

11282



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

EUTANASIA. PRÁCTICA Y ÉTICA

TESIS

PARA OPTAR POR EL GRADO
ACADÉMICO DE DOCTORA EN CIENCIAS

PRESENTA

MARÍA ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO

**TUTORA: DRA. PAULETTE DIETERLEN STRUCK
CO-TUTORES: DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG
DR. CARLOS VIESCA TREVIÑO
DRA. JULIANA GONZÁLEZ VALENZUELA**



México, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A Isaac
y a mis preciosas, Ele y Adris*

Agradecimientos

Quienes han estado cerca de mí en los últimos cuatro años saben muy bien lo que ha significado el trabajo que se concluye con la publicación de esta tesis. En cierta forma, ha sido una prueba de resistencia. Ya superada y viendo hacia atrás, predomina la satisfacción y el enorme agradecimiento a todos los que me acompañaron y apoyaron a lo largo de este recorrido.

Mi reconocimiento y gratitud a todos aquellos que leyeron esta tesis y me hicieron valiosas observaciones.

A la Dra. Paulette Dieterlen le agradezco su disposición solidaria y afectuosa para dirigir, escuchar, cuestionar y ubicarme cuando olvidaba los límites de una tesis. Si no fuera por sus acertadas intervenciones pragmáticas, me faltarían años para concluir este trabajo.

Al Dr. Alberto Lifshitz le agradezco su interés y ayuda, así como sus comentarios y reflexiones que enriquecieron esta tesis.

Estoy muy agradecida con el Dr. Alejandro Díaz Martínez, mi jefe en el Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, por su invaluable confianza y apoyo.

Quiero agradecer a todas las personas que facilitaron los trámites administrativos cuando el desánimo empezaba a acumularse. A la Lic. Gabriela de la Cruz, a la Dra. Leticia Casillas y a la Dra. Martha Elena Martínez Kuri. Gracias por su profesionalismo y cálido apoyo.

Gracias a Isaac Katz por su ánimo, sus consejos, su cuidadosa lectura y objetivas observaciones y, sobre todo, por su amorosa compañía todo este tiempo.

Mi profunda gratitud a las personas que compartieron sus experiencias relacionadas con la muerte médicamente asistida. Aunque algunas de ellas no se transcriben en el documento, influyeron de forma importante en la reflexión y el análisis sobre la eutanasia al permitirme conocer a través de ellas lo que implica vivir esta decisión.

Finalmente, mi reconocimiento a CONACYT que financió este trabajo con la beca número de registro 153879.

Indice

Introducción 1

Capítulo 1. Qué entender por eutanasia	9
1.1. Un poco de historia	10
1.2. La diversidad de significados	13
1.3. Una definición de la práctica actual	14
1.4. Otras definiciones y clasificaciones	17
1.4.1. Eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria	18
1.4.2. Eutanasia activa y eutanasia pasiva	21
1.4.3. Suicidio (medicamento) asistido	23
1.4.4. Muerte médicamente asistida	25
1.5. La diversidad de situaciones	25
1.6. <i>La buena muerte</i>	26
Capítulo 2. Marie de Hennezel: sí a los cuidados paliativos; no a la eutanasia	28
2.1. Aportes y excesos de una interpretación	30
2.2. ¿Es legítimo elegir la muerte?	35
2.3. Una cierta intolerancia	39
2.4. Una opción a la eutanasia	41
2.5. Aciertos y desaciertos de una crítica	43
Capítulo 3. Ronald Dworkin. Tomando en serio el valor sagrado de la vida	45
3.1. Lo sagrado, ¿intocable?	46
3.2. ¿Por qué morir antes?	50
3.3. Diversidad de situaciones	52
3.3.1. Personas conscientes y competentes	52
3.3.2. Personas inconscientes	57
3.3.3. Personas conscientes, pero incompetentes	63
3.4. Los principios y la ley. Limitaciones y contradicciones	69
3.5. Compromisos y responsabilidades	71
Capítulo 4. Las posiciones del catolicismo frente a la eutanasia	73
4.1. La prohibición en su contexto histórico	74
4.2. La moral católica actual	76
4.3. La Iglesia oficial	77
4.4. Principios y conceptos. Superaciones y excepciones	81
4.4.1. Principio de la santidad de la vida	81
4.4.2. Principio de doble efecto	81
4.4.3. Principio de totalidad	83
4.4.4. Medidas ordinarias y extraordinarias	85
4.4.5. Principio de administración	88
4.5. Una posición intermedia	88
4.5.1. Javier Gafo	89
4.5.2. José Vico Peinado	90
4.6. La eutanasia como opción para los católicos	94
4.6.1. Un alegato por la responsabilidad	94
4.6.2. Los derechos de los vivos al final de su vida	97
4.7. La aportación de esta revisión	102

Capítulo 5. La experiencia holandesa	105
5.1 Los pasos hacia la legalización	108
5.1.1. 1973-1983	108
5.1.2. 1984-1993	110
5.1.3. 1994-2002	111
5.2 Los temas del debate actual	114
5.2.1. Pacientes con sufrimiento mental sin enfermedad física	115
5.2.1.1. Los casos llevados a juicio	116
5.2.1.2. La autonomía del paciente psiquiátrico	118
5.2.1.3. La consulta al psiquiatra	122
5.2.1.4. Los límites de una práctica	123
5.2.2. Terminación activa de la vida sin petición expresa	125
5.2.2.1. El caso de los neonatos e infantes	125
5.2.2.2. Pacientes que no piden la terminación de la vida	128
5.3. Otras decisiones médicas al final de su vida	131
5.4. Una comparación con otros países	135
5.4.1. Diferentes soluciones	135
5.4.2. Controversias y pendientes	139
Capítulo 6. Los elementos de la discusión	143
6.1. El derecho a la muerte voluntaria	145
6.2. Eutanasia y suicidio. Semejanzas y diferencias	150
6.3. La elección en cuestión	153
6.4. La muerte médicamente asistida	158
6.4.1. ¿Tiene derecho un paciente a decidir la terminación de su vida?	158
6.4.2. ¿Tiene derecho un paciente que quiere morir a pedir ayuda a su médico?	161
6.4.3. ¿Tiene el médico el deber de responder al pedido de ayuda para morir?	162
6.4.4. ¿Debe el Estado respaldar los derechos del paciente y el deber del médico?	166
6.5. Argumentos a favor y en contra de la legalización	167
6.6. Cuidados paliativos y eutanasia	171
6.7. Eutanasia pasiva y activa, ¿qué tan diferentes?	175
6.8. Algunos testimonios	179
6.9. El debate impostergable	187
Capítulo 7. ¿Qué concluir?	191
Anexos	199
1. Modelo de testamento vital	199
2. Declaración de pedido de eutanasia	201
3. El procedimiento de notificación de eutanasia	202
4. Modelo de notificación de eutanasia	203
5. Frecuencia de eutanasias y otras decisiones médicas al final de la vida en Holanda	205
6. Relación de casos incluidos en la tesis	207
Bibliografía	208

Introducción

La premeditación de la muerte es premeditación de la libertad. Quien ha aprendido a morir ha olvidado la servidumbre. Saber morir nos libra de toda sujeción y obligación.

Montaigne¹

Esta tesis trata sobre la vida, sobre la muerte y especialmente sobre las decisiones que preceden a esta última. Trata también sobre la dignidad y la libertad. De la combinación de estos elementos se desprende el tema de la eutanasia, eje central de la investigación que ahora presentamos, práctica que entendemos como una opción de terminación de vida, por medio de la cual un individuo puede mantener su capacidad de elegir hasta el último momento.

Para alguien que ha reflexionado en la muerte y ha aceptado que ésta es una parte inevitable de la vida, saber que su fin está próximo no es necesariamente lo más temido. Para muchas personas, es peor el miedo de llegar a ese momento en condiciones que impliquen un terrible sufrimiento o una situación de indignidad que les obligue a llevar una vida contraria a los valores que siempre han defendido. Pero el punto es que en la época que vivimos, los avances de la medicina y la tecnología permiten alargar la vida, mucho más allá de lo deseable, a quienes padecen gravísimas limitaciones físicas causadas por enfermedades o por la simple ancianidad.

¿Qué queremos al final de *nuestra* vida? Por mucho que prefiramos no pensar en la muerte, deberíamos asumir la responsabilidad de decidir qué queremos y qué no queremos para cuando estemos cerca de ella. Ni siquiera podemos confiar en hacerlo cuando llegue el momento porque la realidad nos enseña que no hay ninguna garantía de que entonces estemos conscientes o mentalmente capacitados para tomar decisiones. Es necesario plantearnos desde ahora la pregunta para tener una respuesta a tiempo, la que quizá seamos nosotros mismos quienes más agradezcamos, pero igualmente pueden ser otros que deberán tomar decisiones en lugar nuestro y sólo así podrán hacerlo basándose en voluntades explícitas.

¹ Montaigne, "Que filosofar es prepararse a morir", Ensayos.

Por las publicaciones médicas y noticias provenientes de otros países, nos damos cuenta que día con día crece la preocupación entre las personas por asegurarse una “muerte digna”. Sin duda este es un concepto del que se ha abusado y del que se habla con demasiada facilidad, como queriendo negar que hay una degradación inevitable en el cuerpo con la vejez y con ciertas enfermedades. Tiene razón Sherwin Nuland al señalar que este ideal funciona, especialmente hoy, como un mito con el que intentamos superar el temor que sentimos ante la muerte, temor que crece en la medida en que lo mantenemos oculto. Este médico ha tenido un extenso y directo contacto con la muerte a lo largo de su vida profesional y personal; por lo mismo, no es que piense que deba abandonarse el ideal de una muerte digna, pero sí que hay que buscarle sustento en la realidad. Esto es posible si se tiene un conocimiento de los aspectos de la muerte que más nos asustan, lo cual nos permitirá elegir, en cierta medida, la muerte que queremos.²

Vista así, la dignidad al morir se puede relacionar con la posibilidad de ejercer la libertad hasta el final de la vida para mantener la coherencia con los valores en los que hemos creído. Las asociaciones que apoyan el derecho a morir con dignidad saben muy bien qué defienden porque sus miembros han conocido de cerca la indignidad al presenciar la forma de morir de otras personas, entre ellas, las de sus propios padres a quienes vieron sometidos a tratamientos que hubieran rechazado de haber podido. Acaso nosotros mismos hemos tenido alguna experiencia similar al haber presenciado o haber sabido de la muerte de personas, más o menos cercanas, que vivieron sus últimos días en condiciones que *debían haberse evitado*. En eso consiste una muerte indigna. No sólo son las circunstancias que rodean una muerte así; es, sobre todo, el hecho de que podrían haberse evitado si se hubiera tomado en cuenta la voluntad de quien moría. Porque lo que realmente debe importar es lo que cada persona considera indigno para sí misma, lo cual varía enormemente entre diferentes individuos. Vivir dependiendo por completo de otros, padecer dolores insoportables, estar conectado a máquinas para sobrevivir, tener incontinencia, sentirse inútiles. Todos estos son ejemplos de formas de vida que diferentes personas querrían evitar por considerarlas indignas, pero hay más. Para otros individuos, sería vivir la etapa final en estado inconsciente o privados de toda memoria y conciencia de una vida anterior. Sin

² Nuland, S. *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid, Alianza Editorial, 1995, p. 16-17.

embargo, debe tenerse presente que cada una de estas condiciones podría ser aceptable para otras personas que encontrarían algún sentido en vivir así y, por tanto, no les parecerían indignas.

La voluntad de las personas de cara a la muerte varía entre dos extremos representados, por un lado, por quienes desean aferrarse a la vida aun cuando ésta vaya acompañada de sufrimiento y grandes limitaciones y, por otro, por quienes encuentran en la eutanasia la única salida aceptable. El problema, para estas personas, es que no hay acuerdo sobre la moralidad de esta práctica y es ilegal en la mayoría de los países, a excepción de Holanda y Bélgica.³ Fuera de estos lugares, las personas que desean la eutanasia deben recurrir a ella de manera clandestina. En otros casos, los enfermos o sus familiares (si ellos no pueden hacerlo) buscan una solución mediante la solicitud de un permiso judicial para recibir la muerte asistida sin que los participantes sufran las consecuencias penales por su colaboración.⁴ Además de todo el peso emocional que estos procesos conllevan, los solicitantes corren el riesgo de que les sea negado el permiso y les resulte mucho más difícil obtener ayuda para terminar con su vida (o la de un familiar) por el hecho de que la atención pública está puesta en ellos. Aun así, hay que reconocer que gracias a estos procesos judiciales diferentes países han avanzado en el debate sobre el tema porque la sociedad adquiere conciencia de los problemas que cualquier persona puede enfrentar al final de la vida.

Quizá en México no hemos tenido conocimiento de casos así, pero eso no significa que no se practique la eutanasia, sino que se aplica de manera clandestina. Esto implica que muchos enfermos que quisieran esta ayuda no pueden recibirla; que los médicos que aceptan ayudar a morir tienen que asumir los riesgos que implica actuar fuera de la ley; finalmente, que no se pueden establecer controles adecuados para una práctica cuando la política imperante es hacer como que no existe.

³ En Holanda, la eutanasia se despenalizó desde 1994 y a partir de abril de 2002 se aprobó una ley para regular su práctica. En Bélgica, esta práctica está regulada legalmente desde el 23 de septiembre de 2002. En Oregon, E.U., el suicidio médicamente asistido se permite legalmente desde 1997. En Suiza, la ayuda al suicidio se permite legalmente desde 1941 y existe una asociación, *Dignitas*, que en los últimos años ha extendido esta ayuda a enfermos extranjeros que llegan al país buscando la última posibilidad de morir con dignidad.

⁴ En el siguiente capítulo revisamos la definición de eutanasia y aclaramos que en algunos casos es más pertinente hablar de muerte asistida o muerte médicamente asistida. En un sentido restringido la eutanasia se refiere sólo a la muerte médicamente asistida que se produce por petición expresa del enfermo que fallece.

Creemos que esta situación debe cambiar y que en nuestro país se necesita hacer una profunda revisión y reflexión sobre los diferentes problemas que los enfermos enfrentan al final de su vida y sobre las decisiones de los médicos en esas situaciones. Sin duda, son temas difíciles de encarar, especialmente el de la eutanasia, ya que en su discusión intervienen valores personales, morales, religiosos, legales, culturales y, por si fuera poco, intensas emociones. Pero en la medida que afrontemos estos temas, iremos logrando que las personas mueran mejor y que puedan, en lo posible, elegir la muerte que quieran. Si bien competen al ámbito médico, legal y académico, es importante que se hagan extensivos a la sociedad para que ésta exprese su opinión sobre lo que quiere que se permita y quiere que se prohíba. Después de todo, las leyes están para respaldar lo que la sociedad considera más conveniente en un momento dado.

Lo cierto es que sólo se puede opinar de lo que se conoce y con más razón quisiéramos que así fuera para un problema tan delicado como el que nos ocupa. El debate sobre la eutanasia requiere opiniones reflexionadas y para ello es necesario que los participantes tengan un conocimiento claro de lo que es esta práctica. Este documento pretende ser una contribución en ese sentido ofreciendo una aproximación al tema que permita entender cuándo una acción que pone fin a una vida es una eutanasia y, muy importante también, cuándo no. Por ello, dedicamos el capítulo 1 a la revisión del concepto, tarea que nos parece imprescindible cuando se trata de iniciar una investigación sobre cualquier problema, pero doblemente necesaria cuando existen significados tan distintos sobre el mismo. Con este fin analizamos los diversos usos del término “eutanasia” en la actualidad y a través de la historia, con lo cual, al mismo tiempo podemos tener una idea de cómo han ido cambiando las actitudes ante esta práctica. Proponemos una definición específica de la eutanasia que permita asegurarnos que hablamos de lo mismo cuando nos referimos a ella, aun cuando existan otras prácticas relacionadas con la terminación de la vida que también nos interesan y de las cuales también nos ocupamos.

En los siguientes capítulos nos basamos en algunos autores para ofrecer un panorama de los principales temas a considerar al discutir si la eutanasia es aceptable o no desde el punto de vista ético y legal. Además de los ejemplos que los autores incluyen para mostrar las situaciones en que las personas toman decisiones sobre el final de su vida (o la de un ser querido cuando éste ya no puede hacerlo), añadimos otros casos de petición de muerte

asistida por parte de personas cuya situación conocimos a través de los medios mientras realizamos nuestra investigación. Representan la mejor prueba de la necesidad de encontrar pronto soluciones a problemas como los que en ellos se exponen.

El capítulo 2 se organiza en torno al libro que Marie de Hennezel dedica a la eutanasia y fueron principalmente dos las razones para hacerlo así. La primera, la afinidad profesional con esta autora, psicóloga y psicoanalista, con quien compartimos la preocupación por dar un lugar privilegiado a la palabra del enfermo y de manera mucho más especial cuando éste vive la confrontación con el final de su vida. La segunda razón, su valiosa labor acompañando pacientes terminales y ayudándolos a encontrar serenidad, la cual la autoriza, de manera especial, a hablar de un tema relacionado con el sufrimiento y la muerte. Al encontrarnos con su libro *La tentación de la eutanasia*, pensamos que era una lectura obligada que nos permitiría conocer argumentos de peso en contra de esta práctica y en la medida que avanzamos en ella, nos pareció interesante establecer una especie de dialogo con Hennezel en el que hiciéramos participar también a otros autores. El capítulo cumple dos propósitos. Por un lado, presenta la posición de esta psicoanalista con respecto a la eutanasia, lo que permite reconocer tanto su solidez como sus puntos débiles al argumentar contra esta forma de terminación de la vida. Por otro lado, el capítulo muestra el importante papel que juegan los cuidados paliativos en la atención del enfermo terminal.

En el capítulo 3, es el jurista y filósofo Ronald Dworkin quien nos da la oportunidad de reflexionar y discutir en torno al concepto del valor sagrado de la vida, el cual constituye uno de los argumentos con más frecuencia utilizados para condenar la eutanasia. La idea central de este capítulo es que al defender el valor “sagrado” de la vida, éste debe comprenderse en un sentido que va más allá de la existencia biológica. No se trata de defender en abstracto cualquier forma de vida humana, sino de defender la vida personal, la que vive cada individuo, para que sea él quien, en función de sus valores, determine si quiere o no prolongar una vida en la que predomina el sufrimiento o la incapacidad. Desde esta perspectiva, se puede entender que algunas personas, en ciertas circunstancias, elijan acelerar su muerte, pero también que otras personas, en las mismas circunstancias, prefieran seguir viviendo. En el capítulo se analizan tres situaciones, ejemplificadas con casos, en las que se toman decisiones sobre la propia muerte o la de otros: 1) cuando las personas están

conscientes y competentes; 2) cuando están inconscientes y 3) cuando están conscientes pero incompetentes.

En el capítulo 4 revisamos las posiciones del catolicismo frente a la eutanasia. Dado que la religión tiene una gran influencia en las valoraciones morales de las personas, al mismo tiempo que representa una respuesta ante la angustia que suscita la muerte, teníamos claro que debíamos considerarla en la investigación de una práctica sujeta a valoración moral precisamente por provocar la muerte. Elegimos la religión católica por su predominio en la población mexicana, pero también por su importante presencia en las discusiones y publicaciones de bioética y, finalmente, porque la Iglesia Católica pretende imponer sus preceptos también en los no creyentes y se siente autorizada a intervenir en la vida política de los países, oponiéndose a la legislación de prácticas como la eutanasia. Tan sólo por este afán de dominio, merece ser examinada de manera crítica; más aún, tomando en cuenta que la historia demuestra que la Iglesia se ha equivocado en sus condenas y tendría que considerar si no le está pasando lo mismo al prohibir la eutanasia. Así lo creen algunos católicos y esta es la aportación de este capítulo que, además de la posición oficial del Vaticano, examina las de otros representantes católicos: una intermedia que se mantiene ambivalente hacia la eutanasia y otra que se opone abiertamente al Vaticano por considerar que esta práctica debe ser una opción válida para los católicos. Conocer estas otras posiciones puede ayudar a los creyentes a preguntarse y reflexionar sobre el tema para tener una posición personal, como muchos lo han hecho al adoptar medidas anticonceptivas prohibidas por el Papa.

El capítulo 5 se dedica a la experiencia de Holanda por tratarse de un país que lleva más de treinta años reflexionando y discutiendo cómo enfrentar el problema de las decisiones médicas al final de la vida. A pesar de tratarse de una nación con la que México tiene notorias diferencias culturales, religiosas, económicas y en cuanto al sistema de salud, podemos aprender de esta sociedad en la que se privilegió el debate abierto sobre la eutanasia en lugar de limitarse a prohibirla y dejar que se siguiera realizando de manera clandestina. Gracias a esa decisión, el gobierno cuenta con datos bastante aproximados de la frecuencia y forma en que se aplican las diversas modalidades de muerte médicamente asistida. Esta información, junto con la que proporcionan los casos llevados a juicio, ha sido la base para revisar y ajustar las leyes de acuerdo a lo que se considera más adecuado desde

la perspectiva ética y legal. Además de revisar brevemente los pasos que llevaron a permitir legalmente la eutanasia, incluimos los temas más importantes del debate actual: 1) la terminación de la vida de personas con sufrimiento mental sin enfermedad física, 2) de neonatos graves y 3) de pacientes que están incapacitados para pedirla ellos mismos. Quienes se oponen a la eutanasia, dentro y fuera de Holanda, han utilizado casos relacionados con estos temas como prueba de una práctica abusiva, pero los médicos en ellos implicados justifican éticamente su actuación. Al final del capítulo hacemos una comparación con la situación legal de la eutanasia en otros países, entre ellos, el nuestro.

En la medida que avanzamos en la investigación del tema basándonos en las contribuciones de diferentes autores, identificamos los puntos principales del debate sobre la eutanasia, los principales argumentos a favor y en contra de ésta y formulamos las preguntas que, desde nuestro punto de vista, son esenciales para revisar el sustento ético de tales argumentos: 1) si un paciente tiene derecho a decidir la terminación de su vida; 2) si tiene derecho a pedir esa ayuda a un médico; 3) si éste tiene algún deber de responder a esa petición; 4) si el Estado debe respaldar los derechos del paciente y el deber del médico. En el capítulo 6 analizamos todo este material y planteamos nuestro punto de vista personal sobre la aceptabilidad y conveniencia de legalizar esta práctica. Revisamos otras cuestiones polémicas tales como la relación entre eutanasia y suicidio, la aparente oposición entre eutanasia y cuidados paliativos, la supuesta diferencia entre eutanasia pasiva y activa y el tema de la legalización. Incluimos cinco casos de muerte médicamente asistida, uno de ellos de nuestro país.

Para terminar de introducir esta investigación sobre una forma de terminación de vida elegida, nos queda por decir que este trabajo significa un paso más en un recorrido que decidimos emprender hace años para encontrar respuestas al enigmático y angustiante tema de la muerte. Cuando concluimos la tesis de maestría *Muerte y subjetividad. Una experiencia de investigación*⁵ expresamos nuestra satisfacción al descubrir que ante la presencia amenazadora de la muerte se pueden abrir posibilidades para estar mejor si en lugar de negarla sabemos darle un lugar. De esta manera se puede hablar de lo que tanto angustia, resolver pendientes, despedirse o, simplemente, estar acompañado por otros. Ahora

⁵ Álvarez, A. Muerte y subjetividad. Una experiencia de investigación. *Tesis de maestría. Facultad de Psicología*. UNAM, México, 1998.

queremos llamar la atención sobre la diferencia que introduce el poder elegir, incluso ante la muerte, y reafirmamos lo que entonces descubríamos: no podemos cambiar nuestro destino mortal inevitable; sólo podemos influir sobre nuestra vida y por eso debemos decidir cómo queremos que sea ésta, aun cuando los márgenes para movernos se estrechen más de lo que quisiéramos. En este sentido, la eutanasia también es una opción de vida en la que se decide cómo no se quiere vivir.

Por supuesto, las respuestas que hemos ido encontrando a lo largo de este largo proceso de investigación siempre llevan a nuevas preguntas, las cuales originan nuevos proyectos de trabajo que forman parte de nuestra vida y nos ayudan a vivir mejor *a pesar de la muerte*. Por ahora presentamos el que realizamos en el periodo comprendido entre noviembre de 2001 y diciembre de 2003.

Capítulo 1. Qué entender por eutanasia

La revisión de un tema tan polémico como lo es la eutanasia debe empezar por poner en claro qué debe entenderse cuando se habla de ella. Esto es especialmente importante porque existen distintas acepciones del término (algunas completamente opuestas entre sí) y porque en muchas ocasiones las personas toman una posición a favor o en contra de esta práctica sin darse cuenta que se basan en ambigüedades o imprecisiones conceptuales.

No es raro escuchar a gente que condena la eutanasia porque se opone a que existan médicos autorizados a terminar con la vida de personas muy ancianas o muy enfermas hospitalizadas que querrían seguir viviendo. Quienes opinan así ignoran que en esa idea coinciden con muchos defensores de la eutanasia que rechazarían una acción así, realizada sobre personas que nunca han manifestado intención alguna de poner fin a su vida. El problema radica en llamar “eutanasia” un acto que en realidad es un homicidio.

El punto es que cada opinión que se emite sobre el tema importa porque influye en otras y porque cada una contribuye al proceso de discusión y revisión que el tema necesita. Es deseable que cada vez sea mayor la participación de la sociedad en este debate, pero al estar en juego la valoración moral, social y legal de esta práctica, es fundamental que exista precisión en los conceptos y se aclaren los diferentes usos de la palabra “eutanasia”. Es la condición para estar seguros de que al argumentar a favor o en contra de ella, la acción que se está valorando es efectivamente la eutanasia y no otra acción con la que se pone fin a una vida. Así como un mal uso de la palabra ha llevado a abusos condenables de la práctica, una comprensión inadecuada de ésta, puede llevar a su prohibición injustificada.

La misma exigencia de claridad que esperamos de la sociedad, dispuesta a opinar y discutir sobre el tema, la aplicamos a nuestra tarea. Al proponernos una investigación sobre la eutanasia, consideramos imprescindible partir de una revisión del concepto que incluya un análisis de los diversos usos del término, una explicación de sus cambios a través de la historia y una presentación de las diferentes definiciones y clasificaciones existentes. Y así como nos ocupamos de las variantes de la eutanasia, habrá que considerar esas otras acciones que no corresponde denominar así, pero que guardan relación con ella por referirse a situaciones en las que debe decidirse sobre la terminación de una vida.

1.1. Un poco de historia¹

El término *euthanasia*, compuesto por las raíces griegas *eu* y *thanatos*, que significan bueno y muerte respectivamente, ha sido utilizado desde el tiempo de la cultura greco-romana para referirse a una muerte fácil, tranquila y sin dolor. Al parecer, el primer registro de su uso se encuentra en la obra del historiador romano Suetonio (69-125 DC aprox) *La vida de los doce Césares*, en que relata que César Augusto tuvo una muerte dulce, a la medida de sus deseos, según lo que había expresado siempre que escuchaba que alguien moría rápidamente y sin dolor en que pedía para él y su familia una similar *euthanasia*.²

Desde luego, que el término fuera acuñado en este tiempo, no significa que la práctica no existiera desde antes. Como señala Diego Gracia, en los pueblos primitivos han existido muchos tipos de prácticas eutanásicas que consisten en acciones o rituales realizados con el fin de dejar morir a miembros de la comunidad debido a diferentes razones: su edad avanzada, su invalidez, su incompetencia, o al hecho de padecer una enfermedad incurable que implicara grandes dolores. Estas prácticas eran realizadas por familiares, chamanes o hechiceros e incluían lo mismo ayudar a morir, en el sentido de acompañar en el paso de la vida a la muerte, que acelerar la muerte misma. Lo que sucedió en Grecia con la llegada de la medicina científica, fue que la práctica quedó a cargo de los médicos; fue el momento de la medicalización de la eutanasia.³

Según este autor, es equivocada la idea tan extendida de que la medicina siempre se ha opuesto a la eutanasia porque ésta va en contra del objetivo de defender la vida. En realidad, existe evidencia de que la medicina occidental ha sido eutanásica desde su origen. Para demostrarlo recuerda a Platón en *La República*, donde establece que la medicina debe dirigirse sólo a los seres con una constitución sana para librarlos de alguna enfermedad y no a personas crónicamente enfermas o inútiles que son una carga para la sociedad.⁴ La posición de Platón coincide con la de los médicos hipocráticos que consideraban que no había que tratar las enfermedades incurables y que había que dejar morir a las personas débiles. De acuerdo a Gracia, esta idea de no tratar lo que no es tratable corresponde al

¹ Para una revisión detallada de la historia de la eutanasia, véase Humphry, D., Wickett, A. *The Right to Die*. Oregon, Helmock Society, 1990; Reich, W.T. (ed). *The Encyclopedia of Bioethics*, edición revisada. New York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, Vol 1, p. 554-563.

² Urraca, S. "Eutanasia: concepto y contexto". En Urraca S., (Ed). *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Madrid, Editorial Noesis, 1996, p. 43-66.

³ Gracia, D. "Historia de la eutanasia". En Urraca S. *Op. Cit.* p. 67-91.

desahucio, una práctica que se seguía porque se comprendía que la medicina no debe tratar de curar lo que no puede curar.⁵

Se entiende que hay una diferencia entre esta última práctica y la muerte rápida y dulce que requiere la ayuda de un médico. El desahucio consistía en no tratar de curar lo incurable y esta otra práctica debía incluir la administración de alguna droga para conseguir que la muerte se produjera a la brevedad y sin dolor. Es una distinción que podría corresponder a la que existe en la actualidad entre eutanasia pasiva y activa. Lo cierto es que no puede haber duda de que se practicaba la eutanasia activa, pues sólo así se explica que el juramento hipocrático prohibiera expresamente a los médicos administrar a sus pacientes un fármaco mortal, aunque así lo pidiesen.⁶

Con la influencia del cristianismo, la eutanasia fue condenada, lo mismo que el suicidio. Por un largo periodo de casi doce siglos, que inició alrededor del siglo III, imperó la idea de que Dios es el único que puede disponer de la vida de las personas. Se aceptaba que tanto la vida como el sufrimiento forman parte de los planes divinos, por lo que se prohibía toda acción encaminada a acelerar la muerte de alguien, por muy dolorosa que fuera su agonía.⁷

Fue hasta el siglo XIV que cambiaron nuevamente las actitudes hacia el suicidio y la eutanasia. Con el Renacimiento, los valores griegos y romanos adquirieron otra vez importancia y se dieron las condiciones para pensar en la “muerte fácil” como opción.⁸ Más tarde, en el siglo XVII, el término *euthanasia* fue introducido al inglés por el filósofo Francis Bacon,⁹ quien consideraba necesario que los médicos auxiliaran a los enfermos próximos a morir a tener una muerte tranquila. En su obra *El avance de la ciencia*, distinguía esta forma de eutanasia “externa”, concebida como una ayuda del médico para acelerar la muerte, de la eutanasia entendida como asistencia que prepara el alma para tener una buena muerte.¹⁰

⁴ Platón, *Rep* 407/408d.

⁵ Gracia, D. *Op. Cit.*

⁶ Para consultar el juramento hipocrático, véase *Bioética Temas y perspectivas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica 527; 1990, p. 221.

⁷ Humphry, D., Wickett, A. *Op. Cit.*, p. 5-8.

⁸ *Ibid.*

⁹ Reich, W.T. *The Encyclopedia of Bioethics*, edición revisada. New York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, Vol 1, p. 554.

¹⁰ Citado por Gracia, D. *Op. Cit.*, p 80.

A partir de entonces, se escucharon más voces que reivindicaron la eutanasia, lo mismo de filósofos y escritores que de médicos. Una importante obra a favor de la eutanasia fue *De Euthanasia Medica* que Karl F Marx publicó en 1826 y en la cual expone la necesidad de enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos que están cerca de su muerte.¹¹ En las siguientes décadas se dieron otras recomendaciones en el mismo sentido como fueron las del Dr. Frank E. Hitchcock, quien instaba a los médicos a reconocer las necesidades de sus pacientes terminales y acabar con su sufrimiento.¹²

En la primera mitad del siglo XX, tanto en América como en Europa, se discutía la conveniencia de legalizar la eutanasia y surgieron las primeras asociaciones en defensa del derecho a una muerte digna. Sin embargo, este proyecto se vio ensombrecido por el terrible genocidio que por esos años los nazis presentaron como proyecto eutanásico.

También vino la guerra con sus propios horrores y una presencia invasora de la muerte, pero con ella se dieron notables progresos médicos como consecuencia de la masiva y urgente necesidad de asistir a los heridos. La segunda mitad del siglo XX se caracterizó, sobre todo en las últimas décadas, por un acelerado avance de la tecnología médica que produjo cambios muy significativos en la atención de los pacientes, en la forma morir y en el concepto mismo de muerte. La discusión sobre la eutanasia se intensificó debido al creciente número de personas que se encontraron en situaciones en las que se consideraba deseable poner fin a su vida, así como por el creciente número de casos llevados a juicio, acusados de homicidio por haber ayudado a morir a algún familiar para terminar con su sufrimiento.

Desde las últimas décadas del siglo pasado, se han incrementado las enfermedades crónicas como el cáncer, el sida y ciertas condiciones neurodegenerativas que pueden llegar a producir un sufrimiento físico y moral que resulta intolerable para muchos enfermos. Por otra parte, gracias a las grandes posibilidades tecnológicas, han aumentado los casos de personas que viven en estado inconsciente de manera irreversible. Estas situaciones, cada vez más frecuentes, plantean la necesidad de considerar la alternativa de acelerar la

¹¹ Este médico Karl F.H. Marx (1796-1877) no debe confundirse con el mucho más conocido filósofo y economista Karl Marx (1818-1883). La cita de la obra sobre la eutanasia es: Marx Karl F.H. 1977 (1826). "Medical Euthanasia." In *Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concernes*, p. 495-497. Edited by Stanley Joel Reiser, Arthur J. Dyck, and William J. Curran. Cambridge, Mass.: MIT Press. Véase Reich, W.T. (ed). *Op.cit.* Vol.1 p. 556 y 558.

¹² Humphry, D., Wickett, A. *Op. Cit.* p. 11.

terminación de la vida. Por esta razón, se hizo impostergable la revisión de los argumentos éticos y legales sobre la eutanasia.

1.2. La diversidad de significados

Con voces a favor y en contra, el tema que nos ocupa, al mismo tiempo que adquiría mayor relevancia, atrajo la atención de diferentes sectores de la sociedad. Sin embargo, el término “eutanasia” se siguió utilizando con diferentes sentidos.

De acuerdo a la *Encyclopedia of Bioethics*,¹³ existen cuatro significados de *euthanatos* que se han manejado a lo largo de la historia: 1) inducir la muerte a quienes están sufriendo; 2) terminar con la vida de quienes son indeseables; 3) dar atención a los moribundos; 4) dejar morir a las personas. Llama la atención que Harold Vanderpool,¹⁴ autor del apartado correspondiente a la definición en dicha enciclopedia, aclare que los dos primeros sentidos corresponden a las definiciones y al uso común de la actualidad. Nuestra opinión es que todos los sentidos coexisten, aun cuando correspondan a acciones que entre sí mantienen diferencias muy importantes. Así, vemos que el primer sentido, “inducir la muerte a quienes están sufriendo”, se refiere a un acto motivado por compasión, si bien en esta definición falta especificar quién toma la decisión de poner fin a la vida, aspecto decisivo a la hora de juzgar la moralidad de esta práctica. En cambio, en el segundo sentido, “terminar con la vida de quienes son indeseables”, se describe un acto completamente diferente, en tanto está motivado por la discriminación. En este caso, lo que nos parece más preocupante es que haya sujetos que se atribuyen el poder para decidir que hay personas indeseables que deben ser eliminadas.

