

El fin de la vida y la asignación de responsabilidades

The end of life and the ascription of responsibility

*Francesca Marín**

Resumen

Hoy día el debate bioético sobre asuntos del final de la vida parece todavía estar caracterizado por algunas interpretaciones problemáticas de la responsabilidad moral. Por ejemplo, dentro de ciertos enfoques utilitarios, la misma responsabilidad moral se asigna al médico que practica la eutanasia, y a otro que retiene o retira los tratamientos para sustentar la vida. Llamémosle a este punto de vista “el siempre igual argumento”. Un enfoque opuesto a la asignación de responsabilidad surge de la tesis de que existe una distinción moral absoluta entre matar y dejar morir. Llamémosle a esta tesis “el nunca igual argumento”.

Después de mostrar que el siempre igual argumento describe erróneamente el acto de retener o retirar tratamientos tales como la eutanasia, este trabajo aborda las implicaciones que ambos, un rechazo y una defensa incondicional de la distinción del matar/dejar morir, pudiera tener en la asignación de responsabilidades.

Para ser específicos, se argumenta que mientras el siempre igual argumento llama para una sobre-responsabilidad del médico, el nunca igual argumento dirige al agente para tomar menos responsabilidad por sus acciones.

* Departamento de Filosofía, Sociología, Pedagogía y Psicología Aplicada (FISPPA) Universidad de Estudios de Padova.

La traducción no fue revisada por el autor.

Recibido el 18 de abril de 2019. Entregado el 30 de abril de 2019.

Al referirnos a otras distinciones morales, el trabajo entonces sugiere una posición intermedia que aborde la relevancia de las distinciones entre causa y condiciones, y entre deberes negativos y positivos. Finalmente, mediante la distinción entre moralmente culpable el que deja morir, y dejar morir por el bien del paciente, se argumenta que en algunos casos el dejar morir es equivalente a matar. El asignar responsabilidad al final de la vida significa de esta manera, luchar con la complejidad de la actuación moral, pero para mantener todas esas distinciones es necesario evitar enfoques reductivos.

Palabras clave: asuntos del final de la vida, matar/dejar morir, diferentes significados de dejar morir, responsabilidad moral.

1. Introducción

Hoy en día el debate ético en asuntos del fin de la vida parece estar todavía caracterizado por algunas interpretaciones problemáticas de responsabilidad moral. Por ejemplo, dentro de ciertos enfoques utilitarios, la misma responsabilidad moral es asignada a un médico que practica la eutanasia, y a otro que retiene o retira tratamientos para el sostén de la vida. En general, la asignación de igual responsabilidad se justifica con el siguiente argumento: matar y dejar morir tienen la misma consecuencia; ésta es la muerte de otros y, al desempeñar estas acciones, el médico contribuye de la misma manera al resultado fatal, y puede así ser considerado igualmente responsable por la muerte del paciente. Dentro de este marco de referencia, la distinción entre el matar/dejar morir, es moralmente irrelevante y generalmente identificado con la distinción entre eutanasia activa y pasiva. Para ser más específicos, mantener que el matar y dejar morir son acciones moralmente equivalentes, y el acto de la retención o retiro de tratamientos médicos está incluido dentro del rango de eutanasia, y un médico que ha desempeñado esta práctica

(eutanasia pasiva), es siempre igualmente responsable que alguien más que ha matado a un paciente, por ejemplo, mediante inyección letal (eutanasia pasiva). Llamaré a este punto de vista el argumento de responsabilidad moral siempre igual (en adelante “el argumento de siempre igual”).

Un enfoque opuesto a la asignación de responsabilidad surge de la tesis de que existe una distinción moral absoluta entre matar y dejar morir. Ciertamente, al afirmar que matar está siempre moralmente equivocado, y dejar morir es siempre moralmente bueno, se podría decir que *nunca* es posible asignar la misma responsabilidad a un médico que practica la eutanasia, y a otro que retiene o retira tratamientos médicos. Llamaré a esta tesis el argumento de responsabilidad nunca igual (en adelante “el argumento nunca igual”).

Ahora bien, ¿es la responsabilidad moral correctamente declinable dentro de las tesis mencionadas más arriba? ¿En el matar al paciente y dejarlo morir, siempre o nunca juega el agente moral el mismo papel en la causa de la muerte del paciente?

A fin de contestar estas cuestiones, primeramente voy a demostrar que el argumento siempre igual plantea una pregunta problemática de terminología y metodología. Ciertamente, al identificar la distinción entre matar/dejar morir con la distinción de eutanasia activa/pasiva, el argumento erróneamente describe el acto de retener o retirar tratamientos médicos como eutanasia. En segundo lugar, serán abordadas las implicaciones que ambos, un rechazo y una defensa incondicional de la distinción matar/dejar morir, podrían tener en la asignación de responsabilidad. A este respecto, se argumentará que, mientras el argumento de siempre igual implica una responsabilidad adicional de parte del médico, el argumento de nunca igual lleva a la gente a aceptar menos responsabilidad por sus acciones. A fin de sugerir una posición intermedia que preserva una distinción no absoluta entre matar y dejar morir, me referiré a otras distinciones morales relevantes que resaltan las debilidades, tanto del argumento de siempre igual como del argumento de nunca igual. Para ser específicos, el distinguir la causa de un evento de

las condiciones que contribuyen a la ocurrencia de un resultado, serán abordadas las diferencias causales entre matar y dejar morir. Mediante la distinción entre deberes negativos y positivos, matar y dejar morir esto será descrito como rupturas de diferentes obligaciones. Dado que estas diferencias implican la responsabilidad moral de un agente diferente en el desarrollo de estas acciones, el argumento siempre igual resultará ser inválido. Finalmente, mediante la distinción de moralmente culpable al dejar morir, y dejar morir por el bien del paciente, se argumentará que, en algunos casos, dejar morir sería moralmente equivalente a matar. De esta manera, la nulidad del argumento nunca igual será probada y la presencia de “zonas grises” ambiguas entre matar y dejar morir será mostrada. Este aspecto justificará la conclusión principal de este trabajo: asignar responsabilidad moral al final de la vida significa luchar con la ambivalencia, pero para mantener todas las distinciones mencionadas arriba es necesario reconocer la complejidad de la estructura fundamental de la moralidad.

