



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

SEDE ACADÉMICA ARGENTINA

Tesis

Maestría en Bioética

“Eutanasia y suicidio asistido:

la asistencia para morir desde la perspectiva de enfermería”

Maestranda: Mariana Yael Alvarez

Lic. en Enfermería – Lic. en Administración

DNI: 34.544.408

Dirección de tesis: Dra. María Fernanda Sabio

2023

AGRADECIMIENTOS:

- A Fernanda Sabio, por su aporte invaluable a mi formación como profesional y como persona.
- A Enrique, por ser mi compañero y sostén.
- A mi familia, por demostrarme su amor en cada momento de la vida.

RESUMEN

El objetivo de esta tesis es explorar la forma en que debería actuar la enfermera ante una solicitud de eutanasia o suicidio asistido, en función de los modelos teóricos de enfermería más utilizados en nuestro país: Florence Nightingale, Jean Watson y Virginia Henderson. Para esto, primero se definen la eutanasia y el suicidio asistido, se realiza un recorrido por la historia, se analiza la situación legal en distintos países y luego se analizan los argumentos a favor y en contra de cada una de estas prácticas. Luego, se realiza un recorrido por la historia de la enfermería y su profesionalización y se detallaran cada uno de los modelos elegidos.

Finalmente se vincula cada uno de estos modelos con la eutanasia y el suicidio asistido con el fin de explorar, desde un punto de vista moral, cómo debería actuar la profesional de enfermería a la hora de planificar sus cuidados de acuerdo a cada modelo. De este análisis surge que el mejor modelo para acompañar a le paciente que solicita asistencia para morir es el modelo de Virginia Henderson, puesto que este tiene una visión holística de le paciente y considera no solo su bienestar físico, sino también su bienestar emocional. Además, este modelo da a la profesional de enfermería un rol activo en la asistencia a le paciente.

En el proceso de cuidado en el final de la vida la enfermera debe aprender a hacer valer su opinión y fundamentarla, a creer en su potencial y a darle importancia a su rol dentro del área de la salud. Así mismo, es necesario que las profesionales de enfermería participen de la discusión de las nuevas leyes de eutanasia para que su rol en el proceso sea claro y quede explicitado.

ÍNDICE

Introducción	Pág. 5
Eutanasia	Pág. 14
1.1. Breve historia del pensamiento en torno a la eutanasia	Pág. 14
1.2. Situación legal de la eutanasia.	Pág. 19
1.3. Argumentos a favor y en contra de la eutanasia	Pág. 29
Suicidio medicamente asistido	Pág. 46
2.1. Breve historia del pensamiento en torno al suicidio	Pág. 46
2.2. Situación legal del suicidio asistido	Pág. 51
2.3. Argumentos a favor y en contra del suicidio asistido	Pág. 53
Teorías y modelos de Enfermería	Pág. 57
3.1. Historia de la enfermería	Pág. 57
3.2. La propuesta de Florence Nightingale (1820-1910)	Pág. 64
3.3 La propuesta de Virginia Henderson (1897-1996)	Pág. 68
3.4. La propuesta de Jean Watson (1940- actualidad)	Pág. 76
Eutanasia y suicidio asistido: perspectivas de enfermería	Pág. 82
3.1. Modelo de Florence Nightingale	Pág. 82
3.2. Modelo de Virginia Henderson	Pág. 89
3.3. Modelo de Jane Watson	Pág. 94
La asistencia para morir en enfermería	Pág. 98
Conclusión	Pág. 106
Referencias bibliográficas	Pág. 108

Introducción

Según Ariès (2007), la muerte es uno de los miedos más grandes de las personas. Hay quienes tienen miedo a la muerte propia, hay quienes tienen miedo a la muerte de un ser querido, hay quienes tienen miedo a morir lentamente y hay quienes tienen miedo a morir en soledad. Además de ese miedo, la forma en que las personas mueren ha cambiado con el tiempo: ya no se habla de la muerte como un evento público, sino como un evento privado y dramático (Ariès, 2007).

En efecto, la muerte, que antes se producía en los hogares, rodeado de los seres queridos, ahora se produce en instituciones de salud, de manera solitaria y despojada de la voluntad y las creencias (Farías; Bertolino y Wenk, 2006). La razón para la muerte en estas instituciones es que los avances tecnológicos, en muchas ocasiones, permiten que se retrase esa muerte, situación que suele tener un costo muy alto en términos de sufrimiento para el¹ paciente, su familia, para quienes le atiende y, en términos de recursos, para la sociedad en su conjunto (Bentancourt Reyes, 2017). Es por esto que el término “muerte digna” parece recobrar mayor importancia en este momento.

Se entiende por muerte digna aquella que se produce:

- con sufrimiento controlado
- conservando la capacidad para transmitir afectos en los últimos momentos
- con la posibilidad de tomar decisiones respecto del cuerpo y la propia vida
- respetando las convicciones y valores que han guiado la existencia del paciente (Farías, Bertolino y Wenk, 2006, p.1).

¹ Se ha tomado la decisión de utilizar el lenguaje no binario a lo largo de esta tesis. La única excepción será “enfermera” y “las profesionales de enfermería”. Se usarán los dos términos para referirse tanto a enfermeras como enfermeros. Si bien existen varones que son enfermeros, históricamente esta labor se encuentra asociada al género femenino. En la actualidad, en nuestro país, la cantidad de mujeres que eligen esta profesión continúa siendo ampliamente superior que la de varones (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2020).

En este nuevo contexto del morir, los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio asistido son procedimientos que tienen por finalidad dar a las personas la posibilidad de una muerte digna. En la eutanasia y el suicidio asistido, el objetivo del procedimiento es poner fin al sufrimiento de los pacientes que se encuentran atravesando una enfermedad dolorosa que, en ocasiones, puede ser terminal.

En cambio, los cuidados paliativos tienen otro objetivo: identificar, prevenir, evaluar y tratar o aliviar los síntomas de orden físico, psicosocial o espiritual que afrontan tanto la persona enferma como sus allegados (Organización Mundial de la Salud, 2020). La medicina paliativa no acorta ni alarga la vida, sino que acepta la muerte como un proceso natural y ayuda a los pacientes a atravesarla, intentando que vivan tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte (Organización Mundial de la Salud, 2020). De este modo, los cuidados paliativos tienen por finalidad que el paciente y su familia se reajusten a una nueva realidad que se encuentra determinada por la enfermedad. Así, los equipos de cuidados paliativos basan su trabajo en el control de síntomas, la buena comunicación, el trabajo en equipo y el apoyo psicosocial (Bruera y De Lima, 2004).

Volviendo a uno de los temas centrales de esta tesis, la palabra “eutanasia”, desde un punto de vista etimológico, significa buena muerte (eu: buena, thanatos: muerte) y proviene del griego. Sin embargo, existe una amplia variedad de definiciones, lo que puede dar lugar a confusiones sobre lo que es un acto de eutanasia y lo que no puede ser considerado eutanasia.

Un autor que presenta una definición de eutanasia es Eduardo Rivera López. El autor propone una definición amplia del término, que luego complementa a partir de acciones que podrían ser consideradas, de manera errónea, eutanasia, lo que podría dar lugar a confusiones. La propuesta permite diferenciar entre aquello que debe ser considerado eutanasia y aquello no:

Es una conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un daño para él, todas las cosas consideradas. (Rivera López, 1997, p.189-190).

A partir de esta definición, Rivera López realiza algunas aclaraciones:

- 1- Conducta puede entenderse como acción u omisión.
- 2- La conducta es llevada a cabo por un agente de salud (si fuera llevada a cabo por el paciente estaríamos ante un caso de suicidio asistido, el cual se definiría luego).
- 3- Puede que la muerte no sea el efecto buscado, pero siempre es un efecto previsible.
- 4- La muerte se encuentra acelerada a partir de la conducta, pero si la conducta no se realizara, la muerte igual ocurriría en algún momento posterior.
- 5- Que el paciente tenga una enfermedad grave e irreversible no significa que su muerte sea inminente, sino que sufre tanto como para que la muerte no sea considerada un daño.
- 6- Que la muerte no sea un daño para el paciente puede implicar dos situaciones diferentes: que sea un beneficio o que sea indiferente para este. En el primer caso, puede ser considerada una justificación para la eutanasia. En cambio, si para el paciente la eutanasia es indiferente, esta no puede ser la única justificación.
- 7- Decir que la muerte no es un daño para el paciente, todas las cosas consideradas, implica que se han considerado todas las notas relevantes de la situación, y que de este análisis surge que la muerte no es un daño.

Luego, el autor realiza la descripción de los diferentes tipos de eutanasia teniendo en cuenta tres elementos:

- 1- Voluntariedad de la eutanasia por parte del paciente, donde se distinguen:

- a. Eutanasia voluntaria: le paciente permite que se le practique la eutanasia.
- b. Eutanasia no voluntaria: le paciente no permite que se le practique la eutanasia porque no está competente para hacerlo.
- c. Eutanasia involuntaria: le paciente no consiente la eutanasia, ya sea porque la rechaza o porque, aunque se le hubiera podido consultar, no se lo hace.

2- Tipo de conducta de le médique:

- a. Diferenciando entre acción y omisión:
 - i. Eutanasia activa: la conducta lleva a la muerte de le paciente.
 - ii. Eutanasia pasiva: la omisión es la conducta que lleva a la muerte de le paciente.
- b. Diferenciando entre acción y omisión-suspensión:
 - i. Eutanasia activa: la conducta lleva a la muerte de le paciente
 - ii. Eutanasia pasiva: la ausencia de conducta o la suspensión de un tratamiento es lo que deriva en la muerte de le paciente.

3- Previsión médica de la muerte:

- a. Eutanasia directa: la muerte de le paciente es el medio para lograr un fin valioso, como puede ser calmar el sufrimiento.
- b. Eutanasia indirecta: la muerte de le paciente es un efecto colateral y previsible.

A partir de estos tres elementos surgen, de acuerdo con Rivera López, los diversos tipos de eutanasia:

- 1- Eutanasia voluntaria, pasiva, indirecta: en este caso le paciente pide que no se realicen determinadas acciones, lo cual tiene como consecuencia previsible que le paciente vivirá menos.
- 2- Eutanasia voluntaria, activa, indirecta: es el caso en el cual le paciente solicita que se le aplique algún tratamiento o droga con un objetivo específico, aun

sabiendo que un posible efecto colateral es la muerte de le paciente o el anticipo de esta.

- 3- Eutanasia voluntaria, pasiva, directa: en este caso, le paciente interrumpe todos sus tratamientos con el objetivo de finalizar su vida. A diferencia de la primera situación, aquí le paciente debería interrumpir todos sus tratamientos para que sea conforme con el objetivo de finalizar su vida.
- 4- Eutanasia voluntaria, activa, directa: este es el caso en el que le paciente solicita que se le administre alguna medicación o se le realice algún tratamiento que acabe con su vida.

Todas estas opciones también se pueden dar en aquellos casos de eutanasia no voluntaria. En aquellos casos en los que le paciente rechaza la eutanasia, se trata de procedimientos moralmente inaceptables y, de hecho, son considerados asesinato (García Otero y Sabio, 2011). Cabe aclarar que el autor argumenta en torno a que la única acción que puede ser considerada realmente eutanasia y defendida desde un punto de vista ético como tal es la eutanasia activa directa voluntaria, ya que es la única en la que la persona enferma pide de manera explícita acabar con su vida porque considera que esta es peor que la muerte. Todas las demás formas posibles de eutanasia son rechazadas por distintas razones. Estas razones pueden ser resumidas en dos básicas: 1) desde el no consentimiento explícito de le paciente, se puede poner en duda que se trate de una buena muerte, en el sentido de elegida y buscada; no hacer partícipe a le paciente de la decisión, permite dudar de la legitimidad de la acción²; 2) considerar que suspender un tratamiento es eutanásico, pone a les profesionales de la salud frente a una disyuntiva irresoluble: caer en encarnizamiento terapéutico o en eutanasia, como si solo existieran estos extremos difíciles de aceptar desde la conciencia moral de muchos profesionales. (García Otero y Sabio, 2011).

² Este argumento supone una paciente consciente. Cuando le paciente ya no tiene conexión con su entorno el caso es distinto y se puede incluir en el segundo argumento de esta aclaración.

En cuanto al suicidio asistido, este término hace referencia a aquellos casos en los que la propia persona se administra el o los fármacos que la ayudarán a poner fin a su vida, de acuerdo con su deseo (Royes, 2008). Dworkin, Frey y Bok (1998) plantean que la gran diferencia entre el suicidio asistido y la eutanasia es que, en el primero, se encuentra ausente la idea del asesinato que tanta controversia causa. Estos autores plantean que, si es un profesional de medicina quien asiste a le paciente en su suicidio, resulta aún más tranquilizador. Sin embargo, algunos autores plantean que esta alternativa deja sin opción a quienes, aunque sean competentes para tomar la decisión, se encuentran imposibilitados de tragar o moverse (Alvarez del Río, 2005).

Tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido, las profesionales de enfermería que asisten a los pacientes tienen un rol fundamental, dado que, al ser quienes comparten más tiempo con estas personas, logran mayor confianza para que expresen sus demandas, sus necesidades y sus miedos (Dierckx de Casterle, et al, 2010).

En un estudio realizado entre 2005 y 2006 en Bélgica sobre los cuidados de enfermería en pacientes que habían solicitado eutanasia, Dierckx de Casterle y su equipo (2010) encontraron que, para estos pacientes reviste importancia que la profesional con la que estuvo en contacto y que recibió su solicitud pueda hablar con el equipo tratante y demostrar a le paciente que hará algo con su pedido. Este mismo equipo de investigadores sostiene que la forma en que actúa la enfermera frente a la solicitud de le paciente puede encuadrarse en dos grandes grupos: un grupo que enfoca el proceso de manera procedimental, mientras que el otro grupo adopta un enfoque existencial- interpretativo (Denier, et al; 2009).

El grupo que enfoca su forma de atender la solicitud de le paciente de manera procedimental, se guía por la pregunta ¿qué debo hacer para que este proceso sea exitoso? Este grupo considera importante una buena organización práctica del proceso, para lo cual utiliza listas de verificación (Denier et al, 2009). El grupo que adopta un enfoque existencial- interpretativo se guía con la pregunta ¿cuál es la actitud correcta

que debo tener para guiar y apoyar a la persona enferma y su familia a través de este proceso? Para esto, busca conectar con el paciente y su familia, sus miedos, sus dudas y deseos, por lo que considera de suma importancia la creación de relaciones interpersonales (Denier et al, 2009). Independientemente de en qué grupo la enfermera se encuentre, la forma en que se desempeñe es fundamental para brindar cuidados de calidad al paciente.

Si se toma como supuesto que la eutanasia y el suicidio asistido son aceptables y legales, se podría pensar que el lugar de enfermería en estos procedimientos es relevante. En efecto, la forma en que las profesionales de enfermería abordan el final de vida de los pacientes es importante no solo para quien está siendo cuidado, sino también para su familia. Es importante, como en toda relación asistencial, que los pacientes encuentren en la enfermera que les asiste la confianza suficiente para poder plantearle sus dudas, sus miedos y sus deseos. Es posible pensar que, si la enfermera antepone su postura sobre el final de vida a la solicitud del paciente, este se verá con dificultades para expresar sus deseos cuando estos sean diferentes a los de la enfermera que le esté cuidando.

Quizá no sea osado postular una suerte de poder enfermero que, sin llegar a ser el modelo médico (enfermero) hegemónico, juega un rol en la relación paciente-enfermera. Después de todo, no se puede ignorar que los pacientes que se encuentran en la situación de solicitar eutanasia o suicidio asistido suelen estar en una situación de vulnerabilidad, no solo ante los profesionales médicos, sino también ante la enfermera, que es la que le cuida, le higieniza, le da confort y toca su cuerpo de una manera en la que no lo hacen otros profesionales. Esto permite pensar que, si la enfermera es clara en cuanto a su preferencia o deseo frente al paciente, y expresa algún tipo de repudio sobre las acciones que el paciente desea realizar, este se verá limitado en su actuar y en sus expresiones. Esto puede provocar que el paciente, aun cuando desee tener acceso a uno de estos procedimientos, limite su expresión para no ir en contra de

la persona que lo asiste diariamente. El temor a ser maltratados, descuidados o desatendidos puede hacer que el paciente prefiera callar. Y aquí puede surgir el siguiente interrogante que parte del supuesto de que la eutanasia está permitida: si el paciente sabe que el lugar en el que se encuentra hospitalizado o atendido se expresa en contra de la eutanasia o el suicidio asistido (como suelen hacer las instituciones religiosas, algunos hospicios y algunas instituciones privadas), ¿será capaz de vencer el temor a ser juzgado o atendido de manera diferente?; ¿será capaz de realizar el planteo?

La importancia del lugar de las enfermeras en la atención de le paciente y la posible solicitud de eutanasia o suicidio asistido es el marco desde el que se piensa esta tesis. En este contexto, el objetivo de este trabajo es explorar, desde la ética, la forma en que debería actuar la enfermera ante una solicitud de eutanasia o suicidio asistido, en función de los modelos teóricos de enfermería más utilizados en nuestro país: Florence Nightingale, Jean Watson y Virginia Henderson. El propósito es defender un rol activo de la enfermera en la toma de decisión y en la concreción de estos procedimientos.

La importancia de esta tesis está dada por una propuesta novedosa de análisis del rol de la enfermería en la eutanasia y el suicidio asistido a la luz de algunas de las teorías que enmarcan el quehacer enfermero. Este tipo de reflexiones pueden proporcionar un insumo relevante para repensar las prácticas de cuidado en enfermería, así como la asistencia a las personas en proceso de muerte o que se encuentran con un sufrimiento insoportable y refractario a todo tratamiento e, incluso, pueden ser parte de la discusión de futura legislación en torno al tema.

Este trabajo se encuentra conformado por 6 capítulos. En el primero, se abordan las definiciones que guiarán el trabajo en términos generales y una aproximación al trabajo que se realizará. En el segundo capítulo se expone una breve historia de la eutanasia, su situación legal y los argumentos sobre la moralidad de esta. En el tercer capítulo se aborda el suicidio asistido, su historia, su situación legal y los argumentos a favor y en

contra de este. En el cuarto capítulo se explica la historia de la enfermería y los modelos de enfermería elegidos para este trabajo. En el quinto capítulo se indaga sobre la relación entre los modelos de enfermería elegidos y la eutanasia y el suicidio asistido. En el sexto capítulo se realiza una defensa de cuál es el mejor modelo para trabajar las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido. En el séptimo capítulo se expone la conclusión de este trabajo.

Eutanasia

Algunos desean morir porque no quieren vivir en la única manera que les queda abierta (...). (Dworkin)

Breve historia del pensamiento en torno a la eutanasia

En la Antigua Grecia y en Roma, el debate sobre la moralidad de la eutanasia estaba resuelto: la vida no debía preservarse a cualquier costo, e incluso, cuando la persona se encontraba moribunda, el suicidio era tolerado ante la imposibilidad de ofrecer ayuda (Miret Magdalena, 2018). Hablar de eutanasia era hablar de una muerte pacífica y sin dolor, una muerte deseada (Gafo, 1990). Seneca (4a.C – 65 D.C) planteaba al respecto: “Morir más pronto o más tarde no tiene importancia; lo que sí la tiene es morir bien o mal, y es, ciertamente, morir bien huir del peligro de vivir mal” (Seneca, 2018). Este filósofo planteaba que lo importante es saber cuándo dejar la vida para que sea en las mejores condiciones posibles.

Con el Renacimiento, el tema fue abordado por dos figuras significativas: Francis Bacon y Santo Tomas Moro. Bacon cambió el sentido de la palabra eutanasia y la conceptualizó como el proceso de aceleración de la muerte (Gafo, 1990). Moro, por su parte, aceptaba la eutanasia y la tomaba como una alternativa a una situación de sufrimiento. Al respecto planteaba:

Ya dije que se esmeran en la atención a los enfermos. No escatiman nada que pueda contribuir a su curación, trátese de medicinas o de alimentos. Consuelan a los enfermos incurables, visitándolos con frecuencia, charlando con ellos, prestándoles, en fin, toda clase de cuidados. Pero cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, entonces los magistrados y los sacerdotes se presentan al paciente para exhortarle. Tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales; que está sobreviviendo a su propia muerte; que es una carga para sí mismo y para los demás. Es

inútil, por tanto, obstinarse en dejarse devorar por más tiempo por el mal y la infección que le corroen. Y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte. Armado de esperanza, debe abandonar esta vida cruel como se huye de una prisión o del suplicio. Que no dude, en fin, liberarse a sí mismo, o permitir que le liberen otros. Será una muestra de sabiduría seguir estos consejos, ya que la muerte no le apartará de las dulzuras de la vida, sino del suplicio. Siguiendo los consejos de los sacerdotes, como intérpretes de la divinidad, incluso realizan una obra piadosa y santa. Los que se dejan convencer ponen fin a sus días, dejando de comer. O se les da un soporífero, muriendo sin darse cuenta de ello. Pero no eliminan a nadie contra su voluntad, ni por ello le privan de los cuidados que le venían dispensando. Este tipo de eutanasia se considera como una muerte honorable. Pero el que se quita la vida, por motivos no aprobados por los sacerdotes y el senado, no es juzgado digno de ser inhumado o incinerado. Se le arroja ignominiosamente a una ciénaga. (Moro, 1516, p. 52-53).

Es importante destacar que Tomas Moro era un ferviente cristiano que fue condenado a muerte por cuestiones del dogma y luego santificado por la iglesia católica.

En el siglo XVIII, Hume se preguntaba

¿Qué significa entonces ese principio según el cual una persona que, cansada de la vida, acosada por el dolor y la miseria, tiene el valor de superar todos los terrores naturales de la muerte y escapa de este cruel escenario, ha provocado la indignación de su creador, usurpando la función de la divina providencia y perturbando el orden universal? [a lo cual, en su obra, responde] si la disposición de la vida humana quedara hasta tal punto reservada al ámbito especial de competencia del todopoderoso que supusiera una intromisión en su derecho que los hombres dispusieran de su propia vida, sería igual de criminal actuar en favor de su preservación que de su destrucción. (Hume, 2011, p. 496-497)

Con esta explicación exponía uno de sus argumentos contra las religiones que planteaban que los seres humanos no debían interceder ante la obra de su dios.

Para comprender mejor el objeto de esta tesis, es esclarecedor detenerse en la historicidad que tiene la manera de pensar la muerte, ya que esta se relaciona con la aceptabilidad o no de la eutanasia y el suicidio asistido. El sentido que se le da a la muerte es central para la comprensión de las distintas posturas en torno a ella.

En relación con este tema, Philippe Ariès (2007) explica en su libro “Morir en occidente” cómo fueron cambiando los rituales y las formas de morir. Según este autor, a comienzos de la Edad Media, las personas tenían tiempo de saber que iban a morir, sentían la aproximación de la muerte y se encontraban advertidas de su llegada por una especie de convicción íntima. Solo en los casos como la peste o la muerte súbita esto no era posible, situación de la que se evitaba hablar, dado que suponía una muerte no deseable. Entonces, como las personas sabían que su muerte se encontraba próxima, empezaban a preparar rituales para recibirla como, por ejemplo, el pedido de perdón, el recuerdo de sus hazañas y el pedido a Dios de que las recibiera. Así, el autor muestra cómo la muerte era un evento público y organizado, que se encontraba presidido por el moribundo, y si esto no podía ser así, lo debía presidir alguene asistente, médique o sacerdote.

El autor también resalta la importancia que tenía cumplir con los ritos y las ceremonias; la importancia de mantener a la muerte como un evento público al que debían asistir familiares, amigos y vecinos de todas las edades, pero que, a su vez, se encontraba despojada de dramatismo y emociones excesivas. En esta época las muertes empezaron a ser enterradas dentro de la ciudad, en los patios de las iglesias.

A partir de los siglos XI y XII, empezaron a darse modificaciones sutiles que transformaron la idea de la muerte de un evento colectivo a un evento dramático y personal. Estas modificaciones se encontraban vinculadas a la aparición de la idea del juicio final (nadie sabía cuál era su destino al momento de morir, situación que empezaba a inquietar al moribundo), la aparición del cadáver y cómo era su

descomposición, y la utilización de la sepultura como elemento para mantener la identidad aun después de la muerte (Ariès, 2007).

A partir del siglo XVIII, las personas le dieron un nuevo sentido a la muerte y la llenaron de exaltaciones, drama y miedo, sobre todo cuando se trataba de la muerte de otra persona. Esta muerte del otro, por la que la persona se encontraba más preocupada, es la que inspiró el nuevo culto a las tumbas y los cementerios como espacios que son utilizados para el recuerdo y el lamento. La muerte pasó a estar vinculada también con el romanticismo, así surgieron historias como la de Romeo y Julieta, en las que la muerte se veía como una ruptura.

La muerte no dejó de ser pública en esta etapa, pero una pasión nueva se apoderó de los asistentes. Ahora los asistentes gritaban, lloraban, gesticulaban, y expresaban todos sus sentimientos inspirados por un dolor apasionado, pero que se manifestaba una vez que la muerte ya había sucedido. Esta expresión de dolor, explica el autor, se debía a la intolerancia a la separación. A su vez, estos ritos también se mantenían durante tiempos establecidos socialmente, y se evidenciaban en la vestimenta, los rituales y las costumbres.