Según el mismo autor, el tercer significado, “dar atención a los moribundos”, coincide con el de Francis Bacon quien, ya hemos mencionado, sostenía que los médicos debían ayudar a los enfermos a tener una muerte tranquila. Sin embargo, este sentido resulta demasiado amplio en tanto no aclara en qué consiste esta ayuda ni a qué fin se dirige: si a aminorar los dolores del cuerpo o los del alma. Por su parte, el cuarto significado, “dejar morir a las personas”, corresponde, para Vanderpool, a la llamada eutanasia pasiva. No cabe

¹³ Reich, W.T. (ed). *Op. Cit.* Vol. 1 p. 554.

¹⁴ University of Texas, Gavelstone, 1995.

duda que existe una relación con esta forma de eutanasia, pero creemos que el dejar morir no debe asimilarse del todo con ella.

Si bien la *Encyclopedia of Bioethics* incluye un extenso desarrollo sobre aspectos relevantes de la eutanasia, no se ocupa de precisar una definición. Sucede algo similar al revisar un libro dedicado al tema de la muerte: la *Encyclopedia of Death*.¹⁵ Joseph Richman, el autor del apartado correspondiente, menciona el significado etimológico de “una buena muerte, tranquila y sin dolor” y añade, para proponer como definición, “los procedimientos para conseguir esa forma de muerte”. Asegura que este es el aspecto realmente polémico del tema y comenta la capacidad de una misma palabra para referirse tanto a una forma de muerte deseable (cualquier forma de “buena muerte”) como a una que algunos consideran moralmente inaceptable. Por otra parte, el autor está convencido de que el tema de la eutanasia es ineludible en el contexto actual de la medicina, cuyos avances nos enfrentan con nuevos dilemas éticos relacionados con la terminación de la vida.

1.3. Una definición de la práctica actual

Con lo expuesto hasta aquí, nos damos cuenta que la práctica de facilitar la muerte es muy antigua, pero también que el término “eutanasia”, que ha servido para referirse a ella, es difícil de aprehender por la diversidad de sentidos con que ha sido utilizado. El origen etimológico que alude a una buena muerte es demasiado general y se presta a incluir interpretaciones muy distintas. Lo mismo se refiere a la muerte tranquila y sin dolor, que requiere la ayuda de un médico, que a la muerte que llega sin luchar contra ella, la cual puede no garantizar la ausencia de dolor, pero se considera deseable porque evita el sufrimiento inútil que se produce al intentar curar lo incurable. Con “eutanasia” también se ha aludido al cuidado de los enfermos para ayudarlos a morir en paz, haciendo énfasis en el sentido espiritual. Finalmente, se ha llegado a utilizar el término para designar una práctica por medio de la cual la sociedad elimina miembros que considera inútiles e inferiores. Así como en su tiempo los griegos y romanos consideraron beneficioso para el Estado poner fin a la vida de niños y adultos con malformaciones o invalidez, con la misma intención eugenésica¹⁶ se justificó en la Alemania nazi el exterminio de miles de personas.

¹⁵ Kastenbaum, R., Kastenbaum, B. *Encyclopedia of Death*. New York, Avon Books, 1993 p. 114-119.

¹⁶ “Eugenesia” es un término acuñado en 1883 por el científico inglés Francis Galton tomando las raíces griegas *eu*

De manera que tenemos una palabra que favorece la ambigüedad y confusión, efecto que tiene consecuencias importantes cuando se busca hacer una valoración moral de una práctica para discutir la conveniencia de permitirla y legalizarla. Con ello se demuestra la necesidad de contar con una definición mucho más precisa de la eutanasia que permita distinguirla de otras prácticas que de alguna forma se relacionan con ella.

Encontramos una respuesta al consultar *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*.¹⁷ Aun así, los autores del apartado sobre eutanasia en esta obra advierten que es prácticamente imposible dar una definición de ella con la que todos estén de acuerdo y con la que nadie se ofenda. Wimpert Hart y A. J. Overbeke, ambos holandeses, proponen una definición que coincide en gran medida con la de su país: “la terminación intencional de la vida o la interrupción intencional de los procedimientos destinados a prolongar la vida, por un médico”. Esta definición –dicen ellos- presupone que el paciente debe estar capacitado mentalmente, por lo que excluye toda acción dirigida a recién nacidos, niños o adultos mentalmente incompetentes. El carácter intencional al que alude la definición se refiere a la acción del médico, pero se entiende que esta acción se da en respuesta a la libre determinación del paciente. Una característica interesante de esta definición es que comprende y especifica las dos formas en que se realiza la eutanasia, tanto la activa como la pasiva, con lo cual se supera la distinción que, en términos de valoración moral, suele hacerse entre ambas.

Sin duda, Holanda es el país donde se han realizado las discusiones más profundas en torno a la eutanasia y éstas han sido abiertas a toda la sociedad. Dado el objetivo del gobierno de establecer las mejores condiciones para permitir aplicarla de manera controlada, ha sido una tarea prioritaria contar con una definición satisfactoria de esta práctica. Por eso, vale la pena analizar los elementos que la componen.

De acuerdo a Henk Ten Have, la definición de “eutanasia” que suele utilizarse en su país es “la finalización intencional, por parte de un médico, de la vida de un paciente, a

y *gen* para denominar el “buen nacimiento”. Con este término llamó a la ciencia dedicada a perfeccionar la raza humana. Véase Reich, W.T. (ed). *Op. Cit. Vol 2*, p. 765.

¹⁷ Lock, S., Last, J., Dunea, G. *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*. Oxford, Oxford university Press, 2001, p. 292.

petición de éste”.¹⁸ Son tres las características que resalta el autor: la intención, la solicitud del paciente y el papel del médico.

La *intención* es un elemento intrínseco de toda acción y en este caso se refiere a la intención del médico de terminar activa y directamente con la vida del paciente porque se busca poner fin a su sufrimiento.

La *petición por parte del paciente* es una justificación moral que siempre ha estado presente en los debates sobre el tema en Holanda. Esta petición debe ser voluntaria, explícita y repetida. Si no existe esta solicitud, no se considera eutanasia el procedimiento que pone fin a la vida de un enfermo.

El *médico* es a quien corresponde realizar la eutanasia y se descarta a cualquier otro profesional sanitario para hacerlo; si no se cumple esta condición, no se puede hablar de eutanasia sino de homicidio.¹⁹

La Asociación Médica Mundial propone una definición aproximada de “eutanasia”, pero en este caso para calificarla como una práctica que va contra la ética: “el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, *aun* ante el pedido de éste”.²⁰ Con todo, parece haber el reconocimiento de la importante diferencia que introduce el hecho de que exista una solicitud explícita del enfermo. Si bien no se hace referencia a la participación del médico, esto puede explicarse como un sobreentendido al tratarse de una comunicación entre médicos: una asociación médica se dirige a médicos para definir su posición sobre la eutanasia.

Por último, podemos mencionar la definición de “eutanasia” de Diego Gracia, la cual no sólo contempla la participación del paciente, sino que incluye otras precisiones interesantes sobre las intenciones de la acción: “el hecho de provocar directa y

¹⁸ Ten Have, H. “Eutanasia: la experiencia holandesa”. En: *Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*. Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1996, p. 38-53.

¹⁹ Ten Have, H. *Op. Cit.* p. 40-41.

²⁰ *Declaration on Euthanasia*, World Medical Association, 1987 en *Los Angeles Time*, 12 October 1987, citada por Singer, P., *Rethinking Life and Death*. New York, St. Martin’s Griffin, 1994, p. 157. El subrayado es nuestro.

voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno (bajo los supuestos de autonomía, desarrollo de la personalidad y consentimiento libre y voluntario del paciente)”.²¹

Después de revisar diferentes definiciones tenemos elementos suficientes para proponer una que nos sirva de referencia común. Igual que se hace en Holanda, apoyamos la idea de favorecer el sentido restringido del término para evitar la ambigüedad. De esta forma, al hablar de eutanasia se hará referencia a una práctica que no puede aplicarse contra la voluntad de la persona cuya vida termina.

Dadas estas consideraciones proponemos la siguiente definición:

Eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste.

Esta definición delimitada obliga a buscar otras expresiones para referirse a esas otras prácticas que también nos interesan porque son acciones relacionadas con la terminación de la vida en el contexto médico. Para esos casos en que el paciente no ha podido expresar su voluntad, se puede llamar a la acción, siguiendo la distinción utilizada en Holanda, “terminación de la vida sin solicitud expresa”.²²

1.4. Otras definiciones y clasificaciones

La eutanasia, entendida en el sentido limitado en que la hemos definido sólo incluye las situaciones en que es el mismo paciente quien la solicita. Por tanto, se sobrentiende que la eutanasia es voluntaria y que, en sentido estricto, no debería hablarse de eutanasia no voluntaria, ni de eutanasia involuntaria. Sin embargo, esta clasificación se utiliza, por lo que vale la pena revisar bajo qué consideraciones.

²¹ Urraca, S. “Eutanasia: concepto y contexto”. En Urraca, S. *Op. Cit.* p. 45.

²² Van Kalmthout, A. La eutanasia, ayuda al suicidio y terminación activa de la vida sin solicitud expresa en los Países Bajos. En Díez, J.L., Muñoz, J. (Ed). *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*. Valencia, Tirant lo Blanch, 1995, p. 318-324.

1.4.1. Eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria

Eutanasia voluntaria es la terminación de la vida de un paciente en respuesta a la petición de éste expresada libremente.

Eutanasia no voluntaria es la terminación de la vida de un paciente sin que el afectado lo solicite expresamente por encontrarse incapacitado para hacerlo.

Eutanasia involuntaria es la que se lleva a cabo en contra del deseo o decisión del enfermo.²³

Esta clasificación merece algunas reflexiones:

Tenemos una definición de la eutanasia que la sitúa en el contexto de la relación médico-paciente: un paciente solicita a un médico que ponga fin a su vida y éste, en respuesta, provoca intencionalmente su muerte. En esta situación se enfatiza el hecho de que la solicitud es voluntaria; por tanto, al considerar la característica de una muerte sin dolor, queda claro que la *buena muerte* se da desde la perspectiva de quien muere.

En cuanto a la eutanasia no voluntaria, ésta se puede entender como una extensión necesaria de la eutanasia voluntaria para aquellos casos en que es necesario interpretar la voluntad de un enfermo que se encuentra incapacitado para expresarla. En muchas ocasiones hay que tomar una decisión sobre la terminación de la vida de una persona para resolver una situación que no tiene porqué prolongarse (como es el caso de las personas que han perdido la conciencia de manera irreversible). Puede ser que en tales circunstancias sea inevitable aceptar un margen de incertidumbre sobre lo que en realidad querría el paciente si pudiera expresar su voluntad. Como ya señalamos, en Holanda, para diferenciarla de la eutanasia propiamente dicha, llaman “terminación activa de la vida sin petición expresa” a la acción que pone fin a la vida de un enfermo que no está en posibilidades de pedir que se le ayude a morir. Personas con coma irreversible, personas mayores dementes o bebés con graves incapacidades, son ejemplos de pacientes que no pueden ejercer su voluntad.²⁴

²³ Kraus, A., Álvarez, A. *La eutanasia*. México D.F., CONACULTA, 1998, p. 6.

²⁴ Estos tres ejemplos plantean consideraciones diferentes que se analizan a lo largo del documento. Veremos que puede justificarse la terminación de la vida para el caso de las personas en coma irreversible y para bebés neonatos con muy graves incapacidades, pero no el de personas dementes en las que el avance de la

La incertidumbre sobre la voluntad de un enfermo puede reducirse bastante con un documento que de testimonio de los deseos expresados por él cuando estaba capacitado para manifestarlos. Este tipo de documento se llama “testamento vital” y sirve para que el firmante exprese su voluntad acerca de las atenciones médicas que desea recibir o rechazar en caso de padecer una enfermedad que le impida expresarse por sí mismo y participar en las decisiones sobre su tratamiento.²⁵ Aun cuando no se ha regulado legalmente en muchas partes, su valor reside en el hecho de que facilita las decisiones de quienes representan al enfermo y pueden ser pruebas decisivas cuando se debe acudir a los tribunales para reclamar el cumplimiento de la voluntad de un enfermo.²⁶

Por su parte, la eutanasia involuntaria conlleva una contradicción de principio al considerar la terminación de una vida en contra de la voluntad de la persona que muere. A diferencia de lo que sucede con la eutanasia no voluntaria, en que la persona no puede expresar su voluntad, en la eutanasia involuntaria el paciente sí tiene la capacidad de expresarla.²⁷ A diferencia también de lo que sucede en la eutanasia no voluntaria, en que la *buena muerte* sigue siéndolo desde la perspectiva de quien muere (si bien interviene la interpretación de otros), en la eutanasia involuntaria la *buena muerte* lo es, en todo caso, para otro distinto de quien muere. Es a otro a quien conviene esa muerte; por ello, no hay ninguna justificación para este tipo de práctica y en realidad corresponde a un homicidio o asesinato.

Sin embargo, como lo demuestra Laura Lecuona, podríamos encontrar algunas situaciones en que cabría considerar la posibilidad de aplicar una eutanasia involuntaria. Pensemos en el caso que esta autora nos plantea. Una persona establece, libre y voluntariamente, que si llega a padecer una enfermedad que la incapacite mentalmente,

enfermedad les impide tomar decisiones. En el capítulo 3 revisamos la situación de las personas en coma irreversible (inconscientes) y de las personas dementes (conscientes, pero incompetentes) y en el capítulo 5, además de estas situaciones, el caso de neonatos con graves incapacidades.

²⁵ Rodríguez, P. *Morir es nada*. Barcelona, Ediciones B, 2002, p. 177-184. Como aclara este autor, el testamento vital no podría ir más allá de lo que las leyes vigentes permiten, por ejemplo, en materia de eutanasia.

²⁶ También se llama a este documento “voluntades anticipadas”. En inglés, “*living will*” porque expresa la voluntad (*will*) del individuo y se realiza mientras éste todavía está en vida (*living*). Véase Kastenbaum, R., Kastenbaum, B. *Op. Cit.* p. 175-176. Incluimos un ejemplo de este tipo de documento en el apartado de anexos.

²⁷ La eutanasia involuntaria se da cuando se aplica en una de estas situaciones: 1) contra la voluntad del paciente, expresada o implícita; 2) sin preguntar al paciente sus deseos, estando capacitado para expresarlos.

desea que se termine con su vida. Esa misma persona, encontrándose en la situación de incompetencia prevista, quiere seguir viviendo. Si se respeta la voluntad anticipada, se estaría quitando la vida a una persona en contra de su voluntad actual. Como señala Lecuona, más allá de ponerse de acuerdo sobre la terminología más apropiada para referirse a una práctica que, en una situación como la descrita, respete la voluntad anticipada, hay que analizar cuáles serían sus implicaciones morales.²⁸

Podemos pensar esta hipotética situación a la luz del caso de Janet Adkin, la primera mujer a la que el controvertido Dr. Jack Kevorkian ayudó a morir. Independientemente de que existan diferencias entre la eutanasia y el suicidio asistido (las cuales definiremos más adelante) y sin ignorar las críticas que ha recibido este médico por su forma particular y desafiante de actuar, lo que interesa revisar aquí es la situación de esta enferma, su decisión de pedir ayuda para terminar con su vida y la respuesta de Kevorkian de ayudarla a morir. Esta mujer, diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer, informada de todas las consecuencias que eso implicaba y consciente de que empezaba a perder sus capacidades, decidió que no quería vivir tal deterioro. Por su parte, el médico no desconocía que sería objeto de innumerables críticas si respondía al pedido de Janet, pero consideró válida su decisión de poner fin a su vida, en la cual la apoyaban su marido y sus hijos. Kevorkian aceptó ayudarla a morir utilizando su invento, el *Mercitron*, una máquina con la que la misma paciente puso en marcha el dispositivo para quitarse la vida.²⁹

La respuesta a Janet Adkins pudo haber sido diferente. Se le podría haber asegurado, para tranquilizarla, que cuando perdiera sus facultades se le ayudaría a morir y así no viviría la situación que tanto temía. Y podría haber sucedido que al encontrarse Janet en la misma situación imaginada por Lecuona, pareciera feliz en su nuevo estado y no expresara el mínimo deseo de morir. Nuevamente, estaríamos de acuerdo en que quitarle la vida contra su voluntad sería un acto brutal de homicidio. Sin embargo, de ello no se sigue que haya

Véase Seay, G. Do physicians have an inviolable duty not to kill? *Journal of Medicine and Philosophy* 2001; 26(1): 75-91.

²⁸ Lecuona, L. Eutanasia: Algunas distinciones. En Platts, M. (Ed): *Dilemas éticos*. México D.F., UNAM/Fondo de Cultura Económica, 1997, p. 115-117.

²⁹ Una vez que Kevorkian le practicó una punción en la vena para gotear solución salina, la enferma accionó el *Mercitron* y activó la administración de los otros medicamentos: el *tiopental* que causa coma profundo en unos treinta segundos y el *cloruro de potasio* que paraliza el músculo cardíaco sin dolor. Véase Kevorkian, J. *Eutanasia. La buena muerte*. Barcelona, Grijalbo, 1991, p. 243-245 en que Kevorkian describe la invención del *Mercitron* y 259-270 en que relata cómo conoció y ayudó a morir a Janet Adkins.

sido moralmente incorrecta la acción con la que Kevorkian respondió a la solicitud libre y responsable de la mujer que le expresó sus razones para poner fin a su vida.

El punto clave sigue siendo la voluntad de la persona y hay que tener en cuenta que esta puede cambiar. Y si esto es así, ¿qué puede esperarse cuando surge una enfermedad que cambia a la persona misma? Quienes sufren Alzheimer u otros tipos de demencia, de alguna forma dejan de ser las personas que fueron y se convierten en otras. Por tanto, las decisiones que tomen con respecto a su vida y a su terminación, serán muy distintas de las que pudieron haber tomado antes de enfermar. Janet Adkins nunca dejó de ser una misma persona, pero en el caso que supone Lecuona sí sucedería ese cambio. En el mismo cuerpo físico, podrían identificarse dos personas distintas: una antes y otra después de la enfermedad. Mas adelante retomamos el tema del cambio de personalidad y la incompetencia de los pacientes que padecen demencia y los difíciles dilemas éticos que plantean las decisiones que deben tomarse con ellos.³⁰

1.4.2. Eutanasia activa y eutanasia pasiva

Esta es otra clasificación ampliamente utilizada que es importante conocer y analizar:

Eutanasia activa es la finalización deliberada de la vida por medio de una acción encaminada a procurar la muerte (como es la administración de una droga).

*Eutanasia pasiva es la que provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida.*³¹

La distinción que se establece entre estas dos formas de eutanasia merece una discusión más amplia que retomaremos en otros capítulos. Por lo pronto, señalamos que la eutanasia pasiva tiene mayor aceptación desde el punto de vista legal, religioso y para la opinión pública en diferentes países, incluido el nuestro. Se podría decir que plantea menos problemas de conciencia porque se considera que es la naturaleza la que acaba provocando la muerte del sujeto que rechaza un tratamiento. Este es el aspecto que enfatiza Diego Gracia

³⁰ Capítulo 3, apartado 3.3.3. Personas conscientes pero incompetentes.

³¹ Kraus, A., Álvarez, A. *Op. Cit.*, p. 7.

al distinguir la forma pasiva de la eutanasia de la forma activa. Esta última implica la acción transitiva del médico y se equipara a la acción de matar, con lo cual se lesiona el principio ético de no maleficencia.³² La eutanasia pasiva, por el contrario, se toma como una forma de terminación de vida que evita muchas muertes inútilmente dolorosas causadas por el uso indiscriminado de la tecnología médica. La eutanasia pasiva pretende recuperar la capacidad para decidir el momento en que es conveniente dejar que sobrevenga la muerte de un enfermo.³³

Si bien la eutanasia pasiva puede asimilarse en algunos casos a la muerte que no se prolonga inútilmente, la distinción entre esta forma de eutanasia y la eutanasia activa debe revisarse, pues desde otra perspectiva, no es tan evidente que exista entre ambas una diferencia en términos morales. Si las dos buscan que sobrevenga la muerte para evitar o poner fin a un sufrimiento intolerable, no debería implicar un juicio moral el hecho que se distingan porque en una se requiere hacer y en otra dejar de hacer. Que se recurra a una u otra opción depende de la situación física del paciente, de la evolución de su enfermedad y de la respuesta a los tratamientos que haya recibido. Parece una contradicción que sólo se considere válido ayudar a morir a quien pide dejar de sufrir cuando esto supone abstenerse de dar tratamiento y que no sea válido dar esa ayuda cuando no hay nada que quitar o dejar de hacer para que la persona muera. Cuando no se da el caso, por ejemplo, de que haya una neumonía que se decida no atender. Como también sería absurdo apegarse estrictamente a la idea de que lo permitido es no hacer o sustraer algo que se está administrando y limitarse, por ejemplo, a retirar un respirador artificial que provocaría una muerte muy angustiada cuando lo que supuestamente se busca es terminar con el sufrimiento de un enfermo. Por ello, James Rachels argumenta que una vez tomada la decisión de no prolongar una agonía, es preferible aplicar la eutanasia activa más que la pasiva porque así se consigue la muerte de manera rápida y sin dolor.³⁴

Aun cuando se aceptara que sólo es relativa la distinción entre eutanasia activa y pasiva, no hay duda de que en la práctica se refleja la diferencia y se dan mucho más casos

³² El principio de no maleficencia obliga a no hacer daño intencionadamente. En ética médica, este principio está íntimamente relacionado con la máxima *primum non nocere*: “en primer lugar no hacer daño”. Véase Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principios de ética biomédica (cuarta edición)*. Barcelona, Masson, 1998, p. 179.

³³ Gracia, D. “Eutanasia: Estado de la cuestión”. En Urraca, S. *Op. Cit.* p. 285-286.

³⁴ Rachels, J. Active and Passive Euthanasia. *New England Journal of Medicine* 1975; 292(2): 78-80.

de eutanasia pasiva que de activa. Sin embargo, habría que revisar en cuántas de esas situaciones en que se aplica la eutanasia pasiva se responde al pedido explícito de un enfermo (cuando puede hacerlo) o si no es, más bien, una decisión tomada por el médico según lo que él o los familiares establecen que es mejor para el paciente. De ser así, estrictamente hablando y remitiéndonos a la definición propuesta, no correspondería llamar eutanasia a esa forma de terminación de vida.

Al revisar lo que sucede en Holanda nos damos cuenta que la evaluación sobre la eutanasia activa y pasiva no funciona de la misma manera. De acuerdo a Henk Ten Have,³⁵ la definición de eutanasia en su país se refiere sólo a la eutanasia activa en que se administran fármacos letales para poner término a la vida del paciente. Reconocen otros tipos de “decisiones médicas relacionadas con el final de la vida”,³⁶ mucho más frecuentes que la eutanasia activa, entre ellas la decisión de suprimir o retirar un tratamiento médico o abstenerse de darlo cuando se considera que no tiene objeto, según los estándares médicos. La muerte que sobreviene en esta situación se considera natural, si bien también ha sido llamada “eutanasia aparente”.³⁷ Otra decisión muy frecuente es la de proporcionar medicación para aliviar el dolor aun sabiendo que esto acelerará la muerte del paciente, la cual también se considerará natural y corresponde a lo que en muchos países se ha denominado “eutanasia indirecta” o “doble efecto de la medicación paliativa”.³⁸

1.4.3. Suicidio (medicamente) asistido

Como se ha visto, la eutanasia es una práctica que se da en el contexto de la relación médico-paciente. Sin embargo, una parte importante de la polémica sobre esta práctica se da en torno al hecho de que se quiera legitimar la capacidad de los médicos para terminar con la vida de un paciente y son precisamente médicos quienes cuestionan que se quiera depositar en ellos la responsabilidad de una acción así. De ahí que se promueva como una alternativa preferible la fórmula del suicidio asistido en que la acción última que provoca la muerte la realiza el mismo paciente:

³⁵ Ten Have, H. *Op. Cit.*

³⁶ *MDEL: Medical Decisions Concerning the End of Life*. Revisamos estas decisiones médicas en el capítulo 5 dedicado a la experiencia holandesa.

³⁷ Van Kalmthout, A. *Op. Cit.*, p.318-319.

El suicidio (médicamente) asistido es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como es una prescripción de barbitúricos) para que éste 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.³⁹

El problema de esta opción es que deja sin respuesta a todos aquéllos enfermos incurables que siendo competentes para elegir la muerte, están imposibilitados para moverse o tragar, de manera que no pueden poner fin a su vida por sí mismos. Aun cuando muchos médicos que defienden el suicidio médicamente asistido reconocen esta limitación, establecen una diferencia categórica entre éste y la eutanasia voluntaria activa. Timothy Quill es uno de ellos y considera que dentro del continuo de opciones de la atención paliativa, que incluye la suspensión de tratamientos de sostenimiento de vida y medidas agresivas para aliviar el dolor, debe estar la opción del suicidio médicamente asistido por si fracasan los esfuerzos para disminuir el sufrimiento del enfermo.

Sin embargo, este médico piensa que la eutanasia no debe formar parte de ese continuo porque se podría caer en la coerción, el abuso o el error. Estos riesgos se darían porque recaerían sobre el médico las dos acciones, tanto la que provee los medios para terminar con la vida, como la final que produce la muerte.⁴⁰ Quill no es muy explícito para explicar por qué se daría la coerción, el abuso o el error. Da la impresión que se refiere al hecho de que el médico pueda tener motivos para querer terminar con la vida de un paciente por diversas razones, como puede ser el hecho de que le resulte intolerable presenciar su sufrimiento o aceptar la propia impotencia para evitar la muerte. Por alguna de estas causas, el médico puede verse inclinado a ser él mismo quien sugiera la eutanasia y no el propio paciente. Teniendo en cuenta que aquél tiene una posición de poder sobre el enfermo, sería factible que influyera en éste para convencerlo. En cuanto al abuso, podría referirse al hecho de que se aplique la eutanasia en casos en que no se justifique. En lo que toca al error, tal

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Quill, T. *Death and Dignity. Making Choices and Taking Charge*. New York/London, Norton & Company, 1994, p. 158.

⁴⁰ *Ibid.* p. 160.

parece que lo dice en el sentido de que habría situaciones en que podría ser incorrecto el pronóstico del médico sobre la incurabilidad de la enfermedad.

En este argumento llama la atención que Quill establezca una distinción tan tajante entre la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido, como si en éste quedara eliminada la posibilidad de error. Éste es indeseable en ambas prácticas, pero hasta cierto punto inevitable. En cuanto a la coerción y al abuso, es posible que el suicidio asistido los minimice, pero tampoco los evita del todo. Conocer estos riesgos debe servir para hacer lo posible por que se eviten, pero no parecen razones suficientes para prohibir una práctica (que es la única solución para algunos enfermos) si se considera que ésta es moralmente aceptable.⁴¹

1.4.4. Muerte médicamente asistida

Nos parece conveniente incluir el término de “muerte médicamente asistida” para referirnos, en un sentido general, a la ayuda que da un médico a un paciente para terminar con su vida, independientemente de que lo haga mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.⁴²

1.5 La diversidad de situaciones

Así como existe polémica en torno al papel del médico en la eutanasia, también se discuten las características que debe tener la situación del enfermo para considerar aceptable la terminación intencional de su vida. En principio, la eutanasia se considera una opción para los pacientes con enfermedad terminal que padecen un sufrimiento intolerable y para quienes no hay alternativas de tratamiento. Se entiende que a ellos simplemente se les acelera la muerte que de todas formas llegaría en un tiempo breve. No obstante, hemos señalado que existen situaciones en que no se puede hablar ni de enfermedad terminal ni de sufrimiento, sino que es otra la condición que plantea la necesidad de considerar la terminación de la vida; es el caso de los pacientes en coma irreversible. Por otra parte, están las personas que tampoco se encuentran en situación terminal ni padecen sufrimiento físico,

⁴¹ Retomaremos esta discusión más adelante, especialmente en el capítulo 6.

⁴² En Holanda no existe una distinción, en términos morales, entre eutanasia y suicidio médicamente asistido. Si existe un pedido voluntario del paciente, se considera eutanasia la ayuda del médico, independientemente de

pero exigen el derecho a la eutanasia porque desean terminar con una vida que no quieren vivir por la invalidez en que se encuentran; es el caso de las personas tetraplégicas.⁴³ Existen aún otros pacientes que se encuentran en un estado general aceptable, pero saben que padecen una enfermedad que los incapacitará en un tiempo breve; es lo que sucede con los enfermos de Alzheimer. Algunos de ellos quieren terminar con su vida antes de llegar a una situación en que, de alguna forma, habrán muerto como la persona que antes fueron; es el caso de Janet Adkins a quien Kevorkian ayudó a morir. Finalmente, se ha planteado la necesidad de valorar si el sufrimiento psíquico puede ser una razón suficiente para justificar la eutanasia en casos en que no existe una enfermedad física.⁴⁴

1.6. La buena muerte

Antes de concluir este capítulo, nos parece importante insistir en una de las características ya mencionadas de la eutanasia, presente en el origen etimológico de la palabra: la que la relaciona con una *buena muerte*, supuestamente fácil y sin dolor. Este aspecto excluye toda acción violenta que provoca la muerte de manera dolorosa, como sería mediante un disparo o un salto suicida. Es también por esta característica de muerte apacible por la que algunos médicos sienten el compromiso de ayudar a sus pacientes que quieren poner fin a sus vidas. Consideran que un enfermo que ha reflexionado lo suficiente para determinar que su vida no vale la pena, está decidido a quitársela de cualquier manera, pero casi siempre existe cierto riesgo de que fracase. Si lo que lo ha llevado a preferir dejar de vivir ha sido el sufrimiento causado por la enfermedad, lo que menos quiere (y merece) es morir violentamente o arriesgarse a fallar. Por esto también se ha llamado a la eutanasia “muerte piadosa”,⁴⁵ porque es la que se provoca por compasión cuando han fracasado otros intentos para evitar la muerte y el sufrimiento.

Precisamente como un ejemplo de “eutanasia piadosa” está documentado el caso de los heridos de guerra en el siglo XVI relatado por Ambroise Paré. Este famoso cirujano del Renacimiento cuenta su experiencia al encontrarse con unos soldados gravemente heridos,

la forma en que la de: produciendo directamente la muerte o proporcionando los medicamentos para que el enfermo se provoque la muerte.

⁴³ Paralítica de los cuatro miembros. Se distinguen de las personas parapléjicas que están paráliticas de la mitad inferior del cuerpo.

⁴⁴ En el capítulo 5 revisamos este tema y profundizamos en el caso de una mujer con sufrimiento mental sin enfermedad física llevado a juicio en Holanda.

quemados con pólvora y por los que no podía hacer nada para mejorar su condición. Cuando Paré dio esta respuesta a un soldado que le había preguntado si había forma de ayudarlos, éste se acercó a ellos y los degolló. Cuando el cirujano lo acusó por su crueldad, el soldado dijo que él rogaba a Dios porque hubiera alguien que hiciera lo mismo por él si llegaba a encontrarse en la misma situación de los heridos.⁴⁶

De alguna forma, hay un aspecto del sentido etimológico de la “eutanasia” presente en el concepto de la “muerte piadosa” que orienta en la comprensión de esta práctica. Se trata de considerar que quien anticipa el final de su vida como inevitable y cercano y se ve sometido a un gran sufrimiento, debe tener una opción de *buena muerte*. Lo esencial es asegurar que la bondad de la muerte lo sea desde la perspectiva de quien muere. Según Philippa Foot, esta es la primera condición que debe cumplirse al hablar de eutanasia. No es suficiente hablar de muerte tranquila y sin dolor, pues bien podría ser esta la forma en que se realiza un asesinato en contra de la voluntad de la víctima.⁴⁷

La valoración moral de la eutanasia y la conveniencia de legalizarla son temas cuya reflexión y discusión no puede postergarse. Es posible que el estado actual del debate fuera muy distinto en todo el mundo de no haberse pretendido disfrazar como prácticas eutanásicas los terribles exterminios que se cometieron en el siglo XX. Sin embargo, así como ese capítulo de la historia ha sido utilizado como argumento para oponerse a la eutanasia, hoy existe un elemento de gran importancia para defenderla: la autonomía del individuo y, en específico, la del paciente en el contexto de la atención médica. Respetarla no sólo es un argumento a favor de la aceptación de la eutanasia, sino una garantía de que no se cometan abusos en su nombre, pues esta práctica, *por definición* (de acuerdo al sentido limitado que proponemos seguir), implica el libre consentimiento del paciente.

⁴⁵ También *homicidio por compasión*. Mucho más utilizado por los anglosajones como *merci killing*.

⁴⁶ Citado por Gracia, D. “Historia de la eutanasia”. *Op Cit*. p. 73.

⁴⁷ Foot, P. *Las virtudes y los vicios*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, 1994 p. 49-77.

Capítulo 2. Marie de Hennezel: sí a los cuidados paliativos; no a la eutanasia

Marie de Hennezel, psicóloga y psicoanalista francesa, dedicada por más de 15 años al cuidado de personas que se encuentran cerca de su muerte, se define en contra de la eutanasia. Considera que es una solución que aplican algunos médicos en lugar de recurrir a otras posibilidades de atención y acompañamiento que permitirían a muchos enfermos llegar en paz al momento de su muerte. Esta es la idea que sustenta a lo largo de su libro *La tentación de la eutanasia*,¹ en el que incluye reflexiones, entrevistas y argumentos basados en un conocimiento profundo de las necesidades de los enfermos terminales, adquirido a lo largo de años de formar parte de un equipo de cuidados paliativos. Ha visto cómo numerosos enfermos, que han perdido toda posibilidad de curación, pasan de la angustia y desesperanza a un estado de serenidad y alivio cuando reciben una atención cálida y personal. Esta experiencia la ha llevado a alertar al público en general y a médicos y personal de salud en particular del riesgo de confundir el pedido de ayuda de los enfermos con una solicitud de eutanasia.

Es interesante detenerse en el título original del libro en francés: *Nous ne nous sommes pas dit au revoir* (No nos hemos despedido todavía) ya que se refiere a un argumento central para la autora: el error de precipitar la muerte mediante la eutanasia como si ésta fuera la única opción para poner fin al sufrimiento. Hennezel piensa que es un terrible error porque niega al enfermo la oportunidad de despedirse de su vida y de las personas que forman parte de ella; privación lamentable porque el adiós es tan importante para quien muere, como para quienes sobreviven a ese ser querido.