2. Una cuestión problemática de terminología y metodología

El tema de si matar a un paciente o dejarlo morir, debiera o no ser considerado como acciones moralmente equivalentes, es una cuestión perenne [1]. En particular, la distinción matar/dejar morir se ha convertido en un tópico para una investigación importante desde el nacimiento de la bioética, especialmente por quienes abogan por la eutanasia. Ciertamente, a fin de argumentar la legitimidad moral de la eutanasia, muchos autores han negado la distinción entre matar/dejar morir, mediante la desaprobación de la distinción entre eutanasia activa y pasiva [2-8].¹ Desde el punto de vista de ellos, la ética médica, desde sus orígenes, ha expresado un juicio de valor diferente con respecto a las dos clases de eutanasia, mediante la afirmación de que cualquier acto orientado hacia matar a un paciente

es ilícito, pero en algunos casos es permisible retirar tratamientos y dejar morir al paciente.² En otras palabras, el razonamiento detrás de la ilegitimidad de la eutanasia activa, y la legitimidad bajo ciertas condiciones de la eutanasia pasiva, sería la idea de que hay una diferencia moral relevante entre matar y dejar morir. Al adoptar un enfoque consecuencialista, y argumentando que matar y dejar morir son moralmente equivalentes debido a que ambas acciones tienen las mismas consecuencias (la muerte de otros), los abogados de la eutanasia han tratado de demostrar que la distinción entre eutanasia activa y pasiva no tiene significancia moral.

La Tesis de Equivalencias propuesta por James Rachels ejemplifica claramente esta posición. Ciertamente, de acuerdo con esta tesis, la diferencia entre matar y dejar morir no es en sí un asunto moral importante y, consecuentemente, el hecho de que una acción es caracterizada o etiquetada como una acción de matar o como un acto de permitir morir, no debe afectar nuestro juicio concerniente a su rectitud o equivocación (correcto o incorrecto). Rachels ilustra la Tesis de Equivalencia introduciendo casos paralelos, idénticos en términos del resultado y de las intenciones del agente; sin embargo, diferentes en que uno es un caso de una acción de matar, y el otro de dejar morir (el argumento de la Diferencia Esencial). A este respecto, un ejemplo bien conocido es el de Smith and Jones, en el que ambos quieren a su pequeño primo muerto, a fin de obtener su herencia; sin embargo, mientras que el primero activamente ahoga al niño en la bañera, el otro simplemente deja que su primo se ahogue en el baño, después de haber resbalado y haberse golpeado en la cabeza. Dado que no podemos decir que el comportamiento de Jones es menos reprehensible que el de Smith, Rachels concluye que entre matar y dejar morir por sí misma no hay ninguna diferencia en lo moral, en cuanto a nuestras valoraciones morales [4, p. 79; 5, pp. 111-114].

Aplicado a los asuntos del fin de la vida, la Tesis de Equivalencia sostiene que la eutanasia activa y pasiva son en sí moralmente equivalentes, y declara que lo que he llamado el argumento de

siempre iguales. Ciertamente el rechazo de la distinción entre matar y dejar morir nos lleva a asignar la misma responsabilidad moral a un médico que mata al paciente, y a otro que lo deja morir mediante la retención o el retiro de tratamientos médicos. De hecho, Rachels afirma que la legitimidad moral de estas acciones está determinada por otras características extrínsecas, tales como el respeto por los deseos del paciente, y/o la minimización del sufrimiento. Esto quiere decir que, debido a estos factores, en algunos casos puede ser permisible matar pero no dejar morir, mientras que en otros pudiera ser permisible dejar morir pero no matar. Esto significa que el médico es digno de elogios e igualmente responsable por la muerte del paciente cuando mata y cuando deja morir, si éstos se han llevado a cabo respetando la voluntad del paciente, y/o para minimizar el sufrimiento. Más aún, un médico que permite al paciente morir aunque él ha expresado su deseo de morir, le corresponde la culpa y es igualmente responsable moralmente que un profesional de la salud que mata al paciente aunque éste había deseado que lo dejaran morir. Dentro de este marco de referencia, una asignación diferente de responsabilidad moral ocurre únicamente cuando el médico ha actuado con o sin el consentimiento del paciente, ha minimizado o no el sufrimiento.

La caracterización particular de la responsabilidad moral ofrecida por el argumento de siempre igual se abordará en el siguiente párrafo, porque primeramente voy a atender una cuestión problemática de terminología y la metodología será planteada por el lazo entre la distinción matar/dejar morir, y la distinción de eutanasia activa/pasiva.³ Ciertamente, mediante el uso de la expresión “eutanasia pasiva”, que es un término vago y confuso, el argumento de siempre igual incluye la retención o retiro de tratamientos médicos con el rango de eutanasia. De hecho, la eutanasia está dirigida a terminar la vida *intencionalmente*. En otras palabras, cuando se practica la eutanasia, el médico actúa con la intención específica de causar la muerte del paciente. Por el contrario, el permitir morir a una persona pudiera ser dirigido a respetar su deseo y/o minimizar su

sufrimiento, aunque la acción pudiera también ser llevada a cabo a fin de apresurar el proceso de morir, y, como será argumentado en el párrafo cuarto, éste es un caso en el cual dejar morir es ilegítimo y moralmente equivalente a matar.

En general, los abogados de la eutanasia critican esta conclusión, afirmando que la eutanasia está dirigida a respetar el deseo del paciente y, también, a minimizar su sufrimiento. Sin embargo, este punto de vista niega otra distinción relevante; esto es, la distinción entre intención y motivo: mientras que la intención es algo como un compromiso del agente para engancharse en cierta acción, y es cumplido cuando lo pretendido y el resultado deseado son realizados, este último se refiere a las razones que entregan un resultado tan interesante y atractivo. En otras palabras, la intención compromete al agente a actuar de cierta manera, y el motivo es la fuerza de movimiento que lo impele a ejecutar esa acción en lugar de alguna otra. Ahora, antes de efectuar la eutanasia, el médico está comprometido a terminar la vida del paciente, de tal modo que las sustancias utilizadas para la inyección son drogas letales. Si el médico dice que su intención, y no su motivo, era aliviar el sufrimiento, su compromiso estaría ligado en el logro de este objetivo, pero no en la muerte del paciente. Por supuesto, la distinción entre intención y motivo es muy sutil, y hay asuntos problemáticos relativos al concepto de intención, porque esta noción se refiere a lo interno, y hasta cierto grado impenetrables dimensiones del agente que solamente puede ser verificado después de llevar a cabo la acción. Sin embargo, la intención es un aspecto importante para determinar lo correcto o incorrecto de una acción,⁴ y también es relevante dentro del contexto legal, a fin de determinar el grado de culpa del ofensor.

Más aún, al relacionar la distinción matar/dejar morir a la distinción eutanasia activa/pasiva aquélla podría estar identificada erróneamente con la distinción acción/omisión. De hecho, mientras que el matar involucra “hacer”, la retención o retiro de tratamientos cuenta como “permitiendo”. Sin embargo, cuando un agente per-

mite que algo suceda, él podría estar activándolo, por ejemplo, retirando el tapón y permitiendo que el agua fluya, o absteniéndose de evitarlo, por ejemplo, al no advertirle a alguien acerca de una trampa, y permitirle caminar hacia ella.⁵ Aplicando estas consideraciones a los asuntos del fin de la vida, podríamos decir que la eutanasia es siempre desempeñada mediante actos, y permitir morir a un paciente puede, a veces, ser desempeñado por acciones (tratamientos de retiro), y otras por omisiones (tratamientos de retención o abstención de evitar que el paciente muera) [17].