Otro cambio importante que se dio en esta época con respecto a la planificación de la muerte es que el moribundo confiaba en sus familiares y ya no dirigía su muerte o dejaba cláusulas establecidas como en épocas anteriores, sino que las delegaba verbalmente a sus familiares (Ariès, 2007).

Entre mediados del siglo XIX y principios del siglo XX se produjo un cambio que Philippe Ariès considera inédito. La muerte se volvió un objeto de censura y, como tal, debía ocultarse. El entorno del moribundo comenzó a protegerle, a ocultarle la gravedad de su situación, motivados por lo intolerable de la muerte del otro y la nueva confianza del moribundo. A su vez, este sentimiento fue cambiando por otro sentimiento

característico de la modernidad: evitar a la sociedad y al entorno de la persona enferma el malestar que provoca la agonía en medio de la felicidad de la vida.

Entre 1930 y 1950 se produjo un cambio de escenario para la muerte del hogar al hospital. Sin embargo, esto produjo que la persona muriera a solas, y no con seres queridos a su alrededor, aun cuando esto fuera uno de los miedos más grandes (Ariès, 2007). Así el autor explica:

La muerte en el hospital no es ya ocasión de una ceremonia ritual que el moribundo preside en medio de la asamblea de sus parientes y amigos, y que varias veces hemos evocado. La muerte es una cuestión técnica lograda mediante la suspensión de los cuidados; es decir, de manera más o menos declarada, por una decisión del médico y el equipo hospitalario. Además, en la mayoría de los casos, hace mucho tiempo que el moribundo ya ha perdido la conciencia. La muerte fue desintegrada, fragmentada en una serie de pequeñas etapas de las finalmente no se sabe cuál es la muerte que verdadera: aquella en la que se ha perdido la conciencia, o bien aquella en la que se ha perdido el aliento... Todas esas pequeñas muertes silenciosas reemplazaron y borraron la gran acción dramática de la muerte, y nadie tiene ya la fuerza o la paciencia de esperar durante semanas un momento que perdió gran parte de su sentido. (Ariès, 2007, p. 74-75)

Los ritos funerarios también cambiaron, la ceremonia de despedida debía ser discreta, las personas allegadas debían notar lo menos posible que había pasado la muerte y las manifestaciones perceptibles de duelo eran rechazadas (Ariès, 2007).

El hospital cambió también la forma en que se producía la muerte, las herramientas con que cuentan los médicos para que esta no suceda, y el acompañamiento a los pacientes en sus últimas horas.

Al respecto, Díaz Berenguer plantea que los médicos actualmente son formados con la obligación de salvar a le paciente a cualquier costo, lo que implica que

olviden una cuestión fundamental: nadie debería estar obligado a vivir (Díaz Berenguer, 2020). La eutanasia y el suicidio asistido podrían interpretarse como un elemento que requiere análisis, justamente, por los cambios que ha producido la misma tecnología médica que busca mejorar la salud, pero que a veces falla y produce situaciones más dañinas que la muerte. La cantidad de procedimientos invasivos y tratamientos a los que se ven sometidos los pacientes, producto de los avances tecnológicos, provoca que se prolongue el sufrimiento aun cuando las expectativas de tener una vida fuera del hospital ya no existan. Claro que estas herramientas pueden pensarse también para situaciones que exceden la iatrogenia médica.

Situación legal de la eutanasia

Si bien el derecho al suicidio ya estaba vigente en Suiza, Países Bajos fue el primer lugar del mundo donde la eutanasia se legalizó. La ley fue aprobada en 2002 e indulta a le profesional de la medicina que, en función de su tarea, haga que termine la vida de un paciente a solicitud de este o preste auxilio para que se realice el suicidio (Alvarez del Río, 2005). La ley establece que los médicos podrán aplicar la eutanasia a los pacientes cuando:

1. exista una solicitud voluntaria, explícita, competente y persistente del paciente.
2. la solicitud del paciente se base en la información completa sobre su situación.
3. exista una situación de sufrimiento físico o mental intolerable y sin esperanza.
4. se hayan agotado todas las opciones posibles de alivio al sufrimiento.
5. el médico haya consultado al menos a otro médico. (Alvarez del Río, 2005)

La ley es considerada para pacientes competentes mayores de 18 años, para adolescentes de entre 16 y 18 años cuyos padres, madres o tutores hayan participado

de la toma de la decisión y para niños de 12 a 16 años cuyos padres, madres o tutores estén de acuerdo. En los casos en que el paciente no pueda tomar la decisión, se consideran las indicaciones que este haya realizado por escrito anteriormente (Alvarez del Rio, 2005). Un aspecto importante de esta ley es que no exige que el paciente se encuentre con una enfermedad terminal, ni establece una expectativa de vida determinada. Sí establece que el paciente debe padecer una enfermedad que le cause un sufrimiento intolerable y la petición debe ser voluntaria y bien meditada (Comisiones regionales de verificación de eutanasia, 2018).

Otro aspecto importante de esta ley es que la eutanasia no es considerada un derecho del paciente, por lo tanto, el médico puede negarse a asistirlo. En este caso, lo ideal es informar al paciente para que pueda elegir otro profesional que le atienda y le ayude con su petición (Comisiones regionales de verificación de eutanasia, 2018).

Otro de los países emblemáticos donde la eutanasia es legal es Bélgica. La ley también se aprobó en el año 2002 y fue modificada en el año 2005. Esta ley entiende por eutanasia “el acto, practicado por un tercero, que pone intencionalmente fin a la vida de una persona a petición suya.” (Ley de Eutanasia de Bélgica, 2005). Los requisitos de esta ley para que la eutanasia sea permisible son:

- Paciente mayor de 18 años o menores emancipados, capaces y conscientes al momento de realizar la solicitud.
- La solicitud debe ser voluntaria, razonada y reiterada y no producirse a causa de una presión externa.
- El paciente debe encontrarse en una situación médica de no recuperación, padecer un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible, producto de una afección accidental o patológica grave e incurable.

El médico debe garantizar que el paciente conozca su situación y su esperanza de vida al tomar la decisión (Cohen Almagor, 2009). La situación del paciente debe

ser certificada por otro médico, que también corrobore el carácter grave e incurable de la enfermedad y el sufrimiento permanente. En caso de que el paciente no sea considerado paciente terminal, se debe contar con la opinión de un tercer médico y debe transcurrir por lo menos un mes entre la solicitud y la aplicación del procedimiento (Ley de Eutanasia de Bélgica, 2005).

Al igual que en la ley holandesa, el paciente puede dejar sus directivas anticipadas. Estas deben tener por lo menos 5 años de antigüedad, y también el médico puede negarse a realizar la práctica, pero debe avisar al paciente y explicar los motivos (Ley de Eutanasia de Bélgica, 2005).

Además de estos dos países pioneros, la eutanasia está aprobada en Luxemburgo desde el año 2009, Colombia (2014), Canadá (2016), España (2021) y Nueva Zelanda (2021).

En el caso de Luxemburgo, este país tomó como base la ley holandesa para establecer la suya, por lo cual las particularidades de la ley son muy similares. La ley entiende por eutanasia: “el acto, practicado por un médico, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a la demanda expresa y voluntaria de la misma” (Ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido de Luxemburgo, 2009). Al igual que la ley holandesa, exige que se trate de un mayor de edad, capaz y consciente, que se encuentre padeciendo una enfermedad incurable y que la petición sea verificada por dos médicos. También permite que el paciente deje sus directivas anticipadas y que el médico se pueda negar a la realización de la eutanasia y que pase el pedido a otro médico.

En el caso de Colombia, la eutanasia se legalizó en el año 2014. Esto la convierte en el primer país de Latinoamérica en legalizar la eutanasia. Hasta ese momento, el Código Penal de ese país establecía que quien matase a otro por piedad, con el objetivo de poner fin a sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad, debería

cumplir penas que iban desde los 6 meses hasta un año de cárcel. Esto impidió cualquier intento de legalización de la eutanasia. Así, en el año 1997, la Corte Constitucional de Colombia buscó establecer las pautas para legalizarla, pero fue imposible que esta garantía se viera materializada (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Recién el año 2014 se establecieron “las condiciones, sujetos activos, sujetos pasivos, contenidos de las obligaciones y forma de garantizar al derecho a morir con dignidad, en aras de asegurar la primacía de la Constitución ante la inexistencia de la reglamentación respectiva” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). De acuerdo con esta norma, los requisitos que debe cumplir el médico al realizar la eutanasia son:

a) Condición médica: el paciente debe tener una enfermedad terminal y ser informado al respecto.

b) Evaluación del sufrimiento: el paciente debe padecer un sufrimiento insoportable y no deben existir perspectivas de mejoras.

c) Inexistencia de alternativas de tratamiento o cuidados razonables: el paciente debe haber tenido acceso a diferentes profesionales que sean determinantes para el tratamiento de su enfermedad.

d) Persistencia en la solicitud explícita: la solicitud debe ser voluntaria, libre de influencias de terceras personas y mantenerse por un lapso mayor a 25 días.

e) Evaluación de la capacidad para decidir: un psiquiatra o psicólogo debe haber valorado al paciente y determinado que este se encuentra en condiciones de decidir.

f) Segunda valoración: el Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad debe realizar una segunda valoración, en la que certifique que se cumplan todos los requisitos.

g) Integridad de la evaluación: ambas evaluaciones deben basarse en la historia clínica, el documento escrito de solicitud, la conversación y examen clínico presencial de le paciente y el diálogo con otros miembros del equipo tratante o de la familia, previa autorización de le paciente.

En España la ley entró en vigencia el 25 de junio de 2021, y regula tanto la eutanasia como el suicidio asistido. La ley entiende por prestación de ayuda para morir la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en la ley y que ha manifestado su deseo de morir (Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, 2021). La prestación incluye tanto la administración directa de medicación como la prescripción de la medicación que pueda causar la muerte. En esta ley, como en los otros países, la petición por parte de una persona competente se vuelve fundamental.

En Nueva Zelanda, la ley también se implementó en el año 2021 luego de un referéndum, lo que lo convierte en el primer país en llegar a la ley de eutanasia de este modo. Lo interesante de esta ley es que le médique no puede ser quien plantee la opción a le paciente, pero sí puede responder a su demanda. Otro aspecto interesante es que en esta ley la consulta sobre la aceptabilidad del caso se puede hacer con un médique o con una enfermera especializada (Derecho a morir dignamente, 2022; Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2021).

En América Latina, se está comenzando a dar espacio a los debates sobre la eutanasia y, eventualmente, su posible legalización. Así es el caso de Chile, que tiene un proyecto de ley para regularla y se encuentra aprobado en la cámara de diputades y espera la aprobación en la cámara de senadores. Perú, por su parte, si bien no tiene legalizada la eutanasia, en julio de 2022 la Corte Suprema de ese país la autorizó para una mujer que llevaba 30 años lidiando con una enfermedad incurable llamada

polimiositis³. En Uruguay, aunque tampoco está legalizada, el debate se encuentra vigente y fue el tema central de la agenda electoral durante el año 2019.

En Argentina, el debate se encuentra nuevamente en agenda. Este nuevo debate tiene antecedentes. Ya en el año 1996 se presentaron 3 proyectos de ley que pretendían tratar la muerte digna, pero que aún con sus diferencias prohibían la eutanasia y buscaban limitar el encarnizamiento terapéutico. Ninguno de los tres llegó a sancionarse (Alonso, Villarejo y Brage, 2017).

Recién en el año 2009 se sancionó la Ley de los Derechos del Paciente (Ley 26.742). Sin embargo, los casos de Melina González, una adolescente de 19 años que solicitaba que la sedaran para poder dejar de sufrir a causa de la enfermedad degenerativa que padecía, y de Camila Sánchez, una niña de 2 años que se encontraba en estado vegetativo desde su nacimiento a causa de la falta de oxígeno en el momento del parto, hicieron que la ley fuera revisada y mejorada. Así, la ley 26529 fue modificada en dos aspectos centrales: autonomía y directivas anticipadas. La ley, en su artículo 1° inciso e) plantea:

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos

³Infobae. (2022, Jul 14). Por Primera Vez en la historia de Perú, La Corte Suprema Autorizó La Eutanasia para una mujer con una enfermedad incurable. infobae. Recuperado el May 4, 2023, de <https://www.infobae.com/america/america-latina/2022/07/14/por-primera-vez-en-la-historia-de-peru-la-corte-suprema-autorizo-la-eutanasia-para-una-mujer-con-una-enfermedad-incurable/>

quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. (Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012).

Otro de los artículos que se vio modificado es el 11. Este permite establecer directivas anticipadas para cualquier persona mayor de edad. Si bien no permite las directivas del tipo eutanásicas, da la posibilidad de que la persona deje por escrito directivas específicas para su salud, lo que permite que consienta o rechace tratamientos, ya sean preventivos o paliativos. La ley establece que para que estas directivas tengan validez deben ser realizadas por escrito frente a escribano público o juzgados de primera instancia y se debe contar con dos personas como testigos. También deja en claro que esta declaración puede ser revocada en cualquier momento.

Finalmente, durante los años 2021 y 2022 se presentaron 5 proyectos por Cámara de Diputados que buscan legalizar la eutanasia y el suicidio asistido:

a) Expte. 4597-D-2021: El 25 de noviembre de 2021 se presentó en la Cámara de Diputados de la Nación Argentina el proyecto titulado “Ley de buena muerte. Regulación de la eutanasia” (expte. 4597-D-2021, T.P. 184/2021) firmado por Alfredo Cornejo, Jimena Latorre y Alejandro Cacace, que tiene como objeto “regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir; el procedimiento formal a ese efecto; las garantías que han de observarse y los derechos y deberes del personal médico y el servicio de salud” (art. 1).

b) Expte. 4734-D-2021: El 6 de diciembre de 2021 las diputadas Estévez, Brawer, Carrizo, Gaillard, Macha, Moreau, Lampreabe y López presentaron el proyecto de ley titulado “Derecho a la

prestación de ayuda para morir dignamente – Ley Alfonso” (expte. 4734-D2021, Trámite Parlamentario nro. 191/2021) y, según el art. 1, el objeto de la ley sería “regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo a los principios, garantías y reglas que aquí se establecen”.

c) Expte. 3956-D-2022: El 8 de agosto de 2022 se presentó en el Senado de la Nación el proyecto de ley de “Regulación de la eutanasia y la muerte asistida” (Expte. 3956-D-2022, T.P. nro. 113/2022) firmado por los diputados Cobos y Verasay, que tiene por objetivo “reconocer el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas, a solicitar la interrupción voluntaria de su vida y regular el procedimiento que ha de seguirse, establecer los mecanismos que permiten controlar y evaluar los procedimientos y las garantías que han de observarse” (art. 1).

d) Expte. 4092-D-2022: El 11 de agosto de 2022 la diputada Moisés presentó un proyecto de ley titulado “Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente” (Expte. 4092- D-2022, T.P. 116/2022) con el objeto de “regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo a los principios, garantías y reglas que aquí se establecen” (art. 1). (Lafferriere, 2022 p. 6.)

El 5º expediente lo presentó el 13 de septiembre de 2022 la diputada Mara Brawer, junto con otras diputadas. El título es “Ley de Muerte Voluntaria Medicamento Asistida” y tiene por objeto “Instituir y reconocer el derecho de toda persona mayor de 18 años a solicitar y recibir asistencia médica para morir de manera voluntaria en determinadas circunstancias” a la vez que busca regular los procedimientos, definir los principios, garantías y recaudos, establecer los derechos y deberes del personal de salud interviniente y definir los mecanismos institucionales de control. (Expediente 4855-D-2022 – TP 139/2022).

Además, se presentaron 2 proyectos por Cámara de Senadores de la Nación: uno bajo el expediente S-2577/2021, que fue presentado por el diputado Cobos y es sustancialmente igual al proyecto del expediente 3956-D-2022; y otro que fue

presentado por la diputada Moisés y que fue dado de baja por la misma diputada y reemplazado por el expediente 4092-D-2022. En cuanto al expediente 0848-S-2022 presentado por Cornejo y Juri, se trata del mismo proyecto de ley presentado bajo el expediente 4597-D-2021 en la Cámara de Diputados. En suma, fueron presentados 8 proyectos: 3 por Cámara de Senadores y 5 por Cámara de Diputados, de los cuales se analizarán estos últimos 5.

Todos estos proyectos de ley buscan regular tanto el suicidio asistido como la eutanasia, y ponen como requisitos:

- Que le paciente sufra una enfermedad crónica e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante: esto puede favorecer a aquellas personas con enfermedades degenerativas cuyo avance las imposibilita totalmente y las aísla socialmente para solicitar su muerte antes de llegar a esta condición.
- Que le paciente sea ciudadano argentino o residente por un término mayor a 12 meses, mayor de edad y plenamente capaz. En este requisito se pueden encontrar 2 particularidades que pueden generar dilemas. Por un lado, la edad de la persona: existen casos en los que el pedido de eutanasia surge de personas menores de edad cuyo padecimiento es intolerable y cuya enfermedad es incurable. Estos casos no se encuentran contemplados en ninguno de los proyectos de ley. Los proyectos 4597-D-2021 y 4092-D-2022 aceptan que las personas mayores de 16 años soliciten la eutanasia con un consentimiento informado y los menores de esa edad solo podrán solicitarla con el consentimiento informado firmado por sus representantes legales. Por otro lado, la capacidad de la persona: algunas personas pueden ser incapaces producto de la enfermedad o el padecimiento y esto las puede excluir de la posibilidad de optar por la asistencia al suicidio. Al respecto el proyecto 3956-D-2022 es el único que

no establece la posibilidad de dejar directivas anticipadas de manera clara, sino que propone modificar la ley 26529 con el objetivo de eliminar la frase que no permite el pedido de prácticas eutanásicas. En cuanto a la capacidad previa, solo los proyectos 4597-D-2022, 4734-D-2021 y 4092-D-2022 establecen en qué condiciones la persona incapaz puede acceder a la eutanasia. Uno de los mayores problemas es esclarecer qué es capacidad plena y qué incapacidad.

- Que la solicitud se formule por escrito y con el consentimiento informado correspondiente: al respecto la mayoría de los proyectos establecen el procedimiento, cómo debe producirse el pedido de eutanasia por escrito, los plazos y las formas legales que estos deben cumplir.

Algunos de estos proyectos además establecen la necesidad de tener información clara y específica sobre el proceso de la enfermedad y las alternativas de actuación (3956-D-2022) y la necesidad de presentar el pedido de ayuda para morir ante el médico para que este pueda darle curso de acuerdo a lo requerido por la ley (4092-D-2022 y 4597-D-2021).

En cuanto a le profesional que debe llevar adelante la ejecución de la práctica, todos los proyectos coinciden en que el médico es la persona encargada de administrar la medicación o prescribir los medicamentos. Si bien es verdad que los únicos profesionales de la salud que pueden prescribir medicamentos son los médicos, resulta llamativo que ninguno de los proyectos incorpore a otros profesionales de la salud en el procedimiento. El único proyecto que incorpora a enfermería en el equipo de salud que puede hablar con el paciente para evaluar el pedido es el 4855-D-2022. Aun cuando las profesionales de enfermería son las que se encargan en la práctica cotidiana de administrar todo tipo de medicación a los pacientes, y quienes están en mayor contacto con estos, en el resto de proyectos solo son consideradas como miembros de las

Comisiones Nacionales que se proponen para garantizar el cumplimiento de la ley (proyecto 4597-D-2021).

Argumentos a favor y en contra de la eutanasia

Es sabido que tanto la eutanasia como el suicidio asistido generan debates, no solo dentro de las instituciones de salud (Luna y Salles, 2008), sino también en la sociedad en su conjunto. La discusión sobre si la eutanasia es moral o no se ha trasladado a diversos espacios, como los órganos de representación ciudadana, la academia, las iglesias, entre otros. Esto ha sido así dado que lo que está en juego se encuentra íntimamente vinculado con la posición ante la vida, y que en el debate se contraponen las creencias, las tradiciones, las religiones, las costumbres, los aspectos económicos y legales, y las voluntades personales. Por ello es que existen tanto detractores como defensores, en las diferentes disciplinas que se encuentran atravesadas por la temática.

Uno de los primeros argumentos que surgen en el debate por parte de quienes se encuentran a favor de la eutanasia es el respeto por la autonomía de le paciente. Ronald Dworkin (1994) explica este argumento como el derecho de la persona de asumir o adoptar decisiones centrales para sí misma, siempre que esa decisión no sea claramente irracional. Si bien el autor no explica a qué se refiere con decisión irracional, se podría pensar que la irracionalidad estaría dada por la adopción de una medida desproporcionada, que aumente el sufrimiento, como por ejemplo elegir morir ahogado o sin alimentación ni hidratación cuando todavía se siente hambre o sed. Silva Filho (2021) afirma en relación con el concepto de racionalidad

(...) cuando utilizamos la expresión "racionalidad" o cuando decimos que alguien es racional, casi siempre estamos evaluando si las creencias y acciones de una persona son correctas, adecuadas, aceptables, permisibles a la luz de alguna regla de corrección, aceptabilidad, permisibilidad. (p. 70)

Si bien esta explicación puede servir como aproximación a la idea de racionalidad, también puede crear más confusión sobre lo que entra o no dentro de los límites de la racionalidad. Por ejemplo, en Argentina la eutanasia no se encuentra legalizada y no es bien vista por muchos profesionales de la salud. Sin embargo, si hablamos de eutanasia en Holanda, esta es considerada como un procedimiento natural y no conlleva dramatismo. Esto nos lleva a pensar que, las reglas de aceptabilidad y permisibilidad de las que habla Silva Filho deben encontrarse enmarcadas en una sociedad y un tiempo determinado para su evaluación, dado que, de lo contrario, la racionalidad, en algunos casos, podría ser resultado de la imposición a la fuerza de creencias o concepciones del mundo foráneas. Ante esto, alguien podría objetar que esto pone en tela de juicio el concepto mismo de racionalidad. En este caso, nos permitimos una licencia para sostener la posibilidad de una racionalidad situada que resguarde la aceptabilidad y permisibilidad propuestas por Silva Filho.

En cuanto al concepto de autonomía en Bioética, la definición clásica la dan Beauchamp y Childress (1999):

La palabra autonomía deriva del griego autos («propio») y nomos («regla», «autoridad» o «ley»), y se utilizó por primera vez con referencia a la autorregulación y autogobierno de las ciudades-estado helénicas independientes. Este término se ha ampliado de forma que en la actualidad también se utiliza para las personas, y ha adquirido significados tan diversos como autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo. No es, por tanto, un concepto unívoco ni para la lengua ni para la filosofía contemporánea. Es un concepto constituido por varias ideas, de manera que hay que concretarlo sobre la base de objetivos concretos. El significado de la palabra «autonomía», como ocurre con otros muchos conceptos filosóficos, se vuelve más específico en el contexto de las teorías.

Con este objetivo comenzamos con lo que para nosotros es esencial para la autonomía personal, distinguiéndola de la

autorregulación política: la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo una comprensión inadecuada, que impidan hacer una elección. Una persona autónoma actúa libremente de acuerdo con un plan elegido, de la misma manera que un gobierno independiente maneja sus territorios y establece sus políticas de acción. Sin embargo, una persona con un déficit de autonomía, o es controlada por otros al menos en algún aspecto de la vida, o es incapaz de reflexionar y actuar en función de sus propios deseos y planes. Las personas institucionalizadas, como los presos y los deficientes mentales, tienen menos autonomía. La incapacidad mental limita la autonomía de los deficientes y la institucionalización obligatoria disminuye la de los presos (Beauchamp & Childress, 1999, p. 113-114).

Estos autores explican que las elecciones autónomas son aquellas en las que la persona actúa intencionalmente, con información y sin elementos de coerción externa que determinen su acción. En este sentido, Siurana Aparisi (2010) sostiene sobre la definición de autonomía de Beauchamp y Childress que, para estos autores la intencionalidad de la persona autónoma no admite grados, pero la comprensión y la coacción sí. Entonces, la acción será substancialmente autónoma si alcanza un nivel substancial de comprensión y de libertad de acciones.

Mainetti y La Rocca (2022), siguiendo a otros autores, realizan una observación interesante en torno a la propuesta liberal de Beauchamp y Childress sobre la autonomía. Ellas argumentan que la persona nunca toma las decisiones de manera aislada de la sociedad, es decir, sin algún tipo de coerción externa. Por lo que, si se sostiene la definición de Beauchamp y Childress, la autonomía se convierte en una capacidad inexistente, una suerte de abstracción puramente teórica y sin sentido ni anclaje en la realidad.

Por su parte, Feinberg (1986) define la autonomía como la capacidad de autogobernarse, y deja en claro que la autonomía se refiere a una condición y a un derecho a la vez. El autor lo define de la siguiente manera:

Dicho resumidamente, el derecho más básico a la autonomía es el derecho a decidir cómo uno ha de vivir la propia vida, en particular, cómo ha de tomar las decisiones de vida críticas: qué cursos de estudio tomar, qué habilidades y virtudes cultivar, que carrera seguir, con quién (o si) casarse, a qué iglesia ir (si a alguna), si se ha de tener hijos, etcétera. (Feinberg, 1986, p.54).