Según Hennezel, se pueden encontrar diferentes causas que explican esta práctica apresurada de la eutanasia. Una de ellas es la escasa formación de los médicos en cuidados paliativos, la cual impide brindarlos a muchos enfermos que los requieren. Sin esta preparación, los médicos se encuentran sin elementos para reconocer cuándo deben suspender las acciones médicas dirigidas a la curación y encauzar los esfuerzos a aliviar el dolor, los otros síntomas físicos desagradables y el sufrimiento moral. Por falta de una preparación adecuada, muchos médicos ignoran que cuando la curación de un paciente es imposible, el compromiso con él debe consistir en buscar la mejor calidad de vida.

¹ Hennezel, M. *La tentación de la eutanasia*. México, D.F., Nueva Imagen, 2001.

Esta deficiencia en la formación y atención paliativa, señalada por la autora, está íntimamente relacionada con una situación que ella identifica como una de las principales causas por las que se recurre a la eutanasia de manera injustificada: la incapacidad de darle un lugar a la muerte. Como lo hizo en su libro anterior, *La muerte íntima*,² Hennezel señala que al pretender negar la muerte, lo que realmente se impide es la posibilidad de hablar de ella, recurso que permitiría disminuir la aflicción que provoca. La muerte angustia porque nos confronta con lo que esta autora llama “las últimas preguntas”; no sólo por ser las realmente importantes, sino también porque son esas que a lo largo de la vida se postergan. Y cuando el final de la vida está próximo, queda poco tiempo para contestarlas y esto hace que cada momento sea muy valioso como para desperdiciarlo fingiendo que no está sucediendo lo que precisamente suscita las preguntas. En otras palabras, pretender ocultar que la muerte está presente, que es una realidad cercana e inevitable, obstaculiza dar y recibir la ayuda que se requiere para pasar por ese proceso indispensable para quizá llegar a encontrar las respuestas que se necesitan. Quien se aproxima a su muerte requiere contar con alguien dispuesto a acompañar y escuchar lo que se quiera decir de esa experiencia que tiene mucho de insoportable.

Hennezel considera que los médicos deben aprender a dar un lugar a la muerte, a aceptar los límites de la medicina y a tolerar el sufrimiento del paciente para poder permanecer a su lado ya que cuando no es posible curarlo, todavía se puede hacer mucho por él. Lo importante es saber identificar cuál es la parte del sufrimiento que puede ser aliviada y cuál no. Así por ejemplo, se puede ayudar a mitigar la aflicción que provoca el aislamiento que suele imponerse al paciente, el cual le priva del reconocimiento y acompañamiento que necesita para seguir sintiéndose vivo. En muchas ocasiones, el pedido de eutanasia surge porque los pacientes se sienten muertos socialmente. “La tentación de la eutanasia”, como solución precipitada, se da cuando la solicitud de ayuda para morir de un paciente se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene nada más que ofrecerle.³

² Hennezel, M. *La muerte íntima*. Barcelona, Plaza & Janés Editores, 1996.

³ Hennezel, M. *Op. Cit*, 2001, p. 49-66.

2.1. Aportes y excesos de una interpretación

Uno de los grandes aportes del libro de Hennezel es que brinda elementos para comprender mejor las solicitudes de eutanasia y las necesidades de los enfermos. Esta autora considera primordial distinguir qué hay detrás de una solicitud de eutanasia, qué piden los pacientes más allá de lo que aparentemente dicen. Sus ejemplos son una invitación a la reflexión a médicos y personas que están cerca de enfermos que ven próximo su final y padecen los estragos de la enfermedad: “¡Doctor!, quiero morir, ya es suficiente!, ¡esto no es vida!”. Como indica la autora, hay que reconocer aquí el sufrimiento subyacente: el deterioro insoportable, la rebeldía, la situd, soledad y el temor de ser un peso para los otros. “Se trata de reconocer la demanda de amor que se nos hace, la tentativa desesperada de que los atendamos en su vulnerabilidad, sin duda, para sentirse menos solos”. Según Hennezel, una vez que estas necesidades son reconocidas y atendidas, el pedido de la eutanasia desaparece. Todo el que esté dispuesto a escuchar e iniciar un diálogo con el enfermo puede desarrollar esta capacidad de comprender más allá del significado inmediato de lo expresado por él.⁴

Y no sólo es cuestión de saber escuchar a los enfermos; también tiene una gran importancia que quienes los atiendan sepan escucharse a sí mismos. Hennezel afirma que en ocasiones la petición del paciente al médico, para que éste termine con su vida, se produce como una respuesta inducida por la impotencia del médico. Es de suponer que en el paciente existe el deseo de poner fin a su vida, pero a éste se suma el deseo de ofrecer una solución al médico a quien percibe sintiendo una impotencia insoportable. El médico accede a ayudar a morir a su paciente porque desea poner fin a su sufrimiento, el cual a él mismo le aflige y para cuyo alivio siente que no tiene nada más que ofrecer. El punto más importante para Hennezel es señalar que el desenlace podría ser otro si el médico estuviera advertido de sus propios sentimientos y supiera que puede ofrecer algo más a su paciente, aunque sólo fuera demostrarle que seguirá acompañándolo y que puede tolerar su situación. La autora señala, además, que al aceptar la solicitud de terminar con la vida de un paciente que se encuentra en esa situación, lo que el médico hace es confirmar a ese enfermo que su vida ya no tiene valor.⁵

⁴ *Ibid.* P. 91-95.

⁵ *Ibid.*, p. 100-104.

Vale la pena referir un caso que Hennezel presenta como ejemplo de esta situación en que, según ella, de alguna manera el médico induce en el paciente el pedido de eutanasia. La enferma es una mujer que padece un grave deterioro físico y el sentimiento de haber perdido toda dignidad. El médico en cuestión es el Dr. Julius Hacketal de nacionalidad alemana, quien ayudó a morir a esa mujer con cáncer en el rostro que era su paciente.⁶ Así lo ha hecho con otros enfermos que le piden esta ayuda porque consideran que no tiene sentido su vida; petición que este médico juzga válida en tanto respeta el libre albedrío de sus pacientes a quienes dice tratar, al actuar así, como trataría a su mejor amigo.

A Hennezel le interesa cuestionar lo que sucede en un filme en que aparece la entrevista entre el Dr. Hacketal y la paciente (filme distribuido por el mismo doctor). En él se ve a una mujer con el rostro totalmente deformado que dice sufrir día y noche y que expresa haber llegado al límite de lo que puede soportar. Dice también que los otros, los médicos, no toleran verla así y uno le ha dicho que ya no pueden hacer nada más por ella. Leemos entonces las palabras textuales de la paciente repitiéndole a Hacketal lo que aquel médico le dijo: “uno no puede continuar realizando esa carnicería con usted, no podemos reconstruirle el rostro, ¡a nuestro pesar!”⁷

Según Hennezel, en el filme no hay, en ningún momento, una solicitud de la paciente de que “se le mate”, pero el Dr. Hacketal le dice que cumplirá su promesa esa tarde. No hay -se nos comenta- ni palabras, ni miradas, ni gestos de compasión; lo que hay -se nos dice- es manipulación por parte del médico. El elemento que reitera Hennezel es que podía haber habido alguna respuesta para la paciente con la cual se le hiciera sentir que seguía significando algo importante para los demás. Una comunicación que le permitiera saber que, a pesar de su apariencia y su terrible estado, ocupaba un lugar en el mundo de los vivos y seguiría recibiendo cuidados y compañía del médico y de su equipo hasta el final.⁸

Ateniéndonos al relato de Hennezel podemos estar de acuerdo en que hubiera hecho falta dar una respuesta a la paciente que no la confirmara como una persona cuya presencia

⁶ Hennezel primero señala que el Dr. Hacketal practicó la eutanasia a pesar de ser ilegal en su país, pero más adelante aclara que lo que hizo fue proporcionar cianuro de potasio al yerno de su paciente. En Alemania el *auxilio (activo) al suicidio* está permitido aun cuando sigue considerándose una alternativa jurídicamente problemática. Véase En Díez, J.L., Muñoz, J. (Ed). *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*. Valencia, Tirant lo Blanch, 1995, p. 247.

⁷ Hennezel, M. *Op. Cit.* 2001, p.101-102.

⁸ *Ibid.*

era insoportable. Pero lo cierto es que no puede saberse si la hubo en otro momento puesto que Hennezel sólo nos habla de lo que aparece en un filme y de su interpretación sobre lo que vio. Por tanto, puede servirnos acudir a otro texto en donde se habla de este médico y se incluye un fragmento de una entrevista con él, en la que habla de cómo ayuda a morir a sus enfermos. El libro en cuestión es *Morir con dignidad*⁹ y su autor es otro médico, Jean-Pierre Soulier. La entrevista que incluye para presentar a Hacketal es la que le hizo un periodista de la televisión francesa, también citado por Hennezel.¹⁰

Volvemos a leer que el médico alemán trata a cada uno de sus pacientes como a su mejor amigo y, por eso, cuando se da cuenta que no puede darles más alivio o que no vale la pena que sigan viviendo, les ayuda a morir si éstos se lo piden. Aclara Hacketal que al recibir una petición así, pregunta al paciente la razón y hace todo lo posible por disuadirlo y ayudarlo a recobrar el deseo de vivir. Si a pesar de eso el enfermo sigue pensando que su situación es intolerable, el médico lo ayuda a morir siempre y cuando se den una serie de condiciones: asegurarse que el paciente quiere realmente terminar con su vida, que su enfermedad sea incurable, que él mismo sea su médico para poder juzgar lo anterior, que estén otros médicos como testigos, que se informe a un fiscal y que no se cobren honorarios.

Hacketal explica que la regla fundamental es el libre albedrío del paciente mientras su petición no vaya contra sus propias convicciones. Por otra parte, está convencido que puede haber más razones, además del dolor, para desear morir. Finalmente, el periodista le plantea una pregunta que toca el mismo punto crítico que Hennezel cuestiona: “¿no se puede decir que la eutanasia es la consecuencia de que es tan insoportable para el médico ver sufrir al enfermo, como lo es para éste continuar viviendo?” Hacketal responde que esa es la razón por la que no es el médico quien decide, sino el enfermo después de haberlo reflexionado durante mucho tiempo. Lo que toca preguntarse a los médicos –añade– es si tienen derecho a no intervenir y dejar que sea el mismo paciente quien se provoque la muerte, la cual, con mucha seguridad, conseguirá de manera indigna o violenta (ahorcándose, tirándose por una ventana, electrocutándose) y con el riesgo de fallar y terminar en un establecimiento psiquiátrico luego de ser reanimado.

⁹ Soulier, J. *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*. Madrid, Temas de Hoy, 1995, p. 175-180.

¹⁰ El periodista es Bernard Martino, autor de la obra *Voyage au bout de la vie (viaje al fin de la vida)*. Véase Soulier, J. *Op. Cit.* p. 175.

En otro momento de la entrevista, el médico habla del citado filme y de la paciente que ayudó a morir. Tenía en video la conversación con la paciente para estar protegido jurídicamente en caso de que se alegara que la enferma estaba mentalmente incapacitada o que no había pedido la ayuda para morir. Comenta que antes de ese último encuentro con la enferma, ésta le había llamado por teléfono varias veces para pedirle que cumpliera la promesa que le había hecho al salir de su clínica: que la ayudaría a morir cuando ya no pudiera soportar su estado. Hacketal retrasó la decisión para reflexionar sobre ella hasta que decidió citar a la enferma y entonces se dio cuenta de que había empeorado y aceptó ayudarla como lo atestigua el filme.

Cuestionado sobre una serie de comentarios que suscitó el video, los cuales relacionaban la ayuda a morir que dio este médico alemán con la “eutanasia” practicada por los nazis, Hacketal es categórico: “No hay relación alguna entre ellas dado que los nazis mataban a los minusválidos contra su voluntad. Y para mí, prevalece la voluntad del paciente”.¹¹

Al comparar estas dos versiones sobre el Dr. Hacketal, lo primero que llama la atención es que una misma acción, una misma entrevista y las motivaciones de una misma persona, puedan ser interpretadas para llegar a conclusiones tan diferentes. Esto nos alerta sobre un aspecto muy importante en la discusión de nuestro tema: el hecho de que una posición tomada, a favor o en contra de la eutanasia, puede hacer que interpretemos los acontecimientos y los argumentos de manera sesgada por la necesidad de reforzar nuestra posición. En este ejemplo, el Dr. Hacketal es duramente criticado por Hennezel, quien sugiere que fue el médico quien indujo en la paciente el pedido de eutanasia, lo que le sirve para argumentar en contra de esta práctica. Por su parte, Soulier presenta al médico alemán de manera más favorable en tanto muestra que éste se limitó a dar la ayuda que había prometido a la paciente. Hay que tomar en cuenta que este autor apoya la despenalización del suicidio médicamente asistido (no de la eutanasia activa), pues considera que las voluntades de los pacientes sobre el final de su vida deben respaldarse legalmente, lo cual no le impide considerar de la mayor importancia (coincidiendo con Hennezel) continuar el desarrollo de los cuidados paliativos.

¹¹ Soulier, P. *Op. Cit.* p. 180.

Volvamos ahora a la argumentación de Hennezel sobre la influencia de los médicos en las solicitudes de eutanasia de los pacientes. De entrada, encontramos una importante discrepancia entre Hacketal y ella en lo que consideran su responsabilidad frente a los pacientes en situación terminal. En esencia, lo que Hennezel reclama a este médico es que no haya hecho más por evitar que la enferma quisiera morir, como si este deseo dependiera exclusivamente de los otros, y de una manera particular, del médico. La autora tiene mucha razón al señalar que en la relación entre un enfermo incurable que sufre y un médico, confrontado con las limitaciones de la medicina, puede pesar mucho para el enfermo darse cuenta que su médico no soporta su sufrimiento. Como esto suele transmitirse de manera no verbal e inconsciente, es muy difícil que se pueda aclarar esta percepción y, en este sentido, Hennezel acierta al subrayar la responsabilidad que puede tener el médico en el pedido de eutanasia de un enfermo. Sin embargo, la autora va demasiado lejos al no admitir que un enfermo pueda querer dejar de vivir y tomar, por sí mismo, la decisión de poner fin a su vida, aun cuando cuente con alguien que lo acompañe en su sufrimiento. La diferencia es que Hacketal sí admite esta posibilidad y considera que también es responsabilidad suya ayudar a un paciente suyo a realizar esa decisión.

A pesar de los excesos de su interpretación, la aportación de Hennezel es demostrar la responsabilidad que tiene todo aquél que está cerca de una persona confrontada con la proximidad del final de su vida, por el simple hecho de que en sus manos está transmitirle que cuenta como persona igual que antes de enfermar. Pensemos en la situación de la mujer con cáncer en el rostro: la importancia que seguramente tenía para ella saber que la deformidad de su cara no la disminuía como persona ante los demás. Y así como se transmite a un enfermo que importa, también se le puede transmitir lo contrario; se le puede hacer sentir (y quizá confirmar su temor) que ya no es considerado como alguien que cuenta como persona que se quiere viva. Esta responsabilidad frente al enfermo es un aspecto crucial porque para éste significa la diferencia entre decidir por voluntad propia terminar con la propia vida y verse obligado a hacerlo por la miseria que supone vivir sabiendo que uno ya no significa nada más que una carga para los otros.

2.2. ¿Es legítimo elegir la muerte?

En el debate sobre la eutanasia es central preguntarse si se considera legítimo que una persona decida el momento de terminar con su vida. A ella se agregan otras preguntas igualmente importantes: si es válido involucrar a otros en esa decisión y si debe protegerse tal acción con la ley, por mencionar dos esenciales. Pero el punto es que si no se reconoce que hay un derecho a decidir la terminación de la propia vida, queda cerrado el resto de la discusión y descartada la legitimidad de la eutanasia.

En este punto Hennezel parece dejar una puerta abierta, a pesar de su clara oposición a la eutanasia. Piensa que hay una proporción muy baja de casos (entre un 5 y un 10% del total de demandas de eutanasia, aunque no explica cómo calcula este dato) de personas que exigen lo que ella llama “reivindicaciones existenciales de eutanasia”. Se trata de personas que quieren controlar y dominar hasta el final las condiciones de su muerte antes de encontrarse disminuidas y piden ayuda para morir de manera clara y repetitiva.¹²

Hay que señalar que estas personas enfrentan un gran problema. Si bien buscan una muerte planeada que incluya la despedida de los seres queridos y excluya la precipitación y la clandestinidad, la condición de ilegalidad los obliga a realizar las cosas en secreto y a tomar todas las precauciones posibles para evitar consecuencias legales indeseables para quienes les ayuden. Esta contradicción entre lo que desean y lo que se ven obligados a hacer, nos parece un argumento a favor de la despenalización de la eutanasia para no obligar ni a la soledad ni a la clandestinidad a quienes han decidido libremente poner fin a sus vidas. Sería deseable que pudieran encontrar su muerte en un ambiente de tranquilidad y con la compañía de personas importantes para ellas.

Pero Hennezel ve las cosas de otra manera. Para ejemplificar esta modalidad de eutanasia existencial expone los casos de dos hombres, ambos determinados a poner fin a su vida, quienes pidieron ayuda para morir y tuvieron la oportunidad de hacer una ceremonia de adiós antes de su muerte. El primer caso se trataba de un hombre de 86 años al que se le aplicó la eutanasia; el segundo, de un hombre de 28 años que padecía SIDA y que murió por suicidio asistido. Si bien la autora reconoce el carácter privilegiado de la forma de morir de estas personas que dieron tanta importancia al momento final de su vida, cuestiona que sea necesario pedir ayuda para morir anticipadamente para poder vivir la muerte de esa manera

tan lúcida y humana. Tal parece que no admite que algunas personas elijan morir de esa forma, sólo por el hecho de que otras, incluida ella misma, no contemplan hacerlo así.

Hay un aspecto que Hennezel señala sobre el primero de los ejemplos que motiva a reflexión porque se relaciona con una de las preguntas antes mencionadas: las implicaciones de involucrar a otros cuando uno decide que quiere poner fin a su vida. Este caso le fue relatado por Henrie Caivallet, un antiguo ministro y senador de Francia, quien fuera presidente de la *Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad*¹³ en ese país. Este firme defensor de la eutanasia cuenta cómo su hermano, farmacéutico de profesión, y él ayudaron a morir a su padre. Así se los había pedido cuando les comunicó que a sus 86 años, encontrándose solo y sin proyectos, ya no quería vivir. Ellos sabían que él estaba determinado a acabar con su vida por sí mismo si ellos no le ayudaban y por ello, después de pensarlo y discutirlo durante cerca de ocho meses, acordaron una fecha para hacerlo. Ese día comieron juntos en una reunión que recuerdan muy alegre y antes de “dormirlo”, estando tomados de la mano, el padre les agradeció sonriente: “yo sabía que ustedes me amaban”.¹⁴

Al comentar este relato, que le fue referido a través de una entrevista personal con Caivallet, Hennezel llama la atención sobre el sentimiento mezclado que dejó en él ese acto. A pesar de no arrepentirse, le confía que vivió una situación terrible porque, así como hubo esa última palabra de amor que marcó el recuerdo de ese momento, la acción representó algo muy difícil de sobrellevar, al grado de que Caivallet está seguro que no podría pedirles a sus hijos que hicieran algo similar. Reconoce también que no pudo dar la misma ayuda a su madre.

Esta revelación transmite de una manera muy clara el enorme peso que debe suponer comprometerse en el acto de ayudar a morir a alguien; más aún, si se trata de una persona querida. Una responsabilidad tan dolorosa que el mismo Caivallet, a quien su padre agradeció ese acto como una prueba de amor, dice no haber podido hacer lo mismo con su madre. No sabemos en qué situación se encontró su madre ni si ésta le hizo un pedido similar al que le hizo su padre; podría pensarse que así fue y por ello Caivallet manifiesta

¹² Hennezel, M. *Op. Cit.*, 2001, p. 117.

¹³ Jacques Pohier, quien también ha dirigido esta asociación, define así el objetivo principal de la misma: Un movimiento de opinión que busca hacer evolucionar las ideas, comportamientos, reglamentos y, eventualmente, las leyes para que los seres humanos puedan morir en las condiciones que ellos juzguen las mejores para sí mismos. Véase Pohier, J. *La mort opportune*. Paris, Editions du Seuil, 1998, p. 319.

¹⁴ Hennezel, M. *Op. Cit.*, 2001, p. 118.

que no pudo ayudar a morir por segunda vez.¹⁵ Hennezel recuerda sus palabras: “¡La mujer que me dio la vida! ¡Eso no es posible”. Tiene razón la autora al comentar que debe haber algo de “sagrado” de la vida que se impone en una situación así.¹⁶

No puede negarse que existe un aspecto del acto de ayudar a morir que representa una responsabilidad muy difícil de asumir; quizá porque va en contra de un mandato firmemente adquirido desde edad muy temprana. Para apreciar este aspecto, es interesante la entrevista que comenta Jacques Pohier que hizo la televisión francesa a Aycke Smook, un médico holandés defensor de la eutanasia desde tiempo atrás y comprometido en los esfuerzos para su legalización. Cuando el periodista le preguntó que había sentido la primera vez que él, como médico, aplicó la eutanasia, respondió: “¡Horrible, no pude dormir en toda la noche!”¹⁷ Debe resultar todavía más difícil cuando se trata de ayudar a una persona cercana y significativa porque es una forma de colaborar para que suceda lo que uno menos quisiera: la separación definitiva de ella. Sin embargo, en el relato que Hennezel presenta, se hizo referencia a la demostración de amor que significó llevar a cabo un acto así y esto nos hace recordar un testimonio referido por Soulier quien, nuevamente, al hablar del mismo tema, muestra las cosas de manera distinta a Hennezel.

Este relato lo encontramos en el mismo libro anteriormente citado, en el apartado que el autor dedica al suicidio asistido por parte de personas que no son médicos. En él comenta la serie de dificultades prácticas que tales personas enfrentan al estar dispuestas a ayudar a morir a un familiar en su casa. Aunque los problemas se reducen cuando los familiares cuentan con la ayuda de un médico que receta o facilita los medicamentos que producirán la muerte, no se pueden evitar del todo los riesgos. Por ello, afirma que requiere mucho coraje y entrega ayudar a un ser querido a terminar con su vida y cuenta el caso de una mujer que debió comparecer en Holanda, a comienzos de los ochenta, por haber ayudado a morir a su madre. El fiscal le preguntó por qué no había hecho lo mismo con su padre que había sufrido

¹⁵ *Ibid.* p. 119.

¹⁶ *Ibid.* p. 131.

¹⁷ Pohier, J. *Op. Cit.*, p. 273. Este médico, también amigo de Pohier le contaría años más tarde otra experiencia en que ayudó a morir, esta vez marcada por sentimientos diferentes. En esta ocasión estaban presentes los familiares y amigos del paciente, a solicitud de éste. Una vez que le dijeron adiós, Smook aplicó la eutanasia, después de lo cual se le acercaron los familiares y amigos para abrazarlo y agradecerle su ayuda. Smook, quien considera que la eutanasia es el último tratamiento médico que debe a los pacientes que se la piden, comentó a Pohier: “Nunca había realizado un acto médico que me valiera ser felicitado y abrazado por tanta gente desconocida”. Véase Pohier, J. *Op. Cit.* p. 274.

una enfermedad incurable y estaba en una situación similar a la de su madre. Ella, sin dudar respondió: “¡No lo quería lo bastante para eso...!”¹⁸

En el caso de Caivallet, es el padre ayudado a morir quien afirma que reconoce en ello una prueba de amor de sus hijos. En este último, es la hija que ayudó a morir a su madre quien asegura que pudo hacerlo por el gran amor que sentía por ella. Son dos testimonios que reconocen una demostración de amor en su experiencia de ayudar a morir. Hay una diferencia al presentar las declaraciones de estas dos personas. A Hennezel le interesa demostrar la terrible carga que representa el acto de ayudar a morir, para lo cual subraya que Caivallet no fue capaz de ayudar a su madre de la misma manera (a quien suponemos que también amaba). Por su parte, a Soulier le interesa señalar que se necesita sentir mucho amor por alguien, para tener el valor de ayudarlo a morir cuando así lo pide. Sin duda, los dos señalamientos son acertados.

Queda claro que en el debate sobre la eutanasia, además de considerar si es legítimo elegir anticipar la propia muerte, debe revisarse si es legítimo involucrar a alguien más para dar esta ayuda. Dentro de este punto habrá que añadir la cuestión de si corresponde a los médicos ser los encargados de dar la ayuda aplicando la eutanasia o si esa responsabilidad debe recaer en otros, no médicos. Si bien estas preguntas las retomamos más adelante, por lo pronto nos parece conveniente adelantar una reflexión sobre ellas.

Si de por sí ayudar a morir es un acto que resulta difícil por las consideraciones intelectuales y emocionales que hemos señalado, esta dificultad se ve aumentada en la mayoría de los países por tratarse de un acto ilegal que debe realizarse de manera clandestina. No sólo significa un mayor peso correr los riesgos de cometer un acto ilegal; también afecta no contar con la ayuda ni el respaldo de otros. Si así fuera, disminuiría el peso de una acción tan trascendental. Con la ilegalidad se hace más difícil superar esa censura inscrita en lo más profundo de nuestra conciencia que dicta que quitar la vida es malo, valoración a la que deben sobreponerse quienes la razón y el sentido humano les demuestran que, en algunos casos, ayudar a morir es una acción éticamente aceptable.

Henezel reconoce que hay casos muy aislados en que la eutanasia se justifica, pero defiende la idea de que se mantenga como una práctica ilegal, convicción que comparte Soulier aun cuando éste apoya abiertamente el derecho de una persona a decidir sobre la

terminación de la vida.¹⁹ Ambos sostienen que la eutanasia debe considerarse en casos excepcionales y en ellos, el médico que la aplique debe aceptar que se trata de una trasgresión a la ley y, aunque se justifique desde el punto de vista ético, debe asumir los riesgos y responsabilidades que ello conlleva.²⁰ Estos autores justifican su posición en el interés de evitar que la eutanasia se vuelva una acción trivial y normal, pero pensamos que piden demasiado a un médico que, de acuerdo a su propia ética, responde a una solicitud de ayuda (que otros también reconocen legítima) sin tener ningún respaldo para evitar las consecuencias que enfrentaría si llega a ser denunciado y procesado como homicida.

Por el contrario, quienes defienden que debe permitirse legalmente la eutanasia subrayan dos aspectos: 1) Que se reconozca el derecho de una persona a decidir poner fin a su vida. 2) Que se proteja a quien participe para dar esa ayuda.²¹ Coincidimos con esta idea, en primer lugar, porque pensamos que no es justo dejar al médico con el riesgo que implica actuar fuera de la ley cuando se considera ética su acción. En segundo lugar, porque podría significar un serio riesgo social proponer que se actúe fuera de la ley y que cada persona se guíe por una ética propia (que puede variar mucho entre unos y otros), lo cual podría favorecer que se cometieran crímenes encubiertos como eutanasias.²²

2.3. Una cierta intolerancia

El 12 de enero de 1999 el periódico francés *France-Soir* publicó un manifiesto de desobediencia cívica que defendía el derecho a la muerte digna, eligiendo el momento y la manera de morir, firmado por 132 personas, entre las que figuraban intelectuales conocidos. En su declaración admitían que habían ayudado a morir a una o más personas que así lo habían pedido y estaban dispuestas a recibir la misma ayuda.²³

¹⁸ Soulier, J. *Op. Cit.*, p. 194-195.

¹⁹ *Ibid.* p. 277.

²⁰ Hennezel, M. *Op. Cit.* p. 215-221.

²¹ Pohier, J. *Op. Cit.*, p. 243.

²² Al permitir legalmente la eutanasia, se establecen las condiciones precisas en que puede aplicarse y a las cuales todos deben apegarse. Se evita el riesgo de dejar la decisión a una ética propia que puede ser muy variable y de esta forma se protege a los pacientes del riesgo de que se les prive de la vida sin haberlo solicitado y a los médicos porque comparten la responsabilidad de su acción. Mientras la práctica esté prohibida, no se evitará la eutanasia. Los pacientes que la soliciten confiarán en que existan médicos dispuestos a correr el riesgo de aplicarla y a la sociedad no le queda más que confiar en la ética de los médicos.

²³ Hennezel, M. *Op. Cit.* p. 126-135.

De la posición tomada por este grupo de personas, Hennezel deduce que tienen una dificultad para integrar la muerte en la vida. Nos sorprende su conclusión porque nos parece que se trata de todo lo contrario. El hecho de haber reflexionado lo suficiente sobre la muerte en general y sobre la suya, inevitable, en particular, los ha llevado a adoptar una posición que considera legítimo elegir cómo morir.

La autora señala que le produce un gran asombro que personas a las cuales admira hayan firmado este desplegado, entre ellas, Hubert Reeves, quien en sus escritos expresa su elogio a la paciencia, lo que Hennezel encuentra incompatible con que el hecho de que esté a favor de precipitar la muerte. No comprendemos su extrañamiento. Lo que estas personas desean es “apropiarse” de su muerte, lo cual indica que tienen una visión de la vida que admite el lugar de la muerte y, además, que dan tanto valor a la vida, que saben distinguir muy bien cuando ésta lo pierde, al menos, desde *su* punto de vista.

Al entrevistar a algunos de los firmantes del desplegado, Hennezel encontró que apreciaban el valor de los cuidados paliativos, pero eran muy conscientes de sus limitaciones: ni evitan el sufrimiento en todos los casos ni todas las personas pueden recibirlos. Es una visión que concuerda con la de Salvador Pániker, filósofo, escritor y presidente de la *Asociación Derecho a Morir Dignamente* de España, quien, al comentar la aprobación de la última ley que regula la eutanasia en Holanda, señaló que los cuidados paliativos y la eutanasia no sólo no se oponen, sino que se complementan. Según él, no debe haber eutanasia sin previos cuidados paliativos, así como tampoco cuidados paliativos sin posibilidad de eutanasia. Y añade que el simple hecho de saber que existe la posibilidad de la eutanasia tiene un efecto benéfico y tranquilizador porque los enfermos saben que al llegar a ciertos límites, el horror puede detenerse.²⁴

Por el contrario, Hennezel considera que la opción de la eutanasia excluye los cuidados paliativos, los que proporciona el equipo al que ella pertenece. Ahora somos nosotros quienes proponemos una interpretación: La autora simplemente no concibe que alguien elija una opción diferente a la ayuda que ella ofrece. Le molesta la posición de quienes defienden el derecho a terminar con la propia vida y “vivir su muerte” (en lugar de sufrirla pasivamente) para mantenerse libres hasta el final. “¿Por qué –pregunta- nos hacen creer que la única manera de vivir la muerte y no permitir que nos la arrebaten, es

escogiendo uno mismo el momento en que esto ocurra?”²⁵ Nada más lejos, en las personas que cita, que esta pretensión de imponer en otros su idea de la muerte “ideal”, cosa que, a nuestro parecer, sí intenta hacer Hennezel. Esto le impide ver que hay personas que reconocen la importancia de los cuidados paliativos, defienden la necesidad de desarrollarlos mucho más y, al mismo tiempo, exigen el derecho a adelantar la propia muerte.

2.4. Una opción a la eutanasia

Ya hemos mencionado que Hennezel admite que existen casos excepcionales en que la solicitud de eutanasia se da como una “reivindicación existencial” legítima. En ellos hay un pedido muy reflexionado por parte de personas que expresan con claridad su intención de mantener el control sobre su vida hasta el momento de su muerte.

Como también señalamos, Hennezel acepta que en situaciones muy especiales, en que han fracasado todos los intentos para aliviar el sufrimiento, se justifica éticamente la aplicación de la eutanasia. Sin embargo, sostiene enfáticamente que en esos casos el médico debe asumir la responsabilidad de realizar una acción con la cual infringe la ley.

Según esta autora, hay otra forma de ayudar a los pacientes que se encuentran en esas situaciones. Se trata de una acción médica mediante la cual se induce a los enfermos a dormir. Este sueño provocado se consigue mediante la administración de tranquilizantes, como son las benzodiazepinas. Maurice Abiven y Hervé Mignot son dos médicos citados por Hennezel que consideran que ésta es la única respuesta éticamente aceptable ante el sufrimiento intolerable del enfermo: dormir su conciencia. Según Abiven, de esta forma se consigue calmar la angustia de la persona y frenar la constatación de su deterioro; no se trata de un sueño mortífero, ya que el enfermo puede despertar, pero tampoco se descarta que sobrevenga la muerte mientras permanezca dormido puesto que la enfermedad continúa su evolución.²⁶

De acuerdo a Mignot, esta medida está indicada en dos situaciones. La primera, cuando el paciente corre el riesgo de tener una desgracia respiratoria o una hemorragia cataclísmica y anticipa estas posibilidades terriblemente angustiado. Entonces le resulta muy tranquilizador saber que será dormido si llega a ser necesario. La otra situación es cuando la

²⁴ *El País*, 13 de mayo, 2001.

²⁵ Hennezel, M. *Op. Cit.*, 2001, p. 135.

aflicción moral o la angustia son tan grandes que el paciente expresa su deseo de morir o, al menos, de dormir para no pensar más. Antes de provocar el sueño, algunas personas piden no ser despertados del todo, pero otros despiertan en un estado más tranquilo y desean morir conscientes.²⁷

Hennezel aclara que esta intervención para provocar el sueño se hace con el consentimiento del paciente. Si bien se presenta como una intervención diferente de la eutanasia, encontramos algunas similitudes con ella que no parecen reconocer Hennezel ni los médicos citados.

Quizá se trata de una forma de acción intermedia entre la eutanasia voluntaria activa y esa otra forma de muerte que se produce como consecuencia de la aplicación de medicamentos que buscan aliviar el dolor, también llamada eutanasia indirecta. Con el sueño provocado se busca dormir la conciencia, pues en la medida en que la persona espera la muerte sin conciencia, se evita el sufrimiento que padecería si estuviera despierta. Una de las grandes diferencias con la eutanasia es que en el sueño provocado se da la oportunidad de que el paciente despierte y pueda volver a decidir si quiere seguir durmiendo o no (aunque no en todos los casos despierta).

Hennezel misma responde a las críticas que se han hecho en el sentido de considerar esta práctica como una eutanasia disimulada o una eutanasia lenta. Sin embargo, no logra convencer. Primero señala que comprende el riesgo de que el sueño provocado se prescriba a la ligera, como una solución fácil que evitaría seguir acompañando al enfermo. Con este argumento, equipara esta intervención a la eutanasia, de la cual precisamente ha advertido el grave riesgo de que se utilice como una solución trivial y precipitada (riesgo que busca evitar cualquier defensor de la eutanasia). Al mencionar una serie de recomendaciones antes de inducir el sueño, repite las mismas advertencias que hacen quienes apoyan la eutanasia (activa y voluntaria) y reconocen los peligros de su abuso: asegurarse que el sufrimiento del enfermo sea intolerable, que no pueda aliviarse, que el paciente haya podido hablar de su situación, que no se tome con urgencia la decisión y que el paciente la entienda y apruebe.²⁸

Su segunda respuesta sí deja ver una diferencia que, no obstante, puede llegar a perderse. Hennezel sostiene que lo que distingue a la eutanasia del sueño provocado es el

²⁶ Hennezel, M. *Op. Cit.*, 2001, p. 251-254.