Por todas estas razones, la expresión “eutanasia pasiva” es inapropiada, engañosa e inútil, y deberá ser evitada.⁶ Ciertamente, el adjetivo “pasiva” no describe correctamente la práctica de la eutanasia, que es activa por definición, y el término “eutanasia pasiva” crea ambigüedades alrededor del acto de retener o retirar tratamientos.

3. La distinción matar/dejar morir y la asignación de responsabilidad

Otra debilidad del argumento siempre igual, concierne a la caracterización de su responsabilidad moral. Como ya se hizo notar, el argumento se enfoca en las consecuencias de la acción, y este aspecto nos lleva a asignar la misma responsabilidad a un médico que practica la eutanasia, y a otro que retiene o retira tratamientos para preservar la vida. De esta forma, la asignación de responsabilidad desprecia otras características relevantemente morales, relacionadas con el agente y con el acto en sí.

Por ejemplo, aunque matar y dejar morir tienen las mismas consecuencias, estas acciones no pueden ser consideradas moralmente equivalentes, porque ambas, tanto la causa aproximada de la muerte del paciente como el papel del médico, son diferentes. Ciertamente, al inyectar una droga letal, el médico crea una nueva patología fatal (por ejemplo, la hiperpotasemia en caso de inyección de

potasio). En otras palabras, cuando el agente mata a alguien, él produce una nueva y peligrosa situación, que nos lleva a la muerte de la víctima, y luego causa el fatal resultado. Por el contrario, reteniendo o retirando tratamientos médicos, el médico crea una condición que activa la enfermedad preexistente, para que rinda su efecto en el paciente. Entonces, el médico contribuye a la muerte del paciente pero no la causa, porque se enfrenta como una condición fatal preexistente; esto es, la amenaza de muerte no atribuible a él mismo.

Estas consideraciones están basadas en la distinción entre causa y condición que es moralmente relevante a la asignación de responsabilidad. La causa hace surgir un efecto, y debe de estar presente para que el efecto ocurra. La condición activa a la causa a rendir sus efectos, pero no permite la ocurrencia del efecto en la ausencia de la causa. Al responder a la pregunta “¿qué causó el fuego?”, no tenemos la posibilidad de contestar “la presencia de oxígeno o material inflamable dentro del edificio”. De hecho, estas condiciones no permiten que ocurra un fuego (efecto) en la ausencia de, por ejemplo, un cortocircuito (causa). Aplicando estas consideraciones a los asuntos del fin de la vida, podríamos decir que matar a un paciente o dejarlo morir son diferentes acciones causales, debido a que, mientras la anterior es una condición suficiente para la muerte, la retención o retiro de tratamientos que mantienen la vida no lo es,⁷ aunque podría jugar un papel en la causa de la muerte del paciente, adicional a otras y más fuertes condiciones.

Más aún, matar y dejar morir son rupturas de diferentes deberes respectivamente: “no matarás” y “evitar que otros mueran”. Este aspecto está relacionado con la distinción entre deberes negativos (no-interferencia), y deberes positivos (ayudar a otros), mientras que el anterior es más estricto que este último. Ciertamente, mientras tanto podemos cumplir siempre nuestros deberes negativos, absteniéndonos de matar o de infringir heridas a cualquiera —aun cuando estemos durmiendo—, el deber de proporcionar ayuda y no

permitir que la gente muera es imposible de cumplir todo el tiempo y hacia todo mundo. Hacer daño es más difícil de justificar que el no ayudar a otros, o simplemente permitir el daño. Como consecuencia, contrario a lo que es afirmado por el argumento siempre igual, el médico no puede ser considerado igualmente responsable por la muerte de pacientes en todas las ocasiones, porque los resultados fatales pueden ser el resultado de una ruptura en diferentes deberes, negativos en casos de acciones de matar y positivos en casos de permisos de morir.

Las distinciones entre causa y condición, y entre deberes positivos y negativos, son ambas relevantes al asignar responsabilidad moral. Por un lado, al negar que el anterior, el riesgo de una explicación problemática de cualquier evento, sea realista debido a que infinidad de causas de lo que ha sucedido pudieran ser abordadas. Más aún, el rechazo de la distinción causa/condición es contrainintuitiva, porque podríamos absurdamente asignar a los padres ser responsables moralmente de la muerte de su hijo, ya que ellos le dieron la vida [20, pp. 85-86]. Debe notarse que la distinción entre causa y condición no puede llevarnos a subestimar las condiciones, porque a menudo son necesarias para explicar qué sucedió, tanto que, por su ausencia, la causa no produciría todos sus efectos. Regresando al ejemplo antes propuesto, con la presencia o no del material inflamable en el edificio, el fuego produce diferentes efectos. En otras palabras, la identificación de la causa es requerida, pero la explicación de un evento no puede reducirse a ello. Esto es cierto, también, en el acto de retención o retiro de tratamientos para mantener la vida: a fin de explicar la muerte del paciente, la acción del médico debe ser mencionada, pero también debe ser reconocido que él ha realizado este acto en la presencia de una condición fatal preexistente, no asignable a él mismo.

Por otro lado, negar la distinción entre deberes negativos y positivos, y conferirles la misma fuerza normativa, quiere decir que se indica una sobre-responsabilidad del agente moral. De hecho, a fin de no ser considerado un asesino, el agente debe siempre cumplir

deberes positivos hacia todos, lo cual significa que deberá proporcionar ayuda, aun cuando ésta haya sido rechazada, o afecte a los derechos de terceras partes. Más aún, dicho enfoque requiere que el agente subestime sus relaciones personales y salve a toda la humanidad. Este objetivo es obviamente imposible de lograr por un individuo, porque necesita esfuerzos combinados, así como estrategias económicas y políticas. Se pueden extraer conclusiones similares acerca del compromiso del médico en promover la salud y salvar vidas. Por un lado, el considerar que un estatus es susceptible de variaciones determinadas por factores subjetivos, culturales, sociales y de medio ambiente (los así llamados determinantes de la salud), la promoción de la salud no puede ser considerada una tarea exclusivamente requerida de un médico. Por otro lado, el respeto a la autonomía de los pacientes y el uso de criterios para colocar recursos de salud limitados, son requeridos por aquellos que desempeñan la profesión médica.