Rivera López, en función de esta definición, justifica la eutanasia activa, argumentando que si las personas tienen derecho a la autonomía y el Estado debe respetar ese derecho, entonces el Estado debe respetar también la forma y el momento de morir elegidos por la persona (siempre y cuando esta pueda elegir dicho momento), dado que surgen del ejercicio de esa autonomía.

En la misma línea, Young (2007) sostiene que la persona debe buscar aquellas acciones que le permitan lograr su bienestar, y que esta es la principal justificación moral para la eutanasia, es decir, la búsqueda del bienestar de la persona a partir de sus acciones. De acuerdo con este último autor, solo es moralmente justificable la eutanasia si se conjugan estos dos aspectos: si la persona es autónoma en la toma de la decisión y si esa decisión promueve su bienestar. Este último aspecto es quizás el más destacado y uno de los que más se pone en juego en el debate: mientras para algunas personas el bienestar nunca puede llegar con la muerte, para otras el bienestar se encuentra emparentado con la posibilidad de decidir cómo y en qué condiciones morir. Es posible pensar que, en condiciones normales, una persona no desearía conocer el momento de su muerte o la forma en que esta sucederá. Sin embargo, en ocasiones en las que el sufrimiento es desmedido, el futuro produce miedo y dolor, y si se sabe que no existe posibilidad de mejora, planificar el momento de la muerte puede ser la única herramienta certera para no sentir tanto dolor y temor.

Sissela Bok (Dworkin, Frey y Bok, 1998) plantea al respecto que, si bien es cierto que la eutanasia excluye cualquier posibilidad de mejora posterior, quien decide morir debería tener derecho a analizar su propio sufrimiento y tomar la decisión en el momento

que considere oportuno. Por su parte, Ruy Perez Tamayo (2008) explica que la incertidumbre que puede tener una médica a la hora de dar un pronóstico, le puede llevar a confundir su juicio sobre la realidad con la realidad en sí misma. Pero que, aun teniendo esto en cuenta, existen situaciones en las que la única forma de ayudar a le paciente a dejar de sufrir son la eutanasia o el suicidio asistido, dado que son las únicas formas que le permitirían a le paciente tener una muerte digna (Perez Tamayo, 2008).

El argumento de la autonomía también es utilizado por quienes se encuentran en contra de la eutanasia (Mainetti y La Rocca, 2022). Estas personas argumentan que, así como están quienes deciden morir, están quienes deciden vivir peleando hasta las últimas consecuencias, y que el respeto por su autonomía implica respetar esa decisión de pelear por la vida hasta el último segundo (Dworkin, 1994). Al respecto, Dworkin (1994) plantea que cualquier norma mínimamente aceptable que permita la eutanasia, debería hacer hincapié en la importancia de no privar de la vida a quien no haya expresado, de manera clara, su deseo de morir.

Uno de los argumentos más utilizados por quienes se encuentran en contra de la eutanasia es el conocido como la pendiente resbaladiza. Este argumento sostiene que la legalización de la eutanasia traería aparejada el riesgo de que se aplique en algunos casos con la sola intención de disminuir los costos de atención médica (Mainetti y La Rocca, 2022). Bok (Dworkin, Frey y Bok, 1998) explica que el temor a este riesgo se basa en la inquietud que provocan los grupos indefensos como los recién nacidos o los enfermos seniles y en la duda que puede surgir ante la posibilidad de que no se les resguarde de daños. Sin embargo, esta misma autora sostiene que tales riesgos son improbables y que existen medidas preventivas y garantías probadas para que ello no suceda. En este sentido, una propuesta viable podría ser que la evaluación de la solicitud de eutanasia sea realizada por diferentes profesionales. Otra alternativa podría ser que, ya no la evaluación del pedido, sino el pedido de eutanasia en sí mismo sea

manifestado no solo ante le médique tratante, sino también ante otre miembro del equipo de salud.⁴

Florencia Luna (2008), por su parte, afirma que es más probable que se den casos de eutanasia no voluntaria en aquellos países donde la eutanasia no es legal y que la evidencia demuestra que, en aquellos países donde se legalizó, los casos de eutanasia no voluntaria no se han incrementado. Esto llevaría a pensar que, si lo que se quiere evitar es la muerte de pacientes que se encuentran sufriendo pero que no han solicitado la eutanasia, lo importante es legislar bien. Claro que se puede suponer que, así como la ley no siempre funciona o puede ser burlada, como muestran otros ámbitos, también puede suceder lo mismo si se legisla la eutanasia. El problema de este argumento es que no parece tener en cuenta las ventajas de la ley y que, en todo caso, hay que exigir que esta se cumpla, ya que el hecho de que la ley se evada, no es un argumento lo suficientemente fuerte como para justificar la no necesidad de leyes. La ventaja de la regulación, cuando esta es buena, es que desalienta la ilegalidad. Además, respecto a la pendiente resbaladiza, Comesaña (1998) en su libro “Lógica informal, falacias y argumentos filosóficos” explica que dada la vaguedad que suele existir en este tipo de argumentos, se lo considera una falacia, por lo cual no sería correcto tomarlo como un argumento válido.

Es claro que, cuando se habla de eutanasia, muchos de sus defensores hacen hincapié en la existencia de una imagen temida: la muerte que se da de manera dolorosa, lejos de los afectos, con un paciente conectado a decenas de máquinas, sin posibilidad de control de lo que sucede (Sebastiani, 2022). Dworkin (1994) plantea al respecto

⁴ La realización del pedido a diferentes profesionales puede servir para verificar que no hubo malentendidos de parte de le médique tratante. La evaluación por diferentes profesionales implica no solo que diferentes profesionales consideren que le paciente cumple con los requisitos previstos por la ley para acceder a la eutanasia, sino que esta interpretación es compartida por médicos, enfermeras y demás profesionales que atienden a le paciente.

De esta manera el derecho produce el resultado aparentemente irracional de que la gente puede elegir morir lentamente, negándose a comer, rehusando los tratamientos que la mantienen con vida, o asfixiándose al desconectar los respiradores, pero no pueden elegir la muerte rápida e indolora que sus médicos podrían fácilmente proveer (Dworkin, 1994 p. 240.)

También se teme vivir inconsciente, como vegetal, sin posibilidad de conectarse con quienes se encuentran alrededor, lo que puede mantener el sufrimiento propio y ajeno de manera indefinida (Dworkin, Frey y Wok, 1998). Esta idea de la obligación de vivir atada a una máquina, sin posibilidad de decidir, es lo que quienes defienden la legalización de la eutanasia piden evitar (Sebastiani; 2022).

Emmanuel (1999) considera que la posibilidad de que la persona tenga acceso a la eutanasia, o al menos a dialogar con su médico sobre el tema, puede ser tranquilizador para el paciente y puede aliviarle psicológicamente. Hay quien podría argumentar que, con el afán de evitar la muerte atada a una máquina, se puede elegir la eutanasia de manera apresurada. O que en algunas ocasiones se puede optar por la eutanasia como resultado de malos diagnósticos, pronósticos errados o justo antes de que se conozca el tratamiento que permitiría la recuperación (Dworkin, Frey y Bok, 1998). Sin embargo, como ya se ha mencionado anteriormente, aun cuando el acceso a la eutanasia anule cualquier posibilidad de mejora, la persona que pide que se le permita morir en estas condiciones, se supone que conoce realmente su situación, tiene información válida sobre su pronóstico y herramientas para tomar esta decisión. En todo caso, la crítica podría estar dada en los casos en que alguno de estos elementos no se dé. Sin embargo, esta no es una crítica sostenible, dado que esta falencia se salva con permitir el acceso a la información necesaria y con brindar las herramientas apropiadas para la toma de decisión y, en todo caso, si el paciente no puede tomar la decisión, ese paciente particular no será candidato para la eutanasia. Pero eso no invalida al resto de los pacientes. Se puede agregar que es cierto que en salud nunca

hay exactitud con respecto a lo que puede suceder mañana, y que los avances permanentes de la ciencia y la tecnología pueden llevar a la persona o su entorno familiar a creer que, si espera, quizás exista algún tratamiento nuevo para su condición. Pero nuevamente estaríamos en el intento de sostener una idea sin fundamento, que solo llevaría a la persona a tomar una decisión sin arraigo en la realidad, en otras palabras, basada en una esperanza que podría llegar a ser lejana y que solo prolongaría el dolor. De todos modos, si la persona se ata a esa esperanza, simplemente, no será candidata a la eutanasia. Es más, no llegará a la instancia de solicitarla.

Cabe destacar que, los cuidados paliativos y los opioides han mejorado ampliamente la posibilidad de manejar el dolor de los pacientes que sufren enfermedades incurables. Esto hace que, muchas veces, quienes se encuentran en contra de la eutanasia sostengan que, con buenos cuidados paliativos, la necesidad de su legalización se eliminaría. Al respecto Bermejo (2019) sostiene:

Una buena asistencia a los enfermos en fase avanzada no hace que se anulen totalmente las peticiones de eutanasia y suicidio asistido. Es evidente que, si no realizamos buenas prácticas clínicas, además de ser maleficientes con los pacientes, los estamos colocando en situaciones que abocan con facilidad a este tipo de peticiones. Pero lo contrario también es cierto. No puede negarse que haya pacientes que tomen tales opciones no por razones de mala asistencia, sino porque su valoración de la situación puede ser totalmente distinta de la de los profesionales que les prestan cuidados (Bermejo, 2019 - p 17).

Resulta inevitable pensar que una buena atención a le paciente puede disminuir la ansiedad, el dolor y, por ende, puede ayudar a que este deje de considerar a la eutanasia como alternativa. Sin embargo, hay que tener en cuenta que ni los opioides ni los cuidados paliativos por sí mismos son una panacea. En muchos casos, los efectos secundarios de la medicación, como náuseas, incontinencia, pérdida de la conciencia, son también intolerables para muchas personas. Incluso, algunos médicos de cuidados paliativos explican que en ocasiones ya no hay forma de que la persona deje

de ver la eutanasia como alternativa, dado que lo que esta siente es que no quiere vivir de esa manera el tiempo que le reste (Bermejo 2019).

A esto se suma que el miedo a la muerte no siempre se controla con los cuidados paliativos, así como tampoco el vacío existencial o el dolor emocional que implica la cercanía del final. Este dolor no es controlable por ningún opioide, salvo que se sede a la persona al punto de dormirla. Pero cabría preguntarse, ¿qué ventaja implica esto para le paciente? O, dicho de otro modo, ¿qué diferencia existe entre la desconexión que produce la morfina en altas dosis y la muerte? ¿La posibilidad de retirar la morfina y que le paciente recupere la vigilia? ¿La posibilidad de esperar una cura o tratamiento de último momento? No parecen opciones razonables llegado el punto en el que la sedación es el tratamiento que ofrecen los cuidados paliativos ante la ausencia de otra alternativa.

Además, en ocasiones, la eutanasia se pide porque lo que la persona quiere es controlar el momento y la forma de morir (Ganzini et al 2009), y si bien una sedación profunda puede llevar al mismo resultado final, la persona busca controlar el momento y no simplemente quedarse dormido (Rietjens et al 2009). No obstante, tal como plantea Alvarez del Rio (2008), el error es considerar que los cuidados paliativos y la muerte medicamente asistida son incompatibles, cuando en realidad son complementarios.

Otro de los argumentos que suelen expresarse cuando se invoca a los cuidados paliativos es que, si la eutanasia se legaliza, los cuidados paliativos perderían eficacia y se implementaría la eutanasia antes de implementar las intervenciones paliativas adecuadas (Emanuel, 1999).

Florencia Luna (2008) afirma que, si bien la evidencia empírica muestra lo contrario, dado que en Holanda a raíz del debate sobre la eutanasia se han realizado importantes mejoras en los cuidados paliativos, hay motivos suficientes para creer que las personas con dificultades económicas podrían pedir la eutanasia como alternativa

para bajar costo. Sin embargo, esta autora sostiene que, en ese caso, la respuesta es mejorar la política de salud pública, lo que debería incluir a los cuidados paliativos, entre otras alternativas. Al respecto enfatiza: “Permitir el SAM [Suicidio asistido por el medico] sin intentar alcanzar un nivel digno de cuidado de la salud privaría a las personas de un rango normal de oportunidades y redundaría en la violación de la dignidad humana.” (Luna, 2008).

Como se mencionó anteriormente, la eutanasia busca dar alivio a quien sufre una enfermedad, que puede ser incurable o no, pero cuyos síntomas causan un sufrimiento desmedido. Para Bok, el argumento de la compasión es uno de los más importantes, y sostiene que, acceder a poner fin a la vida de una persona cuyo sufrimiento la hace preferir la muerte, no solo no puede ser considerado moralmente erróneo, sino que sería aún más cruel no ayudar a quien se encuentra en esta situación y solicita ayuda (Dworkin, Frey y Bok, 1998). Sin embargo, hay quienes plantean que les médicos no deben matar a la persona en ningún tipo de circunstancias y, por ello, sostienen que, si bien la diferencia entre matar y dejar morir es sutil, esa distinción es esencial (Dworkin, 1994). Al respecto de esta diferencia cabría preguntarse si esta se encuentra entre matar y dejar morir, o entre permitirle a le paciente que elija el momento y la forma de hacerlo⁵ o dejar que la muerte suceda sin ningún control por parte de le paciente⁶. Podría sostenerse que la alternativa de permitir a le paciente despedirse de sus afectos, elegir el momento y la forma, puede traer tranquilidad no solo para le paciente sino también para su grupo de familiares y seres queridos, dado que podrían acompañarle de manera planificada.

En cuanto a la distinción entre matar y dejar morir, Rivera López (2011) se pregunta cuál es su relevancia moral. El autor explica, que se podría entender que es

⁵ Elegir el momento y la forma de morir, para le paciente, implicaría despedirse de sus afectos, elegir quiénes quiere que estén presentes y programar lo que sucederá con anticipación.

⁶ No elegir la forma y el momento de morir, para le paciente, implicaría que la muerte suceda en soledad o lejos de sus afectos, sin despedirse, sin elegir quiénes quiere que estén presente y sin controlar lo que suceda a su alrededor.

moralmente peor causar un daño que dejar que el daño ocurra. Sin embargo, en el caso de la eutanasia, la muerte, por definición, no puede ser considerada como un daño. El autor afirma que, la eutanasia, en algunos casos, puede ser considerada un beneficio. Siendo esto último así, se podría pensar que es preferible beneficiar activamente a alguien a dejar que el beneficio simplemente ocurra solo. El autor explica que, si se niega que la muerte de pacientes con terribles sufrimientos es un beneficio, entonces se debe reprobador moralmente tanto la eutanasia activa como la pasiva (Rivera López, 2011). El problema es que la muerte de un paciente en estas condiciones no puede ser considerada un daño, sino que es un beneficio, por lo cual, lo razonable sería ayudarlo a morir de manera activa.

Un aspecto que no puede ser dejado de lado en el debate sobre la eutanasia es el tiempo de reflexión con que debería contar le paciente a la hora de acceder a esta. Una de las objeciones que realizan quienes están en contra de ella es que, cuando ocurre el pedido, no existen pruebas suficientes para dar cuenta de que se trata de un pedido genuinamente voluntario, duradero y llevado a cabo por una persona competente. Bok explica que, si bien la posibilidad de que existan elementos de coerción interna o externa siempre va a estar presentes, dejar la voluntad por escrito, con garantías adecuadas, y un periodo de espera prudente que posibilite cambiar de opinión, puede ayudar a evitar esas presiones (Dworkin, Frey y Bok, 1998). En este sentido, Mainetti y La Rocca (2022) explican que las personas siempre manifiestan sus intereses en relación con otros, y que a veces las relaciones de poder que llevan a que la persona tome la decisión, se encuentran invisibilizadas. Estas autoras también plantean que las posibilidades de las personas siempre dependerán de los recursos, el contexto, las condiciones de salud y que esto puede generar asimetrías a la hora de tomar decisiones. En estas ocasiones, el personal de enfermería puede hacer la diferencia con su participación en el proceso. Es sabido que las enfermeras son quienes más tiempo pasan con los pacientes y, aquellas que logran mayor afinidad con estos, pueden

conocer sus miedos, sus deseos y sus anhelos. Esto permitiría que el personal de enfermería identifique con mayor facilidad si el pedido es genuino y si surge de un deseo real o a causa de una persona o una situación externa que le puedan colocar en una situación de vulnerabilidad tal que provoquen el pedido de eutanasia. Al respecto Pellegrino plantea:

Para poder respetar verdaderamente la integridad de otra persona, debemos esforzarnos también por impartir integridad a su decisión, la entereza que coloca esa decisión dentro de la historia y los antecedentes de la vida del paciente. Una decisión particular nunca puede mantenerse aislada de la historia de la vida del paciente, el drama que ha vivido y que vive y de la idea que tiene de sí mismo, su familia y la comunidad, en relación con la decisión en cuestión. En la decisión final se debe tener en cuenta por qué, cómo y cuáles de las recomendaciones del médico acepta o rechaza el paciente, para que esa elección tenga integridad en sí misma y sea el acto o la decisión de una persona entera o completa (Pellegrino, 1990 p 387).

Esto refuerza la idea de que las profesionales de enfermería deberían, por su contacto directo y por el vínculo que logran con el paciente, ser las encargadas de ratificar que la decisión que toma el paciente sea congruente con su forma de vida, con las ideas proclamadas durante los años anteriores y con sus creencias. De este modo, las enfermeras que atiendan a pacientes que solicitan la ayuda para morir podrían ser las encargadas de redactar informes donde expongan lo observado y donde expliquen si consideran que la decisión del paciente es sostenida y coherente con su historia de vida.

En este punto es necesario señalar una salvedad: es posible sostener que una persona no se encuentra en condiciones para tomar la decisión de acceder a la eutanasia en el momento en que necesita tomarla, sobre todo si durante su vida tuvo una posición opuesta a esta. En este sentido, la coherencia con la historia de vida de le

paciente no parece ser un aspecto determinante. Al respecto, Jackson y Keown (2012) se preguntan si es posible que una persona pueda tomar una decisión sobre si es mejor estar muerto que sufrir determinada enfermedad antes de sufrir tal enfermedad. Este punto, debe ser tenido en cuenta por las enfermeras que realicen los informes de los pacientes que han solicitado eutanasia.

En los casos en los que la persona se encuentra en estado de inconsciencia, el debate se torna más complejo aun, y es aquí donde la importancia de las directivas anticipadas es evidente. En muchas ocasiones, los seres cercanos a la persona que se encuentra en estado vegetativo la tratan como si aún siguiera consciente. Otros, cuando tienen la certeza de que la persona no va a poder volver a la vida anterior, solicitan que se le retiren los medios de soporte vital y es ahí cuando, estos se enfrentan a problemas legales ante la falta de dichas directivas anticipadas.

Ejemplo de esto es el caso de Nancy Cruzan, quien sufrió un accidente que la dejó en estado vegetativo, dada la falta de oxígeno a la que estuvo expuesto su cerebro. Luego de 4 años, su familia solicitó a los médicos que retiraran las medidas de soporte vital. Pero estos se negaron a hacerlo y la familia se vio obligada a solicitar una orden judicial. En julio de 1988, la familia llevó el caso a la corte y lo ganó, pero el abogado general apeló con el argumento de que no había evidencia suficiente para creer que esa hubiera sido la decisión que hubiera tomado Nancy en el caso de ser competente. Si bien luego la familia reunió la evidencia que le permitió ganar el caso, la existencia de las directivas anticipadas les hubiera facilitado esta acción.

Al respecto, Dworkin explica que, muchas veces, quienes dejan testamentos de vida o directivas anticipadas, actúan en beneficio de otros al evitar que estos tengan que tomar decisiones difíciles o mantenerles inútilmente con vida, asumir costos innecesarios o que se podrían invertir en personas cuyas vidas sean más viables (Dworkin, 1994). Se podría pensar que, cuando se trata de la vida de una persona cercana, ningún costo es excesivo si esto puede implicar que recupere su salud. Sin

embargo, en determinadas ocasiones, ese gasto económico es inútil, puesto que la persona nunca recuperará su estado de salud. Aun si ese gasto es absorbido por el Estado, por una obra social o por la propia familia, se trata de un gasto que no podrá cumplir con el cometido de devolver la salud a la persona, y de ahí que el planteo de Dworkin no resulta desacertado. A esto se suma, el costo emocional que debe afrontar la familia.

Otro de los argumentos centrales en el debate sobre la eutanasia, y que hasta aquí no se ha mencionado, tiene que ver con la santidad de la vida. Ronald Dworkin (1994) hace una minuciosa explicación al respecto en su libro “El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual.” Este autor plantea que la vida puede ser valiosa desde tres sentidos diferentes:

- Instrumentalmente valiosa: si su valor depende de su utilidad. Es decir, esa vida es valiosa en términos de utilidad para alguien más, ejemplo de esto podría ser Isaac Newton, Albert Einstein o Louis Pasteur.
- Subjetivamente valiosa: solo para aquellas personas que la desean. Es decir, para el propietario de esa vida cuán importante es estar vivo. Este es el bien que los Estados buscan proteger.
- Intrínsecamente valiosa: una vida es valiosa independientemente de lo que las personas quieren, disfrutan o necesitan.

De acuerdo con el autor, cualquier vida tiene valor intrínseco, independientemente de si además posee valor subjetivo o instrumental.

Ahora bien, el autor considera que “[a]lgo es sagrado cuando su destrucción deliberada deshonraría lo que debe ser honrado” (Dworkin, 1994). En función de esto plantea dos posibles procesos por los cuales algo puede volverse sagrado: por designación, por ejemplo, una bandera; o por su génesis, es decir, por su historia y por cómo llegó a ser lo que es. Y es justamente en este último aspecto que para Dworkin la

vida debe ser considerada sagrada: por la historia de la persona. Mientras que para los creyentes, la vida es sagrada por ser una creación de Dios; para quienes no profesan ninguna religión, la vida es sagrada por el proceso creativo de la naturaleza, en un sentido darwiniano, o por la inversión humana. Siguiendo con este análisis, cualquier vida es igual de sagrada, y ahí reside la importancia que todos le dan a la vida y al derecho que las personas tienen sobre esta. El autor plantea que, si bien todos aceptamos que en algunos casos la muerte duele menos que en otros, el asesinato de cualquier persona debe ser castigado con la misma severidad. En función de esto el autor explica que lo que entra en juego a la hora de medir y comparar el insulto a la santidad de la vida que supone una muerte prematura es el desperdicio de la inversión creativa puesta en esa vida.

Para Dworkin:

Se produce un desperdicio de las inversiones creativas naturales y humanas que configuran la historia de una vida normal cuando esta progresión normal se frustra por una muerte prematura o de algún otro modo. Pero cuán grave es este hecho —cuán grande es la frustración— depende de la etapa de la vida en que ocurre, pues la frustración es mayor si tiene lugar después, y no antes, de que la persona haya realizado una inversión personal significativa en su propia vida, y es menor si ocurre después de que toda inversión se haya cumplido ya en lo sustancial, o tan sustancialmente como es probable que se pudiera cumplir de todos modos (Dworkin, 1994, p. 118).

Por último, este autor sostiene que, si bien siempre la muerte supone la frustración de la inversión creativa, no hay acuerdo sobre cuál es la mejor respuesta a la cuestión de que la muerte prematura siempre supone la más grave frustración a la vida. Al respecto, explica que, mientras para los conservadores la muerte siempre debe ser evitable, aun cuando la alternativa cause mayor frustración en otros aspectos, para los liberales elegir la muerte prematura minimiza la frustración y respeta la sacralidad

de la vida. De este modo, Dworkin afirma que, aunque la vida es sagrada para todos, no hay acuerdo en los motivos y en las formas de honrar esa santidad.

Por su parte, Alvarez del Rio (2008) plantea que es necesario evidenciar las diferentes ideas y opiniones de cada persona a lo largo de su vida y respetarlas, aun cuando sean diferentes entre sí. Al respecto plantea:

Lo que está en juego es reconocer que en la sociedad en que vivimos, laica y pluralista, las personas quieren cosas distintas, durante su vida y al final de ella. Quienes no están de acuerdo con la opción de adelantar la propia muerte, deben aceptar que otras personas sí lo están y que lo realmente importante es garantizar que se respete la voluntad de unas y otras. Así, el paciente que tome la decisión de pedir ayuda para morir, podrá estar acompañado en todo momento y morir en las mejores condiciones sin arriesgar legalmente a nadie. (Alvarez del Rio, 2008, p.44).

Quizá lo central para reflexionar sobre la moralidad de estos temas sea pensar la atención de la salud centrada en la persona. Esto podría dar una perspectiva distinta y podría ayudar a reconfigurar el papel del equipo de salud en el momento de fin de vida, más allá de la propuesta de los cuidados paliativos, pero coadyuvando a la tarea de estos equipos⁷. Centrar la atención en la persona, permitiría repensar también al equipo de salud, así las jerarquías tradicionales sustentadas en el modelo médico hegemónico presentado por Menéndez (1978), podrían ser puestas en cuestión y podría revalorizarse el papel de la enfermera junto a la cama de le paciente muriente o que solicita asistencia para morir. También sería una herramienta útil para reconfigurar las nociones de autonomía liberal y para consolidar una idea relacional de la autonomía. Si

⁷ En este sentido, la posición frente a la eutanasia y el suicidio asistido pueden variar de acuerdo al equipo de cuidados paliativos tratante. Algunos equipos de Cuidados Paliativos están en contra de cualquier tipo de ayuda a morir; mientras otros sostienen que esa ayuda no puede ser descartada cuando ya el acompañamiento y los sedantes no calman el desasosiego (Comunicación personal con profesional de Cuidados Paliativos).

esto fuera posible, el equipo podría ser parte de la ayuda en la toma de decisiones, no solo con el paciente, sino también con la familia. En este sentido, los equipos que se propongan ayudar en el momento de la eutanasia tienen mucho que aprender de la forma de trabajar de los equipos de cuidados paliativos, así como del modo de abordaje del acompañamiento durante el final de la vida y el duelo.