²⁷ *Ibid.*

hecho de que la primera busca “desconectar” al paciente para hacerlo morir, mientras que la segunda busca aliviar el sufrimiento, haciendo todo lo posible por mantener una relación con él.²⁹ Desde nuestra perspectiva, ambas intervenciones buscan aliviar el sufrimiento del enfermo; ambas buscan, de alguna forma, “desconectar” al paciente. Se podría decir que la eutanasia pone a dormir al paciente en forma definitiva, mientras que el sueño provocado no necesariamente, pero tampoco está descartado que así sea. Acaso, en esta posibilidad abierta se localiza un aspecto crucial: en la eutanasia la intención de acelerar la muerte es clara y directa, mientras que en el sueño provocado la intención se diluye y se deja un tanto al azar.

Además de las diferencias señaladas, la eutanasia cancela toda comunicación con el paciente (respondiendo al deseo de éste de que así sea), mientras que el sueño provocado permite una forma de relación con el paciente que, según Hennezel, se ha demostrado posible, aun durante un estado de coma. Para ella, el sueño provocado es aceptable desde una perspectiva ética, justamente porque mantiene al enfermo vivo con la posibilidad de percibir la presencia de otras personas.

A pesar de los cuestionamientos señalados, no podemos negar que el tema del sueño provocado nos parece de gran interés. A partir de las referencias de esta autora, nos damos cuenta de que ha sido tema de reflexión e investigación de autoridades en la atención de pacientes terminales. Además de los médicos Maurice Abiven y Hervé Mignot, antes mencionados, podemos añadir el nombre del bioeticista Patrick Verspieren y el de Zbigniew Zylicz, un médico holandés especializado en cuidados paliativos al que nos referiremos más adelante. Por lo mismo, consideramos importante tener en cuenta esta opción de ayuda, a la vez similar y distinta de la eutanasia.³⁰

2.5. Aciertos y desaciertos de una crítica

La posición de Hennezel frente a la eutanasia se comprende por su trayectoria. Por más de quince años se ha dedicado a la atención de pacientes terminales y está convencida

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

³⁰ El sueño provocado parece corresponder a la “sedación terminal” que se considera en Holanda una actividad médica normal que debe distinguirse de la eutanasia y que, por tanto, no debe estar sujeta a los mismos controles que ésta. Quizá la diferencia con la opción descrita y propuesta por Hennezel es que en la sedación terminal se excluye la posibilidad de que el paciente despierte. Reflexionamos sobre la ambigüedad inevitable entre la eutanasia y otras acciones médicas, incluida la sedación terminal, en el capítulo 5, apartado 5.3. Otras decisiones médicas al final de la vida.

de cumplir así con un deber humano, social y profesional. Ha comprobado la diferencia que representa para los enfermos recibir apoyo para recuperar esperanza y sentido en la etapa final de su vida. Frente a este proyecto, la eutanasia se considera un atentado a la opción de ayuda que ella ofrece. Los argumentos de su libro contra de la eutanasia incluyen reflexiones muy acertadas, pero también inexactitudes significativas.

Hennezel tiene razón al denunciar que se utilice la eutanasia como una solución precipitada antes de haber agotado otras posibilidades de ayuda al enfermo. Desaprueba que se responda a una demanda de eutanasia sin comprobar que no se trata de un llamado desesperado del enfermo para recibir atención. Que se ignore que una persona puede llegar a decir que quiere morir porque no tolera la soledad e indiferencia en que vive. Que se desconozca que la causa de sufrimiento de un paciente sea que siente que los demás han dejado de verlo como un individuo vivo con deseos y necesidades. Hennezel critica duramente a las personas, y particularmente a los médicos, que olvidan que la dignidad de los enfermos depende de la mirada de los otros. Si esto no se reconoce, se puede caer en el gravísimo error de aceptar aplicar la eutanasia para confirmar al enfermo lo que más teme: que su vida es indigna para los demás.

Pero el gran error de Hennezel es que esta lucidez para reconocer las necesidades más profundas de los enfermos, se desvanece cuando pretende generalizar las mismas motivaciones en todas las situaciones. Entonces pierde la diferencia entre una decisión tomada por una persona que juzga por sí misma indigna la vida que le queda y otra decisión tomada por una persona en la que influyó percibir que los demás no toleran su sufrimiento. Tampoco parece reconocer que no se puede llamar igual a la terminación de la vida que responde a la solicitud reflexionada de un enfermo y a la que se realiza sin el conocimiento de quien muere.

En resumen, podemos decir que estamos de acuerdo con Hennezel al condenar la eutanasia como tentación precipitada que sustituye e impide para siempre la ayuda que merece recibir un enfermo (en realidad, lo más cuestionable es llamar eutanasia esa forma de solución). Sin embargo, si nos parece defendible esa forma de ayuda, que tanto le cuesta admitir a la autora, que es la terminación intencional, por parte de un médico, de la vida de un enfermo que así lo ha solicitado como resultado de una auténtica elección.

Capítulo 3. Ronald Dworkin. Tomando en serio el valor sagrado de la vida

Ronald Dworkin, filósofo y jurista, profesor de derecho en las universidades de Nueva York y Oxford, describe las principales controversias sobre el aborto y la eutanasia en Estados Unidos y otros países en su libro, *El Dominio de la Vida*.¹ Al tiempo que revisa los aspectos legales, morales, teológicos, sociales y políticos que intervienen en la valoración de estas dos prácticas, el autor intercala casos, algunos de ellos llevados a juicio, y todos ejemplos de la complejidad de situaciones en que se toman decisiones con relación a la terminación de la vida.

Según Dworkin, tanto el aborto como la eutanasia son temas cuya discusión suscita una gran violencia porque los valores que se defienden están cargados de emociones muy intensas. Si bien puede parecer imposible llegar a acuerdos cuando una acción como la eutanasia es vista por unos como un asesinato y por otros como un derecho, Dworkin cree que en los países en que la libertad tiene un valor primordial, debe ser posible encontrar una solución política que puedan aceptar personas con diferentes criterios, sin sentir que traicionan sus principios y creencias. Su obra constituye una valiosa contribución a la discusión pública de estos temas morales de indudable importancia política práctica.

Siguiendo a este autor, para avanzar en la comprensión y el dialogo sobre la eutanasia, es importante distinguir dos tipos de argumentación: la que defiende el carácter sagrado de la vida como un valor intrínseco e inviolable en cualquier circunstancia, y la que defiende los intereses y derechos de las personas, incluso por encima del valor sagrado de la vida. De acuerdo con esta diferenciación, al juzgar la eutanasia,² algunas personas consideran que el Estado debe tener el poder para prevenir el suicidio de personas competentes y así defender el valor sagrado de la vida, incluso si la persona que busca su muerte tiene buenas razones para pensar que es lo mejor para ella. Pero otras opinan que el Estado debe permitir la eutanasia respaldando así el derecho de una persona a decidir libremente terminar su vida cuando ésta se vea seriamente limitada por una enfermedad o incapacidad física.

¹ Dworkin, R. *Life's Dominion. An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. New York, Vintage Books, 1994.

² Dworkin se refiere a la eutanasia en un sentido amplio, incluyendo las distintas formas en que se actúa para terminar con la vida de un paciente, tanto la voluntaria como la no voluntaria en que el paciente no está capacitado para solicitarla expresamente.

Dworkin considera crucial reconocer y entender cómo influye la idea del valor sagrado de la vida en el debate sobre la eutanasia porque es una idea ampliamente compartida tanto por las personas religiosas como por las que no lo son. Aun cuando el concepto tiene una connotación innegablemente religiosa, también se utiliza de forma secular. Por otra parte, el autor comenta la particular situación que observa en Estados Unidos, uno de los países más religiosos del mundo occidental que, al mismo tiempo, mantiene una actitud muy ambivalente hacia la religión. Por un lado se defiende la separación entre el Estado y la Iglesia y por otro, siguen siendo valores religiosos, como la santidad de la vida,³ los que influyen en las decisiones políticas sobre prácticas como la eutanasia.

3.1. Lo sagrado, ¿intocable?

La defensa del valor sagrado de la vida se puede concebir de diferentes maneras. Si bien la mayoría de la gente comparte la idea de que terminar una vida es esencialmente malo, no hay acuerdo con respecto a cuál tipo de vida debe ser defendida siempre y cuál no, porque esto depende de las diferentes formas en que las personas entienden el valor intrínseco de la vida humana. En función de éstas, definen su posición ante la eutanasia.

Dworkin utiliza de manera intercambiable los conceptos de “valor sagrado de la vida”, “valor intrínseco de la vida”, “inviolabilidad de la vida” y “santidad de la vida”.⁴ Para entender mejor en qué consiste el valor intrínseco de algo, lo compara con el valor instrumental y el valor subjetivo. El valor instrumental depende de la utilidad que algo tenga y el valor subjetivo, de que sea deseado por alguien y no necesariamente por otros. El valor intrínseco de la vida humana se entiende como un valor que es independiente del valor instrumental o subjetivo; es decir que su valor no depende de que sirva o sea deseada por otros: la vida humana vale por el hecho de que existe y una vez que existe, importa que perdure. A esto se añade que puede servir e importar a otros, con lo cual vemos que la vida humana tiene los tres tipos de valor.⁵

³ Por otra parte, resulta bastante contradictorio que en Estados Unidos se proclame esta defensa de la santidad de la vida y se siga aplicando la pena de muerte.

⁴ Algunas citas de su libro son: “human life has inherent *sacred* value”, “the idea of life’s *intrinsic* value”, “I shall call the latter *sacred* or *inviolable* values”, “the *sanctity* of each human life”. Véase Dworkin R. *Op. Cit.* p. ix, 69, 70, 81.

⁵ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 69-72.

Al tratar de identificar qué subyace en la idea del valor intrínseco de la vida, nos queda la impresión de que no hay una definición del todo precisa. Dworkin compara este valor con el que se atribuye al arte, en tanto producto de la creatividad del hombre; también con el valor que adquieren las especies animales en extinción. Tanto la destrucción de una obra de arte como la de un animal que está por extinguirse, se consideran actos que violan algo creado por el hombre o por la naturaleza, cuya existencia importa por sí misma a la humanidad, aun cuando es evidente que mucha gente no comparte esta valoración y le es indiferente la desaparición de una obra de arte o de una especie animal.

Así, por un lado tenemos la idea de la creación como algo que aporta valor, y por otro, la idea de formar parte de la naturaleza. La vida humana tiene valor en tanto creación, sea de Dios o de la naturaleza y además, por formar parte del regalo y milagro de la vida, bien se diga esto en sentido religioso o metafórico.⁶ Y aunque tengamos la sensación de que no puede explicarse del todo el concepto, podemos entender a qué se refiere Dworkin, quizá porque se trata de un concepto profundamente arraigado en la mentalidad colectiva, más emocional que racional y con un origen esencialmente religioso.

Ahora bien, Dworkin señala que a la defensa del valor intrínseco de la vida humana, corresponde una respuesta de horror cuando ésta se destruye voluntariamente. Por eso se explica que muchas personas no tomen en cuenta las circunstancias en que esto sucede ni las motivaciones por las que tal acción se realiza. Incluso quienes consideran que en algunos casos ayudar a morir a alguien puede ser una acción válida, reconocen que al hacerlo violentan algo interno y deben superar una especie de censura inscrita de manera profunda. En ese sentido se expresaban algunas personas cuyo testimonio incluimos en el capítulo anterior.⁷

Sin embargo, Dworkin también nos hace ver que la pretensión, sostenida por algunos, de defender incondicionalmente el valor intrínseco de la vida se comprueba imposible en la realidad. Ésta impone la necesidad de tomar decisiones complejas en las cuales no es suficiente orientarse por este valor. Por ejemplo, en el caso de un embarazo por violación, ¿cómo se demuestra más respeto al valor intrínseco de la vida?, ¿cuál vida merece más ese respeto: la del feto o la de la madre violada? O en el caso de un embarazo que pone en

⁶*Ibid.* p. 72-78.

riesgo la vida de la madre, ¿cuál vida debe salvarse? Sin duda, se dividen las opiniones a la hora de responder estas preguntas.⁸

Las diferentes respuestas dependerán de cómo se conciba el valor intrínseco de cada vida humana en particular, de que se tome o no en cuenta, además de la vida biológica de cada persona, todo lo que humanamente se ha añadido a esa vida a través de las relaciones, la cultura y la persona misma. A esta distinción se refiere Albert Casamiglia cuando señala que al hablar del valor de la vida debe aclararse si nos referimos al hecho natural biológico o a algo más, como son los objetivos y conductas que se alcanzan a través de ella y que corresponden al aspecto artificial de la vida.⁹ De acuerdo a esta distinción, según Dworkin, se puede reconocer una oposición entre una postura conservadora que considera siempre mejor la muerte que tarda más en llegar y una liberal que admite que en algunos casos es preferible la muerte prematura. En la primera postura, el valor de la vida está localizado en su aspecto biológico, mientras que en la segunda se consideran más importantes las decisiones y compromisos personales. Muchas veces la postura conservadora va acompañada de creencias religiosas que consideran que la vida es sagrada porque le pertenece a Dios quien, en consecuencia, es el único que puede disponer de ella.¹⁰

Más adelante revisamos la visión de una religión sobre la eutanasia (la del catolicismo); por ahora, cabe mencionar que dentro de una misma religión las posiciones pueden variar mucho porque sus preceptos son interpretados de diferente manera. Así por ejemplo, la idea de que nadie puede disponer de su vida porque no le pertenece es incuestionable para muchos católicos. Otros, en cambio, consideran que así como Dios da la vida a los hombres, da la libertad y la responsabilidad para vivirla hasta el último momento y, por tanto, su Iglesia debería permitir la opción de la eutanasia.¹¹

De la misma manera, existe discrepancias al juzgar situaciones en que los enfermos han perdido las capacidades que esencialmente caracterizan la vida de los seres humanos, como son la intelectual, la de volición y la de espiritualidad. Michael Panicola analiza el

⁷ El testimonio de Caivallet que ayudó a morir a su padre y del médico holandés Aycke Smook al contar sus sentimientos en la primera eutanasia que practicó.

⁸ Dworkin R. *Op. Cit.* p. 70 y 84.

⁹ Calsamiglia, A. "Sobre la eutanasia". En Vázquez, R. *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*. México, D.F., Instituto Tecnológico Autónomo de México/ Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 151.

¹⁰ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 90 y 92.

debate que persiste dentro de la Iglesia Católica sobre la alimentación e hidratación médicamente asistida a pacientes en estado vegetativo persistente¹² y señala que resulta contradictorio que sean posiciones religiosas las que defienden la preservación de la vida biológica en tales condiciones. Para este autor, aun cuando el debate siga abierto, hay dos elementos sostenidos por la Iglesia a lo largo de los siglos que deben seguir orientando al respecto: que la vida humana es un bien limitado y que al prolongarla debe ofrecerse un beneficio y una esperanza razonables. Por otro lado, la responsabilidad de fijar límites a las acciones médicas debe ser correlativa al inmenso poder de la medicina para postergar la muerte.

Teniendo en cuenta todo esto, Panicola considera paradójico que a la vez que se crea en una vida eterna, se defienda la preservación artificial de una vida biológica en la que se ha perdido toda capacidad de conciencia, de relación y de vida espiritual. Piensa que hace falta más congruencia con las creencias fundamentales de la religión católica: que los bienes espirituales están por encima de los temporales, que la vida humana biológica tiene un límite que debe aceptarse y que la muerte significa el paso a la vida eterna en que continuará la deseada comunicación con Dios.¹³ En otras palabras, diríamos que habría que localizar lo sagrado de la vida más allá de su dimensión biológica.

En esta postura, Panicola coincide con una de las grandes contribuciones del análisis de Dworkin: mostrar que hay otra forma de entender y respetar el valor intrínseco de la vida para no caer en el absurdo de defender su santidad prolongando una vida que es considerada intrínsecamente mala por quien la vive. El valor sagrado de la vida de cada persona debe definirse de acuerdo a lo que cada una encuentra que da valor a su vida.

¹¹ Pohier, J. *La mort opportune*. Paris, Editions du Seuil, 1998, p. 341.

¹² Se refiere a un estado en que el paciente ha perdido irreversiblemente la función de la corteza cerebral, normalmente como resultado de un traumatismo craneoencefálico. Algunos autores lo consideran equivalente a la muerte cerebral, pero otros discrepan por el hecho de que existe función del tronco cerebral. En este desacuerdo se juegan muchas consecuencias: la obligación o no de dar tratamiento para mantener la vida como es la hidratación y alimentación; la posibilidad o no de usar los órganos de estos enfermos para transplantes y el elevado costo económico y de recursos humanos que supone la atención de estos enfermos. Véase Colomo, J. *Muerte cerebral. Biología y ética*. Pamplona, EUNSA, 1993, p. 72-96.

3.2. ¿Por qué morir antes?

Dworkin subraya la importancia de entender que hay diferencias entre las personas al considerar qué es lo mejor para el final de su vida. Algunos, dadas ciertas circunstancias, prefieren adelantar su muerte y otros, en la misma situación, desean seguir viviendo. Para avanzar en el debate de la eutanasia es necesario comprender las motivaciones por las que algunos individuos rechazan la idea de vivir en un estado puramente biológico, así como las de aquellos que desean permanecer vivos aunque sea de esa forma.

Para empezar, el autor recomienda desechar la idea de mejores o peores experiencias. Es evidente que no es mejor ni peor experiencia estar inconsciente que muerto, pues en ningún caso se tiene la experiencia. Sin embargo, independientemente de que alguien llegue a experimentar como tal el final de su vida, puede contar mucho para esa persona, mientras viva y esté consciente, la idea de ese final, pues el cierre de su vida da un significado retrospectivo a lo vivido en su totalidad. Por ello, habrá personas que consideren que su vida será peor, en su conjunto, si pasan por un periodo de inconsciencia o demencia; así como habrá otras que encuentren que su vida será peor si pierden la oportunidad de prolongarla todo lo posible, sin importar en qué condiciones.¹⁴

De esta forma, tomar decisiones sobre el final de la vida se vuelve un asunto que se relaciona con la idea del valor sagrado de la vida, pero no en sentido abstracto, sino encarnado en cada vida en particular y en cada vida en su totalidad, incluyendo el final. El valor sagrado de la vida adquiere otra dimensión y se entiende que uno es responsable de hacer que la propia vida valga la pena, de darle un valor *sagrado* a su vida. Pensar en la vida lleva a pensar en la muerte y a la inversa, pensar en la muerte remite a una cierta concepción de la vida. Las decisiones sobre el final de la vida reflejan una idea de lo que consideramos bueno para la propia vida. Para entender la importancia que tiene para alguien el final de su vida, Dworkin sugiere pensarlo de manera similar a cómo se concibe el final de una obra literaria, el cual la define en su totalidad. A una buena obra, corresponde un buen final.¹⁵

De esta forma, Dworkin señala los elementos para responder la pregunta clave: ¿por qué le importa a alguien la forma en que va a morir? Al menos por dos razones. En primer

¹³ Panicola, M. Catholic teaching on prolonging life: setting the record straight. *Hastings Center Report* 2001; 31 (6):14-25 y Panicola, M. Letter. Catholic views of life. *Hastings Center Report* 2001; 32 (3):5.

¹⁴ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 208-213.

¹⁵ *Ibid.* p. 27.

lugar, porque cada parte de nuestra vida interesa por sí misma, incluida la última. En segundo lugar, porque la manera en que termina la vida da significado a su totalidad y representa la última posibilidad para expresar los propios valores. Es posible que una persona que anticipa la pérdida de control sobre el propio cuerpo a causa de una enfermedad neurológica quiera decidir y adelantar el momento de su muerte para mantener alguna forma de dominio sobre su vida. Una persona que considera la posibilidad de caer en un estado vegetativo persistente que le llevará a perder los valores que daban sentido a su vida, quizá decida no permanecer en ese estado porque la pura vida biológica no significa nada para ella. Pero también habrá personas que en cualquiera de estas dos situaciones decidan seguir vivas porque consideran que la vida en sí misma vale y ¡sólo se vive una vez!

El caso es que las personas quieren diferentes cosas para el final de su vida porque de esa forma expresan lo que Dworkin llama sus intereses *críticos*, distintos de los que llama *experienciales*. Los intereses *críticos* representan juicios, convicciones y valores personales, como la integridad y la dignidad, conformando así la idea de lo que es bueno para la propia vida. Los intereses *experienciales* se refieren a la satisfacción o placer que se obtiene de hacer algo, por lo que no podrían explicar por qué para alguien es crucial decidir sobre una situación que no va a experimentar o, por el contrario, cómo es que alguien decide vivir en una condición en la que padece un dolor enorme.¹⁶

La base para respetar las decisiones de las personas sobre el final de su vida está en valorar estos intereses críticos, los cuales varían notablemente entre los individuos. Por eso, no se justifican las decisiones colectivas uniformes, impuestas por el Estado; debe promoverse que la gente tome previsiones sobre lo que quiere y en el caso de que sea necesario tomar decisiones por una persona (que no lo hizo a tiempo y ya no puede hacerlo), deberán hacerlo quienes mejor la conozcan. Como señala Dworkin, esta opción es mucho más deseable que basarse en conceptos teóricos, universales y abstractos que sirven a fines políticos o a grupos con intereses particulares.¹⁷

¹⁶ *Ibid.* p. 201-202.

¹⁷ *Ibid.* p. 213.

3.3. Diversidad de situaciones

Si algo pone en evidencia el análisis de Dworkin, es la importancia de tomar conciencia de las condiciones de vida que podremos encontrar en un futuro: 1) vernos en la situación de considerar la conveniencia de adelantar nuestra muerte; 2) estar sin capacidad de tal consideración y que otros tengan que hacer valer las instrucciones de lo que habremos establecido sobre qué querríamos y no querríamos en determinados casos; 3) encontrarnos en una situación en que otros deben tomar decisiones sobre el final de nuestra vida sin apoyarse en disposiciones previas explícitas. Muchas personas se encuentran en alguna de estas situaciones; unas por padecer una enfermedad terminal, otras, por encontrarse incapacitadas para realizar actividades por sí mismas, parcial o completamente y de manera irreversible; otras más, por estar en estado inconsciente definitivo; finalmente otras, cuyo estado físico es aceptable, por sentirse obligadas a tomar medidas antes de que el progreso de su enfermedad las incapacite. Quizás unas tengan apoyo de vida artificial, pero otras no. Con toda esta serie de variables presentes, Dworkin clasifica en tres las situaciones en que se deben tomar decisiones sobre la propia muerte o sobre la de otros: 1) cuando las personas están conscientes y competentes; 2) cuando están inconscientes; 3) cuando están conscientes pero incompetentes.¹⁸

3.3.1. *Personas conscientes y competentes*

Es el caso de muchos pacientes que padecen una enfermedad que les impide o les impedirá vivir como hubieran querido y conciben como un consuelo la idea de controlar la propia muerte. Puesto que el suicidio no es un crimen en la mayoría de los países occidentales, es una opción para tales personas. Sin embargo, muchos enfermos se ven privados de la alternativa de adelantar su muerte por encontrarse incapacitados para hacerlo por sí mismos y porque la mayoría de los países prohíbe dar ayuda directa para morir.¹⁹ Aunque las personas pueden rechazar un tratamiento como la alimentación o hidratación artificial, no tienen derecho legal a interrumpirlo una vez que lo reciben porque esto implica

¹⁸ *Ibid.* p. 183-190.

¹⁹ Mencionamos en la Introducción que Holanda, Bélgica, Oregon en E.U. y Suiza son una excepción. En el capítulo 5 revisamos la experiencia de Holanda, sus cambios legales, así como los problemas que enfrenta y las soluciones que ha encontrado.

la ayuda de otros para suicidarse.²⁰ Desde luego esto no impide que en la práctica existan muchos médicos dispuestos a dar esta ayuda de manera clandestina cuando así lo solicitan pacientes que están por morir.²¹

La otra alternativa es que los pacientes consigan el permiso judicial para que se retire la ayuda médica que los mantiene con vida. Fue lo que sucedió en el caso de Miss B, difundido a través de los medios (su nombre se mantiene en el anonimato por razones legales). Se trataba de una mujer británica de 43 años, trabajadora social, que quedó tetraplégica como consecuencia de la ruptura de un vaso sanguíneo del cuello que afectó su espina dorsal.²² Desde febrero de 2001 vivió conectada a una máquina para respirar a pesar de que ella, con anterioridad, había establecido por escrito que no deseaba recibir tratamiento en caso de verse en una condición que pusiera en riesgo su vida o de quedar mentalmente incapacitada o inconsciente. La paciente pidió a los médicos que retiraran el respirador, a lo cual se negaron alegando razones éticas y porque consideraban que Miss B cambiaría de opinión. Como no sucedió así, ella recurrió a la justicia. Mediante un circuito cerrado de televisión, la paciente pudo comunicarse directamente desde la cama del hospital con la juez Elizabeth Butler-Sloss, Presidenta de la División Familiar de la Corte Suprema del sistema judicial inglés, quien decidió su caso desde Birmingham, estando en contacto con el resto de los jueces reunidos en el Tribunal Supremo de Londres.

En marzo de 2002 la juez falló a favor de la paciente considerando que ésta estaba totalmente capacitada para decidir la interrupción del tratamiento, con lo cual se produciría su muerte. Señaló que se trataba de una decisión que debía permitirse a personas con discapacidades tan severas, para quienes vivir así podía significar algo peor que la muerte. Añadió que la decisión de la paciente debía haber sido respetada por el hospital, lo que hubiera evitado el sufrimiento adicional que padeció.²³

Sin duda, juicios como el de Miss B sientan precedentes para futuros casos y favorecen un proceso de revisión permanente de las leyes. Éste fue especialmente importante por ser la primera vez que alguien mentalmente competente pedía y recibía el

²⁰ Un argumento que demuestra que la llamada eutanasia pasiva no lo es tanto: implica una acción.

²¹ Dworkin, R. *Op. Cit.* P. 183-184.

²² En 1999 tuvo una hemorragia debido a un aneurisma de un arteria cercana a la médula espinal de la que se recuperó casi por completo, pero se volvió tetraplégica en febrero de 2001 como consecuencia de un sangrado mayor. Véase Dyre, C. Woman makes legal history in right to die case. *BMJ* 2002; 324:629.

²³ *El País*, 7 y 23 de marzo de 2002.

permiso para que se retirara el apoyo de vida artificial. En casos anteriores se habían encausado solicitudes de familiares de pacientes en estado vegetativo persistente.²⁴ No se tuvieron detalles sobre el desenlace que tuvo la paciente debido a un requerimiento judicial que prohibió la publicación de cualquier información que pudiera identificarla, pero se supo, a través del Departamento de Salud, que Miss B murió tranquilamente dormida una vez que se le retiró el ventilador, aproximadamente un mes después de que recibiera la autorización de la juez.²⁵

Este juicio también suscita preguntas que deben ser motivo de reflexión en tanto tocan aspectos que están en la base del debate sobre la eutanasia y la muerte asistida. Por ejemplo, resulta muy controvertido que la paciente comentara que ella no hubiera estado dispuesta a apagar por sí misma la máquina, como se lo ofrecieron los médicos. Ella explicó que no quería suicidarse porque era creyente y porque no quería dejar esa marca como despedida entre sus amigos y familiares. No queda claro cómo es que Miss B hubiera podido desconectar por sí misma el aparato, pero la juez la interrogó directamente al respecto, manejando el supuesto que hubiera un mecanismo para que ella pudiera hacerlo. La paciente reiteró su negativa y su argumentación. Lo que parece cuestionable es que la paciente pidiera a otros que realizaran una acción para poner fin a su vida que ella misma no estaba dispuesta a realizar. Puede comprenderse que se prefiera que sea otro quien se encargue de la acción última que determina la propia muerte, pero al mismo tiempo resulta problemático que se delegue en otros un acto de tanta responsabilidad, concerniente a la propia vida, cuando uno mismo lo podría realizar.

Esta situación se relaciona con uno de los principales argumentos por los que algunos médicos defienden el suicidio médicamente asistido, al que consideran una opción legítima, al mismo tiempo que rechazan la eutanasia, a pesar de reconocer que los enfermos físicamente incapacitados quedan excluidos de la posibilidad de adelantar su muerte. Basan su posición en el hecho de que consideran muy importante que la responsabilidad del acto final que causa la muerte recaiga en la persona que muere.²⁶ Según la declaración de Miss B, ella quería evitar precisamente eso: ser ella misma quien realizara la acción que provocara su

²⁴ *CNN.com*, 22 de marzo de 2002.

²⁵ Kmietowicz, Z. Woman who won right to refuse treatment dies. *BMJ* 2002;324:1055.

²⁶ Es la posición de Timothy Quill, a quien citamos en el capítulo 1 y de Pierre Soulier, mencionado en el capítulo 2.

muerte porque le interesaba que no pareciera suicidio. Desde luego, si en principio los médicos hubieran respetado su voluntad, de acuerdo a lo que la paciente había establecido por escrito y no la hubieran conectado a un respirador, se hubiera producido su muerte como consecuencia de su incapacidad para respirar y los médicos no se habrían visto confrontados con la petición de desconectar, contraria a sus principios éticos. Pero también cabe preguntarse si fueron suficientemente claras las indicaciones de Miss B y si los médicos se sentían legalmente protegidos de seguirlas, pues de no haber sido así, se puede entender su acción para procurarle la respiración mediante el ventilador.

La resolución de la juez Butler-Sloss fue importante porque defendió el derecho de una persona a elegir la muerte digna por encima de una vida que había dejado de tener valor para ella. A Miss B se le permitió recurrir a la eutanasia pasiva. Con este caso, se demuestra que no es tan simple recurrir a esta forma de muerte, ni es tan “pasiva” como a veces se supone, a pesar de que bajo la ley inglesa los pacientes mentalmente competentes para tomar decisiones sobre su tratamiento no pueden ser obligados a seguir ninguno en contra de su voluntad.²⁷ Es posible suponer que haya influido en la decisión favorable de la juez el hecho de que se tratara de retirar algo que mantenía con vida a la paciente y no de aplicar algo para terminar su vida, petición mucho más problemática.²⁸

Como lo señala Dworkin, la diferencia que legalmente existe entre eutanasia pasiva y activa puede llevar a contradicciones. Se puede permitir provocar la muerte de una forma dolorosa y lenta como consecuencia de dejar de alimentar o de retirar un respirador (medidas catalogadas como eutanasia pasiva), pero se prohíbe la muerte que sobreviene de manera rápida y sin dolor por la aplicación de una inyección letal (lo que corresponde a la eutanasia activa).²⁹ Ejemplos horribles de esta irracionalidad se han dado en algunas decisiones médicas con recién nacidos que tienen síndrome de Down y, además, nacen con el intestino obstruido, defecto que puede repararse fácilmente con cirugía. Ha sido frecuente

²⁷ Dyre, C. Woman makes legal history in right to die case. *BMJ* 2002;324:629.

²⁸ Contemporáneo a este juicio fue el de Diane Pretty de 43 años que padecía esclerosis lateral amiotrófica. Solicitó a los tribunales, primero británicos y después europeos, permiso judicial para que su marido la ayudara a terminar con su vida sin correr riesgo penal. Paralizada del cuello a los pies, dependiente de ayuda para todas sus necesidades e impedida para quitarse la vida por sí misma, quería evitar la angustiante experiencia de morir de asfixia pulmonar. No lo consiguió; la justicia le negó el derecho al suicidio asistido argumentando que el deber del Estado era proteger el derecho a la vida, el cual se debilitaría si respaldaba el derecho a la muerte. Véase *El País*, 21 de agosto, 11 y 19 de octubre, 2 de noviembre de 2001, 24 de enero, 30 de abril, 13 y 14 de mayo de 2002.

que, por instrucciones de los padres, no se realice la operación y se les deje morir de hambre de manera lenta y dolorosa. Mientras que esto se considera moralmente correcto, muchas personas calificarían como crimen que los médicos produjeran la muerte de los niños de manera rápida y sin dolor.³⁰

En Holanda no se dan estas contradicciones. El doctor Peter Admiraal, citado por Pierre Soulier, se declara contrario a los procedimientos que producen una muerte lenta y dolorosa. Si se trata de provocar la muerte para evitar un sufrimiento intolerable, le parece mucho menos hipócrita recurrir a la eutanasia activa para que el enfermo caiga rápidamente en coma y la muerte sea inmediata y sin dolor. En caso de decidir la interrupción de medidas de mantenimiento de vida, habría que dar al mismo tiempo dosis elevadas de morfina para evitar el dolor y, en tal caso, la actitud no sería de ninguna manera pasiva.³¹ Por nuestra parte, nos parece necesario dejar planteada la pregunta: además de la gran diferencia, en términos del sufrimiento que puede evitarse al optar por la eutanasia activa en lugar de la pasiva, ¿existe realmente entre ambas una diferencia en términos de moralidad?

Lo cierto es que no todos los médicos piensan que ayudar a morir va en contra de la esencia misma de su profesión que es curar y prolongar la vida. Algunos consideran que la responsabilidad hacia sus pacientes incluye intentar aliviarlos hasta el final y la eutanasia *activa* puede ser la última acción con la que pueden hacerlo, aun cuando esto implique actuar fuera de la ley y con todos los riesgos que ello supone. Este fue el caso para el médico que ayudó a morir a Lilian Boyes en 1992 con una inyección de cloruro de potasio cuando ella así se lo pidió. La había atendido durante 13 años y la conocía muy bien porque

²⁹ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 184.

³⁰ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 254. Debe quedar claro que quienes consideran preferible que se produzca la muerte de esos niños de manera rápida y sin dolor no lo proponen por el hecho de que sean niños con síndrome de Down, sino por el hecho de que ya han decidido sus padres que mueran (desde el momento que determinan que no se les opere de la obstrucción intestinal con que nacieron); puesto que se sabe que esos niños van a morir, se trata de evitar que lo hagan de forma lenta y dolorosa. Javier Gafo, a quien revisamos en el próximo capítulo, también se refiere a la decisión de los padres de niños con síndrome de Down de negar la intervención quirúrgica que les resolvería la obstrucción intestinal. Sin desconocer el impacto que significa para los padres saber que su recién nacido tiene este síndrome, le parece inhumano que se les deje morir y no se les aplique una intervención que se haría a un niño normal por considerar indigna su vida, siendo que los niños con Down pueden alcanzar niveles importantes de relación interhumana. En este sentido, el caso de los niños anencefálicos se juzgaría de diferente manera porque para ellos es imposible la más mínima relación interhumana. Véase Gafo, J. "Eutanasia y el derecho a morir en paz". En Gafo, J., Vidal, M. Gil, E., Urraca, S., Higuera, G., Fernández Martos, J.M., Pilon, J.M., Ruiz, G., Tornos, A. *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Madrid, Ediciones Paulinas, 1984, p.130-131.

mantenía con ella una relación cercana. Este médico británico consideró su deber cumplir la promesa de no dejarla sufrir, pero el juez que llevó su caso (porque fue denunciado por una enfermera católica que leyó el reporte de la inyección) vio las cosas desde otra perspectiva. Cuestionó precisamente que el médico hubiera permitido que la compasión por su paciente se impusiera sobre su deber profesional. El juez consideró su acción, además de criminal, una traición a su obligación médica. Inicialmente, el doctor fue sentenciado a un año de prisión, pero se suspendió el castigo y se le permitió seguir trabajando con la condición de tener supervisión de otro médico.³²

3.3.2. *Personas inconscientes*

En la práctica se presentan diversas situaciones en que es preciso decidir si se dan, se continúan o se interrumpen tratamientos para mantener con vida a pacientes que no pueden expresar su voluntad por encontrarse en estado inconsciente. Estas situaciones son muy diversas. Incluyen desde casos de personas con fallas cardíacas (entre las cuales también pueden variar mucho las probabilidades de que tengan una recuperación exitosa si se aplican algunas medidas médicas de urgencia), hasta casos en los que se ha producido tal daño en los individuos que la posibilidad de volver a tener una vida consciente queda totalmente descartada. Para esta diversidad de situaciones existen algunas guías que pueden orientar a tomar decisiones. Así por ejemplo, en los hospitales se establecen de manera formal e informal políticas que sirven para definir en qué casos aplicar medidas de resucitación cardiopulmonar, según se considere que vale o no la pena la supervivencia que se conseguirá, en cuanto a tiempo y calidad. Algunas veces son los mismos pacientes los que especifican qué querrían en caso de que se presente una situación que requiere ese tipo de decisión.³³

De todas formas, es un hecho que tales políticas son insuficientes y que las voluntades de los pacientes son desatendidas con frecuencia porque los médicos, enfermeras y técnicos muchas veces responden automáticamente de acuerdo a un precepto adquirido a lo largo de su formación, y arraigado por su práctica, que establece que su deber es salvar

³¹ Soulier, J. *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*. Madrid, Temas de Hoy, 1995, p.214.

³² Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 184-185.

³³ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 186.

vidas antes que nada. Sherwin Nuland reflexiona sobre la dramática y crítica situación que vive el personal médico cuando realiza procedimientos de reanimación en las que él mismo participó innumerables veces, en ocasiones dirigiéndolos, y que irónicamente describe como “encarnizadas luchas emprendidas por toda una tropa médica”. Reconoce el indudable beneficio que representa este recurso tecnológico, pero también los inconvenientes que puede introducir cuando se aplica indiscriminadamente. La dificultad proviene de que cada caso es singular y cada situación es terriblemente crítica porque debe actuarse contra el tiempo para evitar un daño irreversible en el cerebro. Por eso, se diga o no abiertamente, para los que intervienen en una resucitación cardiopulmonar, muchas veces lo único que saben es que luchan, no sólo contra la muerte, sino contra sus propias incertidumbres y preguntas: “¿estamos haciendo lo que debemos?, ¿vale la pena o deberíamos dejar a esta persona tranquila?”³⁴

Y así como hay pacientes que piden no ser reanimados, hay otros que exigen que se haga todo para mantenerlos con vida el mayor tiempo posible, sin importar que estén agotadas sus probabilidades de recuperación. Es el caso que cita Dworkin de una mujer viuda de 76 años que después de una operación de corazón abierta sobrellevó crisis tras crisis sin poder abandonar la unidad de cuidados intensivos. Cuando sufrió un paro respiratorio, ya conectada a un ventilador, la hija negó su consentimiento a la orden de no resucitación sugerida por los médicos apoyándose en una tradición familiar de luchar hasta el final.³⁵

Pero en este apartado, a Dworkin le interesa principalmente analizar los dilemas que plantean casos de pacientes inconscientes que no están próximos a morir, pero nunca van a recuperar la conciencia. Son enfermos que se encuentran en estado vegetativo persistente: no piensan ni sienten y pueden vivir por mucho tiempo si reciben hidratación y alimentación por entubación. Según Dworkin, se calcula que hay entre 5,000 y 10,000 pacientes en tal condición en Estados Unidos,³⁶ dato que difiere bastante del que da Peter Singer basándose en un estudio de 1994 que estima que son entre 10,000 y 25,000 adultos y entre 4,000 y 10,000 niños lo que se encuentran en esta condición. Singer comenta la diferencia que existe

³⁴ Nuland, S. *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid, Alianza Editorial, 1995, p. 53-55.

³⁵ Dworkin, R. *Op. Cit.* p.186-187.

³⁶ Este cálculo es para 1993, año en que se publicó por primera vez el libro de Dworkin.

con respecto a Gran Bretaña en donde el cálculo del total de pacientes en tal estado fluctúa entre 1,000 y 1,500.³⁷ Tomando en cuenta la diferencia poblacional entre ambos países, la proporción de pacientes en estado vegetativo persistente es mucho mayor en Estados Unidos,³⁸ lo que en parte puede explicarse por el hecho de que en este país existe una mayor resistencia en los médicos a decidir de manera discrecional el retiro del mantenimiento artificial de vida, llevando los casos a las cortes que tienden a fallar por la prolongación de la vida.³⁹

A propósito de estos datos, resulta interesante comparar la resolución que se dio en los dos países ante dos casos, más o menos contemporáneos, de jóvenes en estado vegetativo persistente. Ambos conservaban la capacidad para respirar por sí mismos, pero requerían hidratación y alimentación artificial. Se trata de Nancy Cruzan en Estados Unidos y Anthony Bland en Gran Bretaña.

En 1983, Nancy Cruzan, de 26 años, sufrió un accidente automovilístico a consecuencia del cual quedó sin capacidad respiratoria. Una vez que fue atendida y restablecida su respiración, se determinó que había una lesión cerebral irreversible debido al tiempo que había permanecido sin oxígeno. Aunque en las primeras semanas fue capaz de ingerir algunos alimentos oralmente, después se le implantó un tubo para alimentarla e hidratarla. Una vez que resultó evidente que Nancy no tenía ninguna posibilidad de recobrar sus facultades mentales, los padres solicitaron que se retirara la alimentación artificial. Estaba claro que tal retiro produciría su muerte, por lo que el personal del hospital se negó a actuar sin una orden judicial.⁴⁰ De esa forma inició un proceso legal que duraría siete años hasta que los padres consiguieron el permiso para dejar morir a su hija. Un primer juez de Missouri había consentido que se retirara la alimentación artificial con base al derecho, garantizado por la constitución estatal y federal, de rehusar un procedimiento para prolongar la vida. Se apoyaba en el testimonio de los padres de que su hija había expresado en diversas

³⁷ Singer, P. *Rethinking Life and death. The Collapse of our Traditional Ethics*. New York, St. Martin's Griffin, 1996, p.59.

³⁸ Se estima que en 2003 la población en Gran Bretaña ascendió a 59,2 millones de habitantes, mientras que la de Estados Unidos ascendió a 291,5 millones de habitantes. En comparación, Estados Unidos tiene casi cinco veces más habitantes que Gran Bretaña, una relación mucho menor a la de casos de pacientes en estado vegetativo persistente. Véase www.data.worldpop.org/datafinder.htm

³⁹ Singer, P. *Op. Cit.*, p.59.

⁴⁰ "Missouri contra Cruzan". En: Baird, R, Rosenbaum S. *Eutanasia: los dilemas morales*. Barcelona, Alcor, 1992, p. 191-233.

ocasiones que no querría que la mantuvieran viva en tal condición. Sin embargo, el defensor asignado a Nancy sintió la responsabilidad de apelar y la Suprema Corte de Missouri determinó que la ley de ese estado no permitiría que se retirara el apoyo a menos que hubiera pruebas claras de que la paciente habría querido eso, como sería haberlo establecido en un testamento de vida firmado por ella. De no contar con un documento probatorio, el Estado estaba obligado a preservar la vida de Nancy por el deber que tenía de respetar la santidad de la vida. La Corte consideraba que la comunidad de Missouri tenía razones legítimas para mantenerla viva, aun cuando eso fuera en contra de los derechos e intereses de ella misma, ya que era intrínsecamente malo que alguien muriera deliberada y prematuramente.⁴¹

Los padres apelaron a la Suprema Corte de la Nación argumentando que su hija tenía el derecho constitucional para que se le permitiera morir, pero la Suprema Corte no decidió si debía permitirse el retiro del tratamiento, sino que respaldó a la corte de Missouri en su derecho de tomar decisiones propias y pedir la evidencia que demostrara la voluntad de Nancy. Unos meses más tarde de esta decisión, el Estado de Missouri concedió a Nancy el derecho a morir al aceptar como evidencia el testimonio de unos amigos que declararon que ella había indicado que preferiría morir en caso de verse en la situación en que estaba. En su tumba, junto con el día de su nacimiento, en 1957, están grabadas otras dos fechas: una de 1983, “el día que se fue”, y la de 1990, “el día que descansó en paz”.⁴²

Anthony Bland era un muchacho de 17 años, apasionado del fútbol que en 1989 asistió a la semifinal en que jugaba su equipo favorito en Sheffield, Inglaterra. Debido a que cientos de aficionados intentaban entrar cuando el partido empezó, se produjo un terrible accidente en el que murieron 95 personas. Anthony fue aplastado por la multitud y sus pulmones y cerebro quedaron sin oxígeno tanto tiempo que cayó en estado vegetativo persistente.⁴³ Ni la familia de Anthony ni el médico a su cargo ni el médico consultado por éste ni el mismo hospital veían algún beneficio en alimentar artificialmente al muchacho para mantenerlo vivo. De no ser porque se estaban investigando judicialmente las muertes causadas por el desastre del estadio, se hubiera procedido como es común en Gran Bretaña cuando todos los involucrados están de acuerdo: retirando el tratamiento y esperando que

⁴¹ Dworkin, R. *Op.Cit.* p. 11-12.

⁴² Singer, P. *Op.Cit.* p. 61-62

sobreviniera la muerte una o dos semanas después. Sin embargo, el médico responsable consideró prudente informar al investigador del accidente, quien le advirtió que corría riesgos de ser acusado de homicidio, a pesar de coincidir con él en que no tenía sentido prolongar la existencia de Anthony.

El juez al que se acudió para decidir el caso confirmó el riesgo que habría corrido el médico pues, aunque ha sido costumbre que los médicos tomen decisiones para interrumpir tratamientos que prolongan innecesariamente la vida basándose en su propio juicio y la ética médica, ha habido doctores y enfermeras que denuncian tales hechos a la policía por su creencia en la santidad de la vida por encima de todo.⁴⁴ Fue necesario llevar este caso hasta la Cámara de los Lores⁴⁵ porque el defensor que nombró el Estado para garantizar los derechos de Anthony se opuso a la decisión de los jueces que autorizaron a los padres a retirar el tratamiento, primero en la División Familiar y luego en la Corte Suprema Inglesa.⁴⁶ Aun cuando el defensor estaba de acuerdo en que el muchacho nunca recobraría la conciencia, se oponía a que se le dejara morir porque legalmente eso correspondía a un homicidio.⁴⁷

En la Cámara de los Lores, Lord Hoffmann, basándose en lo que podía conocer de Anthony Bland a través de quienes más cerca estuvieron de él, determinó que debía admitirse que si le fuera posible, el muchacho escogería morir y no vivir en las condiciones en que se encontraba. A pesar de que el respeto a la santidad de la vida aconsejaba mantenerlo vivo, el respeto al principio de autodeterminación justificaba que la ley le permitiera morir.⁴⁸ Al describir la condición de este joven, Lord Hoffmann concluyó con una reflexión que siempre debería tenerse en cuenta al juzgar peticiones como la de los padres de Anthony: “Su cuerpo está vivo, pero no tiene vida en el sentido en que la tiene incluso el ser humano más lamentablemente incapacitado que sí tiene conciencia. Pero los avances de la medicina moderna podrían mantenerlo en ese estado por años, incluso por décadas.”⁴⁹ Como

⁴³ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 188.

⁴⁴ Singer, P. *Op. Cit.* p. 58-59.

⁴⁵ *The House of Lords* es la más alta corte en el sistema judicial británico.

⁴⁶ *High Court*, por encima de la cual está *The House of Lords*

⁴⁷ Singer, P. *Op. Cit.* p. 60.

⁴⁸ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 188.

⁴⁹ Singer, P. *Op. Cit.* P. 58.

señala Singer, los jueces tuvieron la sensibilidad de encontrar una solución legal que permitiera poner fin a una tragedia que, de por sí, era terrible.⁵⁰

Ambos casos fueron de gran relevancia en sus países respectivos por el precedente que sentaron. La petición para interrumpir la vida de Nancy Cruzan fue la primera que se solicitó ante la Suprema Corte de los Estados Unidos⁵¹ y sirvió para reconocer que las personas competentes tienen un derecho constitucional a que se les retire el mantenimiento de vida artificial en caso de caer en estado vegetativo persistente. Con la experiencia de este caso, se instrumentaron políticas en los hospitales para informar a los pacientes de la posibilidad de dar directivas previendo el caso de quedar en esa condición.⁵²

El caso de Anthony también sentó un precedente histórico. Sin duda, significó un dolor adicional para los padres que una solución que hubiera podido tomarse fácilmente tuviera que posponerse y decidirse judicialmente. Pero la importancia del caso radica en que se cuestionó en el sistema legal británico (muy influyente en países como Canadá, Australia y Nueva Zelanda) el apoyo médico artificial en condiciones de un estado vegetativo persistente y se otorgó el permiso legal para que los médicos actúen para dejar morir a un paciente.⁵³

Ahora bien, es necesario señalar que no todos los familiares de pacientes en estado vegetativo persistente son de la opinión de que se retire el soporte que los mantiene con vida. Helga Wanglie, una mujer activa de 85 años, después de sufrir una severa anoxia debida a paros cardiopulmonares durante el tratamiento de un rompimiento de cadera, cayó en estado vegetativo persistente. El centro médico recomendó suspender el tratamiento (sin que influyera en esa recomendación los costos, pues éstos eran cubiertos por un seguro),

⁵⁰ *Ibid.* P.64.

⁵¹ El famoso caso de Karen Quinlan, quien en 1976 cayó en estado vegetativo persistente después de una sobredosis, no pasó de la corte de New Jersey; los padres, que eran católicos, sólo pidieron permiso para retirar el respirador artificial (considerado medida extraordinaria a diferencia de la alimentación artificial considerada medida ordinaria, distinción muy controvertida, sin duda). Para sorpresa de todos, Karen empezó a respirar por sí misma cuando se retiró el respirador y vivió 10 años más. Véanse Singer, P. *Op. Cit.* p. 61-62, 70-72 y Humphry, D., Wickett, A. *The Right to Die*. Oregon, Helmock Society, 1990, p.107-108. Nos referimos a este caso en el siguiente capítulo.

⁵² Dworkin, R. *Op. Cit.* P. 188.

⁵³ Peter Singer considera histórica para la ley británica la resolución del caso de Anthony Bland porque respalda judicialmente lo que la práctica pone en evidencia: la necesidad de una revisión de la ética tradicional frente a las decisiones médicas al final de la vida. Véase Singer, P. *Op. Cit.* p.1.

pero el marido rechazó esta opción y la juez que atendió el caso respaldó su decisión al considerarlo un tutor competente para defender los intereses de su esposa.⁵⁴

Cabe mencionar que el costo económico tampoco fue una variable que influyera en la solicitud de los padres, ni de Nancy Cruzan ni de Anthony Bland, cuyos tratamientos corrían a cargo del gobierno. Sin embargo, el costo económico a que asciende el apoyo médico de pacientes en estado vegetativo persistente no puede ignorarse. Al Estado de Missouri le costó 130,000 dólares al año mantener a Nancy con vida.⁵⁵ Hablamos de cifras muy altas si pensamos en la insuficiencia de recursos de salud para cubrir necesidades de otras personas. Raanan Gillon sugiere que en un sistema de salud con recursos limitados, lo más apropiado sería decidir en contra de proveer tratamiento a pacientes en estado vegetativo persistente, más allá de un tiempo establecido. Señala, incluso, que puede llegar el día en que una autoridad de salud tenga que acudir a la corte para pedir autorización para retirar un tratamiento de mantenimiento artificial de vida.⁵⁶ ¡Los tiempos cambian!⁵⁷

3.3.3. Personas conscientes, pero incompetentes

Es la situación de personas con demencia, un síndrome progresivo en el que hay un declive de las funciones cognitivas, especialmente de la memoria, acompañado de un

⁵⁴ Dworkin, R. *Op. Cit.* P. 188-189.

⁵⁵ Singer, P. *Op. Cit.* p. 62.

⁵⁶ Gillon, R. Persistent vegetative state, withdrawal of artificial nutrition and hydration, and the patient's "best interests". *Journal of Medical Ethics* 1998; 24:75-76.

⁵⁷ Sin embargo, no queda tan claro en qué sentido han cambiado los tiempos en Estados Unidos desde el caso de Nancy Cruzan. Cuando estamos por concluir este documento, la noticia del caso de Terry Schiavo nos hace dudar que en este país se haya avanzado en materia de decisiones sobre la muerte de personas inconscientes. Terry Schiavo es una mujer de 39 años que lleva 13 en estado vegetativo persistente. Su esposo y representante legal obtuvo el permiso judicial para retirarle la alimentación artificial alegando que ella así lo hubiera deseado. Pero los padres de Terry no están de acuerdo con esa decisión y sostienen que la rehabilitación de su hija es posible, a pesar de que los médicos han descartado esa posibilidad. El caso se ha complicado mucho más desde que el gobernador de Florida, Jeb Bush, consiguió que se aprobara una ley, con la cual ordenó volver a conectar a Terry. Se desató un debate para determinar quién debe decidir en casos así, pero también una protesta, sobre todo de legisladores, cuestionando la acción del gobernador que es considerada inconstitucional por muchos de ellos. El caso no termina de resolverse, pues mientras el abogado del esposo busca que se desestime la ley que llevó a reconectar a Terry, los padres han solicitado a un juez que dictamine que el esposo sea sustituido por la hermana o hermano de Terry para representarla legalmente. Véase *El País*, 16 y 23 de octubre de 2003, *The Associated Press*, 7 de noviembre de 2003. No podemos dejar de sorprendernos e indignarnos ante situaciones como esta en que el destino de esta mujer (o el cuerpo con vida de esta mujer) se ha convertido en el objeto de discusión de un creciente número de interesados en decidir si debe o no mantenerse con vida. Lo único bueno que ha dejado este caso es que ha promovido la conciencia del público general de la importancia de reflexionar, elegir e informar sobre lo que se quiere y no se quiere para el final de la vida, tanto a los familiares, como a los médicos personales.

deterioro en el control emocional, en el lenguaje y en la conducta social. Ocurre principalmente en la enfermedad de Alzheimer, pero también en los trastornos cerebrovasculares y en otras condiciones que afectan al cerebro, sea primaria o secundariamente. Aunque puede empezar en cualquier edad, afecta más frecuentemente a las personas mayores y no existe curación para esta condición. Como lo único que puede lograrse es retrasar un poco el deterioro, las personas con demencia, de manera inevitable, se vuelven gradualmente incapaces de valerse por sí mismas.⁵⁸

En los últimos estadios de la enfermedad de Alzheimer, que puede durar entre cuatro y doce años, los pacientes pierden prácticamente toda la memoria, no tienen conciencia de una vida anterior y sólo ocasionalmente reconocen y responden a otros, aun cuando se trate de las personas más cercanas. Los enfermos apenas pronuncian alguna palabra, tienen incontinencia, se caen y no pueden caminar ni comer.⁵⁹ Esta perspectiva es la que enfrenta una persona que tiene conocimiento de que padece esta enfermedad en sus primeras etapas y en esta situación se vio una mujer a la que nos referimos anteriormente, Janet Adkins, famosa por haber sido la primera persona a la que el polémico Dr. Jack Kevorkian ayudó a morir.⁶⁰

También Dworkin se refiere a esta mujer de 54 años para reflexionar sobre las implicaciones de las decisiones relacionadas con la terminación de la vida en personas conscientes, pero incompetentes. Para entender su complejidad, es muy útil conocer la situación que vivió Janet Adkins, quien no llegó a la incompetencia porque prefirió morir antes de que avanzara el deterioro intelectual y quedara impedida para tomar una decisión.⁶¹ Janet Adkins podría haber disfrutado algún tiempo más de vida si hubiera tenido la seguridad de que no se le dejaría llegar a la situación que tanto temía, pero este es el dilema ético que Dworkin plantea: ¿cómo hacer valer la decisión sobre el final de la vida de una persona competente para que se aplique en el futuro, cuando ésta sea incompetente?, ¿cómo se podría dar efecto a la voluntad de terminar con la vida de una persona que está consciente

⁵⁸ Marzansku, M. Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia. *Journal of Medical Ethics* 2000; 26: 108-112.

⁵⁹ Dworkin, R. *Op. Cit.* P. 218-219.

⁶⁰ Comentamos el caso en el capítulo 1, en el apartado 1.4.1. Eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria.

⁶¹ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 189-190.

y da muestras de querer seguir viviendo (lo que suele suceder con las personas que llegan a estadios avanzados de la enfermedad de Alzheimer)?⁶²

Con estas preguntas en mente hay que analizar la decisión de Janet Adkins, la cual, en principio, podría parecer precipitada. De hecho, así la han calificado diversos autores que critican a Kevorkian y subrayan el hecho de que la primera paciente a la que ayudó a morir se encontrara apenas en una etapa temprana de la enfermedad de Alzheimer. También se ha criticado que este médico, siendo patólogo y no clínico, haya actuado sin el conocimiento ni la experiencia necesaria para juzgar adecuadamente otras alternativas médicas para los enfermos que le solicitaron ayuda o para valorar si lo hacían influidos por un estado depresivo. Se le ha censurado, además, haber ayudado a morir a personas sin haber tenido con ellas una larga y profunda relación, sin revisar toda la información disponible sobre sus enfermedades y haber estado dispuesto a ayudar a enfermos a suicidarse cuando los médicos expertos tenían incertidumbre sobre su pronóstico.^{63 64}

Sin embargo, estas críticas no parecen fundadas en el caso de Janet Adkins cuando se revisa el relato que hace el mismo Kevorkian desde el primer contacto telefónico con el esposo, a finales de 1989. Éste describe a Janet como una mujer extraordinaria, hábil, activa, esposa, madre, abuela, amiga muy querida, música, escaladora y amante de la vida al aire libre. Ella sabía lo que suponía el diagnóstico que le habían dado y había decidido que no viviría para experimentar el horror de una final semejante. Kevorkian apoyó la decisión que ella había tomado de entrar a un programa experimental para probar un fármaco nuevo, porque era importante que agotara toda intervención médica potencialmente beneficiosa. En la siguiente comunicación, en abril de 1990, los Adkins le informaron que el programa se había interrumpido por la poca efectividad del medicamento y le solicitaron el suicidio asistido mediante el aparato que había inventado. Kevorkian estaba consciente de que Janet no era una enferma terminal y con toda la crítica que esto generaría, consideró que el

⁶² *Ibid.* p. 190.

⁶³ Quill, T. *Death and Dignity. Making Choices and Taking Charge.* New York/London, Norton & Company, 1994, p. 124-125.

⁶⁴ Desde abril de 1999, Jack Kevorkian cumple una sentencia en la cárcel de un mínimo de diez y un máximo de 25 años por asesinato en segundo grado. En septiembre de 1998 Kevorkian inyectó con una droga letal a Thomas Youk, un enfermo terminal que le había solicitado ayuda para morir. Antes de este caso, Kevorkian se había limitado a practicar el suicidio asistido y esta vez, además de aplicar una eutanasia, grabó el procedimiento en un video que fue dado a conocer en el programa *60 minutes*. Véase *El País*, 14 de abril de 1999.

deterioro que ella estaba sufriendo justificaba su solicitud y era consciente que el tiempo apremiaba. Revisó su expediente y consultó con el médico de Janet, quien se opuso a la idea del suicidio y manifestó que su paciente todavía podría estar bien un año más, lo cual no coincidía con los datos que ella y su marido aportaban a Kevorkian. Éste se dio cuenta, en las entrevistas con Janet, que ésta seguía estando mentalmente competente y no estaba deprimida, pero su memoria fallaba muchísimo y le afligía no recordar aspectos del tema sobre el que conversaban.⁶⁵ La nota final de Janet Adkins, escrita la mañana de su muerte, en junio de 1990, testificada por su marido y su mejor amiga, confirma la valoración de Kevorkian:

*He decidido quitarme la vida por la siguiente razón. Ésta es una decisión tomada en estado mental normal y profundamente meditada. Tengo la enfermedad de Alzheimer y no quiero dejarla progresar más. No quiero que mi familia o yo misma tengamos que soportar el sufrimiento de esta terrible enfermedad.*⁶⁶

Veamos ahora la situación de personas conscientes e incompetentes en que la enfermedad progresa hasta el grado de convertirlas en individuos que no tienen una idea de lo que fueron ni de lo que son. Dworkin nos habla de una mujer, a quien llama Margo, de 54 años, que padecía la enfermedad de Alzheimer. Vivía en su departamento, cuidada por un asistente y vigilada para que no se escapara y se pusiera a deambular en camisón. Cuando la conoció el estudiante de medicina que le habló a Dworkin de esta mujer, algunas de las actividades en que ella se ocupaba eran: “leer” sentada en una mecedora (en realidad sólo veía y pasaba desordenadamente las páginas de un libro), pintar una y otra vez el mismo dibujo y comer sándwiches de mantequilla de cacahuete, lo cual disfrutaba enormemente. Por un lado, el estudiante se preguntaba qué quedaba de una mujer que no podía retener memoria alguna; por otro, se sorprendía porque la veía como una de las mujeres más felices que había conocido.⁶⁷

Supongamos ahora, como nos propone Dworkin, que Margo, antes de su enfermedad, consciente y racional, hubiera establecido que en caso de quedar demente no debería recibir tratamiento si padeciera una condición de riesgo. Incluso, que debería terminarse con su vida

⁶⁵ Kevorkian, J. *Eutanasia. La buena muerte*. Barcelona, Grijalbo, 1991, p. 259-270.

⁶⁶ *Ibid.* p.267.

⁶⁷ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 220-221.

de manera rápida y sin dolor. ¿Cómo podría respetarse esa decisión que implicaría quitarle la vida a una persona que se ve tan feliz? Se puede responder que no podría respetarse tal decisión porque no son válidas las decisiones que hace una persona sobre una condición que no ha experimentado. Además, se puede argumentar que la autonomía no puede obedecerse cuando ha desaparecido, como sucede con los dementes.

Cuando ya no existe la capacidad para tomar decisiones racionales, el derecho a la autonomía da lugar al de beneficencia. Por una parte, el criterio que guía las acciones para tratar a personas en esta condición es defender sus intereses, los cuales ciertamente se limitan a los que Dworkin llama experienciales, puesto que los críticos ya no están presentes. Por otra parte, quien queda demente debe ser tratado con dignidad, un derecho común a todos los seres humanos, correlativo al valor intrínseco de la vida humana y que merece todavía más respeto en quien no tiene manera de exigirlo.⁶⁸

Todos estos son buenos argumentos para considerar moralmente adecuado oponerse a apresurar la muerte de una persona demente que así lo solicitó en el pasado, antes de enfermar. Sin embargo, no puede ignorarse, como lo señala Dworkin, que de esa forma, más que respetar la autonomía, se vulnera.⁶⁹ David Degrazia se ocupa también del problema que plantea obedecer lo que se conoce como directivas adelantadas⁷⁰ en el caso de pacientes con demencia muy avanzada. Lo llama “el problema de algún otro” porque en un sentido significativo el individuo demente, severamente dañado, es diferente a la persona que era antes del trastorno. El estado de demencia causa la pérdida de la personalidad; es decir, de lo que da identidad a una persona como tal. Por ello, es muy cuestionable validar que lo que alguien quería para sí mismo, se aplique a “algún otro”.

La decisión de Janet Adkins motiva diversas reflexiones. Es otro ejemplo de persona a la que le importa la forma de vivir el tiempo final de su vida y la forma de morir, motivo por el cual piden ayuda para terminar con su vida. Sin embargo, el respeto a la voluntad de enfermos que establecen bajo qué circunstancias no quieren vivir, sólo parece factible para

⁶⁸ *Ibid.* p. 226-237.

⁶⁹ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 229.

⁷⁰ *Advance directives*. Corresponden al testamento de vida que definimos en el capítulo 1. Son ampliamente aceptadas como base para tomar decisiones médicas en beneficio de pacientes que anteriormente fueron competentes; son documentos que se reconocen como una extensión razonable de la autoridad que los enfermos tenían entonces. Véase Degrazia D. *Advance Directives, Dementia, and 'The Someone Else Problem'*. *Bioethics* 1999; 13 (5):374-391.

los pacientes conscientes y competentes y para los que se encuentran en estado inconsciente de manera irreversible, a pesar de que para éstos últimos todavía existe controversia al respecto. Parece imposible, desde el punto de vista ético, respetar la voluntad de alguien que pide que se termine con su vida cuando esté consciente e incompetente, como sucede en un estado avanzado de demencia. La única salida viable, para quien sabe que padece una enfermedad que progresará hacia la demencia y quiere asegurarse que no vivirá y morirá como demente, es la de Janet Adkins: morir estando competente, aun cuando todavía querría seguir viviendo.

En el caso de Janet Adkins, más que cuestionar si fue apresurada su decisión, surgen interrogantes por el hecho de que haya solicitado ayuda para realizar un acto que parecería que ella misma podría haber llevado a cabo. Con frecuencia se argumenta que quien quiere suicidarse no tiene por qué comprometer a otros. Pero habría que entender que alguien que decide morir porque rechaza la forma de vida y de muerte que le impone una enfermedad, quiere hacerlo sin sufrimiento y asegurarse no fallar y para eso necesita la ayuda de un médico, de alguien que le dé asesoría y facilidades para conseguir los fármacos necesarios. Janet sabía que no iba a obtener esa ayuda de su médico y por eso decidió recurrir a Kevorkian.

Es interesante mencionar que estudios recientes que han investigado la información que dan los médicos a sus pacientes con demencia, muestran que hay una gran tendencia a ocultar el diagnóstico y el pronóstico, muchas veces en respuesta al pedido de los familiares.⁷¹ No cabe duda que la atención médica a personas con demencia plantea preguntas muy difíciles sobre los límites de la autonomía individual y del paternalismo médico. Se puede argumentar que no tiene caso dar un diagnóstico y un pronóstico cuando no se puede ofrecer ninguna alternativa de curación, pero de esa forma se impide que los pacientes tomen decisiones sobre su vida cuando aun están en condiciones de hacerlo, como sucede en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer. Es posible que una de las razones por las que médicos y familiares prefieren ocultar este diagnóstico sea el temor de verse enfrentados a decisiones tan trascendentales como la de Janet Adkins.

⁷¹ Marzansku, M. *Op. Cit.* / Pinner, G. Truth-telling and the diagnosis of dementia. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 514-515.

Quizás una de las ideas más perturbadoras que suscita su caso es saber que en la medida en que aumenta la esperanza de vida, también son mayores las posibilidades de encontrarnos, nosotros mismos, en una situación similar a la de esta mujer. Desde luego, podemos esperar que al mismo tiempo avance el conocimiento científico y existan alternativas reales de tratamiento para la enfermedad de Alzheimer. Aún así, cuando llegue a superarse lo que ahora se padece como una enfermedad incurable y terrible, serán otras condiciones las que nos plantearán la misma necesidad de considerar algunas decisiones para el final de la vida. Con todas las limitaciones que hemos señalado, ésta es una confrontación que no deberíamos obviar para asegurar que ese desenlace inevitable sea, en lo posible, coherente con lo que hemos querido para nuestra vida.

3.4. Los principios y la ley. Limitaciones y contradicciones

Después de ver la diversidad de situaciones en que puede plantearse la necesidad de tomar decisiones sobre el final de la propia vida o de la vida de otros, nos damos cuenta que no hay una regla o un principio que por sí solo sirva para saber qué corresponde hacer en cada circunstancia. Ni la autonomía ni los mejores intereses ni la santidad de la vida son suficientes, porque cada situación, en tanto única, exige analizar los elementos que la definen para encontrar la mejor solución. Los diferentes principios pueden verse, equivocadamente, como si fueran irreconciliables cuando entran en conflicto. Pero también pueden concebirse como complementarios. En lugar de enfrentar la autonomía o los mejores intereses de un individuo con la santidad de la vida, se puede entender que alguien decida adelantar su muerte precisamente porque le concede un valor sagrado a su vida y no desea postergar un final cuando la vida que tanto aprecia ha perdido sentido. Desde luego, esto implica aceptar que las decisiones de las personas difieren entre sí y que lo que unos consideran mejores intereses puede discrepar de lo que otros conciben como tales.

Al igual que Dworkin, creemos que el respeto a la libertad personal es un requisito indispensable en una sociedad democrática, aun cuando admitimos que no siempre se obtienen soluciones perfectas y aceptemos ciertas limitaciones para defender la autonomía. Todavía más inquietante es reconocer las contradicciones de la ley, explicables por el hecho de que su interpretación y los fallos judiciales que de ella derivan no pueden verse exentos de la subjetividad que influye en toda decisión humana. Cuando se tiene que solicitar el

permiso judicial para buscar el respaldo legal de lo que se considera un derecho, el azar interviene en cierta medida pues la decisión depende de quien sea el juez responsable. Así lo vimos al revisar el caso de Nancy Cruzan en el que se dieron contrasentidos que otro juez podría haber evitado.

Al comparar su caso con el de Anthony Bland, el otro joven en estado vegetativo persistente, encontramos diferencias significativas. En Gran Bretaña se consideró más que suficiente el testimonio de los padres y de las personas cercanas a Anthony para determinar cuál hubiera sido su elección de haber podido expresarla en la situación en que se encontraba y se permitió interrumpir el tratamiento porque se impuso el criterio de calidad de vida sobre el de santidad de la vida. En Estados Unidos, el testimonio de los familiares y amigos se consideró insuficiente, a pesar de que con esos datos se podía tener una idea de la personalidad de Nancy y saber que ella no hubiera querido vivir en el estado en que se encontraba. Se insistió en exigir como prueba convincente un documento firmado por ella, a falta del cual, se consideró que el Estado debía defenderla prolongando su vida.

En el caso de Nancy Cruzan, los padres no tuvieron más opción que recurrir a la ley puesto que los médicos del hospital se negaron a suspender el tratamiento como ellos lo pidieron. Sin embargo, tuvieron que enfrentar el hecho de que la ley defendía algo diferente a los derechos e intereses de su hija: una idea abstracta del valor sagrado de la vida que importaba al Estado de Missouri. En el juicio hubo jueces que analizaron de diferente manera los elementos y discreparon, aunque respetaron la sentencia del presidente de la Suprema Corte. Esto significa que el resultado hubiera sido otro y Nancy no hubiera vivido tantos años como vegetal, si la conformación de la corte hubiera sido otra.⁷²

El juez Brennan consideró que no se respetó la autonomía de Nancy Cruzan y se le forzó a vivir la vida que ella había temido. También desaprobó que se ignorara que personas como Nancy repudian la idea de una muerte innoble y una existencia caracterizada por la decrepitud física y expresó que sí tenía consecuencias cometer el error de no retirar un tratamiento, porque eso había importado a la persona cuando estaba consciente. Personas que sin la tecnología estarían muertas, pueden quedar transformados en sujetos pasivos para los que no cuentan sus derechos. Según este juez, lo más paradójico de la situación era que, en nombre de Nancy, el tribunal desatendió lo que ésta había expresado como voluntad.