Ahora bien, manteniendo las dos distinciones arriba mencionadas, la siguiente tesis podría ser desarrollada: existe una distinción moral absoluta entre matar y dejar morir, porque estas acciones son causalmente diferentes y, al realizarlas en la gente, violan diferentes deberes. En otras palabras, al adoptar lo que yo he llamado el argumento nunca igual, se puede decir que matar es siempre moralmente erróneo o equivocado, y dejar morir es moralmente correcto. Dado que ninguna circunstancia en estas acciones puede ser considerada moralmente equivalente, la conclusión sería que nunca es posible asignar la misma responsabilidad a un médico que practica la eutanasia, que a otro que retiene o retira tratamientos médicos. El argumento del nunca igual es problemático también, porque niega la legitimidad de la acción de matar cuando es cometida en justificada defensa propia, y afirma que el agente actúa legítimamente en cualquier caso de dejar morir, aun cuando él se abstenga de rescatar a una víctima que se está ahogando, aunque la acción no estuviese amenazando su propia vida. Como consecuencia, al

adoptar este enfoque, el agente tiene mayores probabilidades de asumir menos responsabilidades por sus acciones.

De hecho, como sugiere Daniel Sulmasy, si es cierto que excepto en casos de defensa propia o de rescate todos los asesinatos demuestran una señal patognomónica moral ilegítima, dejando morir no se puede considerar moralmente un acto legítimo, simplemente porque le falta este signo [21, p. 58].⁸ Usando esta analogía, la viruela puede ser diagnosticada cuando a cualquiera le salen puntos Koplik (manchas pequeñas y blancas en cavidad oral), pero la ausencia de este signo patognomónico de viruela no puede excluir de un diagnóstico. En otras palabras, una persona que no muestra ningún punto o mancha en su boca podría tener viruela. De la misma manera, aun si el signo patognomónico de la ilegitimidad moral está ausente el dejar morir, podría aún ser moralmente injustificado. Como consecuencia, nuestro juicio moral en relación con la rectitud o equivocación de dejar morir no puede ser unívoco, dependiendo de las circunstancias, esta acción u omisión puede ser algunas veces legítima y otras ilegítimas.

Es por esto que la adscripción de la responsabilidad moral al final de la vida requiere de un examen más profundo de los diferentes tipos de dejar morir. El siguiente párrafo tratará acerca de las preguntas planteadas a continuación: ¿desde el punto de vista moral, bajo qué condiciones y circunstancias el retener o retirar tratamientos puede estar justificado? ¿Qué características morales se entregan al dejar a un paciente morir, ya sea legítima o ilegítimamente?

4. Los diferentes significados de dejar morir

Las valoraciones acerca de la permisibilidad moral de retener o retirar tratamientos médicos están generalmente basadas en el argumento en contra de imponer un tratamiento no deseado en un paciente competente, o en sus sustitutos que toman decisiones. Aunque el

respeto por la autonomía es un principio ampliamente reconocido, la relevancia moral de la distinción retiro/retención podría ser discutida en los siguientes términos: el abstenerse de intervenir (omisión) es una condición suficiente para respetar el rechazo del paciente a un tratamiento médico, pero la solicitud de retirar el mismo tratamiento requiere un curso de acción (acto) desarrollado por el médico. El retenerlo podría así ser menos problemático que el retiro, porque, contrario al anterior, este último ocurre cuando el tratamiento ya ha sido iniciado y, consecuentemente, se requieren fuertes razones para declinar el proporcionárselo al paciente [22-23]. Más aún, podría decirse que, cuando la voluntad del paciente afecta tratamientos de apoyo a la vida, una responsabilidad moral diferente tiene que ser adscrita al médico que retiene y a otro que retira esa clase de tratamiento. Por ejemplo, se puede argumentar que mientras se mantenga una ventilación artificial, el médico se abstiene de intervenir y salvar la vida del paciente; pero al retirar el apoyo a la vida de un paciente que no tiene la posibilidad de respirar espontáneamente, el médico desempeña un acto causal decisivo para la muerte del paciente. [24].

Este marco de referencia es complejo por las siguientes razones: en primer lugar, al considerar la solicitud del paciente de retirarle un tratamiento más problemático que el rechazo al mismo, el riesgo de imponer tratamientos médicos, aunque desproporcionados, en el paciente es real.⁹ Ciertamente, se toma una decisión moralmente legítima, relacionada con el retiro cuando el tratamiento resulta ser inefectivo y agobiante para el paciente. Desde este punto de vista, se puede argumentar entonces que el retiro está más justificado que la retención. En segundo lugar, la ilegitimidad moral o la permisibilidad de dejar morir no puede ser argumentada sólo exclusivamente al referirse a la distinción acto/omisión. De hecho, cuando una intervención pudiese haber prevenido la muerte de otros, y el agente tuvo la habilidad y los medios para salvar a la víctima que no hubiese rechazado ayuda, abstenerse de actuar está igualmente mal que hacer algo que deje morir a alguien. Aplicando

estas consideraciones a asuntos del fin de la vida, podríamos entonces concluir que la relevancia moral no radica en la distinción retención/retiro [26, pp. 158-162]¹⁰ porque, como será discutido muy pronto, son las condiciones y las circunstancias en las cuales el retiro y la retención tienen lugar, las que hacen una diferencia moral más bien que una acción u omisión *per se*.

Por ejemplo, la intención es un aspecto relevante en determinar la rectitud o equivocación de dejar morir. Por un lado, el médico puede dejar morir al paciente a fin de respetar su voluntad, así como minimizar su sufrimiento. Bajo estas circunstancias, no es la intención ocultar el proceso de muerte, aunque puede ser previsto,¹¹ y podemos decir que ha ocurrido un dejar morir por el bien del paciente. Por otro lado, el retener o retirar un tratamiento podría ser dirigido a ocultar el proceso de muerte (moralmente culpable de dejar morir) y ser desempeñado con diferentes motivos. Por ejemplo, el médico pudiera considerar que la vida del paciente ya no vale la pena vivirla, o creer que los recursos de cuidados de la salud actualmente dedicados al paciente, deberían ser usados por aquellos que podrían recibir un mayor beneficio. En este caso ocultar el proceso de morir no solamente es previsto, sino también pretendido.