En el próximo apartado, se propone un recorrido similar al presentado en este, pero el tema es el suicidio asistido.

Suicidio medicamente asistido

Breve historia del pensamiento en torno al suicidio

En la historia del suicidio asistido, es posible observar las mismas cuestiones que en la eutanasia. Por lo menos, con respecto a los cambios en la forma del morir y lo que esto implica socialmente.

En ocasiones, el suicidio, aun cuando pueda parecer una terrible decisión para quienes creen que cualquier muerte intencionada es un insulto al valor intrínseco de la vida humana, puede constituir un acto de alivio para la persona que se encuentra padeciendo dolores causados por una enfermedad incurable o para la familia que acompaña (Dworkin, 1994).

Muchos pensadores griegos y romanos consideraban al suicidio como un asunto completamente personal; no solo defendían el derecho al suicidio, sino que además solían ponerlo en práctica en el final de sus vidas (Dworkin, Frey y Bok, 1998). Seneca (2018) incluso planteaba en una de sus cartas la alternativa del suicidio como una escapatoria a los sufrimientos que las enfermedades y la vejez pueden causarle a la persona.

No huiré de una enfermedad por el camino de la muerte, a menos que sea dolencia incurable y que ataque al espíritu. No me daré la muerte para escapar del dolor, pues morir así es ser vencido. Pero si conozco que tengo que sufrirla perpetuamente, me marcharé; y no a causa de ella, sino porque me sería un estorbo para todo aquello que es el precio de la vida. Débil y cobarde es el que muere porque sufre: necio el que vive para sufrir (Seneca, 2018, p.150).

En una línea parecida, David Hume (1711-1776) creía que los seres humanos no contradecían ninguna ley natural ni divina al suicidarse, ya que lo único que buscaban era rechazar el sufrimiento a partir de la utilización del conocimiento y el ingenio (Schuster, 2017). Hume planteaba que, si la vida nos pertenece podemos disponer de

ella libremente, y si no nos pertenece y le pertenece a Dios, resulta tan criminal un acto heroico en el que arriesgamos la vida, como el suicidio (Cohen, 2000). Claro que, Hume era escéptico en lo que refiere a la posibilidad de demostrar la existencia de Dios, por lo que podríamos pensar que se inclina por la primera opción.

Hay quienes sostienen que el suicidio constituye un atentado contra la sociedad, y que quienes se suicidan rechazan sus deberes como ciudadanos, dado que privan a la sociedad a la que pertenecen de su productividad (Cohen, 2000). Hume contrarresta esto con el siguiente argumento: si la persona se aparta de la sociedad y esta ya no tiene obligaciones para con él, él tampoco las tendrá para con ella. Para sostener esto presupone cierto acuerdo reciproco en las obligaciones entre ambas partes (Cohen, 2000).

Kant (2017) por su parte, sostiene que el suicidio es una acción inmoral, ya que las acciones que el hombre realiza no pueden privarlo de su libertad, cosa que el suicidio provoca, aun cuando se lo quiera juzgar como una acción libre en sí misma. En este sentido, Kant contradice a los estoicos y su defensa del suicidio con el argumento de que la persona nunca puede usar su libertad para autodestruirse, porque, al hacerlo, destruye la posibilidad de libertad.

En su teoría, Kant distingue el imperativo hipotético del categórico. Mientras que el primero queda atrapado entre relaciones causales y no conduce a la libertad, el segundo manda de manera absoluta (Sabio, 2012). Las acciones moralmente correctas son aquellas que toman como guía al imperativo categórico y se encuentran relacionadas con el deber.

En la fundamentación de la metafísica de las costumbres, Kant presenta 3 formulaciones posibles del imperativo categórico:

Ley universal: "obra solo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne Ley Universal" (Kant, 1998, p. 63).

Ley de la naturaleza: “obra como si la máxima de tu acción debiera volverse, por tu voluntad, Ley Universal de la Naturaleza” (Kant, 1998, p.63).

El fin en sí mismo: “obra de tal modo que uses a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otros, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio” (Kant, 1998, p. 74).

Siguiendo el análisis de Kant que realiza Sabio (2012), ella plantea que:

Toda persona tiene dignidad por la libertad intrínseca de la que goza al tener una estructura racional tal que la obliga a actuar respetando los mandatos del imperativo categórico. Las personas tienen lo que se llama dignidad y no valor en el sentido en que una cosa puede llegar a tenerlo. Las cosas son intercambiables y reemplazables. No así las personas que, teniendo dignidad, son libres, autónomas y únicas; tienen un valor intrínseco y no un valor de uso. Así, la conclusión a la que se arriba es que nadie debe someter a una persona. De hacer semejante cosa, se lo privaría de aquello propio del hombre, de aquello que lo hace miembro de la humanidad: su capacidad de autodeterminarse, de darse su propia Ley y, de esta manera, ser libre. (Sabio, 2012. p. 17).

Siguiendo con este análisis, se podría entender que para Kant no es posible atentar contra la vida de una persona, así sea la vida propia. El imperativo categórico kantiano no permite validar el suicidio. Por un lado, porque la libertad no podría usarse para acabar con la vida propia, ya que la libertad es la condición de posibilidad para la acción y al acabar con la propia vida, se destruye también la condición de posibilidad para la acción, lo que para Kant es contradictorio. Por otro lado, las personas no pueden ser usadas como un medio, es decir, la persona no podría matarse como alternativa para acabar con aquello que la aflige o molesta, dado que de esta manera se utilizaría a sí misma como medio y no como un fin en sí mismo. Además, de hacerlo, se

encontraría condicionada por sus inclinaciones y no por su razón, única fuente del deber y, por lo tanto, de la libertad.

Sin embargo, cabría preguntarse si no sería una contradicción sostener la vida a costa de la dignidad. Al respecto, Sabio (2012) lleva al extremo la teoría kantiana y plantea que, desde esta misma teoría, se puede sostener que, en ciertas situaciones, como la de la esclerosis lateral amiotrófica, el suicidio se vuelve obligatorio como último acto de libertad antes de perder dicha libertad de manera definitiva por la enfermedad y no por decisión propia. Esta enfermedad no le hará perder la razón, pero sí la capacidad de acción en el mundo fenoménico. Le paciente no podría jamás salir del mundo nouménico, por lo que cabe preguntarse qué sentido tiene legislar para no poder realizar acciones correlato de esa legislación. En efecto, Sabio afirma:

Cabe sospechar que el pedido del paciente parte de una inclinación y no de la razón; y si bien es cierto que el miedo es una inclinación y el deseo de acabar con su vida puede estar fundado en él, parece posible afirmar que no existe una contradicción en pensar que este tipo de vida no es obligatoria para ningún agente moral, dado que perderían la capacidad de autogobernar su vida, pasando a depender del cuidado sistemático de otros. De hecho, se podría llevar la argumentación al extremo y sostener que el paciente tiene la obligación de acabar con su vida, incluso sin quererlo, porque, como se ha dicho, su dignidad está en juego y no puede elevarse a Ley Universal el ser una carga para los demás. (Sabio, 2012. P. 19-20)

Desde una perspectiva opuesta a Kant, Albert Camus (1985), en su libro “El mito de Sísifo” publicado en 1951, expone al suicidio como el único problema filosófico serio. Al respecto Camus plantea que uno debe poder juzgar si la vida tiene razones suficientes para ser vivida o no, y que por ello la respuesta a esta pregunta se prepara

en silencio, como una gran obra. En este sentido, Camus plantea que suicidarse es confesar y que:

Vivir, naturalmente, nunca es fácil. Uno sigue haciendo los gestos que ordena la existencia, por muchas razones, la primera de las cuales es la costumbre. Morir voluntariamente supone que se ha reconocido, aunque sea instintivamente, el carácter irrisorio de esa costumbre, la ausencia de toda razón profunda para vivir, el carácter insensato de esa agitación cotidiana y la inutilidad del sufrimiento (Camus, 1985, p.6).

Si se analiza el suicidio desde la óptica del utilitarismo, se podría pensar que este es un acto moralmente aceptable en tanto provoque mayor felicidad o disminuya el dolor. John Stuart Mill (1859) en su ensayo "Sobre la libertad" escribió lo siguiente:

[...] el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros, es la propia protección. Que la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría feliz, porque, en opinión de los demás, hacerlo sería más acertado o más justo. Estas son buenas razones para discutir, razonar y persuadirle, pero no para obligarle o causarle algún perjuicio si obra de manera diferente (Mill, 1859, p.58).

De acuerdo con lo que plantea Mill, nadie podría entrometerse en la decisión de una persona de suicidarse, siempre que esta decisión no involucre a una tercera persona.

Sin embargo, si es socialmente aceptado que la persona pueda planificar su muerte, ya sea escribiendo un testamento, meditando sobre sus acciones, especificando qué tipo de cuidados desea recibir o acercándose a sus seres queridos,

entonces, no hay razones para censurar la posibilidad de acceder al suicidio, aun cuando este pueda ser considerado una medida extrema. (Dworkin, frey y Bok, 1998).

Un punto relevante que debe ser tenido en cuenta es que el suicidio no es siempre igual ni existe un único tipo de suicidio. Tal como explica Gisela Farías (2012), si bien el suicidio es un acto que se puede cometer en el hogar y de manera privada, en el caso del suicidio asistido y la eutanasia esto cambia, dado que estas siempre se producen en un marco institucional (Farías, 2012). Partiendo del concepto de dignidad de Beauchamp y Childress, Farías argumenta que el suicidio no puede ser considerado un atentado contra la vida, si esta no conserva su dignidad, y en ese sentido expone:

La condición de dignidad no tiene un significado único, sino que presenta características variables asociadas a los requerimientos mínimos de calidad de vida, a las creencias y valores dominantes en la vida de cada sujeto. En este sentido suprimir una vida que no pueda cumplir con tales requisitos no sería un ataque al bien: vida. (Farías, 2012, p. 38)

Situación legal del suicidio asistido

El primer país en reconocer el derecho al suicidio como legal fue Suiza en el año 1941 (Alvarez del Rio, 2005). Aunque la eutanasia está prohibida, la asistencia al suicidio se encuentra permitida tanto para personas que vivan en el país como para extranjeros, siempre y cuando esta se dé por motivos altruistas y a petición de quien desea terminar su vida. (Alvarez del Rio, 2005). La ley expone ciertos requisitos, a saber:

El paciente es capaz de discernir con respecto al suicidio asistido. El médico debe documentar con precisión que ha excluido la incapacidad de discernir del paciente. En caso de enfermedad psíquica, demencia o cualquier otra enfermedad o condición frecuentemente asociada con una incapacidad de

discernir, la competencia debe ser evaluada por el especialista correspondiente.

El deseo de morir está bien reflexionado, no es el resultado de la presión externa y es persistente. Cuando se sospecha una relación de dependencia debe examinarse cuidadosamente su posible influencia en el deseo de suicidio.

Los síntomas de la enfermedad y/o limitaciones funcionales del paciente le causan un dolor que considera insoportable.

Las opciones de tratamiento indicadas, así como otras ofertas de asistencia y apoyo solicitadas han fracasado o la paciente, capaz de discernimiento a este respecto, las ha considerado inaceptables.

Basándose en la historia clínica del paciente y después de repetidas entrevistas, el médico considera que el deseo del paciente de no volver a experimentar esta situación de sufrimiento insoportable es comprensible para él y puede, en este caso concreto, considerar aceptable ayudarlo al suicidio. (Academia Suiza de Ciencias Médicas, 2018, p. 22-23).

Independientemente de estos requisitos, el aspecto fundamental de esta legislación es que le paciente es quien debe realizar el gesto que conduce a la muerte (Academia Suiza de Ciencias Médicas, 2018).

En Países Bajos se encuentran legalizados tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Los requisitos son los mismos en ambos casos⁸, y las particularidades también (Ley sobre la comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, Ley 26691 de 2001).

En el Estado de Oregón en EEUU, el suicidio asistido se encuentra legalizado desde 1997, y está disponible para pacientes que tienen una expectativa de vida menor a 6 meses, que han solicitado asistencia al suicidio al menos 3 veces en 15 días de manera oral o escrita, y a pesar de contar con la prescripción médica, le paciente debe ser quien tome los medicamentos por cuenta propia (Alvarez del Rio, 2005).

⁸ Para leer los requisitos ver en apartado 3.2 situación legal de la eutanasia.

En el caso de Luxemburgo, donde la ley de eutanasia y suicidio asistido se encuentra vigente desde el año 2009, este es entendido como:

el hecho de que un médico ayude intencionalmente a otra persona a suicidarse o procure a otra persona los medios a tal efecto, a la demanda expresa y voluntaria de la misma. (Ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido de Luxemburgo, 2009, art 1°)

En los últimos años varios países han legalizado la asistencia al suicidio, como es el caso de Canadá (2016), Nueva Zelanda (2020), Alemania (2020), España (2021), Austria (2022), Colombia (2022), algunos estados de EEUU.

En el caso de Italia, a pesar de que no hay una ley que lo reglamente, el tribunal constitucional introdujo en el año 2019 una excepción a la ley que castiga el suicidio para aquellas ocasiones en las que la persona sufre una enfermedad incurable y su vida se encuentra bajo tratamiento médico permanente.

En los casos en los que los países aprueban únicamente el suicidio asistido, como Austria o Alemania, es considerado requisito indispensable que sea la persona quien realice la acción que provoque su muerte.

Argumentos a favor y en contra del suicidio asistido

El suicidio asistido puede ser considerado por la persona como una fuente de escapatoria ante un destino que no está dispuesta a afrontar (Sebastiani, 2022). Frente a una misma situación, quizás dos personas diferentes eligen dos alternativas distintas, y esto se debe a que la dignidad y la muerte asistida no solo son problemas médicos o neurológicos, sino que son temas relacionados con la libertad y la autodeterminación de las personas (Sebastiani, 2022).

Tal como se planteó anteriormente, la autodeterminación de las personas se refiere a la capacidad de estas de tomar decisiones para sí mismas siempre y cuando estas decisiones no sean claramente irracionales (Dworkin, 1994). Tal como plantea Rivera López, si la persona se encuentra en condiciones de tomar esa decisión, el Estado debería respetarla y brindar las herramientas para que pueda cumplirla, dado que surgen del ejercicio de la autonomía.

Como ya se mencionó anteriormente, el objetivo tanto de la eutanasia como del suicidio asistido es poner fin al sufrimiento de un paciente que se encuentra irremediablemente enfermo. La gran diferencia entre ambos procedimientos es que, en el suicidio asistido es el propio paciente quien se administra el o los fármacos que causarán su muerte (Royes;2008).

Asunción Álvarez del Río define al suicidio asistido como:

Es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos) para que este subsecuentemente actúe por cuenta propia. Se distingue de la eutanasia voluntaria en la que el médico, además de proporcionar los medios, es el agente real de la muerte en respuesta a la solicitud del paciente (Álvarez del Río, 2005, p.40).

De acuerdo con esta autora, el dilema de esta opción es que deja por fuera a quienes, aun cuando se encuentran competentes para elegir la muerte, no se encuentran posibilidades de realizar las acciones necesarias para llevarla adelante, como bien pueden ser tragar una pastilla o moverse (Álvarez del Río, 2005). Esto nos lleva a pensar que, para garantizar un correcto ejercicio de la autonomía, el paciente debería tener acceso a ambos procedimientos, y ser capaz de elegir cuál de los dos se adecua más a su situación y su necesidad.

Desde otra perspectiva, Timothy Quill (1994) plantea al respecto de la diferencia entre la eutanasia y el suicidio medicamente asistido, que dicha diferencia se torna

trascendental, dado que, mientras en el suicidio medicamente asistido las acciones para llevarlo a cabo caen en dos personas diferentes (le médique que receta y le paciente que decide administrarse la medicación), en la eutanasia ambas acciones son desarrolladas por la misma persona, lo que podría facilitar los errores, la coerción y el abuso médico. Alvarez del Rio (2005) frente a este argumento plantea que, si bien tanto los errores, como la coerción y el abuso son indeseables en ambas prácticas, su posible aparición no resulta ser un argumento suficiente para prohibir una práctica moralmente aceptable. Otra posible respuesta frente a este argumento, pero centrada en la eutanasia, es que quizás en esta no necesariamente debiera ser le médique quien administre la medicación que provoque la muerte de le paciente. Este rol podría ser llevado adelante por una enfermera, por otre médique diferente o incluso por algún familiar que quiera y se encuentre capacitado para hacerlo. Esto no solo permitiría que, al igual que en el suicidio asistido, no todas las acciones recaigan sobre le mismo médique, sino que además podría permitir a le paciente elegir quién quiere que sea la persona que administre esta medicación.

Un argumento interesante en torno a la moralidad del suicidio asistido es el presentado por Sissela Bok (Dworkin, Frey y Bok, 1998). Esta autora argumenta que, a diferencia de la eutanasia, la idea de suicidio asistido parece ser menos discordante para los debates al encontrarse ausente la idea de asesinato. Para Bok, tanto la idea de auxilio o ayuda a le enferme que solicita el suicidio, como la idea de que sea únicamente le médique quien se encuentre capacitado para administrarla, pueden ser tranquilizadoras para aquellos que encuentran contradicciones en la eutanasia activa (Dworkin, Frey y Bok, 1998). Y es justamente esta autora quien plantea las dificultades con las que se encuentran les médiqes a la hora de pensar en el suicidio medicamente asistido. Al respecto plantea:

Cualquiera que plantee la cuestión del auxilio médico al suicidio entre un grupo de doctores podrá advertir lo controvertido de las respuestas. Todos reconocen la angustia de los enfermos que

piden alivio a su mal. Algunos proponen con reticencias el auxilio médico a suicidio, pero pocos lo defienden con entusiasmo. Cuando llega el momento de escoger su profesión como la encargada de llevar a la práctica el auxilio al suicidio, tanto los partidarios como los detractores se encuentran muy incómodos e inquietos. La sensación de aprensión queda intensificada por una consideración que los médicos pocas veces discuten en público: los importantes niveles de deterioro en su profesión, que podrían afectar a pacientes cuya expresión del deseo de morir exigiría un análisis escrupuloso y competente (Dworkin, Frey y Bok, 1998, p. 160).

De acuerdo con esta autora, el nivel de deterioro que sufren los médicos que atienden a pacientes en situación de fin de vida es llamativo. El estrés que conlleva su trabajo afecta a muchos profesionales al punto tal que les trae serios problemas mentales que podrían afectar su juicio a la hora de realizar los análisis que la práctica requiere (Dworkin, Frey y Bok, 1998). Sin embargo, plantea Bok, creer que sería suficiente la promulgación de leyes que indiquen lo que hay que hacer en cada caso, como piensan muchos profesionales de la salud e intelectuales, es equivocado.

Según esta autora, el suicidio asistido puede afectar la relación de confianza de los médicos con sus pacientes (Dworkin, Frey y Bok, 1998). En este caso, y tal como se planteó en relación a la eutanasia, el foco debería estar puesto en garantizar el acceso a la salud de toda la población, y no en limitar ciertas prácticas.

Y tal como se planteó en el apartado anterior, la atención centrada en la persona podría ayudar a concebir esta práctica desde una nueva perspectiva, tanto en relación con el equipo de salud, como en relación con el rol de la enfermera y la autonomía de le paciente (Poblete Troncoso, Valenzuela Suazo; 2007).

Pensando en la posible reconfiguración del equipó de salud y de la atención basada en la persona y específicamente en el rol de enfermería, el próximo capítulo aborda distintos modelos adoptados en la profesión, pero primero, se expone una breve historia de la enfermería.

Teorías y modelos de enfermería

Historia de la enfermería

La enfermería es una profesión que es comúnmente conocida como el arte de cuidar. Se trata de una profesión que existe desde hace siglos, cuyo origen se encuentra en las necesidades humanas, dado que siempre existió una persona que debiera encargarse del cuidado de otros (Parentini, 2002). El Consejo Internacional de Enfermeras define enfermería de la siguiente manera:

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (Consejo Internacional de Enfermeras, 2002)

En efecto, en todas las civilizaciones se pueden encontrar evidencias de la búsqueda de evitar la enfermedad y de ayudar al otro a sanar (Parentini, 2002). La asistencia de la salud como forma de luchar contra la enfermedad se encuentra presente en las diversas sociedades a lo largo de la historia (García y Martínez, 2001). Así, existen estudios de diversos paleontólogos que demuestran que, durante la época prehistórica, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recaían sobre la mujer y el sanador (García y Martínez, 2001). Mientras el rol de la mujer consistía en el mantenimiento de la vida a través de los cuidados que favorecieran el bienestar de la familia, el sanador era quien realizaba las curaciones entremezclando ritos mágicos con conocimientos intuitivos sobre la salud y la enfermedad.

También en el antiguo Egipto existían personas que asistían a médicos, sacerdotes y magos⁹ que eran los encargados de la salud de las personas. (Parentini, 2002). Con el paso del tiempo es posible encontrar en la Grecia Antigua (330 a.C.- siglo V d.C) diferentes grupos de cuidadores, entre los que se encontraban los cirujanos (intervenían en la salud, pero con conocimientos empíricos), los médicos técnicos (eran los que mayor formación teórica tenían) los esclavos (que eran ayudantes de los médicos) y las parteras (mujeres cuya función era brindar cuidados obstétricos). En esta época, la asistencia en el hogar seguía a cargo de la mujer, pero el aprendizaje de todas las disciplinas relacionadas con el cuidado le eran vedadas, y la mujer solo podía ser partera (García y Martínez, 2001).

En Roma, por su parte, si bien tenían varias costumbres similares a las de Grecia, con respecto a la medicina existía una diferencia fundamental: se trataba de una profesión indigna que ejercían esclavos o extranjeros. No obstante, los cuidados de la familia continuaban recayendo sobre la mujer, aunque es de destacar que estas tenían mayor independencia que sus pares griegas.

Con el inicio de la época cristiana, la obligación de cuidar a le enferme se hizo más presente, dado que la filosofía cristiana propugnaba el cuidado de les demás. Rápidamente se armaron congregaciones, hermandades y órdenes encargadas de los cuidados de les enfermes y moribundes. Dentro de los grupos de las primeras cuidadoras se encontraban las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas. La tarea de cuidado consistía mayoritariamente en asistir a le enferme, acompañarle, brindarle comida y abrigo, pero se dejaba de lado la asistencia técnico- médica (García y Martínez, 2001).

En la Edad Media (476- 1492) desaparecieron les esclaves y surgieron dos clases sociales diferentes: riques y pobres. Cada estamento tenía diferencias a la hora

⁹ En este caso se usa el masculino porque solo los varones tenían acceso a esas profesiones.

de vestirse, alimentarse y vivir, así como diferentes problemas de salud. También existía una concepción de enfermedad diferente: sobre todo en los inicios de la Edad Media se creía que la enfermedad era un castigo divino por los pecados que la persona cometía. Por esto, la única forma de curarse era por medio de la intervención divina a cargo de curas y monjes, quienes además eran los únicos que podían ejercer la medicina. De esta forma, los hospitales funcionaban únicamente al mando de la iglesia y la función consistía mayoritariamente en la caridad y la misericordia a le pobre y a le enferme, lo que dejaba de lado la asistencia médica propiamente dicha. Sin embargo, los cuidados en los hogares continuaban siendo brindados por las mujeres (García y Martínez, 2001).

Hacia mitad de la Edad Media surgieron las cruzadas, que eran expediciones militares organizadas por los cristianos para recuperar tierras santas. Al mismo tiempo, la población empezó a aumentar y a asentarse en ciudades fuera de los espacios feudales, lo que causó problemas con los recursos sanitarios e higiénicos. La falta de higiene de la época provocó el aumento de las pestes y las epidemias (García y Martínez, 2001). A raíz de estos cambios surgieron organizaciones de tres tipos:

- Órdenes militares: la función era cuidar y brindar asilo a les enfermes y desvalides durante las expediciones militares. Estaban compuestos por miembros de 3 clases: caballeros (miembros de la alta sociedad que, cuando no estaban en las expediciones, cuidaban a les enfermes), los sacerdotes (encargados de los aspectos religiosos) y los hermanos sirvientes (en quienes recaían las tareas de cuidado y atención de enfermes).
- Órdenes religiosas: también llamadas ordenes mendicantes, por depender de la mendicidad para su sustento. Consistían en agrupaciones sociales a cargo de la iglesia cuyo trabajo era la atención a le enferme.
- Ordenes seculares: también se dedicaban al cuidado de les enfermes, pero no seguían los votos de la vida monástica.