Por su parte, el juez Stevens planteó que no siempre coincide la defensa del derecho a la vida con la defensa de la libertad y cuando no se acepta esta realidad se cae en contradicciones inadmisibles, al grado que la sentencia de la Corte equivalió a entregar el cuerpo de Nancy a la ciencia sin su consentimiento. De acuerdo a este juez, el error de Missouri fue separar la vida (de Nancy) de la persona que la había vivido. La vida que decía defender el Estado había acabado cuando dejó de servir a los intereses de Nancy, pero en nombre de la santidad de la vida se negó la individualidad personal de esta joven, la cual incluía la idea de cómo quería ser recordada después de su muerte.⁷³

Sin duda, este juicio implicó un dolor adicional para la familia de Nancy y debió despertar una gran desconfianza en los habitantes de Missouri que desearan que su voluntad fuera tomada en cuenta cuando no estuvieran en condiciones de exigirlo. Pero el proceso demostró algo importante: lo equivocada que es la suposición de que, ante la posibilidad de error, siempre es mejor impedir la muerte de una persona para evitar un daño que sería irreversible. Lo cierto es que hay ocasiones en que la forma de evitar un daño es consintiendo la muerte. Esto debe tenerse presente al considerar la legalización de la eutanasia: puede haber daños tanto al legalizarla como al no legalizarla y en ambos casos los riesgos deben ser tomados en cuenta.⁷⁴

3.5. Compromisos y responsabilidades

Es necesario que en los diferentes países la sociedad avance en una discusión que permita al Estado revisar y definir su papel ante las decisiones de los individuos que desean adelantar su muerte. Estas decisiones se relacionan con el hecho de que en la actualidad la vida se puede prolongar en condiciones indeseables. Deben tomarse como expresión de la autonomía personal que considera un derecho elegir la propia muerte cuando se concibe preferible a una vida de sufrimiento y carente de sentido. El contexto de esta discusión es el de la atención médica y su mayor complejidad radica en el hecho de que en estas decisiones están implicados otros, principalmente médicos, pero también familiares. Una de las riquezas del análisis de Dworkin es que se apoya en una variedad de casos que muestran lo que sucede en la vida actual. Así demuestra su preferencia de conectar la teoría con la

⁷² “Missouri contra Cruzan”. En: Baird, R, Rosenbaum, S. *Op. Cit.* p. 191-233.

⁷³ *Ibid.*

práctica en un sentido que procede de “adentro para afuera”. Es decir, parte de los problemas prácticos que enfrentan las personas que tienen razones para querer adelantar su muerte (con el consecuente cuestionamiento de si la ley debe permitir la eutanasia y bajo qué circunstancias) hasta llegar a los argumentos filosóficos y teóricos para resolverlos. Descarta el otro sentido de “afuera para adentro”, que toma las teorías generales de justicia, de ética o de la naturaleza humana para después aplicarlas, generalmente de manera muy forzada, a los problemas concretos que enfrentan las personas.⁷⁵

En el proceso de revisión y discusión que requiere el tema de la eutanasia, es crucial reconocer que las emociones juegan un papel muy importante en las ideas de las personas. Dworkin refiere que cuando se retiraron los tubos que hidrataban y alimentaban a Nancy Cruzan, hubo enfermeras que protestaron y lloraron, una reacción que responde a una idea compartida por muchas personas, la de considerar siempre un mal el hecho de que se adelante la muerte de alguien, sin importar en qué situación se encuentre.⁷⁶ Una reflexión más profunda sobre la situación de la joven podría haber mostrado a las enfermeras que lo verdaderamente triste había ocurrido muchos años antes cuando Nancy perdió la conciencia y que era todavía más triste impedir a los padres llorar su pérdida.

Al intentar definir el valor sagrado o intrínseco de la vida, dijimos que se trata de un concepto compartido socialmente, aun por gente no religiosa, cuya raíz se localiza más en las emociones que en la razón. Por ello, en la discusión sobre la eutanasia, es primordial que quienes intervengan en ella -idealmente toda la sociedad- revisen en sí mismos su idea del valor sagrado de la vida para evitar que influya en sus opiniones y actitudes sin ni siquiera advertirlo.

Todo lo que contribuya a comprender los elementos que intervienen en uno de los temas más controvertidos de la actualidad, ayudará a alcanzar lo que Dworkin considera un objetivo esencial: que las responsabilidades individuales relacionadas con el final de la vida sean tomadas muy seriamente en política.

⁷⁴ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 198.

⁷⁵ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 29.

⁷⁶ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 193. Por otra parte, no puede ignorarse el efecto que produce ver a un individuo que está en estado vegetativo persistente o con muerte cerebral. El hecho de que parezca dormido porque su cuerpo sigue con vida (aunque sólo sea biológica) hace más difícil aceptar que en realidad está muerto como persona.

Capítulo 4. Las posiciones del catolicismo frente a la eutanasia

Tradicionalmente, las religiones han representado una influencia muy significativa en las valoraciones morales de las personas. Aun cuando se vaya perdiendo este dominio en la medida en que las sociedades funcionan cada vez más secularmente, las convicciones religiosas subyacen en la mentalidad de los individuos de diferente manera y siguen presentes, de alguna forma, en el debate ético y legal que realizan las sociedades sobre diversos temas. Por otra parte, a lo largo de la historia, las religiones se han caracterizado por tratar de dar respuestas a los seres humanos para enfrentar el misterio y terror que representa la muerte. Precisamente por servir de consuelo para superar la angustiada situación que significa acercarse al final de la vida, quienes profesan una determinada religión no son indiferentes a lo que ésta señale con respecto a la eutanasia.

En el apartado anterior, siguiendo a Ronald Dworkin, analizamos el papel que juega una idea de origen religioso (*el valor sagrado de la vida*) en las opiniones de las personas sobre la muerte médicamente asistida. En esta sección profundizamos en la posición de la religión católica sobre la eutanasia con el propósito de comprender mejor su influencia cuando se trata de reflexionar y discutir sobre el tema.

De todas las religiones, elegimos la católica por su predominio en la población de nuestro país que corresponde al 88%.¹ Hay que tomar en cuenta que dentro de esta mayoría se incluye una alta proporción de médicos y otros profesionales de la salud que directamente enfrentan el problema en su práctica y se ven influidos por sus creencias al considerar la moralidad de la eutanasia.² Por otra parte, desde finales del siglo XIX, la moral católica ha constituido una aportación cuantitativa y cualitativa muy importante en las publicaciones dedicadas a la reflexión de temas de ética médica.³ En el caso concreto de la eutanasia, la mayor oposición que han enfrentado los intentos por legalizarla en todo el mundo, proviene de la Iglesia Católica.⁴ Aun cuando su doctrina se basa en el mensaje contenido en la Biblia,

¹ Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

² En el capítulo 6, apartado 6.4.1. “¿Tiene derecho un paciente a decidir la terminación de su vida?”, comentamos brevemente la posición del judaísmo, el protestantismo y el budismo ante la eutanasia.

³ Gafo, J. La tradición católica, en Gafo J. (ed.) *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, Colección Dilemas éticos de la medicina actual-13, 2000, p. 17.

⁴ En el Territorio Norte de Australia se legalizó la eutanasia con la aprobación del *Acta del enfermo terminal* en mayo de 1995, pero en 1997 fue revocada por la fuerte oposición que se presentó, sobre todo por parte de la Iglesia Católica. Véase Kraus, A., Álvarez, A. *La eutanasia*. México D.F., CONACULTA, 1998, p. 38.

pretende extender sus exigencias éticas a todos los hombres (sean o no católicos). Desde luego, cada vez es más cuestionada esta pretensión y se exige a los teólogos católicos que aclaren los razonamientos de sus contribuciones al discurso bioético, pues de otra forma resultan esotéricos para muchos y sólo aplicable a quienes comparten las mismas creencias.⁵

Las raíces de la posición católica con respecto a la eutanasia se encuentran en el Antiguo Testamento, particularmente en el quinto mandamiento que prohíbe matar. Este *no matarás* ha sido utilizado para condenar el homicidio, el suicidio y, de manera extensiva, el aborto y la eutanasia.⁶ Es claro que el mensaje revelado por la Biblia está sujeto a interpretación y ésta debe tomar en cuenta el contexto histórico de la época a la que corresponde. Se entiende que la interpretación puede cambiar cuando el mensaje es analizado desde una perspectiva social diferente a la que prevalecía en el tiempo en que se escribió. Por otra parte, como veremos a lo largo de este capítulo, en una misma época puede haber enormes discrepancias entre las diversas interpretaciones.

4.1. La prohibición en su contexto histórico

La prohibición de matar que encontramos en el relato bíblico del Antiguo Testamento aparece en un contexto en el que el tema de la violencia ocupa un lugar importante que se traduce muchas veces en acciones homicidas. Dios mismo se manifiesta con una imagen violenta que a veces se expresa en castigos despiadados, ejercidos por él mismo y otras veces en órdenes de venganzas sin misericordia. La misma guerra aparece con un significado religioso. De acuerdo a Javier Gafo, esta violencia puede comprenderse mejor considerando que estamos frente a un pueblo que debe luchar para sobrevivir.⁷ Pero además, se trata de una violencia que evoluciona paralelamente a la conciencia moral de Israel. En el Génesis se establecía: “por un cardenal⁸ mataré a un hombre”, mientras que en el Éxodo se ordena que el castigo no sobrepase al delito: “ojo por ojo, diente por diente.... y cardenal por cardenal”. De forma que la Ley del Tali3n ya representa un avance y 3ste va a ser mayor cuando, a partir del Deuteronomio, se prohíba la venganza que ya s3lo le corresponde ejercer a Dios, hasta llegar a la exhortaci3n de amar al pr3jimo como a uno mismo.

⁵ Gafo, J. *Op. Cit.* p. 18.

⁶ *Ibid.* p. 19.

⁷ Gafo, J. *Op. Cit.* p.20-21.

⁸ Enti3ndase la mancha de la piel que sale a consecuencia de un golpe.

Y así como el hombre debe aprender a dominar su violencia, también la ira de Dios evoluciona; ya no estará causada por la irracionalidad, sino por motivos éticos. La conciencia moral y la legislación de Israel sobresalieron, comparadas con las de los pueblos vecinos, por su nivel ético y por su humanismo que fueron de la mano, influyéndose mutuamente y transformando la imagen de Dios. “Se podría decir que Dios humaniza al hombre y el hombre humaniza a Dios”.⁹

Al revisar el Nuevo Testamento, todavía se encuentra un elemento de violencia que es necesario entender. Con la dominación romana de Judea y Samaria, a Jesús le tocó vivir un clima de intensa agitación sociopolítica en el que se daban continuas sublevaciones. Muchos lo han considerado un provocador político que llegó a incitar a la fuerza, aunque al mismo tiempo sobran evidencias de que predicaba la paz y el amor entre los hombres.¹⁰ Según Hans Küng, se necesita tergiversar los relatos evangélicos demasiado para presentar a Jesús como un guerrillero cuando su objetivo fue el de proclamar la gracia y misericordia de Dios. Pero eso no impide admitir que su mensaje fue revolucionario en el sentido de buscar que cambiara la situación que imperaba y se impusiera el orden divino sobre el mundo.¹¹

En los primeros años del cristianismo, el homicidio fue condenado sin ninguna excepción, ni siquiera por legítima defensa. Sin embargo, se admitieron algunas salvedades con relación a la terminación de la propia vida y se alabó la actitud de los mártires que adelantaban el momento de su muerte con acciones que corresponden al suicidio. A medida que avanzó la difusión del cristianismo, se admitió la fuerza como método de coerción para imponer la nueva religión a los paganos. Con Constantino se justificó el uso del poder por parte de la Iglesia, el cual se intensificó durante la Edad Media legitimando la guerra y defendiendo, desde San Agustín, la pena de muerte para los herejes. Esto no impidió que voces como la de Raimundo Lulio exhortaran a conseguir la conversión al cristianismo a través del amor y la oración.¹²

A partir de las primeras doctrinas cristianas se fue elaborando la moral católica en la que prevaleció la tradición tomista que defiende el valor de la vida humana y mantiene la prohibición de matar proveniente del Antiguo Testamento. Ésta se entiende como una

⁹ Gafo, J. *Op. Cit.* p. 22-23.

¹⁰ *Ibid.* p. 24-27.

¹¹ Küng H. *Ser cristiano*. Madrid, Ediciones Cristiandad, 1978, p.228-239.

¹² Gafo J. *Op. Cit.* p. 27-30.

prohibición de dar muerte al inocente (por oposición a lo que sería matar a un enemigo de guerra o a alguien culpable de delito). En cuanto al suicidio, de acuerdo a Gafo, son tres los argumentos clásicos por los que la moral católica ha condenado esta acción: 1) porque atenta contra la inclinación natural y la caridad hacia uno mismo; 2) porque atenta contra las obligaciones que el ser humano tiene para la sociedad de la que es parte; 3) porque viola los derechos de Dios, pues no le toca al hombre decidir el paso de esta vida a otra más feliz.¹³

4.2. La moral católica actual

Al revisar la moral católica sobre la eutanasia en la época actual, encontramos que no hay una posición uniforme. Por un lado, está la doctrina oficial de la Iglesia, representada por el Vaticano, la cual busca ponerse al día para establecer la verdad sobre lo que Dios espera del hombre en el final de su vida, especialmente cuando sufre y se siente débil. Esta actualización de la postura eclesial se apoya en la idea de que es necesario defenderse de una cultura a favor de la muerte que debilita la espiritualidad y la moralidad y se ve reflejada en quienes pretenden extender la práctica de la eutanasia.

Por otro lado, existe una posición que acepta los lineamientos del Vaticano, pero a la vez los cuestiona. La conforman representantes de la Iglesia Católica (teólogos y filósofos), comprometidos con la reflexión y difusión de su moral. Se guían por el mensaje evangélico y buscan orientar a la sociedad ante las influencias culturales que la influyen negativamente. Los valores católicos que defienden (la dignidad del ser humano, la inviolabilidad de la vida humana, la libertad, el amor, la solidaridad y la verdad) coinciden con los de otras concepciones laicas con las que esperan compartir un discurso racional ético.¹⁴

En el otro extremo de la posición oficial (aunque compartiendo mucho con la posición intermedia), se encuentran algunos teólogos que declaran que los argumentos basados en la fe, en verdades bíblicas o en revelaciones *ex cathedra* forman parte de un discurso que tiene sentido sólo para los creyentes. Pero lo radical de su postura está en considerar que la eutanasia es una opción con la que deben contar los católicos. Según estos teólogos, hace falta revisar la interpretación de la palabra revelada de manera que haga más

¹³ *Ibid.* p. 30-31.

¹⁴ Gafo J. *Op. Cit.* p. 34-36.

justicia a la idea de un Dios que respeta la libertad del hombre y considera el amor un valor fundamental.

4.3. La Iglesia oficial

La Iglesia ha seguido de cerca el debate que se ha desarrollado en las últimas décadas en torno a la eutanasia y ha manifestado su preocupación por las expresiones y los movimientos sociales que la apoyan y piden su legalización. Con el fin de contrarrestar esta influencia, la Iglesia ha transmitido diversos comunicados y documentos en los que manifiesta una postura basada en una reflexión cuidadosa sobre el tema, asesorada por médicos y especialistas que le han ayudado a conocer con profundidad las necesidades de los enfermos terminales.

En 1980 el Vaticano publicó la *Declaración sobre la eutanasia*,¹⁵ en donde condena esta práctica en cualquier caso por considerarla un homicidio.¹⁶ Por otra parte, reconoce el papel que juega el dolor en la situación que vive un enfermo terminal y, aunque enaltece el valor cristiano del sufrimiento, aprueba el uso de medicinas para aliviarlo, aun si éstas abrevian la vida. También desaprueba el encarnizamiento terapéutico¹⁷ y acepta el derecho a morir con dignidad, siempre que esto no implique provocar la muerte.

La *Declaración* introduce la terminología “medidas proporcionadas y desproporcionadas” para sustituir la de “medidas ordinarias y extraordinarias” que solía utilizarse para determinar la obligatoriedad de las acciones médicas al final de la vida. Ésta se volvió inapropiada en la medida que los avances tecnológicos convirtieron en “ordinario” lo que antes se consideraba “extraordinario”. Ahora se propone definir una medida como proporcionada o desproporcionada tomando en cuenta todas las condiciones físicas y morales del enfermo y las circunstancias que lo rodean: el grado de dificultad de la terapia a proporcionar, el riesgo implicado, los gastos y las posibilidades de conseguir un resultado beneficioso. Si se determina que las medidas son desproporcionadas, se considera lícito dejar de aplicarlas, decisión que corresponde a la *ortotanasia* que se define como la opción

¹⁵ Publicada en la *Congregación para la Doctrina de la Fe* en mayo de 1980 para expresar la toma de postura de la Iglesia Católica. Véase Gafó, J (ed). Op. Cit. p. 40-42.

¹⁶ Cabe aclarar que el documento se refiere a la práctica en un sentido muy amplio: reprueba igualmente la terminación de la vida de un hombre inocente, de niños subnormales, de enfermos mentales, que de enfermos incurables; sanciona lo mismo la muerte que se da a quien no la ha pedido, que a quien sí lo ha hecho.

¹⁷ Se refiere a los tratamientos médicos que de antemano se saben inútiles y que sólo sirven para prolongar la vida cuando se sabe que la muerte es inevitable.

legítima de dejar morir en paz renunciando a tratamientos que sólo prolongarían la existencia, siempre y cuando no se interrumpan las “curas normales” que requiere el enfermo. Finalmente, se recomienda entender las solicitudes de eutanasia de los enfermos como peticiones angustiante de ayuda que no deben tomarse como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia.

En 1995 el Papa Juan Pablo II dio a conocer la encíclica *Evangelium Vitae*¹⁸ con la cual ratificó la postura de la Iglesia sobre las prácticas médicas permitidas y prohibidas al final de la vida, expuesta en la *Declaración* de 1980. Este “Evangelio de la vida” enfatiza la necesidad de la Iglesia de defender la vida de todas las amenazas que existen en el mundo. Entre ellas ubica al aborto y a la eutanasia, en el mismo conjunto en que sitúa al homicidio y al genocidio. Si bien se trata de una comunicación dirigida en primera instancia a los católicos, el Papa espera que tenga eco en los demás individuos. Mientras que a los primeros los insta a revalorar la dimensión sobrenatural de la vida y entender los límites terrenales de ésta, a los segundos les pide reconocer, mediante la razón, el valor sagrado de toda vida humana. Es un llamado a recordar que la protección del derecho a la vida es una obligación de todos, especialmente hoy en que éste se vulnera tan fácilmente en nombre de la libertad y, peor aún, con la pretensión de obtener el apoyo del Estado para dar muerte a personas, lo mismo al principio que al final de sus vidas.

El capítulo tercero de la encíclica se titula *No matarás. La ley santa de Dios* y dedica un apartado específico a las prácticas médicas al final de la vida con el subtítulo: “*Yo doy la muerte y doy la vida*” (Dt 32,39): *el drama de la eutanasia*. En él se condena la eutanasia y el suicidio asistido, actos calificados como graves violaciones a la ley divina porque, se asevera, atentan contra la prohibición de matar que proviene tanto de la ley natural como de la palabra de Dios. El Papa critica duramente que tales intervenciones se quieran justificar como actos compasivos que buscan terminar con el dolor y el sufrimiento, cuando en realidad están motivados por una piedad falsa y pervertida. Según él, dar la muerte, como se hace en la eutanasia y el suicidio asistido, es un síntoma alarmante de un oscurecimiento de las conciencias y de una “cultura de la muerte”¹⁹ que no sabe soportar el sufrimiento y se rige

¹⁸ Gafo, J. (ed). *Op. Cit.* p. 44-46. Véase también en Internet: elvaticano.com *Evangelium vitae*. Carta sobre la defensa de la vida, 25 de marzo de 1995.

¹⁹ Esta expresión fue acuñada en el lenguaje eclesiástico por John O’ Connor, antiguo capellán militar y después cardenal de Nueva York. En la “cultura de la muerte” incluía a todos los que tenían una opinión distinta a la del

por criterios utilitaristas con los que se desecha a quienes se considera inútiles, débiles e improductivos. La verdadera compasión debe limitarse a acompañar a la persona en el proceso que vive al acercarse a su muerte y aliviar en lo posible su padecimiento.

Al retomar el tema del dolor para el cristiano, el Papa reconoce el comportamiento “heroico” de quienes renuncian al uso de analgésicos, pero reafirma que no es obligatorio y recomienda el apoyo de los cuidados paliativos y la supresión del dolor para que los enfermos estén en condiciones de atender las obligaciones morales, familiares y espirituales en un momento tan trascendental como es el final de la vida. Al igual que la *Declaración*, la encíclica reconoce legítima la administración de calmantes para aliviar los dolores, aunque éstos acorten la vida, pues de acuerdo al principio de doble efecto, la muerte sería la consecuencia indeseable e indirecta de actuar para aliviar el dolor, objetivo buscado en primer término.²⁰ Desaprueba, en cambio, que se prive al enfermo de la conciencia “sin grave motivo” porque ello le impediría prepararse al encuentro con Dios. Es lícito renunciar a las medidas extraordinarias o desproporcionadas, decisión que debe distinguirse de la eutanasia y del suicidio y entenderse como expresión de la aceptación de la condición mortal del hombre.

Aun cuando la encíclica plantea la importancia de partir de una definición clara de la eutanasia, opta por una poco precisa: “por eutanasia, en un sentido verdadero y propio, se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.²¹ En esta definición no se reconoce una diferencia por el hecho de que exista o no la petición por parte del enfermo de que se termine con su vida. Simplemente considera una violación a la ley divina “todavía más grave” cuando se practica a una persona que no la pidió y nunca dio su consentimiento.²² En segundo lugar, se presenta la eutanasia como una decisión completamente trivial en tanto se justifica para eliminar “cualquier dolor”.

Papa en cuestiones de natalidad, aborto y eutanasia. Véase Küng, H., Jens, W. *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Editorial Trotta, 1997, p. 88.

²⁰ De ahí que también se llame a esta práctica eutanasia indirecta. Véase Gafo, J. “Eutanasia y el derecho a morir en paz”. En Gafo J., Vidal, M., Gil, E., Urraca, S., Higuera, G., Fernández Martos, J.M., Pílon, J.M., Ruíz, G., Tornos, A. *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Madrid, Ediciones Paulinas, 1984, p.135-136.

²¹ www.multimedios.org/docs/d000466/p000004.htm (65).

²² Como lo hemos señalado desde el capítulo 1, dedicado a la definición de la eutanasia, no se puede llamar así a la terminación de una vida en que no hubo tal solicitud del paciente.

El contenido de la encíclica coincide en gran medida con el de la *Declaración*, pero al enfatizar la necesidad de defender la vida humana de las amenazas contra ella, el Papa divide a la humanidad en aquellos que lo siguen y pertenecen a la “cultura de la vida” y aquellos que lo desafían por pertenecer a la “cultura de la muerte”.²³ El acierto que debe reconocérsele son sus recomendaciones para asistir al enfermo terminal de manera solidaria y fraternal, respetando su vida, su dignidad y sus valores. También aplaudimos que resalte el carácter relacional de los seres humanos, rasgo por el cual nos definimos como seres esencialmente sociales que necesitamos dar y recibir de otros, de manera mucho más especial al final de la vida.²⁴

Desde la publicación de la *Declaración* hasta la fecha actual, se han difundido otras comunicaciones que expresan la postura oficial del Vaticano sobre la eutanasia junto con otras recomendaciones para la atención de las personas al final de su vida.²⁵ En todas ellas queda claro el interés de contraponerse a los movimientos que apoyan la legitimidad y legalización de la eutanasia. Con esta intención se había publicado en 1993 un documento que condensa la doctrina de la Iglesia sobre esta práctica y que buscaba promover la reflexión sobre el tema, lo mismo entre católicos que entre los ciudadanos en general, especialmente entre quienes participan de manera directa en los cambios legislativos. *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*²⁶ ofrece una información general, clara y sencilla sobre el tema, siguiendo el mismo formato de una anterior dedicada al aborto. Pretende dar cuenta de manera objetiva de los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, pero no deja de ser un esfuerzo destinado a evitar su legalización, objetivo más importante después de que no pudo impedirse en España la despenalización parcial del aborto.

Más recientemente, en enero de 2003 el Cardenal Joseph Ratzinger, prefecto de la *Congregación para la Doctrina de la Fe*²⁷ publicó la *Nota doctrinal sobre algunas cuestiones*

²³ Küng, H., Jens, W. *Op. Cit.* p. 88.

²⁴ Aristondo, J. *Signos de “Cultura de la Vida” cuando llega la muerte del ser humano*. Facultad de Teología del Norte de España Sede, Vittoria-Gasteiz, lección inaugural del curso 1998-1999, p. 32-41.

²⁵ Pueden consultarse en elvaticano.com: *La Carta de los agentes sanitarios. Una síntesis de ética hipocrática y moral cristiana* (Consejo Pontificio para la pastoral de la Salud, 1995), *Eutanasia, la Muerte Dulce* (Cardenal Dionigi Tettamanzi, 1997), *Respetar la dignidad del moribundo* (Academia Pontificia para la Vida, 2000).

²⁶ Conferencia Episcopal Española, *La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*. Madrid, Ediciones paulinas, 1993, p. 100-101.

²⁷ La Congregación para la Doctrina de la Fe es el nombre actual de la “Sagrada Congregación de la Romana y Universal Inquisición”, institución a la que Pío X cambió el nombre al de “Congregación del Santo Oficio”,

relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política con lineamientos para que los políticos católicos intervengan en la vida social de sus países con el fin de preservar la cultura católica y defender la vida, lo cual significa rechazar el aborto, la eutanasia y la investigación con embriones.²⁸

4.4. Principios y conceptos. Superaciones y excepciones

La Iglesia establece lo que está permitido y prohibido basándose en la palabra revelada por Dios, pero busca la forma de incluir sus preceptos dentro de una ética objetiva, de manera que una serie de principios y conceptos sirvan para justificar racionalmente la moral católica.

4.4.1. Principio de la santidad de la vida

Este principio está relacionado con la idea de que Dios es el único que puede decidir el fin de la vida humana, razón por la cual la Iglesia prohíbe la eutanasia. Sin embargo, esta institución ha establecido excepciones en las que es legítimo terminar con la vida: 1) cuando se quita la propia vida o la de otro por inspiración divina²⁹ o de forma indirecta; 2) cuando se quita la vida en defensa propia, atendiendo al orden jurídico o en caso de guerra; 3) cuando se mata al tirano no investido de legítima autoridad.³⁰

4.4.2. Principio de doble efecto

Este principio ha tenido gran importancia en la moral católica. Se basa en el hecho de que las acciones humanas suelen tener uno o más efectos y entre éstos pueden coexistir los positivos con los negativos. Una acción que produce más de una consecuencia se valora de acuerdo con aquella que la voluntad busca directamente. Será moralmente buena si el efecto directo es positivo, aunque de manera indirecta se produzca algún efecto negativo porque la voluntad no lo busca, sino que simplemente lo tolera. Con el principio de doble efecto la Iglesia justifica tanto la muerte que se produce como consecuencia de proporcionar

como se llamó hasta que Paulo VI le puso el nombre actual. Véase el artículo de Roberto Blancarte "Notas del inquisidor" en *Milenio Diario*, 21 de enero de 2003.

²⁸ www.aica.org/aica/documentos_files/Santa_Sede/Congregaciones/doc_Doctrina_Fe_Vida_Política.htm

²⁹ Un ejemplo es el caso de Sansón que para salvar a su pueblo hizo desplomar con su fuerza el edificio que lo sepultó junto con todos sus enemigos (Jueces XVI), véase Díaz Aranda, E. *Del suicidio a la eutanasia*. México D.F., Cárdenas Editor Distribuidor, 1998, p. 5. También es el caso de los mártires.

³⁰ Gafo, J. *Op. Cit.* p.32.

medicamentos que sirven para aliviar el dolor, como la eutanasia pasiva. Sin embargo, existen dificultades para aplicar este principio ya que la complejidad de las acciones humanas, muchas veces no permite distinguir cuál es el efecto que se busca provocar y cuál el que se tolera.³¹

A pesar de sus inconvenientes, reconocidos por el Papa Pío XII en los años cincuenta, se ha seguido utilizando este principio. El *Catecismo de la Iglesia Católica* de 1992³² recurre a él para justificar la muerte en defensa propia tal como lo hacía Santo Tomás de Aquino. La acción de defender la propia vida tiene como efecto negativo la muerte del agresor, pero la legítima defensa es un derecho porque el amor a sí mismo constituye un principio fundamental de la moralidad y puede llegar a ser un deber cuando uno es responsable de la vida de otros, del bien común de la familia o de la sociedad.³³ Resulta de interés revisar los argumentos que utiliza la Iglesia para aceptar la muerte en defensa propia, así como la pena de muerte, ya que estas acciones tienen en común con la eutanasia el hecho de provocar la muerte a una tercera persona, pero en la eutanasia (activa) no se aplica el principio.³⁴ Por lo que toca a la pena de muerte, el *Catecismo* menciona el derecho y deber de la legítima autoridad pública para aplicar penas proporcionadas a la gravedad del delito, sin excluir la que implica poner fin a la vida del agresor. Más adelante, aclara que es preferible utilizar medidas incruentas, más conformes con la dignidad de las personas, cuando sean suficientes para proteger la seguridad de la sociedad.³⁵

³¹ Gafo, J. *Op. Cit.* p.33. Philippa Foot reflexiona sobre el problema del aborto al mismo tiempo que hace un análisis del uso de la doctrina del doble efecto para mostrar sus limitaciones. La doctrina se basa en la distinción entre lo que una persona prevé como resultado de una acción voluntaria y lo que, en sentido estricto, es su intención. Por tanto, a veces es permisible provocar, por intención oblicua (como una consecuencia no deseada, pero prevista), aquello para lo cual no tenemos una intención directa. La diferencia entre estas dos formas de intención no corresponde exactamente a la distinción entre lo que *hacemos* y lo que *permitimos* (puede ser que uno sea tan responsable de lo que hace como de lo que permite). Muchas veces resulta insuficiente basarse en el principio de doble efecto para tomar la decisión moral correcta, sobre todo por la dificultad de definir cuál es la intención oblicua y cuál la directa. Véase Foot, P. *Las virtudes y los vicios*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, 1994 p.35-48.

³² Concebido como una exposición orgánica de la fe católica cuya publicación ordenó el Papa Juan Pablo II.

³³ “La acción de defenderse puede entrañar un doble efecto: el uno es la conservación de la propia vida; el otro la muerte del agresor” (s-th. 2-2, 64, 7), véase *Catecismo de la Iglesia Católica*. Madrid, Asociación de Editores del Catecismo, 1993, p. 498.

³⁴ Se aplica para la eutanasia pasiva, para la eutanasia indirecta, pero no para la eutanasia activa.

³⁵ Estas posiciones se conservan en la Encíclica *Evangelium vitae* de 1995.

Al valorar la pena de muerte, el *Nuevo Catecismo para adultos* holandés³⁶ presenta una visión más crítica frente al hecho de que la Iglesia ha considerado lícita la pena de muerte. Admite el argumento de que la sociedad tiene derechos que no posee el individuo, pero cuestiona que se considere cristiano quitar la vida a un criminal. Que Cristo no haya abolido ni la guerra ni la pena de muerte (puesto que no está consignado explícitamente en el Evangelio), no significa que aprobara tales prácticas. Tampoco abolió otras formas de sometimiento como la esclavitud porque no fue su tarea cambiar las estructuras de una sociedad que todavía debía madurar en lo moral, espiritual y organizacional. Este catecismo señala que deben extraerse conclusiones del hecho de que Cristo dejó una doctrina basada en el amor -incluso a los enemigos- que sirve de base para continuar haciendo los cambios necesarios. Considera que la Iglesia, al solidarizarse con el orden estatal establecido, ha fallado en diversas ocasiones al no hacer todo lo que estaba en sus manos para humanizar la legislación penal.³⁷

4.4.3. Principio de totalidad

Si bien este principio se utiliza poco en la valoración de la eutanasia, nos parece interesante presentarlo porque ejemplifica la necesidad de la Iglesia de revisar y sustituir los principios utilizados para validar racionalmente sus valoraciones morales. El principio de totalidad, establecido por Pío XII, plantea que la parte existe para el todo y, por consiguiente, el bien de la parte queda subordinado al bien del todo. Se aplica, por ejemplo, para legitimar la amputación de un miembro del cuerpo que de otra forma amenazaría la integridad del organismo. La aplicación de este principio no siempre resulta clara, sobre todo al considerar distintas relaciones entre la parte y el todo.³⁸ Así por ejemplo, el Papa consideraba su aplicación subordinando el orden somático al orden psíquico, entendiendo el primero como

³⁶ *Nuevo Catecismo para adultos. Versión íntegra del Catecismo holandés*. Barcelona, Editorial Herder, 1969. Ciertamente controvertido, pero no desautorizado por el Vaticano.

³⁷ *Ibid.* p. 406. Al referirse a la eutanasia, este catecismo establece que no es lícito poner término voluntariamente a la vida humana, sea acortando la vida de los moribundos o de los enfermos mentales o suicidándose, porque la vida que hemos recibido de manos de Dios no puede suprimirse a nuestro arbitrio. El argumento de que la vida ha perdido sentido y valor a los ojos humanos, no puede nunca ser admitido por un cristiano para justificar tales acciones (p.405).

³⁸ Gafo, J. *Op. Cit.* p. 33-34.

la parte y el segundo como el todo, bajo el entendido de que el bien superior del ser humano es la finalidad espiritual, en tanto ésta define a la persona como tal.³⁹

En la misma década en que se estableció este principio, se convirtió en un impedimento para el revolucionario tratamiento de trasplante de órganos que estaba desarrollándose. Entonces, a excepción de las córneas procedentes de cadáveres y la sangre, la única posibilidad para donar un órgano era la de personas vivas que podían dar uno de sus riñones a un familiar cercano.⁴⁰ Mientras que el Papa Pío XII elogiaba la donación de córneas de cadáveres, prohibía la de órganos de donantes vivos porque implicaba la mutilación personal del propio cuerpo por el bien de otra persona. Fue necesario que diversos teólogos, con suficiente reconocimiento dentro de la comunidad católica, encontraran la manera de superar ese obstáculo justificando teológicamente que la obligación de la caridad debía estar por encima del principio de totalidad. De esta forma se permitió la donación de órganos de personas vivas cuando se tratara de uno de un par de órganos, como es el caso de los riñones. La prohibición de Pío XII, señalaban los teólogos, debía entenderse en el contexto histórico en que se daba, como una protección a las personas, necesaria dados los recientes abusos de la experimentación médica nazi en la que los intereses del Estado se impusieron sobre los derechos de los individuos e ignoraron el valor de su integridad física.⁴¹ Por otra parte, era lógico que se diera la polémica sobre la legitimidad de la donación, incluso fuera de la Iglesia. Como señala Diego Gracia, en esa época la extracción de un órgano a una persona en buen estado de salud era una mutilación que se consideraba delito. Fue necesario revisar la ética médica de la época para justificar moralmente la donación de órganos de personas vivas bajo ciertas condiciones y Gracia llama a esa revisión la “ética de la mutilación”.⁴²

³⁹ Según el cuestionamiento de Michael Panicola, que revisamos en el capítulo anterior, en algunos representantes de la moral católica hay una posición contradictoria al defender la preservación de la vida de un individuo que ha perdido permanentemente la conciencia. En esta defensa de la vida biológica *por encima* de la espiritual, se diría que se subordina el todo a la parte: la vida espiritual a la biológica. Véase el apartado 3.1. del capítulo 3 “Lo sagrado, ¿incuestionable?”