Cuando se decide dejar morir a un paciente, las decisiones de tratamiento están en vilo, porque se hace una valoración de la proporcionalidad o la desproporcionalidad de tratamientos.¹² Dicha evaluación debe estar basada en criterios de efectividad del tratamiento, así como de los beneficios y las cargas que eso genera. Para especificar, un tratamiento proveído es efectivo cuando altera el estado de salud actual del paciente de una manera positiva; es beneficioso si es considerado que vale la pena por el propio paciente, y es oneroso cuando impone costos psicológicos, físicos y sociales en el paciente y su familia en particular, y en el equipo médico o sociedad en general [31-32]. Dado que los beneficios y cargas no son fácilmente cuantificables, los componentes de valor y los de facto, así como los criterios objetivos y subjetivos, están in-

terconectados en juicios proporcionales. Como consecuencia, la evaluación de la proporcionalidad o desproporcionalidad de los tratamientos debe integrarse a la experiencia técnica del médico y a los valores del paciente (o subrogados), y no pueden ser producto de una decisión unilateral. En particular, el rechazo del paciente a tratamientos proporcionados debería ser críticamente analizado por el médico. El aceptar y cumplir este rechazo simplemente significa hacer que suceda un abandono. El abandono lleva a la erosión de los deberes principales del médico (cuidar y curar el sufrimiento), y corresponde a una manera ilegítima de dejar morir.

La decisión de retener o retirar tratamientos debería ser hecha dentro de la cita médica y estar precedida, en ambos casos, por el consentimiento informado del paciente y por un análisis crítico de la voluntad del mismo. Ciertamente, la presencia o la ausencia de estos dos elementos es un aspecto relevante, a fin de determinar lo correcto o equivocado de dejar morir. Específicamente, el permitir a un paciente morir es legítimo cuando el rechazo del paciente a los tratamientos médicos es totalmente informado y hecho de manera libre, y cuando las razones para esta opción han sido analizadas críticamente y discutidas. Por el contrario, un permiso de morir moralmente culpable ocurre cuando ambos, el consentimiento informado del paciente y un análisis crítico de su voluntad, o alguno de estos aspectos está ausente. Ciertamente, en algunas circunstancias particulares uno o ambos de ellos podrían estar “presentes”, pero las características de esta presencia pudieran llevar a un permiso ilegítimo de morir. Por ejemplo, siguiendo una solicitud voluntaria, bien considerada e informada para una eutanasia, el médico podría analizar críticamente los deseos del paciente, y acceder a su solicitud, pero al mismo tiempo rechazar matar al paciente mediante una inyección letal. En otras palabras, al comprobar el dolor físico y el estrés emocional causado por la enfermedad,¹³ el médico podría legitimar la opción del paciente, y decidir el retirar tratamientos, a fin de precipitar el proceso de muerte. De esta manera, sucede un ilegítimo dejar morir moralmente equivalente a matar.

A fin de distinguir un permiso de morir moralmente culpable, de un permiso de morir por el bien del paciente, se requiere un análisis más extenso del no cumplimiento del deber positivo. Como se ha abordado ya, todas las acciones de dejar morir son rupturas de los deberes “ayudar a otros” y “evitar que otros mueran”, que son positivos y deberes menos estrictos que el que nos obliga a no matar. Ahora bien, dentro del contexto clínico, el no cumplimiento de los deberes positivos antes mencionados es injustificado cuando el médico posee los medios para salvar la vida del paciente, y éstos no han sido rechazados por el mismo. Este moralmente culpable dejar morir debiera ser distinguido del dejar morir por el bien del paciente, en el cual el no cumplimiento de deberes está justificado. Por ejemplo, el médico no podría proporcionar ayuda para atender la voluntad del paciente; esto es, a fin de respetar su rechazo informado. Más aún, el abstenerse de ayudar es legítimo cuando el proporcionar ayuda requiere un compromiso excesivo de parte del médico (por ejemplo, exponerse él/ella a un riesgo de muerte), o que lastime los derechos de una tercera persona. En este caso particular, el médico podría actuar a fin de maximizar el bien general si él está, al mismo tiempo, comprometido a salvar una vida o la vida de más pacientes.¹⁴ En tales circunstancias, los asuntos de justicia y asignación de cuidados médicos no pueden ser subestimados, aunque dentro de un contexto de cuidados médicos, una lógica puramente económica debiera ser evitada, porque impediría una adecuada salvaguarda de (y la asistencia a) pacientes vulnerables.

5. Conclusiones

Para poder asignar responsabilidad al fin de la vida, la referencia hacia algunas de las distinciones morales relevantes parece ser inevitable. El análisis de la distinción matar/dejar morir propuesta en este trabajo confirma este aspecto: contestar la pregunta sobre si

podiera ser asignada la misma responsabilidad moral a un médico que practica la eutanasia, que a otro que retiene/retira tratamientos de soporte a la vida. Para ello, ha sido necesario distinguir la causa, el porqué y condiciones, deberes positivos y negativos, del dejar morir moralmente culpable, y del dejar morir por el bien del paciente. El mantener todas estas distinciones significa reconocer los elementos multiformes de un acto moral humano (agente, cumplimiento del deber y consecuencias), así como los diferentes aspectos que caracterizan al contexto clínico (promoción de la autonomía del paciente, respeto a la voluntad del paciente, proporcionalidad de tratamientos y cumplimiento de los deberes éticos y deontológicos requeridos por aquellos que desempeñan la profesión médica).

Tomando todos estos aspectos en consideración, y encontrando el balance correcto entre ellos, es una tarea difícil pero necesaria, a fin de evitar enfoques reductivos, cuando se atiendan asuntos sobre el fin de la vida. Por ejemplo, al reconocer la distinción causa/condición, y al abordar y atender los diferentes roles o papeles de un médico en matar un paciente y dejarlo morir, la responsabilidad moral no está definida puramente en términos causales. Además, es menos probable que el médico asuma tanto su responsabilidad por sus acciones como que se convierta en un agente con baja responsabilidad.

Al mismo tiempo, lidiar con las distinciones arriba mencionadas significa luchar con la ambivalencia, porque en algunos casos dejar morir es moralmente equivalente a matar. Más aún, en algunos contextos clínicos en particular no ocurre o no se ve una línea clara y limpia entre el moralmente culpable dejar morir, y el dejar morir por el bien del paciente. Por ejemplo, cuando el consentimiento informado del paciente y un análisis crítico de su voluntad “están presentes”, el rechazo del paciente al tratamiento, y el no cumplimiento por parte del médico del deber positivo, parecen justificados. Certificando la presencia de estas ambiguas “zonas grises”, no puede llevarnos a la conclusión equivocada de que todos los casos

de dejar morir son la misma clase de acción, o peor aún, de que son actos de matar. Por el contrario, este aspecto debe ayudar al reconocimiento de la complejidad de la estructura fundamental de la moralidad, y hacernos más conscientes respecto al conflictivo proceso de toma de decisiones al final de la vida.