Es importante saber que, en esta época, los cristianos entendían que la enfermedad y el dolor acercaban más a Dios y, por lo tanto, que la persona que sufría era una privilegiada, y quien la ayudaba compartía ese privilegio (García y Martínez, 2001).

En cuanto a la Edad Moderna (1492- 1789), esta se caracterizó por una incesante actividad intelectual que dio lugar a la aparición de teorías organicistas respecto a las enfermedades. En esta época, y producto de las nuevas formas de vida, empezaron a aparecer enfermedades asociadas al trabajo y a la forma de alimentación, mientras que las enfermedades infecciosas continuaban existiendo a causa de la falta de higiene (García y Martínez, 2001). Otro hecho social de gran importancia que sucedió en esta época fue la separación de gran parte de Europa de la iglesia romana, debido a la instalación de una nueva doctrina: el protestantismo. Como respuesta a esta etapa, la iglesia católica instauró la contrarreforma.

Durante el protestantismo, la mujer fue privada de su acceso a la educación y de la posibilidad de realizar tareas fuera del hogar. A su vez, el protestantismo creía que la única forma en que la persona podía salvarse era a través de la fe, razón por la cual los cuidados perdieron adeptos. Las órdenes religiosas se cerraron en aquellos países donde triunfó la reforma protestante, por lo que los cuidados de los enfermos quedaron en manos de personas de un estrato social muy bajo, frecuentemente con adicciones o provenientes de cárceles o burdeles, que encontraban en estos sitios un lugar donde recibir techo y comida. Así, los cuidados quedaban en manos de personas con escaso conocimientos y nula organización (García y Martínez, 2001). La contrarreforma, por su parte, trajo nuevamente la asociación de la iglesia al cuidado de los enfermos.

Con la Revolución Francesa se inicia la Edad Contemporánea. Esta etapa se caracterizó por un aumento notable en la población mundial, a la vez de que suceden muchos cambios socioeconómicos que ocasionaron cambio de hábitos. A las enfermedades infecto-contagiosas y laborales se le sumaron los accidentes laborales,

la neurosis y las enfermedades vinculadas a adicciones como el alcoholismo, producto de los cambios y las nuevas presiones sociales. Los hospitales de caridad se vieron desbordados por el aumento de la demanda y el escaso número de médicos formados. Es ahí cuando empiezan a surgir los nuevos hospitales con sistema de pabellones, medidas de higiene, tareas asistenciales y de docencia, entre otras novedades que los fueron convirtiendo en los únicos dispositivos de asistencia sanitaria (García y Martínez, 2001). Es a raíz de esto que empiezan a surgir las primeras reformas en la formación de las personas encargadas de los cuidados, como parte de la necesidad social, llevadas adelante por médicos, clérigos y ciudadanos filántropos entre otros.

La enfermería moderna surgió durante la guerra de Crimea. En ese momento, Florence Nightingale se puso al mando de un grupo de mujeres que llevaban alivio a los soldados británicos heridos. Cuando Florence Nightingale tomó el mando, la mortalidad de los soldados heridos era elevada, dadas las condiciones de hacinamiento, la falta de higiene, la suciedad (número reducido de orinales, agua no potable, pozos negros desbordados, etc.), condiciones de hipotermia, infecciones parasitarias, entre otras (Pfetscher, 2018). Nightingale organizó el saneamiento del hospital: instaló lavaderos, habilitó cocinas donde se preparaba la comida para los soldados más débiles.

Producto de estas acciones llevadas adelante por Nightingale y su grupo de mujeres, la mortalidad de los enfermos por heridas durante la guerra bajó de un 40% a un 2% (García y Martínez, 2001). La actuación de este grupo fue transmitida por la prensa, situación que permitió no solo el reconocimiento de Nightingale por la sociedad, sino también la posibilidad de contar con mayores herramientas para actuar en el campo de batalla (Peres, et. al,2021). Florence Nightingale afirmaba que las muertes no se producían por las heridas, sino por las condiciones deficitarias en cuestión sanitaria. Al finalizar la guerra, el pueblo inglés le regaló 50.000 libras con lo que desarrolló el primer programa de estudios organizados para enfermeras en la fundación Nightingale, lo que dio origen a la profesionalización de enfermería. (Peres et al,2021).

En 1860 Florence Nightingale inauguró la escuela de enfermería, en la que no solo se formaba académicamente a las futuras enfermeras, sino que además se las controlaba estrictamente para evitar que recayeran críticas sobre la escuela que pudieran afectar su reputación. El objetivo era cambiar el concepto que la sociedad tenía con respecto a la enfermería y hacer comprender que las enfermeras eran personas de ética, moralidad y preparación dignas (García y Martínez, 2001) para los parámetros de esa época. Fue a partir de la iniciativa de Florence Nightingale que el desarrollo de la teoría en enfermería evolucionó, lo que llevó a reconocer a enfermería como disciplina académica con conocimientos específicos del área (Alligood, 2018).

En la escuela de Nightingale el período de formación duraba tres años en los cuales las enfermeras eran formadas de manera práctica y teórica. Además, la escuela tenía un acuerdo con el gobierno que hacía que cada graduada tuviera facilidades para conseguir trabajo en los hospitales. Este acuerdo tenía un doble objetivo: por un lado, evitaba que las enfermeras formadas terminaran trabajando para el ámbito privado, y por el otro, las incitaba a seguir realizando tareas de asistencia y docencia en sus nuevos trabajos (García y Martínez, 2001).

Debieron transcurrir cien años desde que Florence Nightingale lo planteó hasta que a mitad del siglo XIX enfermería empezara a ser considerada como una ciencia. Antes de esto, la práctica enfermera se basaba en el aprendizaje práctico y en manuales de procedimientos de las instituciones hospitalarias. En ese momento, la práctica enfermera reflejaba su legado vocacional más que su visión profesional.

A mediados de los años 30, surgió la necesidad de que existiera un programa específico para enfermería y que este a su vez fuera dictado dentro de facultades y universidades. Hasta ese momento, la escasa formación que recibían las profesionales de enfermería era impartida desde diversas instituciones hospitalarias (Pfetscher, 2018). A medida que las profesionales de enfermería empezaron a graduarse en cursos de formación superior, empezaron a tener mayores inquietudes y a generar, mediante

la investigación, nuevos conocimientos relacionados con la práctica enfermera (Pfetscher, 2018). A mediados de los años setenta, los nuevos conocimientos adquiridos hicieron que las profesionales de enfermería tomaran conciencia sobre la importancia de crear programas de posgrados y doctorados específicos en su área (Pfetscher, 2018). Esta proliferación de master y doctorados en enfermería trajo aparejada la necesidad de un marco conceptual y teórico específico del área. La década de los años ochenta trajo consigo grandes desarrollos teóricos en la disciplina que guían también la investigación y la práctica.

Es así que, en enfermería, existen distintas teorías y modelos que “constituyen un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico, que proporcionan las bases para comprender la realidad en enfermería, y capacitan al enfermero para comprender el por qué un hecho ocurre.” (Román, 2017, p. 3).

A los efectos de este trabajo, se tomarán en consideración 3 teorías de enfermería en particular:

- La práctica de Florence Nightingale: por ser considerada la teoría inicial de enfermería como profesión.
- La propuesta de Virginia Henderson: por ser el modelo que se utiliza mayoritariamente para la formación en nuestro país.
- La propuesta de Jean Watson: por ser uno de los modelos más actuales y que considera la atención de le paciente de manera holística.

Una vez desarrolladas las tres teorías, se las relacionará con la eutanasia y el suicidio asistido para analizar cómo debe actuar la enfermera en cada modelo frente a las solicitudes de eutanasia o suicidio asistido. Por último, se realizará una defensa de cuál de los tres modelos resulta más apropiado para trabajar este tipo de solicitudes.

La propuesta de Florence Nightingale (1820-1910)

El trabajo de Florence Nightingale fue el que inició la enfermería como profesión, con la creación de la primera escuela de enfermería en el St. Thomas Hospital de Londres (Alligood, 2018). A mediados del siglo XIX, declaró que el objetivo de la profesión era diferente a la de le médique, ya que este tiene el rol de curar a le paciente, mientras que la enfermera debe cuidarle, para lo cual era condición necesaria conocerle y situarle en el entorno más propicio para que la naturaleza ejerza su acción sobre la persona (Alligood, 2018).

Florence Nightingale “definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades para vivir” (Pfetscher, 2018). Entendía la enfermedad como un proceso reparador en el cual la naturaleza ejercía su acción para remediar un proceso de intoxicación o para cambiar las condiciones en las que la persona se encontraba, lo que no necesariamente implicaba sufrimiento (Nightingale, 2002). Para ello, las enfermeras debían evitar cualquier interrupción y garantizar las mejores condiciones posibles para el desarrollo del proceso de curación de la persona enferma. Nightingale elaboró la “teoría descriptiva”, de acuerdo con la cual la enfermera debe, mediante la observación y la recogida de datos, actuar en pos de le paciente y sus necesidades. Ella consideraba que se debían tener en cuenta los pedidos de le paciente, pero que este se encontraba enormemente influido por el entorno en el cual se encontraba (Peres et al,2021). Al respecto Nightingale explica:

Al observar las enfermedades, tanto en casas privadas como en hospitales públicos, lo que más fuertemente llama la atención del observador más experimentado es que los síntomas o los sufrimientos, generalmente considerados como inevitables e inherentes a la enfermedad, a menudo no son en absoluto síntomas de la enfermedad, sino algo muy diferente -la necesidad de aire fresco, o de luz, o de calor, o de tranquilidad, o de limpieza, o de puntualidad y cuidado en la administración de la dieta, de cada una de estas cosas o de todas ellas.- Y esto casi tanto en enfermería privada como en la hospitalaria.

El proceso reparador que la Naturaleza ha instituido, y que nosotros llamamos enfermedad, ha sido entorpecido por alguna falta de conocimiento o de atención en alguna o todas estas cosas, y entonces comienza el dolor, el sufrimiento o la interrupción de todo el proceso de recuperación.

Si un paciente tiene frío, o fiebre, o está mareado, o tiene una escara la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería.

Yo utilizo la palabra enfermería a falta de otra mejor. Se ha limitado a significar poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección apropiada de la dieta y su administración, todo a costa del menor gasto de energía para el paciente. (...)

Con esto no quiero decir que la enfermera sea siempre la responsable. Una mala sanidad, una mala arquitectura y una mala administración a menudo hacen imposible el cuidar. Pero el arte de la enfermería debe contar con todo esto y hacer posible lo que yo entiendo por enfermería. (Nightingale, 2002 p.2-3).

Entendía que su labor no se limitaba a la administración de medicamentos y tratamientos, sino que incluía la aplicación de todo aquello que favoreciera la recuperación de le paciente (Potter et al; 2013). La teoría de Nightingale se centró en el entorno en el cual se encontraba le paciente, y definió cinco elementos esenciales para un entorno saludable:

- Aire puro: “mantener el aire que respira tan puro como el aire de afuera, sin que el paciente se resfríe” (Nightingale, 2002). Las enfermeras deben controlar el ambiente, la ventilación y la temperatura de le paciente. También deben prestar atención a cómo se ventila la habitación, a dónde dan las ventanas que se abren para que entre aire y la calidad del aire que ingresa (Nightingale, 2002). El aire estancado, la humedad de los espacios de recuperación de le paciente y la falta de luz solar son propicias para que

se cultiven las enfermedades, de acuerdo con esta teoría. (Nightingale, 2002).

- Luz: las enfermeras deben ubicar a le paciente de manera tal que la luz solar dé sobre este, dado que esto también influye en su recuperación. De acuerdo con esta autora, una habitación oscura, es una habitación en la cual le paciente no puede recuperarse (Nightingale, 2002).
- Higiene: la higiene tanto de le paciente, como de la enfermera y del espacio físico, son fundamentales en esta teoría, dado que la falta de higiene favorece la transmisión de infecciones. Esta higiene incluye también quitar de la habitación todo lo que pueda generar humedad, dado que esto afecta el ambiente en el cual se encuentra le paciente (Nightingale, 2002).
- Eliminación de aguas residuales: evitar la contaminación del entorno implica mantener el ambiente limpio, lo que incluye una manipulación y eliminación de excreciones corporales (Pfetscher, 2018). La falta de buenos desagües, las alcantarillas con comunicación directa al interior del hogar, las ventanas que dan a las alcantarillas, son factores que Nightingale enumera como posibles transmisores de enfermedad, dado que los vapores y la humedad que emanan pueden repartirse por todo el lugar en el que se encuentra la persona enferma (Nightingale, 2002).
- Agua potable: Nightingale era partidaria del baño diario tanto para les pacientes como para las enfermeras y enfatizaba el lavado de manos permanente (Pfetscher, 2018). Hay que tener en cuenta que la época en la que Florence Nightingale escribió su libro, muchos hogares utilizaban el agua de pozo contaminada o impura para fines domésticos, lo cual favorecía la transmisión de enfermedades¹⁰.

¹⁰ Un aspecto importante de esta época es que se estaban dando discusiones sobre las formas de contagio. En ese entonces, la teoría de John Snow sobre las formas de contagio del cólera era rechazada socialmente (Cerde, Valdivia, 2007). John Snow es considerado el padre de la epidemiología. En 1849 realizó una

Luego incluyó en la lista la dieta y la tranquilidad, aspectos que las enfermeras deberían considerar, y si era necesario debían intervenir para que el paciente se encuentre tranquilo y se alimente de la manera adecuada (Pfetscher, 2018). Nightingale (2002) explicaba que el ruido innecesario o el ruido que puede causar alteración en el paciente puede ser muy perjudicial para su recuperación. Al respecto ella ejemplificaba: le paciente “soportara bien, por ejemplo, las molestias de un andamio junto a la casa, mientras que no puede aguantar la conversación, incluso el susurro, especialmente si se trata de una voz familiar al otro lado de la puerta” (Nightingale, 2002). También mencionaba la importancia de variar los colores, las formas y los olores dentro de la habitación de la persona enferma para que esta pueda tener estímulos al sistema nervioso que favorezcan su estado de ánimo y su recuperación (Nightingale, 2002). En cuanto a la dieta, mencionaba la importancia de que la enfermera pueda ver cuáles son las necesidades de alimentación de le paciente, el tipo de alimento que puede ingerir, cómo puede influir la debilidad de le paciente en su alimentación, el respeto por los tiempos de comida y el lapso que debe existir entre una comida y otra. Todos estos aspectos influyen notablemente en la recuperación de la persona enferma (Nightingale, 2002).

Otro de los aspectos que Nightingale consideraba importante dentro de la labor de la enfermera era la administración y el cuidado de los detalles. Ella consideraba que una buena enfermera debía ser capaz de coordinar su trabajo con sus compañeres para

publicación donde sostenía que el cólera se transmitía mediante la ingestión de una “materia mórbida”. Esta era invisible al ojo humano y actuaba a nivel de los intestinos, lo que producía un síndrome diarreico agudo que provocaba la deshidratación severa. Según Snow esta “materia mórbida” se reproducía y eliminaba a través de las deposiciones. En ese momento, las deposiciones terminaban en el agua del mismo río que la gente utilizaba para tomar, con lo cual se contagiaban al tomar aguas contaminadas por esa materia (Cerde, Valdivia, 2007). Sin embargo, su teoría no fue apoyada ni por las autoridades ni por sus colegas en ese momento.

Las recomendaciones de Nightingale parecen surgir de la teoría de Snow. Sin embargo, ella no logró relacionar el contagio con la presencia de microorganismos, cosa que sí hizo Snow. Ella creía que el contagio se daba por medio de miasmas. La teoría de los miasmas sostenía que las enfermedades eran producto de las emanaciones de las aguas y el suelo fétidos. Cabe aclarar que Nightingale fue una gran observadora y la primera persona en recoger datos de manera sistemática, por lo que es parte fundamental de la historia de la epidemiología, junto con John Snow. (Hedley, 2020).

que le paciente siempre fuera cuidado de la mejor manera posible, y que la organización y administración del trabajo implicaba estar atenta a todo lo que pudiera causar una alteración en este cuidado, aun cuando la persona responsable no se encontrara presente (Nightingale, 2002).

La propuesta de Virginia Henderson (1897-1996)

Virginia Henderson fue una enfermera que dedicó gran parte de su vida a la profesión. Realizó tanto tareas asistenciales, como docentes y de investigación. Sus aportes son incontables: cursos, publicaciones y conferencias.

Su definición de enfermería, escrita a pedido del Comité de Servicios de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras, y publicado por la OMS, es la siguiente:

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible (Henderson, 1961, p.6).

Esta definición fue divulgada y utilizada en todo el mundo. Henderson sostenía que le paciente era la figura central, que necesitaba ayuda para conseguir independencia en sus acciones cotidianas, e integridad, para lo cual enfermera podía actuar dentro de tres niveles: como sustituta, como colaboradora o como compañera de le paciente (Pokorny, 2018). Buscó, junto con otros profesionales de la época, que el personal hospitalario tomara un enfoque centrado en le paciente y no en las enfermedades (Henderson, 1991).

Consideraba que la función de las profesionales de enfermería era diferente de la de los profesionales médicos (cuya función consistía en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de le paciente), pero que se debía colaborar con los diferentes profesionales que atendieran a le paciente, siempre y cuando esta atención no interfiera en la labor propia de la profesión (Henderson, 1961).

El aporte central de su teoría fue la elaboración de las 14 necesidades de le paciente, las cuales se utilizan actualmente como parte de la formación de enfermería en la mayoría de las instituciones de Argentina. Henderson entendía a la enfermedad como algo más que un estado patológico que amenaza la vida. En uno de sus escritos sostiene:

Desde el momento en que contemplé la hospitalización de esta manera me cuestioné cada procedimiento habitual de enfermería, las restricciones que entraban en conflicto con las necesidades fundamentales del individuo para protegerse, comer, comunicarse con los demás y estar acompañado de las personas que quiere, para tener la oportunidad de sentirse aceptado, para dominar y ser dominado, para aprender y trabajar y ser valorado. En otras palabras, desde entonces creo que el objetivo de la enfermería es mantener a los pacientes en una situación lo más parecida a la suya propia -mantenerlos en "el río de la vida"- hasta el punto que sea posible según el plan terapéutico del médico (Henderson, 1991, p.17).

Según su teoría, para ayudar a le paciente, la enfermera debe considerar un plan de cuidados que aborde las 14 necesidades de le paciente, las cuales van en orden de relevancia, aunque todas tienen igual importancia para ofrecer un cuidado de calidad. Este plan de cuidados, de acuerdo con Virginia Henderson, era importante que se encontrara escrito para obligar a quien lo elaborara a contemplar todas las necesidades de le paciente (Henderson, 1991). Los cuidados de enfermería deben contemplar tanto el plan terapéutico, como los hábitos y necesidades de le paciente (Henderson, 1991).

Las 14 necesidades de los pacientes y los aspectos que cada profesional de enfermería debe considerar en su atención, según Virginia Henderson, son los siguientes:

- 1- Ayuda a le paciente en la función respiratoria: las profesionales de enfermería deben ser capaces de explicar a le paciente aquellas posiciones y movimientos que ayudan a mejorar la respiración, la expansión torácica y al uso de los músculos en la respiración, y de utilizar y conocer los respiradores y demás mecanismos de asistencia respiratoria que se encuentran en su institución. La enfermera debe tener conocimiento de la gravedad que implica una obstrucción de las vías aéreas, independientemente del motivo, por lo cual es importante que pueda ayudar a le paciente a identificar las causas (que pueden ser físicos o emocionales), y trabajar para que le paciente pueda volver a respirar con normalidad. (Henderson, 1961). Al igual que Florence Nightingale, sostiene la importancia de que los ambientes donde se encuentra le paciente sean ventilados, acondicionados y que se controle su humedad (Henderson, 1961), aunque sostiene que las tareas de limpieza del espacio en el que se encuentra le paciente no son de enfermería, y que es importante que cada persona desarrolle la tarea que le corresponde para evitar descuidos en la atención de le paciente (Henderson, 1991).
- 2- Ayuda a le paciente a comer y beber: el personal de enfermería debe trabajar de manera conjunta con médicos y nutricionistas, para identificar aquellos aspectos que interfieren en la correcta nutrición de le paciente. La profesionales de enfermería debe tener conocimientos de peso y talla de les pacientes, para poder identificar cualquier ingestión inadecuada, la correcta preparación y selección de comidas de acuerdo a la necesidad de le paciente y sus gustos y hábitos alimentarios. Además, deben poder trabajar con la persona enferma, la familia y les profesionales de la institución en la búsqueda de la alimentación que

cumpla con las necesidades de le paciente, y buscar la manera de evitar la alimentación extraoral o parenteral, dado que esta, si bien puede salvarle, no satisface de la misma manera. Es por esto que, cuando sea necesario, la enfermera debe dedicarse a la administración de alimentos a le paciente, tarea que debe desarrollar con gran esmero para que este tenga una experiencia agradable, dado que esto influye en la calidad de su nutrición. No obstante, la enfermera debe conocer las fórmulas de alimentación parenteral y las vías de administración para aquellas ocasiones en que la administración oral no sea posible.

- 3- Ayuda a le paciente en las funciones de eliminación: la eliminación, al igual que la ingestión, se encuentra íntimamente unida a las emociones; de allí la importancia de que la enfermera pueda juzgar adecuadamente los niveles, coloración y aroma de la orina, la materia fecal, la menstruación y la sudoración. A su vez, las enfermeras deben estar capacitadas para actuar ante una urgencia como puede significar un vómito sanguinolento o una fuerte evacuación fecal sanguinolenta. Deben ser capaces de dar a le paciente la privacidad y comodidad necesarias para lograr que este pueda hacer sus necesidades de acuerdo con sus hábitos y costumbres, y utilizar los recursos disponibles para que pueda alcanzar la posición fisiológica necesaria para la eliminación. Así mismo, debe alentar a le paciente a informar a le médique sobre las dudas y dificultades que existan al respecto, dado que, en muchas ocasiones, si le paciente es pudoroso, tendrá dificultad para hablar de estos temas. Los cuidados de la piel en las personas incontinentes o muy sudorosas, el control de olores, la comodidad y la prevención de enfriamiento son aspectos que debe evaluar el personal de enfermería en la atención de le paciente.
- 4- Ayuda a le paciente para que mantenga la debida posición al caminar, sentarse y acostarse y para cambiar de postura: la enfermera debe conocer los principios de apoyo, equilibrio y alineación, y procurar tanto la protección de le paciente y

las posibles deformidades o anormalidades que puedan suceder producto de malas posturas o malos movimientos, como la protección de su propio cuerpo a partir de la correcta utilización de la mecánica corporal. La enfermera debe encargarse de rotar a le paciente para que este no permanezca en la misma posición durante lapsos de tiempo prolongados, con el fin de evitar lesiones en la piel. Debe utilizar todos los elementos disponibles a tal fin, y enseñar también su uso a los cuidadores o acompañantes principales de los enfermos que tienen dificultades en su pronación.

- 5- Ayuda a le paciente en el descanso y en el sueño: le paciente debe ser capaz de controlar la tensión y la inquietud, y la imposibilidad de lograrlo y alcanzar el sueño puede ser tanto una de las causas de la enfermedad como uno de los efectos. Si bien la problemática del sueño suele ser compleja, la labor de la enfermera se debe centrar en la eliminación de factores que puedan alterar el sueño, como olores, ruidos o escenas desagradables, y en la ayuda para mantener aquellos hábitos que ayudan a la persona enferma a conciliar el sueño en ocasiones normales, como la satisfacción del hambre, la presencia de otra persona o sonidos rítmicos o familiares.
- 6- Ayuda a le paciente en la elección de ropa de cama y al vestirse y desvestirse: las profesionales de enfermería deben ayudar a los pacientes no solo a vestirse y desvestirse, sino a elegir, en los casos que sea necesario, y utilizar aquellas prendas que se encuentren acordes a sus necesidades físicas y sociales. La elección de ropa de le paciente puede indicar su estado de ánimo, por eso es importante que la enfermera observe con especial atención si le paciente cambia su forma de vestirse o arreglarse. La privación de determinadas prendas puede ser observada por le paciente como una falta de libertad o como un castigo, acción que debe interpretar la enfermera para brindar el apoyo que le paciente requiera para entender correctamente la situación.

- 7- Ayuda a le paciente a mantener la temperatura del cuerpo dentro de límites de la normalidad: la temperatura corporal se mantiene dentro de los límites normales a partir del acondicionamiento del aire y el empleo de ropa adecuada. Es decir, la enfermera debe mantener las condiciones ambientales dentro de los límites de la normalidad para brindar comodidad a le paciente, acción que debe tener en cuenta el estado de le paciente y su capacidad de generar calor o expresar su malestar. Es importante que la enfermera conozca los principios fisiológicos de producción y pérdida de calor para poder aplicarlos según las necesidades y los requerimientos de le paciente (Henderson, 1961).
- 8- Ayuda a le paciente en la higiene y aseo personal y en la protección de la piel: el aseo personal tiene valor tanto psicológico como fisiológico, ya que es un signo exterior del estado de salud de una persona. Antiguamente, cuando las enfermedades implicaban mayor tiempo de descanso en cama, el momento del baño en cama de le paciente implicaba la atención exclusiva de la enfermera, momento que le enferme esperaba con ganas, no solo por el confort físico que le producía el aseo, sino porque ese era el momento que tenía para dialogar con el personal de enfermería y explicarle sus sentimientos, sus padecimientos, etc. Las nuevas teorías incitan a que la enfermera logre la mayor independencia posible de parte de le paciente. Esto representa un nuevo desafío para la profesional de enfermería. Mientras antes esta utilizaba el momento del baño como una ocasión para hablar con le paciente en confianza, ahora debe buscar nuevos momentos o generarlos creando nuevos espacios de intercambio. No obstante, la enfermera debe brindar la ayuda necesaria a le paciente que así lo requiera para mantener una correcta higiene del cuerpo, la piel, cabello, la boca, la nariz y los dientes. Además, es importante que no se disminuya, a causa de su enfermedad, el nivel higiénico al que le paciente se encuentra acostumbrado. La enfermera debe procurar que los baños sean en ducha, baños de inmersión o en cama, pero tode paciente debe ser bañade e higienizade,

independientemente de su situación física y emocional, su talla y la posición en la que deba permanecer.