⁴⁰ No se había desarrollado la inmunología para evitar el rechazo en los receptores, ni se había establecido el concepto de muerte cerebral que permitiría años más tarde la donación de órganos de cadáveres gracias a los avances biotecnológicos utilizados para mantener en ellos la circulación, temperatura y oxigenación necesarios. Véase Alvarez, A., Blum Gordillo, B., Gordillo Paniagua, G. “Bioética de los trasplantes renales” en: Gordillo Paniagua, G., Exine, R., De la Cruz, J. (eds) *Nefrología Pediátrica*. Madrid, Elsevier Science, 2003, p. 597-605.

⁴¹ Shannon, T. The Kindness of Strangers: Organ Transplantation in a Capitalist Age. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2001;11(3):285-303.

⁴² Gracia, D. Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología*, 2001; 21:13-29.

4.4.4. *Medidas ordinarias y extraordinarias*

La sustitución de la terminología “medidas ordinarias y extraordinarias” por la de “medidas proporcionadas y desproporcionadas” para actualizar los criterios de obligatoriedad de las acciones médicas sobre el final de la vida, representa un avance, pero no evita la ambigüedad cuando hay que tomar decisiones sobre lo que debe hacerse y evitarse.

Gafo señala, con toda razón, que una misma acción puede ser proporcionada o desproporcionada, en función del conjunto de condiciones que conforman la situación del enfermo. Así por ejemplo, ante el problema frecuente que se presenta al decidir la terminación de la vida de niños que nacen con anomalías, será decisivo considerar las posibilidades de los recién nacidos de acceder a niveles mínimos de relación interhumana. Será muy diferente la decisión en el caso de un niño con síndrome de Down, que en el de un niño anencefálico. Al primero no debería negársele la aplicación de las mismas atenciones médicas que se proporcionarían a un niño “normal”, mientras que proporcionárselas a un niño anencefálico para mantenerlo con vida, se consideraría una medida desproporcionada; no por las acciones médicas que deben realizarse, sino por los motivos por los cuales se decidiría prolongar la vida a un niño para quien está excluida la posibilidad de acceder a unos niveles mínimos de relación interhumana.⁴³

La dificultad para distinguir entre medidas proporcionadas y desproporcionadas, de acuerdo a la moral católica, se manifiesta al tomar decisiones sobre los pacientes en estado vegetativo persistente. En el capítulo anterior mencionamos en una nota el caso de Karen Ann Quinlan, la joven de veintiún años que en 1975 quedó en este estado⁴⁴ por haber ingerido una sobredosis de pastillas combinada con alcohol. Debido a la atención nacional que recibió el proceso judicial (en particular la aflicción que significó para sus padres adoptivos), su caso marcó un hito en la historia de los derechos de los pacientes comatosos y el principio de la aceptación de la idea de que el apoyo de vida artificial puede discontinuarse cuando la situación de la persona es intratable e irreversible. Aunque no fuera lo más importante del caso, a todos sorprendió que al retirarse el respirador artificial, la joven siguiera respirando por sí sola y permaneciera en coma (alimentada por tubos) hasta que murió en 1985, diez

⁴³ Gafo, J. “Eutanasia y derecho a morir en paz”, en Gafo J., *et al.*, 1984, *Op. Cit.*, p. 127-131.

⁴⁴ La expresión “estado vegetativo persistente” no estaba en uso todavía por lo que se describió como “coma permanente”. Véase Singer, P. *Rethinking Life and death. The Collapse of our Traditional Ethics*. New York, St. Martin’s Griffin, 1996, p.70.

años después de sufrir el accidente.⁴⁵ A pesar de que han pasado tantos años, sigue siendo un caso ejemplar para mostrar los conflictos éticos que para muchos católicos perduran al tener que definir qué son medidas ordinarias (o proporcionadas) y medidas extraordinarias (o desproporcionadas).

A los tres meses del accidente de su hija, los padres de Karen (que eran católicos) pidieron a los médicos que retiraran el respirador artificial que consideraban una medida extraordinaria, pero no la alimentación artificial, por ser una medida ordinaria. Los padres estaban convencidos de que actuaban de acuerdo a la voluntad de Dios, pero los médicos del hospital se negaron a retirar el respirador objetando que sería un acto de homicidio, razón por la cual los padres solicitaron permiso judicial. Un primer juez de New Jersey se los negó argumentando que existía el deber de mantener el apoyo de vida artificial porque Karen no cumplía los criterios de muerte cerebral establecidos por el Comité de Harvard.⁴⁶ Fue necesario acudir a la Suprema Corte de New Jersey en donde se concedió el permiso para desconectar el respirador con base al derecho constitucional a la privacidad que permite a los familiares de un paciente incompetente discontinuar apoyos de vida artificial.⁴⁷

Al comentar este caso, Javier Gafo señala que la desconexión del respirador era legítima, pero no lo hubiera sido la interrupción de la alimentación artificial (que no fue solicitada por los padres), puesto que la alimentación es una necesidad primaria, aun si se hace con un procedimiento artificial, el cual, por otra parte, se ha vuelto bastante “ordinario”.⁴⁸ Por otra parte, Gafo comenta que consideraría legítimo que a Karen no le hubieran tratado una infección pulmonar si ésta se hubiera presentado, lo cual habría causado

⁴⁵ Kastenbaum, R, Kastenbaum, B. *Encyclopedia of Death*. New York, Avon Books, 1993 p. 115 y Humphry, D., Wickett, A. *The Right to Die*. Oregon, Helmlock Society, 1990, p. 107-108.

⁴⁶ El Comité de la Escuela Médica de Harvard estableció en 1968 los siguientes criterios para determinar la muerte cerebral: 1) falta de receptividad y respuesta a estímulos externos y necesidades internas; 2) ausencia de movimientos y respiración; 3) un electroencefalograma plano; 4) ausencia de circulación hacia o dentro del cerebro. Véase Kastenbaum, R, Kastenbaum, B. *Op. Cit.* p. 34. A pesar de la amplia aceptación de estos criterios, el concepto de muerte cerebral, como criterio de muerte del individuo, se mantiene como un concepto problemático por el hecho de que las posturas que definen los criterios varían notablemente: la muerte cerebral puede ser equivalente a la de la corteza cerebral (responsable de las funciones cognoscitivas), a la del tronco cerebral (responsable de las funciones vegetativas, sensitivas y motoras inconscientes), o a la de todo el encéfalo (corteza y tronco cerebrales). Véase Colomo, J, *Muerte cerebral. Biología y ética*. Pamplona, EUNSA, 1993, p. 70-80. Peter Singer reflexiona sobre la arbitrariedad inevitable que implica establecer el concepto de muerte cerebral como equivalente de muerte: “Si decidimos marcar la muerte en cualquier momento antes de que el cuerpo esté tieso y frío, estamos haciendo un juicio ético”. Véase Singer, P. *Rethinking Life and death. The Collapse of our Traditional Ethics*. New York, St. Martin’s Griffin, 1996, p.32.

⁴⁷ Singer, P. *Op. Cit.*, p. 72.

⁴⁸ Gafo, J., *et al*, 1984. *Op. Cit.* p. 133-134.

su muerte. Yendo todavía más lejos, Gafo se pregunta si realmente existe tanta diferencia entre estas decisiones (desconectar el respirador, no tratar una infección pulmonar) y la que consistiría en administrarle una sobredosis de morfina. Le interesa dejar claro que las diferencias entre cada una de estas acciones son graduales, por lo que es difícil dar valoraciones morales diferentes. Sin embargo, y aun admitiendo que las evidencias morales no son como las evidencias matemáticas (que se imponen a la conciencia sin ninguna duda), afirma que hay situaciones que deben distinguirse en términos morales. De manera que considera aceptable la decisión de no utilizar medidas desproporcionadas y diferente, en términos morales, a la aplicación de una inyección letal a una persona en estado inconsciente, la cual le parece inaceptable. “La vida de un ser humano constituye un valor tan personal e intransferible que repugna la capacidad de poder disponer de ella en una situación de desconocimiento de cuál es su voluntad”.⁴⁹

Por su parte, Peter Singer, al referirse al mismo caso, señala la falta de acuerdo para distinguir entre medidas desproporcionadas y proporcionadas. Se ha dicho que es éticamente aceptable retirar las primeras porque son una carga adicional para el paciente y la intención, al suspender ese tratamiento, es liberar al paciente, más que producir la muerte (aun cuando sea previsible que esto sucederá, pues se considera un efecto indeseado de acuerdo al principio de doble efecto). Singer señala que, si Karen no tenía ninguna conciencia de lo que le pasaba, resulta claro que no se trataba de quitarle una carga (que no percibía), sino de provocar su muerte, intención que no reconoció la corte que permitió retirar el tratamiento (muerte que sorpresivamente no sucedió puesto que Karen siguió respirando por sí sola).⁵⁰

Más importante que establecer la diferencia entre las medidas proporcionadas y desproporcionadas (antes ordinarias y extraordinarias), Singer considera necesario que las decisiones para aplicar o interrumpir un apoyo de vida artificial se basen en juicios sobre la calidad de vida de los pacientes. El uso de un respirador artificial, considerado medida extraordinaria por el obispo de New Jersey que participó en el juicio de Karen, puede ser indispensable en otra situación en que el paciente tenga un coma temporal y haya esperanzas razonables de recuperación. Estaría indicado también en una condición incurable en la que el

⁴⁹ *Ibid.* p. 134. ¿Quiere esto decir que consideraría lícita la acción si responde a una voluntad conocida?

⁵⁰ Singer, P. *Op. Cit.*, p. 71-72.

enfermo esté consciente y necesite la respiración artificial permanente para realizar y disfrutar otras actividades.⁵¹

4.4.5. Principio de administración

Que el hombre no es dueño de su vida, sino su administrador es un principio de la moral católica por el cual se limita su poder para disponer de su cuerpo y de su existencia. Este principio impedía, junto con el principio de totalidad, la donación de órganos vivos antes de que los teólogos decidieran imponer sobre ambos el principio de caridad para permitirlos.⁵² El principio de administración está muy ligado al principio de la santidad de la vida y, aplicado al tema de la eutanasia, establece que el hombre, aun cuando puede asumir decisiones sobre su vida, no puede tomar la última y definitiva de poner fin a su existencia.⁵³

Este principio cumplió una función muy importante en el pasado para evitar los abusos de los poderosos hacia los débiles cuyas vidas no valoraban. Por eso, se estableció que la vida era un bien del que sólo Dios podía disponer. Sin embargo, algunos teólogos cuestionan que se quiera mantener este principio en la actualidad porque disminuye la autonomía del hombre al no permitirle asumir las últimas decisiones sobre su vida.⁵⁴

4.5. Una posición intermedia

Dentro de la Iglesia hay un movimiento que cuestiona la posición oficial aun cuando no llega a distanciarse de ella. Sus representantes son teólogos y filósofos que desean una bioética basada en principios cristianos en la que la fe no sustituya a la razón, sino que la ilumine. Al considerar el tema de la eutanasia, algunos de ellos coinciden con el Vaticano en la condena de esta práctica y otros parecen dispuestos a aceptarla para casos excepcionales.

⁵¹ *Ibid.* p. 72.

⁵² Shannon, T. *Op. Cit.*

⁵³ Gafo J., 1984. *Op. Cit.* p. 137.

⁵⁴ *Ibid.*

4.5.1. Javier Gafo

Ya hemos citado a este jesuita y teólogo,⁵⁵ quien considera que la eutanasia adquiere un sentido específico en la actualidad en cuanto se refiere al acto de poner fin a la vida de una persona enferma para quien no existen esperanzas de vivir en condiciones humanas. A diferencia del Papa, marca una distinción con el homicidio que sería el acto de quitar la vida a una persona cualquiera,⁵⁶ pero coincide con él al señalar que muchos enfermos piden la eutanasia porque no han recibido la ayuda que merecen. Esto lo explica por la influencia cultural que impide dar un lugar a la muerte y tener una relación con los enfermos que están cerca de su fin.⁵⁷

Este autor piensa que es inadecuado condenar la eutanasia de manera definitiva pues hay situaciones en que no hay criterios suficientes para determinar por qué algunas decisiones sobre la terminación de la vida son válidas y otras no. Por qué se permite la eutanasia pasiva y no la activa cuando a veces son poco claras las diferencias entre las situaciones en que se aplica una y otra. Aun así, Gafo se define en contra de la eutanasia activa y, si bien acepta que puede haber solicitudes de eutanasia activa conscientes y responsables, sólo acepta la muerte que sobreviene como consecuencia de administrar calmantes. Está convencido de que las cosas funcionan de diferente manera para quienes creen y para quienes no creen, ya que los primeros encuentran en el mensaje del evangelio razones suficientes para no recurrir a la eutanasia y aceptar el final de la vida como un acto de obediencia y confianza en Dios.⁵⁸

Aun cuando Gafo admite que estas razones no sirven a los no católicos, piensa que éstos deben conocer los riesgos sociales de una despenalización o legalización de la eutanasia que consistirían en el abuso de la práctica. En primer lugar, porque habría una presión psicológica sobre las personas enfermas y viejas que se sentirían obligadas a recurrir a una solución disponible para liberar a los demás de los costos económicos y emocionales que supone la atención de su enfermedad. En segundo lugar, porque daría lugar a la llamada

⁵⁵ Javier Gafo fue también filósofo y biólogo y un gran impulsor de la bioética. Fue director de la Cátedra de la Maestría de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Murió el 5 de marzo de 2001. Véase www.diariomedico.com

⁵⁶ Gafo, J. 1984. *Op. Cit.* p. 126.

⁵⁷ Gafo, J (ed). 2000. *Op. Cit.* p. 42-44.

⁵⁸ Gafo, J. 1984. *Op. Cit.* p. 137.

“pendiente resbaladiza” que llevaría a aplicar esta práctica en los débiles y discapacitados.⁵⁹ Según este autor, antes que pensar en la eutanasia como solución, habría que aprender a ayudar a los enfermos para que mueran de la mejor forma posible, mediante una atención integral y la compañía de las personas cercanas a ellos. Para lograr esto, es necesario superar el terror que nos inspira la muerte, el mismo que nos impide dialogar con los que se encuentran en el final de su vida.

4.5.2. José Vico Peinado

Este sacerdote y profesor de ética se ocupa extensamente del tema del dolor y la muerte desde la perspectiva de la teología católica en su libro *Dolor y muerte humana digna*.⁶⁰ Al final de esta obra, revisa el tema de la eutanasia y ofrece una interesante valoración crítica de la postura católica tradicional sobre esta práctica y cuestiona el hecho de que la Iglesia la condene en cualquier caso, sin tomar en cuenta la situación en que se decide. Vico Peinado sostiene que el debate sobre la eutanasia debe ubicarse dentro de la problemática más amplia que es la atención del paciente al final de su vida. No sólo hay que tomar en cuenta la calidad de vida, sino también la calidad de la muerte para que el enfermo se encuentre con ella en las mejores condiciones humanas.

Hoy en día se reconoce el derecho a morir dignamente, pero este reconocimiento exige aceptar también la responsabilidad de la sociedad hacia los enfermos que están cerca de su fin, quienes requieren cuidados de sus médicos, de la institución hospitalaria y de sus familiares. Todavía muchas personas encuentran la muerte en condiciones de frialdad y angustia en las unidades de cuidados intensivos, en las que se da una rigurosa supervisión técnica, pero se priva a los enfermos de estímulos sensoriales, de atención emocional y de comunicación.

Ayudar a morir humanamente implica definir los límites más allá de los cuales no se debe intentar prolongar la vida. En la práctica esto puede resultar muy difícil ya que se dispone de una tecnología médica que ofrece una diversidad de posibilidades para sustituir las funciones vitales. Las decisiones médicas al final de la vida son diversas y para ellas se han creado nuevos términos: *Distanasia*, cuando se tiende a alejar lo más posible la muerte

⁵⁹ *Ibid.* p. 138-141.

⁶⁰ Vico Peinado, J. *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica*. Madrid, San Pablo, 1995.

prolongando la vida sin que haya esperanzas de recuperación y utilizando medidas extraordinarias.⁶¹ *Adistanasia*, cuando se decide no prolongar la vida, para lo cual se omiten los medios y tratamientos que mantendrían vivo al paciente. Según Vico Peinado, el término *ortotanasia*,⁶² antes citado, se refiere a la justa relación entre la *distanasia* y *adistanasia* (entre lo desproporcionado y lo proporcionado), para lo cual existen una serie de criterios éticos católicos que hemos mencionado de alguna forma.⁶³

El cuestionamiento de Vico Peinado a la posición de la Iglesia se dirige al hecho de que ésta considere la eutanasia como una acción intrínsecamente mala que sólo puede ser válida para los no católicos. Piensa que este es un tema que debe discutirse en la bioética teológica para revisar si no hay situaciones en que sería éticamente correcto aplicar la eutanasia activa sin alejarse del mensaje cristiano. Es necesario reconocer el conflicto que se da en ocasiones entre el valor de la vida humana y el valor de morir dignamente. Por ello, debe dejarse abierta la pregunta sobre la legitimidad de la eutanasia en lugar de cerrar la cuestión. En algunos casos excepcionales, la única forma de lograr que haya una muerte digna es mediante la ayuda activa para morir. La Iglesia no ha dado una argumentación suficiente para explicar por qué siempre sería condenable la eutanasia.⁶⁴

La argumentación de Vico Peinado se centra en el valor de la muerte digna y por tanto, le interesa distinguir esta práctica del homicidio y del suicidio. En la eutanasia se trata de acortar un proceso de muerte ya iniciado que inevitablemente se va a dar, pero que, mientras llega, atenta contra el derecho del enfermo a morir dignamente. El acto de alguien que responde a una solicitud de eutanasia, expresada de manera libre por alguien que considera que esa es la única forma de morir dignamente, no puede equipararse al acto de alguien que quita la vida a un tercero en circunstancias diferentes y en contra de la voluntad del que muere. Tampoco puede compararse la eutanasia con el acto del suicida determinado,

⁶¹ Corresponde al encarnizamiento terapéutico.

⁶² Etimológicamente, "muerte correcta".

⁶³ 1) No existe obligación ética de prolongar la vida por el mero hecho de que sea médicamente posible; 2) la vida humana que se prolonga ha de ser una vida humana, no una vida simplemente vegetativa (este criterio se refiere a la muerte cortical, pero sigue incierto qué debe hacerse con el estado vegetativo persistente y a diferencia de Gafo, Vico Peinado considera que la hidratación artificial sí es una medida que debe catalogarse como extraordinaria o desproporcionada); 3) debe prolongarse la vida de quien puede esperarse, razonablemente, una existencia significativa; 4) debe hacerse un balance entre la prolongación de la vida y los sufrimientos que ésta causaría; 5) debe prolongarse la vida sólo con medios proporcionados. Véase Vico Peinado, J. 1995, *Op. Cit* p. 238-250.

⁶⁴ Vico Peinado, J. *Op. Cit.* p. 271-278. Véase también Vidal, M. *Eutanasia: un reto a la conciencia*, Madrid, San Pablo, 1994, citado ahí mismo.

según este autor, por la pérdida de valores, los cuales sin duda están presentes en un enfermo que pide ayuda para morir porque sobrepone el valor de la muerte digna al valor de la vida física.⁶⁵

Al revisar los diferentes argumentos que ha dado la Iglesia para condenar la eutanasia, Vico Peinado cuestiona la diferencia que aquella establece entre la eutanasia pasiva, permitida, y la eutanasia activa, prohibida. Al permitir la eutanasia pasiva en determinadas circunstancias, la Iglesia reconoce que la obligación de conservar la vida no es absoluta y, por tanto, puede ser éticamente correcto terminar con ella. Si el fin que se busca con los dos tipos de eutanasia es el mismo (permitir la muerte digna), no parece haber un argumento ético que justifique que se permita la muerte digna sólo mediante la omisión y no mediante la acción.⁶⁶

Otro argumento que revisa este sacerdote, que se utiliza con mucha frecuencia, es el que afirma que corresponde a Dios quitar la vida y debe respetarse su voluntad, la cual se identifica con el proceso físico y biológico del hombre y su naturaleza.⁶⁷ Según esta idea, intervenir en el proceso de muerte para acelerarla equivale a tomar en las manos del hombre lo que le corresponde hacer a Dios. Sin embargo, el autor comenta que postergarla también sería intervenir en ese sentido y la medicina lo hace todo el tiempo.⁶⁸ En cuanto al trillado argumento de la pendiente resbaladiza que dice que aceptar la eutanasia en unos casos llevaría a aplicarla de manera abusiva en otros, le parece que es un razonamiento que tiene

⁶⁵ *Ibid.* p. 280-282.

⁶⁶ Vico Peinado, J. *Op. Cit.*, p. 283-287.

⁶⁷ De esta suposición se alimenta un falso dilema entre lo natural y lo artificial; lo natural como obra divina y lo artificial como obra humana y, por ello, no siempre acorde a la obra divina. Este dilema se ha presentado en medicina entre una tradición de contemplación, de permitir actuar a las fuerzas de la naturaleza, contra otra de intervencionismo, de actuar en contra de ellas. En realidad, es tarea de la medicina intervenir en la naturaleza, si bien es cierto que debe saber reconocer los límites en los que debe detenerse pues la muerte no dejará de ser un acontecimiento natural e inevitable. Como señala Mauro Rodríguez, los trasplantes son un buen ejemplo de intervenciones médicas que van en contra de la naturaleza para alargar la vida y, sin embargo ya vimos cómo la Iglesia revisó y cambió sus principios para permitirlos porque no consideró que con ellos se ofendiera a Dios. Rodríguez nos recuerda que, según la Biblia, Dios dota al hombre del poder de dominar la naturaleza y vencer las fatalidades. Véase Rodríguez, M. *La nueva tanasia*. México D.F. Ediciones Botas, 1989, p. 37-39, Aun así, hay que admitir que hay avances de la tecnología médica (los mismos trasplantes, las cirugías a corazón abierto, la reproducción asistida) que resultan tan sorprendentes cuando empiezan a desarrollarse que nos parecen acciones en que el hombre ha alcanzado el poder de Dios, efecto que desaparece en la medida que nos acostumbramos a ellas. Este acostumbramiento no significa que no sea necesario valorar los efectos e implicaciones de cada nueva posibilidad tecnológica para establecer los límites necesarios desde la perspectiva ética recordando que no todo lo que se puede hacer se debe hacer.

⁶⁸ Vico Peinado, J. *Op. Cit.*, p. 289-291, en donde cita a Maguire, D. *La muerte libremente elegida*. Santander, Sal Terre, 1975, p.161.

peso psicológico, pero carece de base teórica. La ética es cuestión de conocer dónde se establecen los límites y ante acciones diferentes (la eutanasia y matar a un discapacitado) hay que mantener juicios morales diferentes.⁶⁹

Frente al argumento de que el médico no debe poner nunca fin a la vida porque esto llevaría a modificar profundamente su vocación y atentaría contra la confianza a los médicos, Vico Peinado señala que no debe olvidarse que la opción de la eutanasia se contempla en casos en que entran en conflicto el valor de la vida y el de la dignidad. La tarea del médico no es sólo curar y favorecer la vida; cuando ésta ya no puede conservarse, el médico tiene el deber de aliviar y favorecer una muerte digna. Lo que no puede hacer el médico es actuar por cuenta propia; eso sí generaría una gran desconfianza.⁷⁰

Este autor concluye diciendo que la Iglesia católica debe revisar los argumentos que utiliza para condenar la eutanasia y tomar en cuenta los de algunos teólogos que se alejan de la posición oficial. Es el caso de P. Sporcken, quien considera que la eutanasia activa es éticamente aceptable en casos determinados y excepcionales en que se tiene el consentimiento de la persona para adelantar su muerte y es lo último que se puede hacer para ayudarla.⁷¹ Sin embargo, Vico Peinado no llega tan lejos y prefiere dejar abierta una discusión que para él apenas ha comenzado. Propone reservar el término eutanasia para situaciones en que no hay conflicto entre el mantenimiento de la vida y el valor de una muerte digna, porque considera que una teoría de la moralidad no debe permitir excepciones. Aunque la eutanasia sea comprensible desde el punto de vista subjetivo, es mejor que siga siendo inaceptable para los católicos. En cambio, para esas otras situaciones de conflicto de valores, prefiere ampliar el concepto de *ortotanasia*, de manera que esta decisión médica se refiera tanto a la práctica por omisión, como a la acción médica para terminar activamente con la vida de un paciente.⁷²

⁶⁹ Vico Peinado, J. *Op. Cit.*, p. 297-299, en donde cita a Maguire, D. *Op.Cit.* p.154.

⁷⁰ Vico Peinado, J *Op. Cit.*, p. 300-301.

⁷¹ *Ibid.* p. 303-304, en donde cita a Sporcken, P. *Medicina y ética en discusión*. Estella, Verbo Divino, 1974, p.332.

⁷² Vico, J. *Op. Cit.*, p. 304-305

4.6. La eutanasia como opción para los católicos

Algunos teólogos católicos impulsan el debate sobre la eutanasia con el objeto de que sea una forma de muerte a la que puedan recurrir los creyentes sin que esto atente contra la tranquilidad de conciencia que necesitan tan especialmente al final de su vida.

4.6.1. Un alegato por la responsabilidad

Hans Küng es teólogo y catedrático suizo, además de ser actualmente director de la Fundación Ética Mundial, dedicada a la investigación intercultural e interreligiosa a favor de una ética mundial. Siempre ha mantenido una postura crítica ante la normativa establecida por el Vaticano y no hace una excepción ante lo que éste determina sobre la eutanasia. En el libro *Morir con dignidad*, del que es coautor con Walter Jens,⁷³ reflexiona sobre el tema cuestionando los diferentes argumentos que ha dado la Iglesia para invalidar esta práctica. Küng se basa en la defensa de la libertad como atributo que Dios ha dado al hombre para hacerlo responsable de sus elecciones a lo largo de su vida, incluyendo en ella el acto de morir. Contrario a lo que sostiene la Iglesia, si el único medio de lograr la entrega responsable de la propia vida es la eutanasia *activa*,⁷⁴ el hombre debe tener la libertad de considerar esa opción.⁷⁵

Küng plantea su visión del morir con dignidad como creyente en otra vida después de la muerte, razón por la cual morir representa llegar a la plenitud. Pero al mismo tiempo, considera que la eutanasia no tiene por qué seguir siendo una opción que sólo puedan considerar los no católicos y por ello examina esta práctica en su modalidad activa, desde la perspectiva teológica. En la Biblia no hay argumentos contra la muerte voluntaria o el suicidio; al contrario, se narran con aprobación casos de suicidios como el de Sansón y el martirio es elogiado en los primeros siglos del cristianismo. No queda claro por qué la Iglesia permite la muerte voluntaria en algunos casos y la prohíbe para los enfermos que consideran que viven una vida que ha dejado de ser humanamente digna.

⁷³ Küng H., Jens W. *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Editorial Trotta, 1997.

⁷⁴ Küng comenta que la Iglesia no tiene problema con la eutanasia pasiva porque supuestamente no atenta contra el derecho exclusivo del Creador. Sin embargo, con el acelerado desarrollo de la medicina, cada vez es más gris la zona que divide qué sería eutanasia pasiva y qué eutanasia activa. Lo que se distingue conceptualmente, apenas se puede diferenciar en la práctica: la desconexión de un aparato implica una acción y puede tener el mismo efecto que una sobredosis de morfina (intervención activa), causando en ocasiones la muerte con mucho sufrimiento. Küng H., Jens W. *Op. Cit.* p. 32-34.

⁷⁵ *Ibid.* p. 94

Si hoy vivimos una situación básicamente nueva por el hecho de que se ha conseguido retrasar la muerte gracias al avance de la medicina y la higiene, no es válido ir simplemente a la Biblia en busca de recetas. Una ética que quiera ser fiel a las Escrituras y a la época debe repensar su posición respecto al control de la natalidad y a la eutanasia y esforzarse por hallar una vía que reconozca la responsabilidad del hombre sin excluir la última fase de la vida humana. El control activo “artificial” de la natalidad fue condenado por muchos teólogos morales y obispos que hoy desaprueban la eutanasia activa. Ese control es aceptado hoy por muchos de ellos (aunque no por el Papa) porque reconocen que el comienzo de la vida ha sido confiado por Dios a la responsabilidad humana, ¿por qué no lo sería también su final?⁷⁶

Para Küng, detrás de los argumentos tradicionales de la teología, se encuentra una imagen distorsionada de Dios: un Dios creador, señor y propietario del hombre, amo absoluto, juez y finalmente verdugo. No hay nada del Dios comprensivo, que reconoce a los débiles, que cuida al hombre y, además de ser solidario con él, lo quiere como interlocutor libre y responsable. No necesita su sufrimiento ni le interesa que viva el purgatorio sobre la tierra para purificarse ni que participe en la pasión de Cristo como lo promueven todavía algunos teólogos.⁷⁷ El punto de vista de Küng es que la ética de un católico no debe basarse en las prohibiciones, sino en una configuración responsable de la vida, desde el comienzo (entonces a cargo de los padres) hasta el final.⁷⁸

Para este teólogo, un debate serio y responsable sobre la eutanasia debe empezar por dejar a un lado la equivalencia que se ha hecho entre esta práctica y el homicidio. Estar a favor de la eutanasia no significa estar a favor de matar.⁷⁹ El respeto a la vida es un principio compartido por toda persona con convicciones éticas; es la expresión positiva del mandamiento “¡No matarás!” que se establece en las grandes y antiguas tradiciones religiosas. Por él se determina que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la integridad corporal y al libre desarrollo de su personalidad. Ningún ser humano tiene derecho a

⁷⁶ *Ibid.* p. 44-47.

⁷⁷ Si bien es cierto que los documentos del Vaticano permiten las intervenciones médicas para aliviar el dolor, incluso cuando éstas acorten la vida, no puede ignorarse el importante lugar que se le ha dado al sufrimiento en la tradición católica como medio de superación espiritual, al grado de llegar a la autoflagelación. En este sentido, la eutanasia, que busca terminar con el sufrimiento, puede ser contemplada por muchos católicos como una acción que obstruye el camino al cielo.

⁷⁸ Küng, H., Jens, W., 1997, *Op. Cit.*, p. 39-43.

⁷⁹ *Ibid.* p. 36.

maltratar física o psicológicamente a otro y menos a matarlo. Así se manifestó la *Declaración del Parlamento de las Religiones Mundiales sobre una Ética Mundial de Chicago* en 1993. En esa ocasión se dejó aparte el tema de la eutanasia por considerar que es necesario comprender con claridad esta práctica para llegar a un consenso sobre su valoración moral.⁸⁰ De lo que no cabe duda es que hay una diferencia abismal entre la eutanasia y el homicidio: la primera es autodeterminación y expresa el deseo de la persona afectada de tener una muerte digna. El homicidio es una agresión a una vida considerada sin valor y resulta en la muerte impuesta desde el exterior.⁸¹

Para Küng, la defensa del derecho del hombre a decidir el final de su vida, está limitado al caso del enfermo muy grave. De ninguna manera considera el mismo derecho en alguien sano física y psíquicamente que se siente agobiado por la vida o ha tenido alguna crisis de tipo amoroso, económico o profesional. Una muerte por esas circunstancias sería irresponsable para un cristiano y, por lo mismo, moralmente reprobable.⁸² Por otra parte, la solicitud de eutanasia de un enfermo grave no puede considerarse como primera opción, sino como última, al agotarse los recursos de la medicina paliativa, la cual ciertamente ha alcanzado progresos muy importantes, pero no llega a evitar que existan personas para quienes son insoportables los últimos días de vida. Que otras personas en las mismas condiciones quieran seguir viviendo, no invalida el pedido libre de quienes piden morir. No es justo afirmar que la demanda de eutanasia siempre debe entenderse como un pedido de ayuda encubierto. Muchos enfermos han meditado lo suficiente antes de solicitar la eutanasia, por lo cual, cuando se deciden a hacerlo, saben muy bien lo que piden y merecen que su deseo sea tomado seriamente como auténtico.⁸³

Si bien Küng admite que permitir legalmente la aplicación de la eutanasia implica riesgos, considera que éstos no son argumentos para justificar su prohibición. Si el hombre tiene el derecho de decidir sobre el final de su vida, el Estado debe respaldarlo y asegurar que existan leyes claras para garantizar la aplicación de una eutanasia sin que se den abusos en su nombre. Así se disiparán los miedos de muchas personas y se evitarán los conflictos de

⁸⁰ *Ibid.* p. 43-44. Véase Küng, H. Kuschel, K. (eds) *Hacia una ética mundial. Declaración del Parlamento de las Religiones del Mundo*, Madrid, Trotta, 1994, p. 27, citado ahí.

⁸¹ Küng H., Jens W., 1997, *Op. Cit.*, p.81. Walter Jens está considerado como uno de los ensayistas más importantes de Alemania.

⁸² *Ibid.* p. 37

⁸³ *Ibid.* p. 93.

conciencia de muchos médicos.⁸⁴ El hombre tiene una responsabilidad que ni el Estado ni la Iglesia ni el médico ni el teólogo pueden arrebatarse. Por eso cuestiona duramente al Papa Juan Pablo II al creerse autorizado a apelar a la autoridad divina para privar a los creyentes de su libertad de conciencia al decidir cuestiones tan íntimas de la vida humana. “Es más un dictador espiritual que un ‘buen pastor’”.⁸⁵

Nadie sabe cómo va a morir y cabe la posibilidad de que la muerte nos llegue de manera repentina, pero Walter Jens piensa que millones de hombres y mujeres (entre los que incluye a Hans Küng y a él mismo) se ocuparían con más tranquilidad de sus quehaceres si supieran que, llegado el momento, van a contar con un médico a su lado que esté dispuesto a liberarlos de los últimos sufrimientos si verdaderamente así lo desean. Para Küng y Jens se trata, en lo fundamental, de poder confiar en que podremos despedirnos de esta vida con el apoyo de la gente cercana y de un médico comprensivo, con serenidad, consuelo y gratitud.⁸⁶

4.6.2. Los derechos de los vivos al final de su vida

Jacques Pohier es un teólogo francés, comprometido desde 1973 con la defensa del derecho de los católicos a recibir ayuda activa para morir.⁸⁷ Ha sido condenado por el Vaticano por mostrar las contradicciones teológicas de la Iglesia en diversos temas, además de la eutanasia. Sobre ésta, ha mantenido una reflexión personal enriquecida con una experiencia de once años en la *Asociación por el derecho a morir con dignidad (ADMD)*. En su libro *La muerte oportuna* habla de los cambios de la forma de morir en la historia y de la nueva etapa de vida que ha surgido con los avances de la medicina y la higiene. Es la que viven los ancianos y enfermos con padecimientos incurables a quienes se les puede prolongar mucho el tiempo que antecede a su muerte. Es justo que estas personas vivan esa etapa con

⁸⁴ Küng, H., Jens, W. *Op. Cit.*, p. 49-50.

⁸⁵ *Ibid.* p. 89.