Apéndice

Desde sus orígenes, el debate bioético en asuntos del fin de la vida ha sido caracterizado por el uso de términos como “retención” y “retiro”, que “significan respectivamente, restringirse o abstenerse de intervenir” y “remover, devolver o llevarse algo”. Estas palabras se refieren principalmente a omisiones o acciones desempeñadas por los proveedores de cuidados de la salud, a fin de no iniciar o parar tratamientos. De esta manera, el enfoque se centra en la actividad médica, y en lo que debería precederla; esto es, el requerimiento del paciente para retener o retirar el tratamiento, es subestimado o, peor, dado como un hecho. A este respecto, el debate bioético italiano presenta un aspecto de originalidad, porque desde la publicación en el año 2008 del documento emitido por el Comité Nacional de Bioética (NBC por sus siglas en inglés) titulado *Rechazo y renuncia consciente a tratamientos de salud en la relación paciente-doctor* [34], se ha convertido en práctica común el usar la distinción entre *rifiuto* (rechazo) y *renuncia* (renunciación) de los tratamientos.¹⁵ Los términos sugeridos por el NBC se refieren al encuentro clínico y al hacer posible dirigir dos diferentes pasos de la relación paciente-médico [37, pp. 13-21]: mientras que “rifiuto” (rechazo) se refiere al punto de inicio, cuando un tratamiento es propuesto (generalmente después de un diagnóstico y pronóstico); “renuncia” (renunciación) se refiere al tiempo en que las ideas de curación han sido ya convertidas en acciones de curación. Este aspecto no es condición suficiente para hacer valer la relevancia moral de la distinción retención/retiro, pero la concentración en la relación pacien-

te-médico enriquece la discusión acerca de los asuntos del final de la vida, básicamente por dos razones: en primer lugar, la distinción entre rechazo y renunciación desvía la atención del hecho de no iniciar o parar un tratamiento al acto de abstenerse o rechazarlo, destacando que el rechazo del paciente, o la renunciación a un tratamiento no deseado, es expresado a otros. En segundo lugar, el uso de las palabras “rifiuto” y “renuncia” implica que, para ser moralmente legítima, la decisión de retener o retirar tratamientos debería ser hecha dentro del encuentro clínico, y ser precedida tanto por el consentimiento informado del paciente, como por un análisis crítico de la voluntad del paciente.

Estas consideraciones no están sugiriendo el reemplazar las palabras “retención” y “retiro”, con los términos “abstención”, y “renunciación”, sino el complementar las anteriores con estas últimas. Ciertamente, los pares conceptuales “abstención-retención” y “renunciación-retiro” evitan enfocarse exclusivamente, ya sea en la actividad médica o en el derecho del paciente a abstenerse o renunciar a tratamientos no deseados.¹⁶ En otras palabras, este enfoque permite que se pueda adoptar una perspectiva relacional, reconociendo todos los sujetos involucrados en el contexto clínico, y llamarlos a ser moralmente responsables en el proceso de toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

¹ El debate bioético sobre la eutanasia, también está caracterizado por la distinción entre voluntaria, involuntaria, y no-voluntaria. Mientras que la eutanasia voluntaria se lleva a cabo con el consentimiento del paciente, la eutanasia involuntaria se lleva a cabo en un paciente que podría aun expresar su voluntad, pero este consentimiento no es requerido porque la muerte se supone que es beneficiosa para él. (Esta práctica puede ser considerada aún más problemática porque por ejemplo, de acuerdo con Evert van Leeuwen y Gerrit Kimsma, la eutanasia involuntaria se realiza «contra el deseo o consentimiento del paciente» [9, p. 1196]). La eutanasia no voluntaria se realiza en el paciente que ya no puede, o nunca ha tenido la posibilidad de dar su consentimiento. En otras palabras, la distinción en-

tre eutanasia voluntaria, involuntaria y no-voluntaria, está basada en la competencia del paciente para expresar, o no, su consentimiento a morir. De hecho, mientras que antes de realizar una eutanasia voluntaria e involuntaria el paciente aún puede dar su consentimiento, en el caso de eutanasia no-voluntaria él no puede expresar su consentimiento (en el sentido de que él ya no puede, o nunca ha tenido la posibilidad de dar su consentimiento). Desde un punto de vista moral existe una diferencia radical entre eutanasia voluntaria e involuntaria porque mientras la voluntad del paciente es expresamente afirmada en el anterior, su consentimiento está meramente supuesto en este último. De hecho, aquellos que practican la eutanasia involuntaria suponen que la voluntad del paciente corresponde a la terminación de su vida.

² A este respecto, seguido es citada la siguiente declaración de la Asociación Médica Americana (AMA): «La terminación intencional de la vida de un ser humano por otro –asesinato piadoso– es contrario a aquello para lo cual la profesión médica existe y trabaja, y es contraria a la política de la Asociación Médica Americana. La cesación del empleo de medios extraordinarios para prolongar la vida del cuerpo cuando existe evidencia irrefutable que la muerte biológica es inminente, es la decisión del paciente y/o su familia inmediata. El consejo y juicio del médico debería estar disponible libremente para el paciente y/o su familia inmediata» [10]. De hecho, como debidamente lo han argumentado Bonnie Steinbock [11] y Thomas D. Sullivan [12], en la declaración mencionada más arriba, la AMA está afirmando la ilegitimidad moral de cualquier acción dirigida a matar al paciente. La eutanasia ejemplifica dicha clase de acción, pero aquí la AMA se refiere a un grupo más amplio de actos, que incluye también cualquier retención o retiro de tratamientos dirigidos a causar la muerte.

³ Las dos distinciones no han sido ligadas únicamente por aquellos que mantienen que matar y dejar morir son acciones moralmente equivalentes. De hecho, también proponentes de la distinción matar/dejar morir, a menudo la han identificado con la distinción entre eutanasia pasiva y activa. En otras palabras, algunos han argumentado a favor de la relevancia moral de la distinción matar/dejar morir, mediante la atención a las diferencias morales entre estas dos prácticas de la eutanasia [3-15].

⁴ Ciertamente, el hecho que las intenciones influyen la valoración moral de una acción, y no únicamente los rasgos de carácter del agente, es confirmado por la Tesis de Equivalencia. Mencionando de nuevo el ejemplo propuesto por Rachels, Smith y Jons tienen la misma mala intención moral (matar a su primo), y este aspecto nos lleva directamente a una valoración moral negativa de sus acciones, respectivamente el matar y el dejar morir. Como consecuencia, debido a la presencia de malas intenciones, dentro del caso paralelo sugerido por Rachels, la distinción matar/dejar morir termina siendo neutralizada, y más aún, irrelevante.

⁵ La distinción entre “Permitiendo como habilitando”, y “Permitiendo como absteiniéndose de prevenir”, así como los ejemplos mencionados arriba, han sido pro-

puestos por Philippa Foot dentro de su bien conocido artículo *El Problema del aborto y la doctrina del doble efecto* [16, p. 273].

⁶ Uno de los ataques más explícitos sobre la idea de la eutanasia pasiva, fue expresado por una Fuerza de Tarea en Ética, establecida por la Asociación Europea para Cuidados Paliativos (EAPC por sus siglas en inglés) en febrero del año 2001: «[...] La eutanasia es activa por definición, y así eutanasia “pasiva” es una contradicción de términos; en otras palabras, no puede existir dicha cosa» [18, p. 98].