- 9- Ayuda a le paciente para evitar los peligros ambientales y proteger a las demás personas contra cualquier peligro posible, derivado de la propia persona enferma, como las infecciones y la violencia: es importante que las enfermeras que se encuentran al cuidado de un paciente conozcan los peligros que le pueden afectar, ya sean verdaderos o creados a partir de sus costumbres o creencias, dado que esto ofrecerá la posibilidad de controlarlos, eliminarlos u ofrecer explicaciones tranquilizadoras al respecto. La protección de los demás es importante también en aquellas enfermedades que les puedan poner en peligro, ya sea por niveles de contagio o por problemas psicológicos que puedan llevar a la persona enferma a querer atentar contra otra persona. La enfermera también debe estar capacitada para prevenir y capacitar a le paciente en la prevención de accidentes, traumatismos, caídas, protección contra tóxicos, fuego, microorganismos patógenos, entre otros. De acuerdo con esta teoría, la enfermera debe encontrarse capacitada también para asesorar en la construcción de lugares de trabajo que reduzcan la posibilidad de accidentes y la creación de medidas de seguridad que eviten cualquier tipo de accidente o manipulación indebida de sustancias (Henderson, 1961),
- 10- Ayuda a le paciente a comunicarse con otros para expresar sus necesidades y sentimientos: todas las enfermedades, ya sean físicas o mentales, afectan tanto al cuerpo como a la mente, dado que estos son interdependientes e inseparables. Las profesionales de enfermería deben poder ayudar a le paciente a su cuidado a expresar sus emociones, sus miedos y deben obrar como intérpretes cuando este se encuentre imposibilitado o con dificultades para expresarse. Es por esto que la confianza que la enfermera logre despertar en le paciente o en su grupo de contención es de suma importancia para ayudar a le paciente en la comunicación con el resto, y fundamentalmente con le médico,

acción que constituye uno de los aspectos más importantes de la labor enfermera.

11- Ayuda a le paciente a practicar su religión o a actuar de acuerdo con sus ideas del bien y del mal: los profesionales de la salud deben evitar emitir juicios sobre el accionar de los pacientes y, de acuerdo con los códigos de ética profesional, deben atender a los pacientes sin importar etnia, creencia, color, u otras características. Uno de los cuidados básicos de enfermería consiste en respetar las necesidades espirituales de le paciente y ayudarle para que pueda satisfacerlas, en cualquier circunstancia. Es por esto que es de suma importancia que las profesionales de enfermería conozcan las religiones que profesan sus pacientes, dado que algunos aspectos religiosos afectan varios aspectos de la vida cotidiana.

12- Ayuda a le paciente para que trabaje o tenga una actividad productiva: la negativa de le paciente al reposo prolongado podría atribuirse parcialmente a la sensación de inutilidad que acompaña a la persona que se encuentra inactiva. La importancia de sentirse productivo socialmente es uno de los aspectos fundamentales de la vida en sociedad, al punto de que esta sociedad, si la persona es improductiva, la censura. Si bien es importante que las profesionales de enfermería comprendan la situación de le paciente en cuanto a su estado general, también deben ser capaces de captar las señales de interés de le paciente en determinadas actividades y fomentarlas, para lograr así el sentimiento de utilidad. En aquellas ocasiones en que el interés no surja de parte de le paciente, la enfermera debe ser capaz de motivarle, ofreciéndole diversas actividades.

13- Ayuda a le paciente en las actividades recreativas: las enfermedades, en muchas ocasiones, privan a le paciente de su tiempo de esparcimiento y cambio de ambiente. El plan de cuidados de enfermería debe incluir actividades específicas

que proporcionen espacios de recreación, juegos y compañía que le permitan a le paciente distraerse.

14- Ayuda a le paciente a adquirir conocimientos: es importante que la enfermera ejerza su rol a través de la orientación, la educación y el adiestramiento de los pacientes y de la población en general en materia de salud e higiene. La enseñanza se da a partir de la información y del ejemplo, por eso es importante que al realizar las tareas que le paciente deba realizar después solo, los profesionales de enfermería se tomen su tiempo para explicar la forma de llevarlas a cabo. La función de ayudar a le paciente en sus cuidados y en su independencia corresponde a todo el equipo médico, pero en muchas ocasiones es enfermería la profesión más comprometida con este fin.

Virginia Henderson tuvo en cuenta no solo estos cuidados, sino también aquellos factores que pueden influir en los cuidados que requieren los pacientes, ya sea de manera permanente o debido a las particularidades de la patología, independientemente de cuál sea la enfermedad específica (Henderson, 1961). Así, entre aquellos factores que pueden influir de manera permanente en los cuidados que requiere el paciente se encuentran la edad, el temperamento o el estado emocional, la situación social o cultural y la capacidad física e intelectual. Además, dentro de los factores que pueden afectar al paciente a partir de la patología, se encuentran los trastornos del equilibrio líquido y de los electrolitos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconsciencia, temperatura anormal del cuerpo, estados febriles, lesiones o infecciones, estados pre o postoperatorio, inmovilizaciones o dolores persistentes, entre otras (Henderson, 1961).

La propuesta de Jean Watson (1940- actualidad)

Jean Watson es una enfermera estadounidense con doctorado en psicología y educación. Pertenece a la escuela del Caring (cuidado), cuyas teorías sostienen que

los cuidados de enfermería mejoran su calidad al integrar los conocimientos como la espiritualidad y la cultura a los contenidos teóricos y prácticos que utilizan en su práctica (Izquierdo Machín, 2015). Fue la creadora de la teoría transpersonal del cuidado, de acuerdo con la cual, el ser humano debe entenderse, tanto desde la ciencia como desde los cuidados, como una estructura cuerpo- mente- espíritu.

Para Watson, la enfermería es “conocimientos, pensamientos, valores, filosofía, compromisos y acción, con cierto grado de pasión” (1988, p. 53). Watson entiende que el cuidado implica una relación interpersonal, y que debe ser contextual, es decir, adaptarse a la época, al lugar geográfico, a la cultura y las necesidades de la persona (Urra, Jana y García; 2011).

Describió inicialmente 10 aspectos del cuidado que debe considerar la enfermera en la atención de los pacientes. Luego, transcribió esos 10 factores de cuidado en procesos de caridad, según los cuales la relación con los pacientes se vuelve caritativa y amorosa, aspecto central en la práctica enfermera. Los 10 procesos de caridad son:

- 1- “Practicar la bondad amorosa y la ecuanimidad para uno mismo y para los demás” (Watson, 2008, p 31)¹¹: de acuerdo con Watson, la práctica del profesional de enfermería debe evolucionar en su desarrollo moral (Urra, et al; 2011). Si bien los valores se aprenden en los primeros años de vida, Watson sostiene que no son un sistema estático, sino que estos varían de acuerdo a las profesionales con que una se forma y la experiencia que adquiere (Urra, et al 2011; Willis; Leone-Sheehan, 2018).
- 2- “Estar verdaderamente presente; permitir/mantener/honrar el sistema de creencias profundas y el mundo subjetivo del yo/otro”¹² (Watson, 2008, p 31): Este proceso de caridad implica la incorporación de la fe y la esperanza al cuidado, lo que permite que el paciente realice sus rituales y mantenga sus

¹¹ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

¹² Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

- oraciones y sus sistemas de creencias con el fin de incorporar al cuidado todo aquello que le permita a le paciente contribuir a su sanación (Urra, et al; 2011).
- 3- “Cultivar las propias prácticas espirituales, profundizando la autoconciencia, yendo más allá del “ego-yo”¹³ (Watson, 2008, p 31): Para este proceso de caridad es fundamental que la enfermera adquiera la habilidad de manejar sus sentimientos y que no los fusione con las emociones de le paciente (Izquierdo Machín; 2015). La enfermera que logra reconocer sus sentimientos se vuelve más genuina y auténtica en la realización de su trabajo con le paciente (Willis, Leone-Sheehan; 2018). La enfermera que puede demostrar sus sentimientos también permite que le paciente lo haga, y es parte de su labor enfermera acompañar a le paciente en estos momentos (Urra, et al 2011).
 - 4- “Desarrollar y mantener una relación auténtica de ayuda y confianza”¹⁴ (Watson, 2008, p 31): de acuerdo con Watson, las profesionales de enfermería no deben actuar de manera estereotipada, deben aceptarse como emisoras y receptoras de toda comunicación y deben conocerse a sí mismas para poder realizar un cuidado acorde a las necesidades de su paciente y las propias (Urra, et al; 2011). La relación de confianza fomenta la expresión de sentimientos, ya sean negativos o positivos. (Willis, Leone-Sheehan; 2018)
 - 5- “Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como una conexión con el espíritu más profundo de uno mismo y de la persona a la que se cuida”¹⁵ (Watson, 2008, p 31): Watson explica la importancia de aceptar las emociones de le paciente y resalta la importancia de que la profesional de enfermería se encuentre preparada para reconocer la comprensión emocional e intelectual de una situación, aun cuando estas son diferentes. (Willis, Leone-Sheehan; 2018).

¹³ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

¹⁴ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

¹⁵ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

- 6- “Uso creativo de sí mismo y de todas las formas de saber/ser/hacer como parte del proceso de cuidado (involucrarse en el arte de las prácticas de cuidado y curación)”¹⁶ (Watson, 2008, p 31): de acuerdo con la teoría de Watson, la sistematización excesiva impide el desarrollo creativo de la profesión (Urrea, et al; 2011). La atención de enfermería implica diferentes formas de conocimiento, y cuanto más creativa sea la profesional de enfermería a la hora de conocer a sus pacientes, mayor será la posibilidad de centrarse en ellos para ejercer sus cuidados (Willis, Leone-Sheehan; 2018).
- 7- “Participar en experiencias genuinas de enseñanza-aprendizaje dentro del contexto de una relación afectuosa: prestar atención a la persona en su totalidad y a cómo se concibe a sí misma; intentar permanecer dentro del marco de referencia de los demás (evolucionar hacia el papel de “entrenador” frente a la impartición convencional de información)”¹⁷ (Watson, 2008, p 31): este factor de cuidado se torna de gran importancia en el proceso enfermero, dado que entiende a le paciente como partícipe active del cuidado de su propia salud y propone brindarle herramientas que le permitan tomar decisiones con respecto a esta (Urrea, Jana, García; 2011). La profesional de enfermería asume un rol esencial que permite a le paciente realizar su autocuidado, determinar sus necesidades personales (Willis, Leone-Sheehan; 2018) a través de una relación intersubjetiva que le permita brindar educación personalizada y dirigida que contemple las necesidades de le paciente (Urrea, et al; 2011).
- 8- “Crear un ambiente de sanación en todos los niveles (ambiente físico, no físico, sutil de energía y conciencia mediante el cual se potencian la totalidad, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz (Ser/Convertirse en el ambiente)”¹⁸ (Watson, 2008, p 31): de acuerdo con Watson, el ambiente interno contiene

¹⁶ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

¹⁷ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

¹⁸ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

variables como la autorrealización, comunicación, etc. Y el ambiente externo tiene variables como seguridad, abrigo, confort, etc. (Urra, et al; 2011). Estas variables son interdependientes entre sí, y es tarea de la enfermera identificar la influencia que cada una de estas tiene en la salud de la persona (Willis, Leone-Sheehan; 2018).

- 9- “Ayudar reverencial y respetuosamente con las necesidades básicas; manteniendo la conciencia intencional y afectuosa al tocar y trabajar con el espíritu encarnado del otro, honrando la unidad del Ser; permitiendo una conexión plena con el espíritu”¹⁹ (Watson, 2008, p 31): las necesidades humanas se encuentran estratificadas. En un primer nivel se encuentran las necesidades biofísicas; luego, las psicofísicas, las psicosociales; y en el último nivel, las intrapersonales propias de le paciente. La enfermera tiene como parte de su labor buscar que le paciente logre la satisfacción de las necesidades en los diferentes niveles (Willis, Leone-Sheehan; 2018).
- 10- “Abrir y atender las dimensiones espirituales, los misteriosos y lo desconocido de lo existencial de la vida-muerte-sufrimiento y “permitir que suceda el milagro”²⁰ (Watson, 2008, p 31): Watson sostiene que

Nuestras mentes racionales y la ciencia moderna no tienen todas las respuestas ante la vida y la muerte y ante todos los procesos humanos que tenemos que afrontar; por eso, nuestra mente tiene que estar abierta ante los aspectos desconocidos que no podemos controlar, llegando incluso a permitir la entrada en nuestra vida y trabajo de lo que podríamos considerar “milagros”. Este proceso también reconoce que el mundo subjetivo de las experiencias de la vida interna sobre uno mismo y los demás es en último término un fenómeno, un misterio insondable, que se ve afectado por muchos factores que nunca podrán ser explicados por completo. (Watson, 2008 p. 191)

¹⁹ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

²⁰ Traducción propia desde el inglés de los 10 procesos de caridad.

Watson entiende que la persona no puede ser tratada como objeto y que la unidad mente/cuerpo/ espíritu/ naturaleza debe ser considerada a la hora de brindar los cuidados (Willis; Leone-Sheehan, 2018; Izquierdo Machín, 2015). Comprende la salud como unidad y armonía entre cuerpo, mente y alma, por lo cual la enfermedad no es solo el malestar físico, sino que puede tratarse también de una falta de armonía o malestar en cualquiera de los 3 componentes, ya sea consciente o inconsciente (Willis; Leone-Sheehan, 2018).

Eutanasia y suicidio asistido: perspectivas de enfermería

Cada modelo de enfermería plantea diferentes argumentos acerca de cuál es el rol que debe asumir la profesional en su cuidado a le paciente. De esta manera, como se pudo observar, no todos los modelos consideran que el rol que debe asumir la profesional sea el mismo, ni que la forma de asistir a le paciente deba ser igual.

En este capítulo se vinculará cada modelo con los procedimientos de eutanasia y suicidio asistido, para identificar cuál debería ser el rol de la profesional de enfermería según el modelo estudiado. En el capítulo siguiente, se realizará un análisis de cuál de los tres modelos resulta más apropiado para trabajar con les pacientes frente a las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido. Es necesario aclarar que no se argumentará de manera exhaustiva ni profunda en torno a la moralidad de estas prácticas, dado que eso ya se ha hecho en el primero y segundo capítulo de esta tesis.

Modelo de Florence Nightingale

Puede resultar interesante para la vinculación de este modelo con la eutanasia y el suicidio asistido partir desde estos conceptos. Tanto el concepto de eutanasia planteado por Rivera López, como el concepto de suicidio asistido planteado por Royes, implican la ejecución de una acción que provoca la muerte de una paciente. Para Florence Nightingale, la acción de enfermería se centra en obrar para favorecer a le paciente, garantizando las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe. De acuerdo con esta postura, nunca se podría ejercer una acción que provoque la muerte, dado que esta no es la función de enfermería.

Este modelo, como se dijo anteriormente, interpreta que la enfermera debe actuar para favorecer a le paciente, y que para ello debe observar la situación de este y recoger datos, para luego obrar en consecuencia. Si bien Nightingale plantea que hay que tener en cuenta los pedidos de le paciente, este modelo puede ser interpretado

como un modelo que adopta conductas paternalistas. Este tipo de conductas son realizadas con la intención de beneficiar a la persona por la cual se decide, pero se caracterizan por restringir la autonomía de esta. Es decir, aún cuando le paciente sea capaz de elegir, no se le permite hacerlo.

Salles (2008) explica que los motivos esgrimidos por los profesionales de la salud para realizar este tipo de conductas que obturan la autonomía son principalmente el conocimiento y la experticia terapéutica que detenta el profesional; la falta de objetividad de le paciente, atribuida a su enfermedad y la imagen de los profesionales de la salud como seres desinteresados cuyo único objetivo es el beneficio de le paciente. Si bien se podría considerar que el propósito de beneficiar a le paciente no debería presentar contradicciones, estas podrían aparecer cuando el beneficio de le paciente no considera sus propósitos, sus creencias y su voluntad. Es importante comprender que la conducta paternalista siempre se realiza con buenas intenciones y que no siempre es inaceptable, pero necesita una justificación sólida para ser moralmente aceptable (Gert, Clouser, Culver, 1996), ya que suele no serlo.

Es importante aclarar que, si bien la bibliografía habla de relación médico-paciente para referirse a los tipos de relaciones que se dan en la atención sanitaria, la mirada sobre dicha atención se ha ampliado y ahora incluye no solo a los médicos, sino también a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención de le paciente dentro de los servicios de salud (Gracia, 2001).

Si vinculamos el paternalismo con los principios de la bioética expuestos por Beauchamp y Childress (1989), encontramos que está fuertemente vinculado al principio de la beneficencia y en oposición a la autonomía de le paciente. De acuerdo con estos autores el concepto de beneficencia se define de la siguiente manera:

La beneficencia se refiere a una acción realizada en beneficio de otros; la benevolencia se refiere al rasgo del carácter o a la virtud de estar dispuesto a actuar en beneficio de otros, y el principio

de beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros (Beauchamp y Childress, 1989, p. 246).

Por otro lado, la definición de autonomía que dan los autores es la siguiente:

“[Es]...La regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo una comprensión inadecuada, que impidan hacer una elección. Una persona autónoma actúa libremente de acuerdo con un plan elegido... (Beauchamp y Childress, 1989, p. 113-114).”

Además, los autores explican que las acciones autónomas son aquellas que se realizan intencionadamente, en ausencia de influencias externas y con conocimiento (Beauchamp y Childress, 1989). Con esto es posible observar que, si bien los profesionales de la salud podrían pensar que están actuando con el objetivo de favorecer a un paciente, pueden estar actuando en detrimento de un principio central cuyo no respeto implica el no respeto por los intereses, derechos y deseos de la paciente. Si vinculamos estas definiciones con el modelo planteado por Florence, podemos encontrar que algunas de las acciones que deben llevar adelante los profesionales de enfermería son acciones tendientes a beneficiar a la paciente desde la perspectiva de su salud, pero en detrimento de su autonomía. No siempre lo que es mejor para una persona desde el punto de vista de la medicina o de la enfermería, es lo mejor para ella desde su propio punto de vista. Se puede objetar que la paciente no sabe lo que quiere o necesita porque su propia enfermedad le impide juzgar de manera correcta. Sin embargo, esta afirmación es peligrosa y no puede ser sostenida en un todo, so pena de echar por tierra cualquier tipo de autonomía.

La cuestión no cambia demasiado si se toma la concepción relacional de la autonomía, ya que en esta concepción la familia y el entorno toman protagonismo a la hora de las decisiones (Mainetti y La Rocca, 2022), pero este modelo solo parece

atender al curso de la naturaleza y no a la autonomía de las personas sea esta concebida como fuera. La autonomía no es valiosa en este modelo.

Si retomamos la definición de Rivera López sobre eutanasia, podríamos llegar a creer que este modelo acepta la eutanasia pasiva. Tal como plantea Rivera López, en la eutanasia la conducta llevada a cabo por el agente de salud es lo que provoca la muerte, pero el autor realiza una salvedad: conducta puede entenderse como acción u omisión. Si bien para el autor la única que puede ser considerada eutanasia de manera estricta es la eutanasia activa, directa y voluntaria; en la vinculación con este modelo se podría interpretar que en algunas ocasiones la eutanasia pasiva sucede de acuerdo con la visión paternalista de los profesionales. Es decir, algunos profesionales podrían decidir que al paciente ya no le quedan expectativas o que no se puede hacer nada por salvarle la vida, y entonces reducir las acciones únicamente a cuidado y confort, pero desestimar aquellas que intenten salvarle la vida, aun sin el acuerdo del paciente.

En otras palabras, se podría interpretar que cuando el equipo de salud que atiende a la persona entiende que la naturaleza ya no puede obrar para curarla, el equipo de salud tampoco puede hacerlo y que, si el paciente ya no se puede curar, la enfermera solo debería realizar acciones que garanticen confort, sin importar el beneficio que estas causen al paciente²¹. Así, puede suceder que la enfermera se encuentre frente al dilema de ayudar al paciente aun cuando ello implique ir en contra de las ideas de los médicos o dejar al paciente para que la muerte se produzca lo antes posible, dando lugar a una eutanasia pasiva²². Sería como estar entre la espada y la pared: el encarnizamiento del cuidado²³ o la eutanasia pasiva. Claro está que, en

²¹ En este punto, cabe preguntarse para quién es el confort cuando un paciente no encuentra beneficios en él: ¿para la familia? De ser así, cabría explorar este asunto con mayor profundidad, pero no es el tema de esta tesis. Solo queda por aclarar que la higiene sí es necesaria para no propagar infecciones.

²² Si bien en este trabajo se considera eutanasia a la eutanasia activa directa, en este pequeño espacio, se decidió tomar una definición más laxa e incluir a la eutanasia pasiva, para explorar todas las opciones del modelo teórico en análisis.

²³ Quizá no sea del todo apropiado hablar de encarnizamiento terapéutico en enfermería, pero las acciones de confort pueden prolongar la vida y aumentar el sufrimiento, por lo que, nuevamente, se toma una visión laxa del tema y se propone el término encarnizamiento del cuidado

estas ocasiones, el límite entre el cuidado de le paciente sin expectativas y el abandono de le paciente sería muy fino y la enfermera tratante podría actuar de manera inmoral, por eso es necesario ser prudente. En estas ocasiones dilemáticas, la enfermera podría recurrir a un comité de bioética para poder definir cuál es la conducta que debe adoptar. Una aclaración importante: en el desarrollo de este argumento, se ve la importancia de diferenciar lo qué es eutanasia de lo que no lo es. Como se dijo anteriormente, incluir la eutanasia pasiva como un tipo de eutanasia trae aparejados serios problemas, que pueden enfrentar a los profesionales a dilemas de muy difícil solución. La razón para esta licencia es que este tema ha sido poco abordado en enfermería y puede ser interesante una profundización de este argumento en particular y una especificación de los límites entre encarnizamiento del cuidado y eutanasia para enfermería en particular. Este tema excede lo abordado en esta tesis, pero es importante profundizarlo en otros trabajos.

Al centrarse en el modelo de Florence Nightingale y en la explicación que ella hace del modelo, puede verse que ella plantea que la muerte y las enfermedades, sobre todo en niños, se deben a la falta de conocimientos sanitarios por parte de las mujeres que los tienen a su cargo (Nightingale, 2002). Según su planteo, las mujeres atribuyen el conocimiento médico o fisiológico a personas específicas y no encuentran mayor interés en aprender para aplicarlo al servicio de sus familias o allegados. Incluso, algo que resulta llamativo en su planteo, es que Florence Nightingale explica que los conocimientos sobre las leyes que Dios ha asignado a la relación del cuerpo con el mundo que lo rodea, no son transmitidos a las enfermeras que tienen a su cargo pacientes en hospitales (Nightingale, 2002). Estos argumentos que plantea la autora son fácilmente vinculables con los argumentos explicados anteriormente sobre el paternalismo en las relaciones de salud y sus causas, dado que para la autora las mujeres encargadas de cuidados en sus hogares no deben tomar decisiones ni adquirir

conocimientos, ya que esto queda a cargo de los médicos, que son quienes detentan el saber.

Si se tiene en cuenta lo planteado anteriormente, es posible pensar que, para este modelo, tanto la opción de la eutanasia como la alternativa del suicidio asistido para el paciente no están disponibles. En primer lugar, porque sostiene que: “[...] toda enfermedad, en algún momento de su curso, es más o menos un proceso reparador, no necesariamente acompañado de sufrimiento” y como tal la profesional de enfermería no deberá interceder entre la naturaleza y el paciente. Y, en segundo lugar, este modelo sostiene que la tarea de enfermería es mantener los llamados “elementos esenciales” (luz, agua, higiene, etc.) controlados, para que la naturaleza actúe (Nightingale, 2002).

Si se vincula este modelo con la posición de Young sobre la eutanasia, se puede observar que ambas posturas buscan el bienestar del paciente, pero mientras que para Florence Nightingale hablar del bienestar del paciente implica que este se sienta cómodo y confortable para que la naturaleza actúe, para Young promover el bienestar del paciente implica también provocar su muerte cuando esta sea la única medida para promover su bienestar. Otro aspecto a considerar con respecto a los cuidados otorgados, es que no siempre la opinión o valoración de quien cuida es igual a la de quien padece (Bermejo, 2019), y que en muchas ocasiones esa diferencia de criterio o valoración puede hacer que el paciente se encuentre sufriendo aun cuando el profesional de enfermería considere que ha aplicado todos los cuidados necesarios. Esto podría pasar sobre todo en la aplicación de los cuidados paliativos si se sigue con este modelo, dado que al obrar para que después la naturaleza actúe puede limitar las acciones de enfermería. Una enfermera que se guía bajo este modelo puede pensar que resguardando al paciente del dolor y otorgándole alimentación, hidratación y confort físico, el paciente debería sentirse bien; sin embargo, si el paciente aún no tiene resueltas situaciones personales o si no logra aceptar la enfermedad, nunca sentirá que existe bienestar o confort en su situación.

