2006). Previsiones demográficas mundiales. Departamento de Asuntos económicos y sociales.

40. Potter, V. (1970) *Bioethics. Bridge to the future.*
41. Rivera, E. (2003). Eutanasia y autonomía. *Humanitas, humanidades médicas;1(1).* 79-86
42. Sádaba, J. (2006). Eutanasia y ética. *Revista de Bioética y Derecho; 8.* 1-7
43. Schramm, FR. & Siqueira-Batista, R. (2004) Eutanasia: a lo largo del camino de la muerte y la autonomía.. *Ciênc. Salud Pública; 9 (1)*
44. Schramm, FR. & Siqueira-Batista, R. (2005) *Conversaciones sobre la "buena muerte": el debate bioético sobre la eutanasia.* *Ciênc. Salud Pública;21 (1)*
45. Schramm, FR. & Siqueira-Batista, R. (2008) *La eutanasia y las paradojas de la autonomía.* *Ciênc. Salud pública;1 (13)*
46. SENAMA. (2009) *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.* *Santiago de Chile.*
47. Thumala, D. (2009). *Inclusión y Exclusión social del Adulto Mayor en Chile. Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre diferentes modalidades de inclusión y exclusión social de las personas adultas mayores. Programa de estudios sistémicos – envejecimiento y vejez en Chile.*
48. Valbuena, A. (2008) La Distanasia. Paradoja del Progreso Biomédico. *Revista Colombiana de Bioética; 3(1) 145-193*
49. Vilches, L. (2001) Sobre la eutanasia. *Revista de Psicología X (1) 177-187*
50. World Health Organization (1990) *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee, WHO, Geneva.*
51. Zúñiga, A. (2008) Derechos del paciente y eutanasia en Chile.. *Revista de Derecho;XX I (2) 111-130*