⁷ A este respecto, Daniel Callahan sugiere este escenario: «Pónganme en un respirador ahora, cuando tengo buena salud, y nada de lo que sea puede suceder si es apagado. No puede “permitírseme morir” mediante el apagado de un respirador, si tengo pulmones sanos. Es completamente diferente, sin embargo, si un médico me aplica una inyección de relajante muscular que paralizara mis pulmones. Saludable o no, esos pulmones dejarán de funcionar y yo moriré» [19, p. 77].

⁸ Un signo patognomónico es un síntoma específico de una enfermedad, cuya presencia permite que se lleve a cabo un diagnóstico directamente.

⁹ Parafraseando a Massimo Reichlin, «Los tratamientos para prolongar la vida se convertirán en obligatorios, y el poder para artificialmente mantener la vida humana se convertirá en algo así como una jaula tecnológica, de la cual los pacientes nunca podrán escapar. En otras palabras, el resultado sería el transformar oportunidades tecnológicas en imperativos morales vinculantes incondicionales, algo ciertamente no deseable» [25]

¹⁰ Sin embargo, como declaró la Asociación Médica Británica, «Muchos profesionales de la salud, así como pacientes, sienten una diferencia emocional entre la retención y el retiro de tratamientos. Esto es probable que esté ligado a la impresión altamente negativa anexa a una decisión de retirar un tratamiento, que puede ser interpretado como abandono o “darse por vencido con el paciente”» [27, p. 19]. Más aún, como lo confirman los estudios empíricos, los médicos aún encuentran el retiro de un tratamiento más éticamente problemático que retenerlo [28, pp. 1603-1604]. Mayores consideraciones acerca de la retención y retiro de tratamientos médicos serán proporcionados en el Apéndice del presente trabajo.

¹¹ La permisibilidad de un efecto colateral (en este caso particular, acelerando el proceso de muerte) de promover algún buen fin (aquí, el respetar la voluntad del paciente y/o minimizar su sufrimiento) es, a menudo, justificado invocando el Principio de Doble Efecto (PDE). Introducido durante el neoescolasticismo, como un eco de la discusión en cuanto a la legitimidad de la defensa propia hecha por Tomás de Aquino (*summa theologica, II-II, Qu. 64, Art. 7*), el PDE establece que en casos donde una acción se supone que tiene buenos y malos efectos, la acción es moralmente permisible cuando las siguientes condiciones son satisfechas: 1) (la acción es buena en sí misma; 2) (el buen efecto es intencional, mientras que el mal efecto es meramente previsible; 3) (el efecto malévolo no es un medio para lograr el buen fin; 4) hay una razón grave proporcional para permitir el mal efecto. Para examinar estas condiciones, véase [29, pp. 529-530; 30]. Aunque el PDE es un principio relevante cuando se discuten asuntos del fin de la vida, no

puede justificar por sí mismo la distinción moral entre matar y dejar morir y entre un dejar morir moralmente culpable y un dejar morir por el bien del paciente. Ciertamente, el PDE aborda correctamente la relevancia de la intención en determinar la rectitud o equivocación de una acción, pero, como se ha argumentado, otros aspectos (tales como el rol moral del agente y el no cumplimiento del deber) distinguen esas acciones.

¹² Yo uso deliberadamente los términos “proporcionalidad” y “desproporcionalidad” en lugar de la palabra “futilidad” debido a que esta última, proveniente del latín *futilis*, alude a algo que es inútil, insignificante, sin importancia. Etimológicamente, la futilidad presenta un concepto negativo, porque significa ineficacia; esto es, una falta de habilidad para lograr un cierto propósito. Ahora, la expresión “tratamiento desproporcionado” está caracterizado por una aceptación negativa también, pero más baja que la evocada por “tratamientos fútiles”. De hecho, el adjetivo “desproporcionado” se refiere a algo a lo que le falta proporción; esto es, falta de balance entre componentes. Como consecuencia, el término “tratamiento desproporcionado” presenta un significado más amplio, porque literalmente, no quiere decir únicamente ineficacia, sino que incluye otras consideraciones (tales como beneficios, costos y riesgos del tratamiento) relativas al pacientes y a otros sujetos involucrados en el contexto clínico.

¹³ Ciertamente, las solicitudes para la eutanasia son primeramente concernientes con la búsqueda del control de nuestro propio cuerpo y vida, que acerca de controlar o evitar el dolor. De acuerdo con la última investigación conducida por Ezequiel Emanuel y otros, muestra que los factores de control son razones dominantes para querer eutanasia o un suicidio asistido: «Típicamente, menos de 33% de los pacientes experimentan un control inadecuado del dolor. Los motivos dominantes son la pérdida de autonomía y dignidad, y el tener menos capacidad de disfrutar las actividades de la vida» [33, p. 84].

¹⁴ De acuerdo con Foot, esta acción es permisible porque «Donde una persona necesita una dosis masiva de la droga, y nosotros la retenemos de él, a fin de salvar a 5 personas, nosotros estamos sopesando ayuda contra ayuda» [16, pp. 264-265]. De hecho, en este caso hay un conflicto entre deberes positivos. Por el contrario, la maximización de el bien general, es ilegítimo cuando el cumplimiento del deber positivo (llevarle ayuda a otros) requiere la violación de un deber negativo (no matar) porque este último es más estricto que el anterior.

¹⁵ La referencia a la distinción abstenerse/renunciación dentro del documento de la NBC se debe principalmente, a la contribución ofrecida en esta edición por Andrea Nicolussi (miembro de la NBC desde el 2006). Nicolussi ha abordado la relevancia de la distinción tanto durante la redacción del documento de la NBC, como en algunos de sus ensayos subsecuentes [35-36].

¹⁶ Estoy agradecido con el profesor A. Nicolussi, por su orientación que él me sugirió durante una reciente conversación por correo electrónico acerca de la distinción entre abstenerse y renunciar.