Algunos autores como Dworkin (1994) o Sebastiani (2022) hacen hincapié en el miedo que existe en los pacientes a sufrir una muerte dolorosa o solitaria por no poder acceder a la eutanasia o al suicidio asistido. Desde el modelo de Florence Nightingale, se podría pensar que el miedo estaría presente, dado que, si la enfermera debe cuidar los ruidos, los olores y demás detalles que pudieran alterar a le paciente, este nunca se podría encontrar en una institución hospitalaria con las mismas condiciones que se encuentra en el hogar, dado que los ruidos y los aromas se verían neutralizados por la acción de enfermería. Nightingale explica en su teoría la importancia de controlar los ruidos, los olores y todos aquellos aspectos que puedan alterar a le paciente; sin embargo si le paciente no puede recibir visitas de menores por cuidar el silencio, aun cuando estos sean sumamente importantes en su vida; o si le paciente no puede comer comidas que para elle resultan importantes por los recuerdos que le generan porque impregnarían de olor el lugar; si le paciente no puede encontrarse familiarizado con el lugar en el que se encuentra, el miedo a morir en soledad estará presente permanentemente por no tener nada familiar que le rodee.

Teniendo en cuenta esto y llevando la teoría a un extremo, cabría preguntar si no se está interfiriendo en el curso de la naturaleza cuando se toman estos recaudos. ¿Es bueno ignorar el miedo a la muerte? Se podría señalar que, si dejar que la naturaleza siga su curso cuidando a le paciente y poniéndolo en un lugar resguardado y alejado de su ambiente para que “la naturaleza actúe” es aceptable, entonces podría ser aceptable ayudar a que “la naturaleza actúe” y terminar cuanto antes con el dolor cuando le paciente ya no tiene otra opción que el sufrimiento. Nightingale no estaría de acuerdo con esto, y desde su teoría solo se podría aceptar la eutanasia pasiva, pero parece haber una falla en su lógica en torno a la naturaleza y su funcionamiento.

Por último, es importante que las enfermeras que se guíen por este modelo entiendan que la muerte digna implica que le paciente pueda tener controlado su sufrimiento y que pueda tomar decisiones y transmitir sus afectos y deseos en los

últimos momentos. En este modelo la enfermera puede caer en la tentación de, por intentar ayudar a le paciente y querer controlar todo el ambiente que lo rodea, no permitirle pasar sus últimos momentos como los desea, aunque esto implique la presencia de ruidos u olores que puedan alterar el sistema nervioso de le paciente.

Modelo de Virginia Henderson

Si partimos de la base de los conceptos de eutanasia y suicidio asistido, como en el caso anterior, vemos que este modelo permitiría que la profesional de enfermería asista a le paciente tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido, dado que este modelo considera que la enfermera debe atender a le paciente para ayudarle a realizar aquellas acciones que haría por sí mismo si pudiera hacerlo.

Como se planteó anteriormente, Virginia Henderson define enfermería de la siguiente manera:

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible (Henderson, 1961 p.6).

Si se considera la definición que esta autora realiza de la profesión, se puede interpretar que este modelo podría aceptar tanto la eutanasia como el suicidio asistido como alternativas para le paciente que se encuentra frente a una enfermedad incurable y sufriendo, dado que como plantea la autora, la profesional de enfermería debe evitarle padecimientos a le paciente en el momento de su muerte. En la explicación de la definición, Henderson (1961) plantea que le paciente debe ser la figura central y que, si

este no comprende o no acepta el tratamiento propuesto, se perderá gran parte de los esfuerzos del grupo médico. En esta explicación, Henderson agrega:

Tal vez baste ya con lo dicho para indicar que la función primordial de la enfermera es ayudar al paciente en sus actividades de la vida diaria, o sea, en aquellas actividades que ordinariamente ejecuta sin ayuda, es decir, respirar, comer, evacuar, descansar, dormir, moverse, además de los actos relacionados con la higiene personal, el abrigo corporal y el uso de ropas adecuadas. La enfermera vela también por aquellas actividades que hacen de la vida del enfermo algo más que un mero proceso vegetativo: las relaciones sociales, la adquisición de ciertos conocimientos, y las ocupaciones recreativas y productivas. En otras palabras, la enfermera ayuda al paciente a mantener o a crear un régimen de salud que si aquél hubiera tenido suficiente vigor, conocimiento y apego a la vida, lo habría seguido sin necesidad de ayuda (Henderson, 1961, p.8)

Esta explicación refuerza la idea anterior sobre la posibilidad de la eutanasia y el suicidio asistido, a la vez que lleva a pensar que, entre ambas alternativas, este modelo apoyaría el suicidio asistido frente a la eutanasia, dado que privilegiaría que sea el paciente quien pueda realizar la acción que provoque su muerte.

El modelo de Virginia Henderson, como se explicó anteriormente, es un modelo que ve a la enfermera como una persona capacitada para ayudar a le paciente a valerse por sí mismo, o a actuar por él cuando la enfermedad no le permita valerse por sí mismo. Es por eso que Henderson plantea las 14 necesidades como el listado que las profesionales de enfermería deben tener en cuenta en la asistencia a le paciente. Al respecto la autora plantea:

Si bien todos los seres humanos tienen necesidades comunes, hay que tener en cuenta que estas necesidades se satisfacen mediante sistemas de vida tan variados que puede afirmarse que no hay dos iguales. Esto significa que la enfermera, por competente que sea en su trabajo y por mucho que en él se esfuerce, nunca podrá comprender totalmente a una persona ni

proporcionarle todo lo que ésta necesite para su bienestar. Lo único que puede hacer es ayudarla en aquellas actividades que contribuyen a ese estado que, para esa persona significa salud o convalecencia de una enfermedad o la muerte sin sufrimiento. (Henderson, 1961 – 10).

Tal como se expuso dentro de los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, con estos procedimientos lo que la persona quiere es controlar el momento en que su muerte suceda y no simplemente quedarse dormida (Ganzini et al 2009). Dentro de las 14 necesidades, en el acompañamiento de los pacientes de fin de vida, las que van a tomar mayor relevancia quizás tengan que ver con la posibilidad de que el paciente pueda expresar las necesidades y sentimientos, y a actuar de acuerdo a sus ideas del bien y del mal. Entonces la enfermera encuentra como parte de sus funciones la manera de reunir a las personas que el paciente requiera, ayudarlo a adquirir los conocimientos necesarios para erradicar sus dudas, darle los espacios necesarios con los diferentes profesionales y trabajar en conjunto con ellos con el fin de verificar que el pedido del paciente sea autónomo, entre otras cosas.

En este caso, el trabajo interdisciplinario es de vital importancia para cumplir con las demandas y expectativas del paciente. Las intervenciones que se deben realizar son las que coincidan con las necesidades de este, lo que puede requerir la inclusión de diferentes profesionales de la salud al equipo terapéutico. A su vez, en ocasiones, el trabajo que debe realizar el equipo de profesionales no solo incluye al paciente, sino a su grupo de seres queridos.

En una investigación realizada por Dierckx de Casterle, Denier, De Bal & Gastmans, entre los años 2005 y 2006, se buscó conocer cuál era el rol de la enfermera frente a los pacientes con enfermedades terminales mentalmente competentes que solicitaban la eutanasia. El rol de la enfermera que estos investigadores describen se asemeja mucho al rol que propone la postura de Henderson, dado que las enfermeras, en esta investigación, desempeñaban tareas de acompañamiento tanto al paciente

como a su familia desde el momento en que surgía el pedido de eutanasia hasta que este era llevado a cabo. Estas tareas incluían cerciorarse de que el pedido era correcto y autónomo, preparar a le paciente, preparar a su familia, ayudar a le paciente a cumplir sus últimas voluntades, cuidar y acondicionar el cuerpo de le paciente fallecido y acompañar a su familia en el último adiós a le paciente (Dierckx de Casterlé et al, 2010).

En esta investigación también llegaron a la conclusión de que existen dos maneras de acompañar a les pacientes. Una manera que ellos denominan “procedimental”, que centra su atención en verificar que todos los protocolos se realicen de la manera correcta, cumpliendo con lo establecido sin dejar de acompañar y contener a le paciente. La otra manera es denominada por el equipo investigador como “existencial- interpretativa”, y si bien también cumple con los protocolos y las normas de trabajo establecidas, su objetivo primordial es respetar y cumplir con los deseos de le paciente, a la vez que se mantiene un vínculo más estrecho con este, por lo cual los sentimientos entran en juego, pero sin que se pierda el profesionalismo (Denier et al, 2009). Ambas formas de cumplir con los pedidos de le paciente se pueden relacionar directamente con el modelo de Virginia Henderson.

Es importante destacar que no en todos los países las profesionales de enfermería pueden realizar el acompañamiento a le paciente en el pedido de eutanasia o suicidio asistido, dado que estos no siempre son legales. En estos casos, la profesional de enfermería deberá acompañar a le paciente en sus últimos momentos y cumplir con los deseos de este sin descuidar la legalidad de sus actos.

Otro aspecto que resulta llamativo es la consideración que Henderson realiza de las personas que no pueden decidir. Al respecto Henderson plantea:

“Sólo en estados de absoluta dependencia, como lo son el coma o la postración extrema, se justifica que la enfermera decida por el paciente, en lugar de con el paciente, lo que es bueno para él. Cualquier régimen que se establezca para aplicarlo a una persona se debe fundar, idealmente, en las necesidades de ésta.

Si bien es importante que la enfermera haga cuanto está a su alcance para atenerse a esta norma, con frecuencia habrá de ajustarse a situaciones que no le permitan aplicarla. (Henderson, 1961 –p. 10).

Aquí se puede observar una consideración diferente de estas situaciones a la planteada por Florence Nightingale. Mientras que esta última sostiene una postura paternalista de la atención a le paciente, Henderson explica que las acciones siempre deben ser fundadas en las necesidades de este. La postura de Virginia Henderson si bien acepta que existen momentos en los que se debe decidir por le paciente, busca que estos sean escasos y con un régimen de realización previamente establecido, lo cual permite pensar que estas decisiones no pueden salir solo de la idea de le profesional a cargo, sino que deberán adaptarse al protocolo vigente.

Si se analiza este modelo a la luz de los principios de la bioética, es posible pensar que es un modelo que siempre prioriza la autonomía por sobre los demás principios. Si se parte de la concepción clásica de autonomía, que en bioética dan Beauchamp y Childress, se podría pensar que el ejercicio de esta autonomía, en algunas ocasiones, podría estar limitado por las posibilidades reales de ejercerla, ya sea por impedimentos físico o psicológicos, y es en estos momentos cuando el rol de la enfermera que adopte este modelo es central para poder acompañar a le paciente en el ejercicio de su autonomía.

Por ejemplo, si le paciente tiene dificultades físicas para higienizarse de manera independiente, bajo la óptica de este modelo, la enfermera debería facilitarle los medios para que pueda higienizarse y no higienizarle ella. Del mismo modo, si le paciente requiere la aplicación de una medicación que acelere su muerte, la enfermera primero debería arbitrar los medios necesarios para que le paciente pueda ingerirlo por su propia cuenta, y recién en caso de que esto no fuera posible proceder a administrárselo. Esto

refuerza lo planteado anteriormente de que este modelo buscaría primero la alternativa del suicidio asistido ante la alternativa de la eutanasia.

Resulta importante aclarar que este modelo, al considerar la opinión de le paciente y su forma de actuar, también debe considerar los cambios que le paciente realice en su vida cotidiana y su forma de pensar. Tal como plantean Jackson y Keown (2012), existe la posibilidad de que una persona que tuvo una postura definida durante toda su vida respecto a la eutanasia o el suicidio asistido cambie de opinión al encontrarse con la situación concreta. En este caso, las profesionales de enfermería deberán indagar si este cambio de pensamiento surge por el cambio de situación de le paciente o por un elemento de coerción externa, en cuyo caso no sería conveniente dar curso al pedido de le paciente, dado que no sería la realización de un ejercicio libre de su autonomía. En este sentido, la autonomía relacional puede ser más apropiada en el análisis, ya que este tipo de decisiones (al igual que la mayoría de las decisiones trascendentes de la vida), no se toman en soledad. Por lo que ayudar en la decisión e incluir en esta a la familia, puede ser una opción.

Por último, es importante destacar, tal como se hizo con el modelo de Florence Nightingale, que a la luz de este modelo la muerte digna no parecería quedar solo en un enunciado. Para este modelo las enfermeras deben llevar a cabo aquellas acciones que permitan que le paciente realice todo aquello que realizaría si no se encontrara impedido o imposibilitado. Esto implicaría que la enfermera debería ser capaz de realizar aquellas acciones que a le paciente le permitan controlar su sufrimiento, expresar sus emociones y tomar las decisiones necesarias que respeten sus valores y creencias.

Modelo de Jean Watson

Watson considera que el cuidado que brinda la enfermera solo puede ser practicado en una relación interpersonal, en la que se considere el contexto, la cultura,

el lugar geográfico y las necesidades de la persona. Tal como se hizo con los modelos anteriores si se vincula esto con las definiciones de eutanasia y suicidio asistido, se encuentra que este modelo, si bien podría permitir que la profesional de enfermería acompañe a le paciente en la eutanasia y el suicidio asistido, encuentra una diferencia sustancial con el modelo de Virginia Henderson. Mientras que, para Henderson, la enfermera debe acompañar a le paciente a cumplir sus deseos y necesidades, o arbitrar los medios para que pueda alcanzarlos, aun cuando esto implique realizar acciones que no respondan a la cultura actual, para Watson los cuidados deben enmarcarse en un contexto y una cultura determinada, y por lo tanto, si en la cultura en la que la persona se encuentra, estos cuidados no son percibidos como adecuados, la enfermera no debe realizarlos. Además, este modelo tiene otra particularidad, y es que no existiría una distinción entre acompañar a un paciente en un procedimiento de eutanasia o de suicidio asistido, sino que consideraría a ambos con el mismo estatus moral. Esto es así porque para este modelo la enfermera debe ayudar a le paciente a cumplir sus deseos o arbitrar los medios para que pueda cumplirlos, es decir, no hace tanto énfasis en sostener la individualidad de le paciente a la hora de realizar sus acciones como si lo hace el modelo de Virginia Henderson.

Este modelo, al igual que en el caso de Virginia Henderson, se centra en la autonomía de le paciente y la considera un aspecto fundamental para su tratamiento. Watson considera que los cuidados de la enfermera no deben ir en contra de las creencias y los rituales que le paciente necesite para continuar con su tratamiento. Por lo tanto, se puede considerar que la eutanasia o el suicidio asistido deben ser acompañados por la profesional de enfermería, dado que tal como especifica Feinberg (1986) el derecho a la autonomía es el derecho a decidir cómo se elige vivir la vida.

Otro aspecto de este modelo donde se puede observar el énfasis que se realiza en la autonomía se encuentra relacionado con la importancia que da al proceso enseñanza- aprendizaje. De acuerdo con Watson, la educación a le paciente es de suma

trascendencia para que este pueda tomar un rol activo en el cuidado de su salud. Sin información, le paciente es incapaz de tomar decisiones o llevar adelante acciones que le favorezcan y por ello la enfermera debe dedicar parte de su trabajo a la educación activa de le paciente.

Para Watson la relación de cuidado se centra en la confianza existente entre la profesional de enfermería y le paciente, y esto se torna central para que el cuidado sea acorde a las necesidades de le paciente. Esto lleva a pensar que, en este modelo, las enfermeras que se guíen por él no tendrían riesgo de caer en la pendiente resbaladiza, dado que la confianza existente permitiría que la enfermera entienda perfectamente las necesidades de le paciente y no adopte medidas que no sean parte de su necesidad.

Otro de los aspectos fundamentales de este modelo es su concepción de salud. Para esta autora la salud se basa en la unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma. Desde esta perspectiva, aun cuando los cuidados paliativos sean sumamente eficaces en aliviar los dolores físicos, no siempre pueden aliviar los dolores del alma, los pesares y los temores que afronte la persona padeciente. Esto llevaría a pensar que los cuidados paliativos no siempre pueden garantizar esta armonía mente –cuerpo - alma de la que habla Watson y, por ello, estos no siempre son una opción viable para este modelo, por lo menos, el modelo de cuidados paliativos que niega la posibilidad de la eutanasia y el suicidio asistido.

En el modelo de Watson, el termino muerte digna se vuelve central a la hora de hablar de los cuidados en el final de vida. Para esta autora es importante que les pacientes puedan expresar sus sentimientos, sus miedos, sus emociones. También considera importante que las profesionales de enfermería que se encuentran a cargo del cuidado puedan responder las preguntas, y enfrentar las situaciones de miedo y dolor acompañando a le paciente. Es por eso que, el temor de morir en soledad y desconectades del exterior que, según Dworkin, Frey y Bok (1998), suelen enfrentar les pacientes,, podría tener algún tipo de atención y respuesta que vaya más allá de la

simple aceptación. Las enfermeras que se guíen por este modelo deberían ser capaces de acompañar a le paciente y su familia en la expresión de sentimientos, necesidades y deseos y actuar en consecuencia.

Nuevamente es importante remarcar que en este modelo se sostiene que los cuidados se brindan en un contexto cultural y social determinado y que los cuidados deben responder a dicho contexto. Sin embargo, enfatizar tanto el contexto cultural podría llevar a que surjan diferentes dilemas para las enfermeras. Por ejemplo, si culturalmente está bien visto mentir a le paciente moribunde sobre su pronóstico, pero el modelo se centra en la relación de confianza enfermera- paciente ¿la enfermera debe continuar con lo que culturalmente está bien visto? ¿o debe priorizar la relación con le paciente? Además, no todas las personas sostienen todos los valores de su cultura, lo que puede traer aparejados más dilemas.

El contexto cultural tiene sus ventajas y sus desventajas. Es parte de la vieja discusión entre universalismo y relativismo. Este tema excede los objetivos de esta tesis y por eso no será abordado, pero se considera un tema central a la hora de pensar la moralidad de los actos de enfermería. Cabe aclarar que, en esta tesis se tiene como supuesto la posibilidad de acuerdos mínimos (Cortina, 1986).

La asistencia para morir en enfermería

Tal como se vio en el apartado anterior, cada modelo cuenta con sus particularidades a la hora de atender la demanda de le paciente que solicita la ayuda para morir.

En primer lugar, se analizó el modelo de Florence Nightingale, modelo que claramente no resulta compatible con la posibilidad de ayudar a una paciente a morir, dado que este modelo no acepta la eutanasia ni el suicidio asistido. Si bien es verdad que en este modelo la enfermera no pondría sus intereses por sobre los de le paciente, se puede llegar a la conclusión de que la eutanasia y el suicidio asistido no son alternativas posibles. Es por eso que este modelo no sería recomendable si se quiere realizar una defensa de estos procedimientos, como se pretende en este trabajo.

El modelo de Watson²⁴ por su parte, si bien es un modelo que aceptaría la eutanasia y el suicidio asistido, se puede encontrar frente a una gran dificultad. Este modelo considera de suma importancia los aspectos culturales y sociales a la hora de desarrollar los cuidados. Esto podría influir negativamente en las oportunidades de elección que se le den a le paciente²⁵. Por ejemplo, si la comunidad en la que se encuentra le paciente se posiciona en contra de la eutanasia y el suicidio asistido, la enfermera puede entender que le paciente no debe acceder a estos. O si la comunidad entiende que la eutanasia y el suicidio asistido son inmorales, la enfermera sentirá que no puede realizar comentarios que vayan en ese sentido.

Esto no solo podría limitar las acciones de le paciente, sino que puede llegar a limitar sus conversaciones o sus pedidos de asistencia para morir. Si la enfermera no da lugar a los comentarios, dudas o inquietudes que puedan existir sobre la ayuda para morir, le paciente puede interpretar que tampoco le ayudará en caso de solicitarla o, lo

²⁴ Si bien se analizó en segundo lugar el modelo de Virginia Henderson, a los efectos de esta defensa se expondrá primero este modelo.

²⁵ Se deja de lado el aspecto legal de manera intencional.

que sería peor aún, que la enfermera se encuentra en contra de estos procedimientos y que, si le paciente los solicita, será juzgado. Es necesario recordar y enfatizar que los profesionales de la salud no son jueces y no deben emitir ningún tipo de juicio de valor, por lo que este sentimiento por parte de le paciente sería contraproducente en la relación enfermera-paciente.

Se podría objetar que, dado que este modelo le da una importancia central a la autonomía de le paciente, la comunidad no podría ejercer tanta presión como para que le paciente no pueda decidir sobre su propia muerte. Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que la comunidad “ahogue” al individuo, como se plantea desde varias teorías liberales al criticar teorías de corte comunitarista. Además, no se pueden soslayar los aspectos espirituales que defiende este modelo, por lo que la ayuda para morir puede resultar inaceptable en muchos contextos y con ello, inaplicable para la enfermera.

También se puede pensar qué pasaría si la situación fuera la opuesta: en una sociedad donde la eutanasia y el suicidio asistido son aceptados, le paciente no desea morir con asistencia, sino que esta se dé en el momento que deba darse. De acuerdo con lo expuesto anteriormente, se podría pensar que, si la enfermera le plantea a le paciente la existencia de la eutanasia y el suicidio asistido, este puede sentirse obligado a aceptarlo. Sin embargo, se debe recordar que este es un modelo que valora mucho la autonomía de le paciente, razón por la cual la posibilidad de forzar a le paciente a tomar una decisión que no quiere, no sería una alternativa.

El modelo de Virginia Henderson por su parte, parece ser el modelo más adecuado para acompañar a le paciente que solicita ayuda para morir. En primer lugar, porque este modelo tiene como premisa ayudar a le paciente a que realice aquellas acciones que realizaría si pudiera, sosteniendo la autonomía de le paciente y la independencia siempre que esto sea posible. Es decir, este modelo busca que le paciente realice las acciones que desea con la mayor independencia posible, lo que

convierte a la enfermera en una mera asistente de le paciente cuando este tiene mayor independencia. En segundo lugar, porque al sostener que la enfermera debe ayudar a le paciente a valerse por sí mismo siempre que pueda, se puede asumir que este modelo podría aceptar ambos procedimientos, pero que priorizaría el suicidio asistido por sobre la eutanasia, dado que hace énfasis en la importancia de que le paciente pueda realizar las acciones por sí mismo.

El modelo de Henderson, tal como se explicó anteriormente, se basa en 14 necesidades que la enfermera debe tener en cuenta a la hora de atender a le paciente. Si bien hay necesidades fisiológicas que no se deben pasar por alto, como respirar, comer o beber, descansar, etc. Hay necesidades que este modelo considera que son de suma importancia a la hora de acompañar a le paciente en su fin de vida. Entonces, la necesidad de expresar los sentimientos o la necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias serán de gran ayuda para la planificación de los cuidados que la enfermera debe brindar.

La enfermera que adopte este modelo, luego de garantizar que las necesidades fisiológicas estén resueltas, puede hacer énfasis en aquellas situaciones que para le paciente son importantes y que le ayudan a planificar su muerte. Se encargará entonces de planificar sus encuentros con sus familiares y garantizar que estos sean oportunos y adecuados, podrá ayudar a le paciente a comunicarse con sus seres queridos, citándoles y brindándoles los espacios que les permita hablar sin sobresaltos. A su vez, la enfermera puede encargarse de realizar un encuentro con un referente espiritual que le permita a la persona confesarse si así lo requiera o actuar de acuerdo a sus creencias.

Para este modelo, la mente y el cuerpo son interdependientes e inseparables, y la enfermera debe lograr que la persona consiga estar en paz tanto con su cuerpo como con su mente. Virginia Henderson sostiene “la enfermera es, en todo caso, una intérprete, y en la medida en que fomenta las buenas relaciones de le paciente,

promueve el bienestar total del mismo” (Henderson, 1961). La enfermera que planifique sus cuidados con este modelo, no solo debe verificar que le paciente se encuentre lo mejor posible fisiológicamente, sino que debe ayudarlo a realizar todas aquellas acciones que le permitan llegar al momento de su muerte lo más confortable posible.