Bibliografía

- 1 MERKEL, R. ¿Matar o dejar morir? Propuesta de una nueva (un tanto) Nueva respuesta a una pregunta perenne. *Journal of Medical Ethics*, 2016; 42 (6): 353-60.
- 2 TOOLEY, M. Aborto e infanticidio. *Philosophy and Public Affairs* 1982; 2: 37-65.
- 3 TOOLEY, M. Una consideración irrelevante: matar contra dejar morir. En: Steinbock B, Norcross A (ed. by). *Killing and Letting Die*. New York: Fordham University Press; 1994: 103-111.
- 4 RACHELS, J. Eutanasia activa y pasiva. *The New England Journal of Medicine* 1975; 292 (2): 78-80.
- 5 RACHELS, J. El fin de la vida. Eutanasia y moralidad. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- 6 RACHELS, J. Más distinciones impertinentes y una defensa de la eutanasia activa. In STEINBOCK B, NORCROSS A (ed. by). *Killing and Letting Die*. New York: Fordham University Press; 1994: 139-154.
- 7 SINGER, P. Los filósofos están de regreso en el trabajo. In Kuhse H (ed. by). *Desantificando la vida humana*. Peter Singer, Oxford: Blackwell Publishers; 2002: 53-65.
- 8 SINGER, P. La vida que puedes salvar: actuar ahora para terminar la pobreza Mundial. New York: Random House; 2009.
- 9 VAN LEEUWEN, E., KIMSMA, G. Eutanasia: debate internacional. In ten Have H (ed. by). *Encyclopedia of Global Bioethics*. Springer International Publishing; 2016: 1194-1203.
- 10 ASOCIACIÓN MÉDICA AMERICANA. Trabajos de la casa de delegados-27 Convención Clínica Anaheim, California Diciembre 2-5, 1973, El médico y el paciente moribundo, 140.
- 11 STEINBOCK, B. La terminación intencional de la vida. In Steinbock, B., Norcross, A. (ed. by). *Matar y dejar morir*. New York: Fordham University Press; 1994: 120-130.
- 12 SULLIVAN, T.D. Eutanasia activa y pasiva: ¿Es una distinción impertinente? In Steinbock, B., Norcross, A. (ed. by). *Killing and Letting Die*. New York: Fordham University Press; 1994: 131-138.
- 13 MCLACHLAN, H.V. La ética de matar y dejar morir: eutanasia activa y pasiva. *Journal of Medical Ethics* 2008; 34: 636-638.
- 14 MCLACHLAN, H.V. El matar no es lo mismo que el permitir morir: una respuesta a Coggon. *Journal of Medical Ethics* 2009; 35: 456-458.
- 15 MCLACHLAN, H.V. Deberes morales y eutanasia: por qué el matar no es necesariamente lo mismo que el dejar morir. *Journal of Medical Ethics* 2011; 37: 766-767.
- 16 FOOT, PH. El problema del aborto y la doctrina del doble efecto. In Steinbock, B., Norcross, A. (ed. by). *Killing and Letting Die*. New York: Fordham University Press; 1994: 266-279.

- 17 MCGEE, A. Actuando para dejar morir a alguien. *Bioethics* 2015; 29 (2): 74-81.
- 18 MATERSTVEDT, L.J., CLARK, D., ELLERSHAW, J. et. al. Eutanasia y suicidio asistido por el médico: una visión de una fuerza de tarea en ética, en la EAPC. *Palliative Medicine* 2003; 17: 97-101.
- 19 CALLAHAN, D. El sueño problemático de la vida. En busca de una muerte en paz. Washington D.C.: Georgetown University Press; 2000.
- 20 REICHLIN, M. La ética y la buena muerte. Torino: Edizioni di Comunità; 2002.
- 21 SULMASY, D.P. Matar y permitir morir: otra visión. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 1998; 26 (1): 55-64.
- 22 SULMASY, D.P., SUGARMAN, J. ¿Son la retención y la terapia de retiro moralmente equivalentes siempre? *Journal of Medical Ethics* 1994; 20 (4): 218-222.
- 23 MILLER, F.G., TROUG, D., BROCK, D.W. Ficciones morales y ética médica. *Bioethics* 2010; 24 (9): 453-460.
- 24 RADY, M.Y., VERHAJDE, J.L. El fin de la vida, discontinuo de la terapia de destino con aparatos médicos de apoyo cardiaco y ventilatorio: ¿Muerte asistida por un médico, o permitir morir al paciente? *BMC Medical Ethics* 2010; 11: 15.
- 25 REICHLIN, M. Sobre la ética de la retención y retiro de un tratamiento médico. *Medicina respiratoria multidisciplinaria* 2014;9:39 (Extraída el 01.07.2017, de: <https://mrmjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2049-6958-9-39>).
- 26 BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. Principios de ética biomédica. Oxford-New York: Oxford University Press; 20137.
- 27 ASOCIACIÓN MÉDICA BRITÁNICA. Reteniendo y retirando tratamientos médicos de prolongación de vida: Guía para la toma de decisiones. Londres: British Medical Journal Books; 2007.
- 28 CHUNG, G.S., YOON, J.D., RASINSKI, K.A., CURLIN, F.A. Opiniones de médicos norteamericanos, Acerca de las distinciones entre retiro y retención de tratamientos que sostienen la vida. *Journal of Religion and Health* 2016; 55 (5): 1596-1606.
- 29 BOYLE, J.M. Hacia la comprensión de principios de doble efecto. *Ethics* 1980; 90: 527-538.
- 30 BOYLE, J.M. ¿Quién tiene derecho al doble efecto? *Journal of Medicine and Philosophy* 1991; 16: 475-494.
- 31 PELLEGRINO, E.D. Decisiones al final de la vida: El uso y el abuso del concepto de futilidad. In Vial Correa, J., Sgreccia, E. (ed. by). *La dignidad de la persona moribunda. Trabajos de la quinta asamblea de la Academia Pontificia para la Vida*. Città del Vaticano: Librería Editrice Vaticana; 2000: 219-241.
- 32 PELLEGRINO, E.D. La futilidad en decisiones médicas: la palabra y el concepto. *HEC Forum* 2005; 17 (4): 308-318.
- 33 EMANUEL, E.J., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B.D., URWIN, J.W., COHEN, J. Actitudes prácticas de eutanasia y suicidio asistido médicamente en los Estados Unidos, Canadá, y Europa. *JAMA* 2016; 316 (1): 79-90.
- 34 COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA. Abstención y renunciación consciente de tratamientos médicos en la relación paciente-doctor. Roma; 2008 (extraído el

10.07.2017,de:http://bioetica.governo.it/media/171968/4_doc_conscious_refusal_renunciation_24oct2008.pdf).

35 NICOLUSSI, A. Rifiuto e rinuncia ai trattamenti sanitari e obblighi del medico. In Gensabella Furnari, M., Ruggeri, A. (cured by). Rinuncia alle cure e testamento biologico. Profili medici, filosofici e giuridici. Torino: G. Giappichelli Editore; 2010: 23-54.

36 NICOLUSSI, A. Testamento biologico e problema del fine-vita: verso un bilanciamento di valori o un nuovo dogma. della volontà? Europa e diritto privato 2013; 2: 457-503.

37 GENSABELLA FURNARI, M. Rifiuto o rinuncia alle cure nella relazione paziente-medico. In Palazzani, L. (cured by). Doveri e diritti alla fine della vita. Roma: Edizioni Studium; 2010: 13-62.