Otro aspecto que hace que este modelo sea el más adecuado de los tres modelos estudiados para acompañar a le paciente, es la importancia que el modelo da a las necesidades y deseos de le paciente, y la opción de tomar estos como directivas anticipadas. Henderson plantea que la enfermera debe decidir siempre con le paciente, y que, en ocasiones extremas, como el coma o la postración extrema, puede decidir por este. Sin embargo, ante estos últimos escenarios plantea una salvedad: la necesidad de establecer un régimen de cuidados normatizado. Esto podría llevar a pensar la existencia de normativas que preestablezcan el modelo de cuidados que se deben realizar en estos casos. Así mismo Henderson plantea:

Cualquier régimen que se establezca para aplicarlo a una persona se debe fundar, idealmente, en las necesidades de ésta. Si bien es importante que la enfermera haga cuanto está a su alcance para atenerse a esta norma, con frecuencia habrá de ajustarse a situaciones que no le permitan aplicarla. Asimismo tendrá que reconocer que su capacidad para determinar las necesidades de los demás es siempre limitada. Aun en los casos de más estrecha relación entre dos seres humanos no se logra nunca una comprensión completa. Sin embargo, la aptitud para interpretar al paciente es una característica de las mejores enfermeras. Para comprender al paciente, la enfermera debe estar siempre atenta a sus palabras y a sus gestos, y ha de alentarle a manifestarse como pueda, lo que en cada momento sienta. El análisis del significado de las palabras del paciente, de su silencio, de su expresión, de sus movimientos, no cesa nunca. Actuar de esta forma, y hacerlo con tal naturalidad que no dificulte el desarrollo de una relación constructiva, entre la enfermera y el paciente, es un verdadero arte. (Henderson, 1961 p.10).

Este planteo de la autora puede llevarnos a pensar que las directivas anticipadas serían importantes para este modelo, como así también todas aquellas expresiones que lleven a identificar los deseos de le paciente para considerarlos en aquellas situaciones en las que este no se pueda expresarse.

En este sentido, resulta interesante el rol que este modelo asigna a la enfermera. De acuerdo con este modelo, la enfermera debe ser la intérprete de le paciente y debe poder expresar sus deseos cuando este no lo pueda hacer. De esta manera la enfermera debe ser la que mayor vínculo establezca con le paciente. Esto debería ser considerado en las normativas sobre el acceso a la eutanasia y el suicidio asistido. Es decir, si la enfermera es quien está en contacto con las necesidades y deseos de le paciente, puede ser la encargada de ratificar el pedido, de evaluarlo o de desestimarlos. Así como puede ser la agente que lo lleve a cabo. En otras palabras, la enfermera podría ser central en todo el proceso que va desde el pedido hasta la concreción de ese pedido.

Este modelo da a las profesionales de enfermería un rol activo e importante en la definición sobre si la solicitud de ayuda para morir debe ser aprobada o no y, si se piensa de manera laxa, podría ser la persona que suministre la medicación en el momento final. Además, este modelo podría vincularse con lo planteado por Dierckx de Casterle y su equipo sobre las formas de trabajo que adoptan las enfermeras con los pacientes que solicitan eutanasia²⁶. De acuerdo con estos autores, las enfermeras pueden adoptar dos formas de trabajo: existencial-interpretativa o procedimental. Sería interesante que las enfermeras que trabajen bajo el modelo de Henderson puedan adoptar una forma de trabajo existencial-interpretativa. De esta manera, tendrían como objetivo principal satisfacer las necesidades de le paciente, pero vinculándose estrechamente con este y sus necesidades. Recordemos que las enfermeras que se guían por esta forma de trabajo buscan la actitud correcta para ayudar y acompañar a

²⁶ Se explicó el tema en un capítulo anterior del presente trabajo.

le paciente y su familia en este proceso. De esta manera, la enfermera que conjugue esta manera de trabajar con el modelo de Virginia Henderson, centrará sus esfuerzos en el acompañamiento a le paciente y su familia, respetando su autonomía y vinculándose de manera estrecha para poder conocer sus miedos, sus deseos y sus inquietudes a lo largo del proceso.

Por último, es importante remarcar que este modelo considera que la persona puede tener cambios de pensamiento, pero que es labor de la enfermera considerar si esos cambios se deben a cambios en la situación general de le paciente o si se deben a elementos de coerción. Es decir, la enfermera deberá ratificar si esos cambios en la forma de pensar de le paciente se deben a cambios en su situación de salud²⁷ o si ocurrió algún evento que forzó a le paciente a llegar a esta decisión, como pueden ser cambios en la situación económica, planteos de desgaste de familiares, depresión, etc.

Por todo lo planteado anteriormente, el modelo de Virginia Henderson es el modelo adecuado para ayudar a morir a le paciente, puesto que considera no solo el bienestar fisiológico, sino también emocional de este y le da a las profesionales de enfermería un rol activo que no solo se enfoca en la administración de la medicación, sino también en la evaluación de la solicitud.

Quizá este modelo podría guiar la concreción de futuras leyes, sobre todo, en el momento actual en el que el tema se encuentra en discusión en varios países de la región. Recordemos que en Argentina existen 5 proyectos de ley que buscan legalizar la eutanasia y el suicidio asistido. Sería interesante que estos proyectos pudieran incluir mayor presencia de enfermería a lo largo del proceso y que le dieran un rol activo a las enfermeras que acompañan a los pacientes, y que no las definan solo como espectadoras de un proceso que las atraviesa profesionalmente.

²⁷ Recordemos lo planteado por Jackson y Keown al respecto de la decisión de un paciente sobre una enfermedad y cómo esta puede cambiar cuando le paciente sufre efectivamente la enfermedad.

En este sentido, se podrían tomar las experiencias de otros países. Se podría comenzar con una despenalización de los procedimientos como hicieron Holanda, e incluir, también como en este país, la posibilidad de que la persona acceda a la eutanasia o el suicidio asistido por el hecho de padecer una enfermedad física o mental intolerable y sin expectativas, sin importar la expectativa de vida de la persona. De Colombia se podría incorporar la necesidad de que le paciente sea evaluado por un profesional de la salud mental, ya sea psiquiatra o psicólogo, la cual podría ayudar a saber si el pedido es genuino de le paciente. De Nueva Zelanda se podría tomar el ejemplo de la amplitud de profesionales habilitados para el proceso de ambos procedimientos. De todas las leyes existentes se podrían tomar algunos aspectos y mejorarlos, e incluso se podría ver cómo funcionan en la práctica esas leyes o qué dificultades encuentran los profesionales y los pacientes para el acceso a los derechos que la ley reglamenta.

Un punto extraño que se da en los países en los que la eutanasia se encuentra legalizada es que, en la práctica, son las enfermeras quienes aplican los medicamentos indicados en los procedimientos, por estar más familiarizadas con la aplicación de los fármacos y, sin embargo, las leyes no las habilitan a hacerlo en casi ningún país. ¿Por qué no legalizar desde el inicio el proceso de acuerdo a cómo se da en la práctica en aquellos países que ya se encuentra legalizado? ¿Por qué asignar la tarea de administración de la medicación a otro profesional cuando la que lo realiza, en el resto de los casos, es la enfermera? Esto debería ser tenido en cuenta cuando se discutan las propuestas de ley en Argentina.

En esta misma línea, sería prudente y muy importante que los legisladores solicitaran la participación de distintos profesionales de la salud, incluidas las enfermeras, a la hora de discutir y redactar la ley. Sería revolucionario que esta ley permitiera que la enfermera tuviera un lugar central. Claro que ese lugar dependerá de los deseos de le paciente, ya que, si este prefiere que otre profesional lo acompañe,

debe ser escuchado. Lo mismo cabe para las enfermeras que no quieren llevar a cabo el procedimiento. Pero lo importante es que no se descarte el rol que tiene la enfermera, dado que es la que realiza el cuidado y la que suele estar más cerca de le paciente y la que suele conocerle desde una perspectiva más íntima. Por ello, sería oportuno pensar un nuevo rol para las enfermeras en este tipo de prácticas. No se debe pasar por alto, que en ocasiones las internaciones de los pacientes pueden ser prolongadas o reiterativas, lo que hace que la profesional de enfermería refuerce el vínculo con le paciente. Si lo que se busca con la eutanasia y el suicidio asistido es que le paciente pueda controlar la forma de morir, que esta sea sin dolor y que se dé rodeado de las personas cercanas, ¿no sería mejor para le paciente, acaso, que quien realizara el procedimiento fuera la misma persona que realizó el resto de los procedimientos durante su estadía hospitalaria? O en el caso que le paciente que se encuentra con asistencia domiciliaria, ¿por qué no podría elegir para la realización del proceso a quien le viene acompañando y cuidando? La mejor defensa de esta postura está dada por la función de cuidado de la enfermera, que cuando es bien realizada, conlleva una relación profunda e íntima muy distinta a la que se puede tener con un médico. Debería ser le paciente quien que tuviera la opción de elegir con quién o quiénes llevar adelante todo el proceso hasta el final y no que la decisión sea tomada sin consultarle o que los roles sean impuestos por una ley pensada desde el modelo médico hegemónico.

Las profesionales de enfermería que acepten acompañar a los pacientes en su decisión final, deberán ser profesionales formadas, con empatía, con conocimiento de lo que implica asistir a le paciente en esta etapa, pero sobre todo con la convicción de que lo que están haciendo es trascendental para le paciente. Elegir acompañar a le paciente en su decisión de morir implica no solo el respeto de le paciente, de su entorno y de sus deseos, sino también el respeto por la ética profesional.

Conclusión

El objetivo de esta tesis fue explorar la forma en que debería actuar la enfermera ante una solicitud de eutanasia o suicidio asistido, en función de los modelos teóricos de enfermería más utilizados en nuestro país: Florence Nightingale, Jean Watson y Virginia Henderson. Para esto, primero se definió la eutanasia y el suicidio asistido, se realizó un recorrido por la historia de la eutanasia, se analizó la situación legal en los distintos países especificando las particularidades de Argentina y luego se analizaron los argumentos a favor y en contra de esta. Ahí se vio que, entre los argumentos a favor de la eutanasia, se encuentran el respeto por la autonomía de le paciente, la búsqueda del bienestar de la persona que está sufriendo, evitar la imagen temida de morir sufriendo, permitirle a la persona que lo elige controlar la forma y el modo de morir, entre otros. También se vio que entre los argumentos en contra se encuentran la santidad de la vida, la existencia de una pendiente resbaladiza que haga que se aplique la eutanasia a pacientes que no la soliciten, la existencia de los cuidados paliativos como método para evitar el sufrimiento y la necesidad de evitar que estos sean desestimados, entre otros.

Luego se realizó un recorrido por la historia del suicidio y su justificación moral, se explicó la situación legal del suicidio asistido y se analizaron los argumentos a favor y en contra, que en su mayoría coinciden con los de eutanasia. Así se encontró que muchos prefieren el suicidio asistido porque en este se encuentra ausente la idea de asesinato.

A continuación, se realizó un recorrido por la historia de la enfermería y su profesionalización y se detallaron cada uno de los modelos elegidos, a saber, la propuesta de Florence Nightingale, la propuesta de Virginia Henderson y la propuesta de Jean Watson.

Luego se vinculó cada modelo con la eutanasia y el suicidio asistido. Allí se analizó cómo debería actuar la profesional de enfermería a la hora de planificar sus cuidados de acuerdo a cada modelo. De este análisis surgió que el mejor modelo para acompañar a le paciente que solicita asistencia para morir es el de Virginia Henderson, puesto que tiene una visión holística de le paciente y considera no solo su bienestar físico, sino también su bienestar emocional. Además, este modelo da a la profesional de enfermería un rol activo en la asistencia a le paciente que solicita ayuda para morir, a la vez que hace hincapié en la autonomía de este.

En este recorrido se pudo observar que son necesarios para esta etapa aquellos modelos que consideran importante la autonomía de le paciente. También se pudo observar la importancia de dar a las profesionales de enfermería un rol cada vez más activo y preponderante en estas situaciones, puesto que estas profesionales son las que mayor tiempo comparten con le paciente y son quienes pueden conocer a fondo sus necesidades y sus miedos.

Según se pudo observar en el recorrido de la historia de la enfermería, se trata de una profesión que todavía tiene mucho por recorrer, mucho por demostrar y mucho campo profesional en el cual explorar. La asistencia en los casos en los que le paciente solicita ayuda para morir es uno de esos ejemplos. Las enfermeras que asisten a estos pacientes deben tomar la voz de le paciente para hacerla propia, defendiendo sus derechos y garantizando que este proceso sea de acuerdo a las necesidades y solicitudes de este. En este proceso la enfermera debe aprender a hacer valer su opinión y fundamentarla, a creer en su potencial y a darle importancia a su rol dentro del área de la salud. Así mismo, es necesario que las profesionales de enfermería participen de la discusión de la ley de eutanasia para que su participación en el proceso sea clara y quede explícita. El rol de cuidado no puede quedar ajeno en la instancia de fin de vida.

Referencias bibliográficas

- Academia Suiza de Ciencias Médicas. (2018). Guías de ética médica. Manejo del final de vida y muerte. Directrices médico-éticas de la Academia Suiza de Ciencias Médicas.
- Alonso, J. P., Villarejo, A., y Brage, E. (2017). Debates parlamentarios sobre la muerte digna en Argentina: los derechos de los pacientes terminales en la agenda legislativa, 1996-2012. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24(4), 1031–1048. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702017000500010>
- Alvarez del Río, A. (2005). *Práctica y ética de la eutanasia*. Fondo de Cultura Económica.
- Alvarez del Río, A. (2008) Capítulo 3: elementos para un debate bioético de la eutanasia en *Eutanasia: hacia una muerte digna*. Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico.
- Ariés, P. (2007) *Morir en occidente: desde la edad media hasta nuestros días*. Adriana Hidalgo Editora SA.
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica*. (4° ed.) Masson SA
- Bermejo J.C. y Belda, R.M. (2019) *¡No quiero sufrir! Sobre la eutanasia y otras cuestiones bioéticas del final de la vida*. Editorial Sal Terrae.
- Betancourt Reyes, G. (2017). Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? *Revista Médica Electrónica*, 39(4), 975-986.
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2032>
- Brawer, M., Gollan, D., Carro, P., Yasky, H. Ormachea, C., Gaillard, A. C., Martínez, M. R., Landriscini, S. G. Hagman, I. Bormioli, L. (14 de septiembre de 2022) Proyecto de Ley: Establecese El Derecho A La Muerte Voluntaria Medicamente Asistida. Régimen. Modificación Código Civil Y Comercial De La Nación, De La Ley 26529 Y Del Código Penal De La Nación. <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/4855-D-2022.pdf>
- Bruera, E. y De Lima L. (2004) *Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico* (2ª Ed). OPS, International Association for Hospice and Palliative Care.
- Camus, A. (1985) *El mito de Sísifo*. Alianza Editorial SA (Trabajo original publicado en 1942).
- Cerda L, J.; y Valdivia C, G. (2007). John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Revista chilena de infectología*, 24(4), 331-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000400014>
- Cobos, J., Verasay, P. F. (29 de noviembre de 2021) Proyecto de Ley Interrupción Voluntaria De La Vida. <https://www.senado.gob.ar/parlamentario/parlamentaria/453091/downloadPdf>
- Cobos, J., Verasay, P. F. (08 de agosto de 2022) Proyecto de Ley: Eutanasia Y Muerte Asistida. Regulación. Modificaciones Del Código Penal. <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/3956-D-2022.pdf>

- Cohen-Almagor, R. (2009). Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement. *Issues in Law & Medicine*, 24(3); 187-218.
- Cohen D. (2000). El suicidio ¿condena o defensa? Los argumentos filosóficos en torno de la muerte voluntaria. *Ágora, Revista de la Universidad de Santiago de Compostela*. 19(2), 107-126.
- Comesaña, J. (1998). *Lógica Informal. Falacias y Argumentos filosóficos*. EUDEBA.
- Comisiones regionales de verificación de eutanasia. (2018). Código sobre la Eutanasia 2018.p.7-12.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2002) Definiciones. Recuperado 21 de febrero de 2023 de <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Cornejo, A., Juri, M. (27 de abril de 2022) Proyecto de Ley De Buena Muerte – Regulación De La Eutanasia. <https://www.senado.gob.ar/parlamentario/parlamentaria/457055/downloadPdf>
- Cornejo, A., Latorre J., Cacace, A., (25 de noviembre de 2021) Proyecto de Ley “Ley de buena muerte. Regulación de la eutanasia” <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2021/PDF2021/TP2021/4597-D-2021.pdf>.
- Cortina, A. (1986). *Ética mínima*. Madrid: Tecnos.
- Denier, Y., De Casterlé, B. D., De Bal, N., y Gastmans, C. (2009). Involvement of Nurses in the Euthanasia Care Process in Flanders (Belgium): An exploration of Two Perspectives. *Journal of Palliative Care*. 25(4), 264–274. <https://doi.org/10.1177/082585970902500404>
- Derecho a Morir Dignamente (2022) Eutanasia y suicidio asistido en el mundo. Recuperado 08 de abril de 2023 de <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>
- Díaz Berenguer A. (2020) Brevísimas historia de la eutanasia. 1º Congreso Virtual SMU. 100 años trabajando en las bases del futuro 2020. <https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2021/04/AlvaroDiaz-Eutanasia-SMU.pdf>
- Dierckx de Casterle, B., Denier, Y., De Bal, N. y Gastmans, C. (2010). Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. *Journal of advanced nursing*, 66(11): 2410-2420. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05401.x>
- Dworkin, R. (1994). *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Editorial Ariel S.A.
- Dworkin, G.; Frey, R. G y Bok S. (1998) *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Cambridge University Press Madrid.
- Emanuel, E. (1999). What Is the Great Benefit of Legalizing Euthanasia or Physician-Assisted Suicide? *Ethics*, 109, 629–642.
- Estevez, G. B., Brawer M., Carrizo, A. C., Gaillard, A. C., Macha, M., Moreau, C., Lampreabe, F. y López, J., (06 de diciembre de 2021) Proyecto de Ley: Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente “- Ley Alfonso –“.

<https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2021/PDF2021/TP2021/4734-D-2021.pdf>

- Farias, G. (2012) *Muerte voluntaria y ética*. Trivium Estudios Interdisciplinarios.
- Fariás, G., Bertolino, M., y Wenk, R. (2006). Cuidados paliativos. Enfermedad y ética. *Perspectivas Bioéticas*, 11(20):1-2.
- Feinberg, J., (1986) *Harm to Self The Moral Limits of Criminal Law*. University Press
- Gafo, J. (1990) La eutanasia y la ética del bien morir. *Revista Médica Uruguay* 6: 95-102.
- Ganzini, L., Goy, E y Dobscha, S. (2009). Oregonians' Reasons for Requesting Physician Aid in Dying. *Archives of Internal Medicine*, 169: 489–492.
- García Martín-Caro, C. y Martínez Martín M. L. (2001) *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Ediciones Harcourt SA
- García Otero, A., y Sabio, M. F. (2011) ¿Existe justificación moral para la eutanasia? *Revista Americana de Medicina Respiratoria*. 11(4): 202-209.
- Gert, B., Clouser, D., y Culver, C. (1996). Paternalismo. *Perspectivas Bioéticas*, 1(2), 63-88.
- Gracia, D. (2001) *Bioética Clínica*. Editorial el Buho LTDA.
- Hedley, A. (2020), Florence Nightingale and Victorian data visualisation. *Significance*, 17: 26-30. <https://doi.org/10.1111/1740-9713.01376>
- Henderson, V. (1961) Consejo Internacional de Enfermería. Principios Básicos De Los Cuidados De Enfermería. OPS – OMS.
- Henderson V. (1991) La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Mc. craw- Hill Interamericana.
- Hume D. (2011) *Ensayos morales, políticos y literarios*. Editorial Trotta SA.
- Information for health professionals. (2021). Ministry of Health New Zealand. <https://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/assisted-dying-service/information-health-professionals>
- Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es&tlng=es.
- Jackson, E., y Keown, J. (2012). *Debating Euthanasia*. Oxford: Hart Publishing.
- Kant, E. (1998) *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. EUDEBA.
- Kant E. (2017) *Lecciones de Ética*. Austral.
- Lafferriere, J. N. (2022) Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Argentina. *Centro de Bioética*. <https://centrodebioetica.org/wp-content/uploads/2022/08/Analisis-de-los-proyectos-de-legalizacion-de-la-eutanasia-en-Argentina.pdf>
- Ley 26529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Honorable Congreso de la Nación Argentina. 21 de octubre de 2009. Recuperado el 9 de abril de 2023 de

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/textact.htm>

- Ley 26691: Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio asistido, y modificación del Código Penal y de la Ley reguladora de los funerales Estado Holandés 2001. Recuperado el 11 de octubre de 2022 de <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>
- Ley 26742: Ley sobre los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Honorable Congreso de la Nación Argentina. 24 de mayo de 2012. Recuperado el 11 de octubre de 2022 de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859>
- Ley de Eutanasia y el suicidio asistido de Luxemburgo. Diario Oficial del Grand-Ducado de Luxemburgo, 16 de marzo de 2009. Recuperado el 11 de octubre de 2022 de <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>
- Ley Orgánica 03/2021 de Regulación de la Eutanasia (2021) Boletín Oficial del Estado. Gobierno de España. 25 de marzo de 2021. Recuperado el 11 de octubre de 2022 de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- Luna, F., y Salles, A. L. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica.
- Mainetti, M.M. y La Rocca, S. (2022) Bioética para principiantes en clave de derecho. EUDEM.
- Menéndez, E. L. (1978) El modelo médico y la salud de los trabajadores, en F. Basaglia et al: La salud de los trabajadores (11-53). Nueva Imagen.
- Mill, J.S. (1859) *Sobre la libertad*. Titivillus. E-pub.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Bogotá DC.
- Miret Magdalena, E. (2019). Eutanasia filosofía y religión. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1 (1) Enero-Marzo 2003. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/06/eutanasia-filosofia-y-religion.pdf>
- Moises, M. C. (11 de agosto de 2022) Proyecto de Ley: Derecho A La Prestación De Ayuda Para Morir Dignamente. Regulación. Modificaciones Al Código Civil Y Comercial De La Nación. <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/4092-D-2022.pdf>
- Moro, T. (1984), *Utopía*. Ed. Orbis- Hyspamérica.
- Nightingale, F. (2002) *Notas sobre Enfermería. Que es y que no es*. Masson SA
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020) Fuerza de trabajo en el sector salud en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación.
- Organización Mundial de la salud (2020). Cuidados paliativos. Datos y cifras. OMS [Internet]. Recuperado el 21 de febrero de 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Parentini, M. R (2002) *Historia de la enfermería: Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX*. Ediciones Trilce.

- Pellegrino, E. D. (1990) La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 108 (5-6).
- Peres M.A.A, Aperibense P.G.G.S, Dios-Aguado M.M., Gómez-Cantarino S., y Queirós P.J.P. (2021) El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos. *Rev Gaúcha Enferm*. 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200228>
- Perez Tamayo, R. (2008) Capitulo 1: El médico y la muerte en *Eutanasia: hacia una muerte digna*. Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico.
- Pfetscher, S.A. (2018) Florence Nightingale: enfermería moderna en Raile Alligood (9° ed) *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
- Poblete Troncoso, M. y Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503.
- Pokorny, M. E (2018) Teóricas de la enfermería de importancia histórica en Raile Alligood (9° ed) *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
- Quill, T. (1994) *Death and dignity. Making choices and taking charge*. Norton & company.
- Raile Alligood, M (2018) *Modelos y teorías en enfermería*. (9° ed.) Elsevier.
- Rietjens, J., P. van der Maas, B. Onwuteaka-Philipsen, J. van Delden, y A. van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from The Netherlands: What Have We Learnt and What Questions Remain? *Journal of Bioethical Inquiry*, 6: 271–283
- Rivera López, E. (1997). Aspectos éticos de la eutanasia. *Análisis Filosófico*, 17(2): 189-208.
- Rivera López, E. (2011) *Problemas de vida o muerte. Diez ensayos de bioética*. Marcial Pons. Ediciones Jurídicas Y Sociales, S. A.
- Royes, A. (2008). La eutanasia y el suicidio medicamente asistido. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 5(2-3): 323-337.
- Sabio, F. (2012). La pregunta de la eutanasia frente al síndrome de enclaustramiento. Evaluación final de especialización en Bioética. FLACSO. (Trabajo sin publicar).
- Salles, A. L. (2008) La relación médico paciente en Luna, F., y Salles, A. L. *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica.
- Schuster, V. (2017). Estilo literario y reflexión filosófica en el siglo XVIII: Hume y Rousseau sobre el suicidio. *Revista De Filosofía Y Teoría Política*, (48), e012. <https://doi.org/10.24215/23142553e012>
- Sebastiani, M. (2022). Si pudieras elegir de qué manera morir... ¿Qué harías? El Ateneo.
- Seneca (2018) *Cartas a Lucilio*. Editorial Planeta. (Trabajo original publicado en 1494).
- Silva Filho, W. J. (2021). Racionalidad para los humanos. *Análisis filosófico*, 41(1), 67-90. <https://dx.doi.org/10.36446/af.2021.345>

- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Urra M.E., Jana A.A. y García V.M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- Watson J. (1988) *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. National League for Nursing.
- Watson, Jean (2008). Social Justice and Human Caring: A Model of Caring Science as a Hopeful Paradigm for Moral Justice for Humanity. *Creative Nursing*, 14(2). doi:10.1891/1078-4535.14.2.54
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, Revised Edition. University Press of Colorado. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1d8h9wn>
- Willis, D.G. y Leone-Sheehan D.M. (2018) Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson en Raile Alligood (9° ed) *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
- Wetbetreffende de euthanasie [Ley belga de eutanasia]. Gaceta de leyes belgas, Ministerio de Justicia belga. 22 de junio de 2002. Recuperado el 17 de octubre de 2019 de <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>
- Young, R. (2007). *Medically Assisted Death*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139167437