⁸⁶ Küng, H., Jens, W. *Op. Cit.*, p.81. En el prólogo de su libro, Küng comenta el malentendido que podría darse en los lectores al ver que dos viejos (Jens y él) escriben sobre la muerte, pues podrían explicar tal hecho como un intento precipitado de hacer una reflexión sobre el tema antes de que la senilidad o la misma muerte se los impida. Aclara que nada de eso es cierto porque la pregunta sobre la muerte ha acompañado a los autores desde que se conocen, hace más de treinta años.

⁸⁷ Mencionamos a este autor en el apartado del capítulo 2: *¿Es legítimo elegir la muerte?* Fue sacerdote dominico de 1949 a 1989. Es miembro y ha sido dirigente de la *Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad* de Francia.

inteligencia y ejerciendo su voluntad, la cual debe incluir la opción de terminar con la propia vida.⁸⁸

Como parte de su argumentación a favor de una legalización de la muerte voluntaria, Pohier revisa el sentido que ha tenido el dolor en la sociedad en general y en el cristianismo en particular. Dado que por muchos siglos se podía hacer muy poco para evitarlo, fue necesario darle un sentido para soportarlo. La idea de encontrar un culpable ha funcionado en el catolicismo que añadió la creencia de que el dolor es consecuencia del mal, cuyo responsable es el hombre, razón por la cual éste debe soportarlo a modo de purificación, contando con el consuelo de que si el dolor no desaparece en esta vida, lo hará en la otra. La cuestión es que en la época actual ya se puede hacer muchísimo por evitar el dolor y no es necesario buscarle sentido. Desde 1957, Pío XII dijo que había que utilizar los medios disponibles para aliviar el dolor aunque ello implicara adelantar la muerte.⁸⁹

Pohier piensa que hoy se deben decir las cosas tal como son: el dolor degrada al hombre y a la sociedad que lo tolera y debe superarse la inercia con la que, con mucha frecuencia, se descuida el dolor de los enfermos.⁹⁰ La atención del dolor debe convertirse en un objetivo prioritario de la medicina y de la sociedad y deben desarrollarse al máximo los cuidados paliativos. Sin embargo, no debe olvidarse que estos son sólo una parte de la solución a los problemas que se enfrentan al final de la vida. El objetivo principal debe ser que las personas puedan *reapropiarse* de su muerte de manera que cada una sea *el sujeto* de ella y sea quien decida qué tratamiento acepta o rechaza y qué quiere para el final de su vida.⁹¹

Una parte muy significativa del libro de Pohier es la pequeña crónica que incluye sobre las cinco muertes voluntarias en las que participó. Comparte esta experiencia porque cree que la teoría sobre la eutanasia no puede separarse de la práctica. En su caso, el conocimiento que tiene de la muerte asistida se apoya también en lo que vivió al ayudar a suicidarse a cinco personas. Todas ellas eran miembros de la *ADMD* y de esta forma conocieron a Pohier, quien aclara que su acción fue asumida personalmente, pues esta asociación se limita a promover el derecho a la muerte asistida, pero no ofrece ayuda para

⁸⁸ Pohier, J. *La mort opportune*. Paris, Editions du Seuil, 1998.

⁸⁹ *Ibid.* p. 90-96.

⁹⁰ El mismo Pohier considera una vergüenza que Francia, su país, ocupara, cinco años atrás, el cuarentavo lugar en el mundo en la lucha contra el dolor. *Ibid.* p. 75.

⁹¹ *Ibid.* p. 96-109.

morir, ni mediante la eutanasia ni mediante el suicidio asistido. A excepción de una persona que prefiere dejar en el anonimato, menciona a todas por su nombre y relata la situación en que se encontraban cuando le pidieron ayuda y cómo se las dio finalmente.⁹² De las cinco personas, sólo una estaba en la fase terminal de un cáncer; las demás tenían más de ochenta años pero se encontraban físicamente bien en el momento de morir. Tres de ellas decidieron adelantar su muerte para evitar la dependencia y decadencia de la senilidad y otra para evitar la soledad que significaría vivir en una institución.⁹³

Al reflexionar sobre esta experiencia, Pohier se siente tranquilo de haber actuado correctamente y manifiesta un gran respeto, afecto y gratitud por esas personas. Con respecto a su participación, comenta que ayudó como le correspondía al no ser médico y no tener acceso a medicamentos ni el conocimiento para aplicar una eutanasia. Él se limitó a acompañar, aconsejar y asegurar en lo posible que se lograra la muerte esperada (lo que incluyó dar una inyección de insulina después de que las personas habían tomado los medicamentos para quitarse la vida). Pero lamenta que, por no correr riesgos, no pudo ayudar a conseguir los medicamentos necesarios, tuvo que abandonar a las personas después de su muerte y no pudo ocuparse de su cuerpo en casos en que hubiera sido conveniente. También siente no haber podido hacer lo mismo por muchas otras personas y reconfirma su idea de que todo el que así lo desee debería tener garantizada una muerte oportuna como aquellas. Piensa que no sólo los enfermos deben tener el derecho a decidir la terminación de su vida, igualmente las personas con grandes incapacidades y las personas mayores.⁹⁴

Según Pohier, se ha “medicalizado” demasiado la eutanasia y de esa forma se ha olvidado que es un problema de la sociedad y no de la medicina. Es necesario que la legislación proteja el derecho del hombre a ejercer su libertad al final de la vida, pero también que la religión no lo obstaculice, razón por la cual le interesa analizar la forma en que la Iglesia ha coartado este derecho. Puesto que coincide en muchos puntos con Hans

⁹² Dos de estas personas formaban un matrimonio: Gilbert y Edith Brunet. En el número que la revista *Panoramiques* dedicó a la ADMD hay un artículo escrito por los hijos en que hablan de la decisión de sus padres. Desde la perspectiva de los hijos, sus padres tomaron la decisión antes de tiempo, pero la entienden y respetan viniendo de quienes siempre fueron ejemplo de amor y dignidad. Véase Brunet, L., Cavase, E., Lamache, S. “Le choix de nos parents” (la elección de nuestros padres), en *Pour une mort plus douce* (por una muerte más dulce). *Panoramiques*, núm 21, 1995, p.151-158.

⁹³ Pohier, J. *Op. Cit.* p. 279-313.

⁹⁴ *Ibid.*

Küng,⁹⁵ nos limitaremos a presentar lo que sobresale como aportación de Pohier al refutar los argumentos de la Iglesia para condenar la muerte asistida.

Este autor señala que la posición del Papa se conoce muy bien, así como el apoyo que recibe de todos los obispos; en cambio, se desconoce que cada vez son más los católicos que deciden no seguir esa posición. Pohier conoce sacerdotes católicos en Holanda que participan en la eutanasia voluntaria y médicos holandeses que practican la eutanasia en hospitales católicos. Hay muchos teólogos que se ven obligados a romper con la Iglesia o deciden callar o tener una actuación discreta.⁹⁶ Según las encuestas, en Francia muchos católicos practicantes tienen opiniones contrarias al Vaticano y una mayoría está a favor de la despenalización de la eutanasia.⁹⁷ Sucede algo similar en lo concerniente a la contracepción, el aborto, el divorcio o la vida en pareja fuera del matrimonio. La Iglesia explica estas diferencias como desobediencia o falta de fe, pero en realidad son una prueba de que su jerarquía no escucha a sus fieles.⁹⁸

Dentro de los argumentos de la Iglesia contra la eutanasia, Pohier ve una de las contradicciones más significativas en la diferente perspectiva que utiliza al juzgar la eutanasia activa y pasiva. Al valorar la primera, localiza la relación principal entre el agente de la eutanasia y el acto de la eutanasia; toma como sujeto de la acción al agente que realiza el acto de eutanasia, el médico, sin tomar en cuenta que hay otro sujeto que es la persona que la decide y la pide, el enfermo; la eutanasia se considera homicidio y se condena. En cambio, al valorar la eutanasia pasiva, la Iglesia localiza la relación principal entre la persona que solicita la eutanasia para sí misma y el acto de la eutanasia. Toma entonces como sujeto de la acción (o decisión) a la persona que pide la eutanasia, el enfermo, sin tomar en cuenta al agente que realiza la acción (suspender un tratamiento) o asume la omisión, el médico; la eutanasia se considera ortotanasia y se aprueba.⁹⁹

⁹⁵ Quizás una de las diferencias significativas que puede haber entre Hans Küng y Jacques Pohier es que el primero se manifiesta como creyente convencido de que existe otra vida después de esta, mientras que Pohier se considera creyente, pero también refiere que ya no cree más en una vida después de la muerte; una revelación que nos sorprendió. *Ibid.* p. 301.

⁹⁶ *Ibid.* p.334

⁹⁷ A la pregunta: “¿Debería la ley despenalizar la ayuda activa a una muerte voluntaria?”, el 63% de católicos practicantes regulares respondieron que sí en 1987 y 70% en 1997; 24% que no en 1987 y 18% en 1997; 13% no opinaron en 1987 y 12% en 1997. *Ibid.* p.334.

⁹⁸ *Ibid.* p. 334-337.

⁹⁹ *Ibid.* p. 338-339. Este análisis ya había sido expuesto por Pohier con anterioridad. Véase Pohier J.

“Catholique, je suis pour l’euthanasie volontaire”, en *Pour une mort plus douce* (por una muerte más dulce). *Panoramiques*, núm 21, 1995, p.119-124.

Es muy cuestionable que no se adopte la misma perspectiva para las dos formas de eutanasia y que en la eutanasia activa no se reconozca como elemento determinante el pedido de la eutanasia por parte de la persona que va a morir. Sin embargo, sí lo reconocen así muchos católicos practicantes que tienen una posición diferente a la del Papa y aprueban la eutanasia activa. De hecho, piensan que la eutanasia, propiamente hablando, sólo puede ser voluntaria. Coinciden con la Iglesia al catalogar como homicidio una “eutanasia” en la que no hay solicitud por parte de la persona que muere (aunque en ciertos casos límites, justificarían la muerte por misericordia). Además, identifican el punto importante del debate: no es si un médico tiene derecho a dar muerte a otra persona, sino si una persona tiene derechos sobre su propia muerte que la autoricen a pedir una ayuda activa para morir y a recibirla.¹⁰⁰

Pohier también señala las contradicciones teológicas que encuentra en otros argumentos que sirven para condenar la eutanasia:

1) Dios es fuente de toda vida y por tanto el único amo.

Sin duda, Dios es fuente de toda vida, pero ha dado al hombre el dominio sobre la vida y la muerte de los seres vivos que ha creado. Si la vida humana es parte de esta creación, no tiene por qué quedar excluido el dominio del hombre sobre ella.

2) Es tan importante la vida humana para Dios que sólo Dios puede tener el dominio sobre su muerte.

Es cierto que la vida del hombre es más importante para Dios que la de los animales y las plantas. Pero, ¿de dónde se saca que mientras más importante es una realidad para Dios, más debe escapar al dominio del hombre? ¡Qué mejor prueba del papel crucial que han tenido los hombres que la participación de María para que naciera Jesús, cuando Dios podía haberse reservado para Él todo el dominio!

3) La manera en que Dios da.

Dios da el don excepcional de la vida como expresión de su gran amor. Según la versión del Vaticano es como si Dios dijera al hombre: “te doy este don excepcional que es la vida, pero en realidad no es tuyo, sigue siendo mío.” Puede ser que los hombres den regalos

¹⁰⁰ Pohier, J. *Op. Cit.*, p. 338-339.

de esa manera, guardándose una parte para sí, pero no hay por qué proyectar la imperfección del hombre a Dios que es perfecto y da sin condiciones ni reservas.¹⁰¹

Para ser coherente con una visión que ante todo defiende el derecho de los hombres a ejercer su libertad, Pohier considera conveniente aclarar que la eutanasia y el suicidio asistido no son actos moralmente neutros. En algunos casos serán actos justos y en otros no y así debería reconocerlo la Iglesia. Si la muerte es una etapa natural de la vida, el hombre debe asumirla con libertad como todas las demás. Si la idea de Dios es de perfección y amor, como lo suponen muchos católicos, se entiende mejor que prefiera tener con el hombre una relación de alianza con todos los riesgos y beneficios que eso implica.¹⁰²

4.7. La aportación de esta revisión

Ante el problema de la eutanasia no existe una moral católica uniforme, sino varias posiciones asumidas por diversos representantes. Si bien hay una oficial, ésta es cuestionada por quienes consideran que la autonomía del individuo debe ser reconocida por la Iglesia en el final de su vida. Aun cuando el Papa se opone de manera categórica a la eutanasia, hay otras posiciones católicas: una que la acepta en casos excepcionales y otra que la defienden como una opción para todos los católicos.¹⁰³

No puede negarse que son muy pertinentes muchos señalamientos del Vaticano al llamar la atención sobre el deber de la sociedad de acompañar y atender las necesidades de los enfermos al final de la vida. Pero son igualmente acertados los análisis de quienes rebaten los argumentos de la Iglesia para condenar la eutanasia en todos los casos. Si a lo largo de la historia la Iglesia ha interpretado la palabra revelada y ha hecho cambios y excepciones en la aplicación de sus principios, no queda claro qué le impide revisar sus argumentos frente a la eutanasia para legitimar esta opción. La Iglesia podría determinar que la libertad y la dignidad al final de la vida pueden estar, en algunas situaciones, por encima de la santidad de

¹⁰¹ *Ibid.* p. 342-347.

¹⁰² *Ibid.* p. 348-349.

¹⁰³ Debemos mencionar también a Mauro Rodríguez, cuya propuesta conocimos cuando terminábamos de redactar este documento. Con formación en psicología, historia y antropología, así como una experiencia de años durante su niñez y juventud en un seminario católico, este autor mexicano coincide con Küng y Pohier en defender una opción, compatible con la fe de los creyentes, para decidir la terminación de la propia vida con ayuda médica. Rodríguez prefiere llamar "tanasia" esta acción y explica su propuesta en su libro: Rodríguez, M. *La nueva tanasia: Libertad y dignidad*. México D.F. Ediciones Botas, 1989.

la vida. Pretender que este principio se considere absoluto es insostenible cuando ella misma ha establecido excepciones para seguirlo.

La Iglesia debería respetar la libertad de los hombres permitiendo que sea una opción la terminación activa de la vida. Si bien es cierto que muchos católicos aceptan la prohibición y quizá prefieren que exista para no comprometerse ellos mismos a decidir, muchos otros desearían la responsabilidad de elegir. Lejos de tolerar la diversidad de elecciones, la Iglesia establece una condena tajante de la eutanasia recurriendo a argumentos que realmente no resisten la refutación. Es dura la acusación de Hans Küng al llamar al Papa “dictador espiritual”, pero no le falta razón al referirse a alguien que priva de la libertad a sus seguidores para decidir sobre el final de su vida.

La posición de la Iglesia en el debate sobre la eutanasia es un asunto que interesa principalmente a los católicos, pero también a los no católicos por el importante papel que ha jugado la Iglesia como principal opositor a todo movimiento social y legal a favor de la eutanasia. Si bien en nuestro país no reconocemos todavía un movimiento de este tipo, sabemos que la influencia de la Iglesia se haría inmediatamente patente y de hecho está presente en la mentalidad colectiva que la identifica como un freno importante ante cualquier iniciativa en ese sentido.

En muchos casos la Iglesia ha representado un obstáculo al progreso que ofrecen los avances científicos para dar solución a problemas sociales. No es que todo desarrollo que provenga de la ciencia deba admitirse sin reparo. La tarea de la bioética (la bioética laica, no comprometida con una doctrina religiosa) consiste precisamente en hacer una valoración moral sobre las consecuencias que pueda tener la aplicación de los adelantos científicos y asegurar, en lo posible, que no se pongan en riesgo los derechos y la dignidad de los individuos.¹⁰⁴ En el caso de la eutanasia, no podemos decir que signifique necesariamente un progreso y menos en el sentido en que se piensa el progreso que resulta de un descubrimiento científico que abre nuevas posibilidades de curación o de acción. Pensar la eutanasia como progreso, sería, en todo caso, por considerarla una solución a un problema que en gran medida es consecuencia de avances científicos y tecnológicos que igual alargan vidas que prolongan agonías.

¹⁰⁴ Mayor, F. Bioética: una reflexión para el nuevo milenio. *Dialogo* 1998; 23 (1 de abril): 3.

En cierta forma, el debate sobre la eutanasia se puede resumir por una polaridad de opiniones en la que de un lado están quienes la consideran un progreso y del otro un retroceso. Al revisar las diversas posiciones de la moral católica vemos que tienen razón quienes defienden la opción de la eutanasia como un derecho que deben ganar todos los hombres en tanto seres esencialmente libres. Sin embargo, también tienen razón quienes afirman que sería un grave error, y en ese sentido un retroceso, pretender solucionar con ella todos las carencias que existen en la atención de los enfermos y ancianos al final de la vida. Pero en este punto, los grandes oponentes sin duda coinciden con defensores tan importantes como Hans Küng y Jacques Pohier.

Capítulo 5. La experiencia holandesa

Se puede decir que Holanda ha sido el gran laboratorio que ha permitido al resto del mundo analizar y valorar las ventajas y desventajas de autorizar legalmente la eutanasia. Ciertamente, la experiencia holandesa es una referencia ineludible en todos los países en que se aborda el tema de la muerte asistida, pero principalmente en aquellos lugares en que se ha dado una discusión abierta sobre la conveniencia de legalizarla. Cuando iniciamos nuestra investigación y señalamos la necesidad de tener una idea clara del concepto de eutanasia, nos remitimos a la definición utilizada en Holanda, por ser el país que ha llevado la discusión sobre el tema de manera más abierta y profunda. Dado el interés del gobierno neerlandés por establecer las condiciones óptimas para permitir la eutanasia de manera controlada y legal, su primera preocupación fue llegar a un acuerdo sobre la definición más satisfactoria que refleje los principios en los que se basa esta práctica: “la finalización intencional, por parte de un médico, de la vida de un paciente, a petición de éste”.¹ La especificidad de esta definición es importante para diferenciarla de otras decisiones médicas al final de la vida, también reguladas en Holanda.²

Desde luego, al calificar a Holanda como una referencia para otros países y para todas aquellas personas interesadas en el tema de la muerte asistida, de manera profesional o personal, aclaramos que lo es, tanto en sentido positivo como negativo. Para unos, la experiencia holandesa es un ejemplo de avance en materia de derechos humanos que debe lograrse en otras sociedades, mientras que para otros es un modelo de violación a principios fundamentales que debe evitarse a toda costa. Uno de los argumentos más utilizados para demostrar el peligro de respaldar legalmente la eutanasia es el conocido como “pendiente resbaladiza” (*slippery slope*) que asegura que la permisividad de la práctica ha llevado al abuso de su aplicación poniendo fin a la vida de personas vulnerables.³

Curiosamente, los datos que utilizan quienes hacen aseveraciones como ésta, los obtienen de investigaciones que el mismo gobierno de Holanda ha encargado con el

¹ El análisis sobre los elementos que conforman esta definición puede consultarse en el capítulo 1.

² Estas son: terminación de la vida sin solicitud expresa, muerte como consecuencia de la administración de medicamentos para el dolor, muerte como consecuencia de no administrar o interrumpir un tratamiento.

³ Nos referimos a este argumento en el capítulo anterior; es mencionado por Gafó y refutado por Vico. John Keown se ha ocupado extensamente del tema en Keown, J. “Euthanasia in the Netherlands: Sliding down the slippery slope?”, en Keown, J (ed) *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999, p. 261-296.

propósito de conocer, de la manera más aproximada posible, la frecuencia y las condiciones en que se llevan a cabo, en este país, las acciones médicas para terminar con la vida de un paciente. Estas investigaciones han sido la base para revisar y ajustar las leyes buscando que la muerte asistida y otras decisiones sobre el final de la vida se den de acuerdo a lo que se considera más adecuado desde el punto de vista ético y legal.

A pesar de que se mencione tan frecuentemente a Holanda al discutir sobre eutanasia, existe un gran desconocimiento sobre lo que realmente sucede en este país con relación a las decisiones médicas al final de la vida. Se puede tener la idea de que la eutanasia se aplica de manera muy extendida en Holanda o que se decide aplicarla con gran ligereza o que existe una gran familiaridad de la mayoría de la gente con la práctica. No es así. En realidad, son pocas las personas que están próximas a morir que piden que se les aplique la eutanasia; de un total de 135,000 muertes en 1995, un 2.4% murió por eutanasia y esto sucedió generalmente una o dos semanas antes del tiempo en que se esperaba su muerte.⁴

La aplicación de la eutanasia sigue siendo una acción muy especial que la mayor parte de los médicos viven con mucha tensión aun cuando sean mayoría los que están dispuestos a aplicarla si se presenta la ocasión. De hecho, se calcula que más de la mitad de los doctores holandeses la han realizado alguna vez. Cerca de un 4% de los médicos está completamente en contra de aplicarla y un 8% adicional, que también se opone, estaría dispuesto a referir a sus pacientes con otros médicos para que éstos la administren en caso de que la pidan. El promedio de solicitudes de eutanasia a los que responde un médico es uno cada dos o tres años.⁵ Es importante tener en cuenta la frecuencia de esta forma de muerte con relación a las otras decisiones médicas relacionadas con el final de la vida que se dan en Holanda. En 1995, según los resultados de la segunda investigación realizada por la Comisión Remmelink,⁶ del total de muertes que hubo en este país, el 42% estuvo precedida por alguna de estas decisiones: el 3.4%, muerte asistida (eutanasia, suicidio asistido y terminación de la vida sin

⁴ Dobson, R. Society should accept that euthanasia is a "personal decision", *BMJ* 2003;326:416.

⁵ Kimsma, G., Leeuwen E. "Euthanasia an Assisted Suicide in the Netherlands and the USA: Comparing Practices, Justifications and Key Concepts in Bioethics and Law", en Thomasma, D., Kimbrough-Kushner, T., Kimsma, G., Ciesielski-Carlucci, C. (Eds). *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998, p.49.

⁶ Es el nombre de la comisión a quien el gobierno ha encargado las investigaciones para conocer la incidencia de la eutanasia y otras decisiones médicas al final de la vida en todo el país.

solicitud expresa); el 18.5%, muerte como resultado indirecto del alivio al dolor u a otros síntomas; el 20%, decisión de suspender o no dar un tratamiento para prolongar la vida.⁷

Los mismos médicos holandeses piensan que en el extranjero no se ha comprendido bien la práctica de la eutanasia en su país y son los primeros en señalar que no la consideran exportable, pues cada nación debe encontrar su propia fórmula para regular las decisiones médicas al final de la vida, de acuerdo a las particularidades de su cultura y a su sistema de atención médica.⁸ La forma en que se ha establecido la práctica de la eutanasia en Holanda tiene mucho que ver con el hecho de que en el país todos los miembros de la sociedad tienen asegurada la atención médica, por lo que no hay motivos económicos que consideren al tomar decisiones médicas sobre el final de la vida. A esto se une el hecho de que el sistema de salud da especial importancia a la modalidad del médico familiar, lo que significa que predomina la atención de un médico general que conoce al paciente y a la familia a lo largo de su vida. Esto permite que el médico que recibe un pedido de eutanasia tenga bastante conocimiento de la situación que vive su paciente y de sus valores. Finalmente, en Holanda existe un extenso sistema de hogares y clínicas para la población de edad avanzada financiadas a través de los impuestos; en ellas puede descartarse el temor de que la escasez de fondos impulse la aplicación de la eutanasia y así lo demuestra el bajo número de casos reportados en estos lugares.⁹

Ahora bien, que en Holanda se haya dado un proceso que ha permitido practicar legalmente la eutanasia tiene que ver también con el hecho de que las leyes reflejan las normas morales y los valores de su sociedad. Según un estudio realizado en 1991, el 79% de la población piensa que el significado de la vida se consigue de manera individual, mientras que el 19% piensa que lo determina Dios; el 66% piensa que lo bueno y lo malo es un asunto de convicción personal, mientras que el 50% piensa que lo determina la sociedad y el 26%

⁷ Wal, G. van der., Maas, P.J. van der. "Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure", en Thomasma, D., *et al. Op Cit.* p.171.

⁸ Kimsma, G., Duin, B.J. van. "Teaching Euthanasia: The Integration of the Practice of Euthanasia into Grief, Death and Dying Curricula of post-Graduate Family Medicine Training", en Thomasma, D., *et al. Op Cit.*, p.105.

⁹ "The Hard Unanswered Questions: Issues That Continue to Divide the Dutch and Fuel Debate", en Thomasma, D., *et al. Op Cit.*, p.501-502.

que se basa en la ley de Dios. La aceptación del derecho para morir tiene que ver con el proceso de secularización que se ha dado en Holanda.¹⁰

Con todas las particularidades que tiene la experiencia holandesa, posiblemente un modelo inaplicable, tal cual, en otros países, no puede negarse que es una contribución muy valiosa para ahondar en el tema de la eutanasia por la riqueza de elementos teóricos y prácticos que ofrece. Hay mucho que aprender de una sociedad que lleva treinta años reflexionando y discutiendo sobre la mejor manera de regular las decisiones médicas al final de la vida. En lugar de limitarse a prohibir una práctica que se seguiría realizando de manera clandestina y sin posibilidad de conocerla, el país puso las condiciones para permitir el debate abierto sobre ella. Las investigaciones encargadas por el gobierno, así como los casos llevados a juicio, han constituido un material invaluable para seguir revisando y discutiendo los alcances y límites de la muerte asistida y definir lo que debe permitirse y lo que debe prohibirse; no según la teoría, sino con base en las situaciones concretas que enfrentan los médicos. Ese material incluye la reflexión sobre preguntas relacionadas con el sentido de la vida, el sufrimiento humano, los límites de la atención médica y el poder del médico, por citar algunos temas. De esta forma, Holanda ha integrado el debate más documentado sobre la muerte asistida.

5.1. Los pasos hacia la legalización

5.1.1. 1973-1983

En 1973 la doctora Geertrudía Postma fue acusada de haber inyectado una dosis letal de morfina a su madre, una mujer gravemente enferma que había sufrido hemorragia cerebral, a causa de la cual se encontraba paralizada, sorda y casi muda. La señora vivía en un hogar para ancianos, totalmente dependiente de otros y estaba convencida de que no tenía sentido esa vida, por lo que había pedido de manera repetida a su hija que le ayudara a acelerar su muerte.¹¹ La Corte Regional de Leeuwarden que juzgó a la Dra. Postma la declaró culpable, pero le impuso sólo una semana condicional de cárcel dando a entender con este

¹⁰ Kimsma, G., Leeuwen, E. "Euthanasia an Assisted Suicide in the Netherlands and the USA: Comparing Practices, Justifications and Key Concepts in Bioethics and Law", en Thomasma, D., *et al. Op. Cit.* p.62-63.

¹¹ Kraus, A., Álvarez, A. *La eutanasia*. México D.F., CONACULTA, 1998, p. 40-41.

castigo, más bien simbólico, que justificaba la acción de la doctora en tanto había respondido a la solicitud de una enferma para quien la muerte era la única alternativa de alivio.^{12 13}

Este caso representó el principio de un intenso debate a lo largo del país sobre la eutanasia y del cambio legal para juzgar esta acción, la cual, desde la promulgación del Código Penal de 1881, era considerada una ofensa criminal. A partir de 1973 quedó establecido por una corte regional el antecedente de que un médico puede prevenir un sufrimiento grave e intolerable, aun cuando esto implique acortar la vida del paciente.¹⁴ Otros casos siguieron al de Postma, juzgados por distintas cortes en las que se utilizaron diversos argumentos para absolver a médicos acusados por aplicar eutanasia o por participar en un suicidio asistido.¹⁵

Por otra parte, en 1973 se fundó la Asociación Holandesa de Eutanasia Voluntaria que, sin distribuir drogas letales, se encarga de dar información a sus miembros sobre las dos modalidades de muerte médicamente asistida y sirve como mediadora entre pacientes y médicos. En 1980 la asociación publicó el libro *Eutanasia Justificada*, escrito por el doctor Pieter Admiraal, el cual incluye consejos sobre los fármacos más adecuados para practicar la eutanasia y su correcta administración y fue enviado a 19,000 médicos y a 2,100 farmacéuticos.¹⁶

Quienes se oponían a la eutanasia también se organizaron y las iglesias Católica y Protestante hicieron un llamado para defender la santidad de la vida ante lo que consideraban la amenaza de una visión utilitarista cada vez más dominante.

¹² "Introduction: reexamining 'thou shalt not kill' ", en Thomasma, D., *et al Op. Cit.*, p.7.

¹³ La Dra. Postma recibió un castigo simbólico porque no se cumplían los fines que justifican la pena: prevenir a la sociedad de que vuelva a darse el mismo delito o que el Estado considere necesario resocializar al individuo responsable. Era evidente que la sociedad no quería evitar que se volviera a dar la misma acción: llegaron a la corte grandes cantidades de tulipanes como muestra del apoyo de la sociedad hacia la doctora y numerosos médicos reconocieron de manera anónima haber -ellos mismos- ayudado a morir a pacientes suyos. Entrevista con Enrique Díaz Aranda, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 16 de mayo de 2003.

¹⁴ Leegemate, J. " Twenty-Five Years of Dutch Experience and Policy on Euthanasia and Assisted Suicide: An Overview", en Thomasma, D., *et al. Op. Cit.*, p.20.

¹⁵ En Holanda no hay una diferencia entre eutanasia y suicidio médicamente asistido en términos morales; que se decida una u otra opción depende de la preferencia del paciente y de sus posibilidades. En ambos casos se deben cumplir los mismos requisitos para que sea legalmente aceptada. Se da una diferencia en caso de que la acción sea penalizada por no cubrir los requisitos: el máximo castigo para la eutanasia es de 12 años de prisión y para el suicidio asistido es de 3. Véase Leegemate, J. *Op. Cit.* p. 20.

¹⁶ Admiraal, P. "La eutanasia y el suicidio asistido". En Thomasma, D., Kushner, T., *De la Vida a la Muerte. Ciencia y Bioética*. Madrid, Cambridge University Press, 1999, p. 233-234.

5.1.2. 1984-1993

De todos los casos que siguieron al caso de la doctora Postma, fue especialmente notable el caso Alkmaar, llamado así por el distrito en que se llevó a cabo el primer juicio. En este caso se juzgó al doctor Schoonheim por haber practicado la eutanasia a una paciente de 85 años gravemente enferma. Caroline B quería morir antes de perder la capacidad para tomar decisiones por sí misma y desde 1980 había firmado un testamento de vida en el que pedía la eutanasia en caso de encontrarse en una situación sin posibilidad de recuperar un estado razonablemente digno. Un año antes de su muerte se fracturó la cadera y quedó obligada a permanecer en cama; más tarde sufrió un accidente neurológico con el cual perdió oído, visión y cierta capacidad para hablar y comunicarse, hasta caer finalmente en un estado de inconsciencia. Al recuperar la conciencia, se horrorizó del futuro que le esperaba y pidió a su doctor la eutanasia, quien discutió el asunto con un colega y el hijo de la paciente. El médico decidió apoyar la solicitud y aplicó una inyección letal a Carolina, en su casa el día que ella escogió, después de lo cual notificó a las autoridades.¹⁷

Este caso marcó un precedente importante porque se propuso un recurso legal para el médico diferente al de la doctora Postma. Se alegó un conflicto de deberes: entre el deber legal de no matar y el deber del médico de aliviar el sufrimiento intolerable de su paciente. Esta justificación se basa en un concepto de la ley holandesa llamado *force majeure* que reconoce circunstancias atenuantes que permiten eliminar de una acción la categoría de crimen que le correspondería, de acuerdo a lo establecido en el marco legal. El caso llegó en 1984 a la Suprema Corte Holandesa porque la absolución que otorgó la Corte de Alkmaar fue revocada por una corte de apelación de Ámsterdam. Para entonces, la Real Asociación Médica Holandesa¹⁸ reconocía que en la práctica los médicos enfrentan ocasionalmente situaciones en las que se ven moralmente obligados a acelerar la muerte de una persona y establecía que no debía juzgarse dicha acción como crimen cuando se reunían ciertas condiciones. La misma asociación se encargó de proponer los criterios bajo los cuales se podría permitir a los médicos aplicar la eutanasia, mismos que se han mantenido en lo esencial hasta la época actual:

¹⁷ "Introduction: reexamining 'thou shalt not kill' ", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.8.

¹⁸ KNMG por sus siglas en holandés.

- 1) Una solicitud voluntaria, explícita, competente y persistente del paciente.
- 2) Una solicitud basado en la información completa del paciente sobre su situación.
- 3) Una situación de sufrimiento físico o mental intolerable y sin esperanza.
- 4) Que se hayan agotado todas las alternativas posibles de alivio al sufrimiento.
- 5) Que el médico haya consultado al menos a otro médico.

Tomando en cuenta la publicación de estas directrices, la Suprema Corte Holandesa declaró sobre el caso Alkmaar que la eutanasia era un delito, pero podía justificarse ante ciertas condiciones que confrontaran al médico con un conflicto de deberes.¹⁹ En esta situación el médico podría alegar como defensa el estado de necesidad, el cual debería ser confirmado mediante una investigación que indicara que había realizado una valoración médica responsable.²⁰ De esta manera, la representación judicial más alta del país estableció una base legal para la eutanasia y, junto con ella, el principio de un sistema de control y de investigación sobre la práctica.

5.1.3. 1994-2002

El 1º de junio de 1994 entró en vigor una ley para especificar las condiciones en que se despenalizaba la eutanasia y otras formas de terminación de la vida, así como los procedimientos legales que debían seguir los médicos en tales casos de muerte. De esta forma se resolvió el debate que en los años anteriores había ocupado a los diferentes partidos políticos para decidir cómo debía legislarse al respecto. Cuando en 1989 asumió el poder un gobierno formado por socialdemócratas y demócrata cristianos, se encontró con dos anteproyectos de ley contrapuestos y resolvió que la decisión sobre la legislación dependería de los resultados de una investigación nacional que encomendó a la Comisión Rummelink en 1990.

¹⁹ Es de interés señalar la importancia que tiene el conflicto de deberes en Holanda por el hecho de que en este país tradicionalmente la toma de decisiones médicas se reconoce básicamente en manos de los médicos. Es una posición diferente a la que se da en otros países como Estados Unidos en que el debate sobre la eutanasia se enfoca en el derecho constitucional que tiene el paciente a la privacidad y a la igualdad de tratamiento. Véase "Introduction: reexamining 'thou shalt not kill'", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.10.

²⁰ Leegemate, J. "Twenty-Five Years of Dutch Experience and Policy on Euthanasia and Assisted Suicide: An Overview", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.20-21.

La investigación buscaba estudiar el alcance y la naturaleza de la práctica de la eutanasia en todo el país, para lo cual requería la cooperación de los médicos, misma que consiguieron gracias a una serie de acuerdos entre la Real Asociación Médica Holandesa y el Ministerio de Justicia, con los cuales se aseguraba a los participantes que no habría acciones judiciales en su contra por la información que aportaran. Terminada la investigación, el gobierno holandés consideró oportuno dar un estatus legal al procedimiento de notificación utilizado en la investigación con el fin de tener un mecanismo de control público sobre las acciones médicas relacionadas con el final de la vida. Este procedimiento constituyó la base de esta nueva ley.²¹

En 1994 la eutanasia y el suicidio asistido seguían siendo acciones consideradas delitos en la nueva ley; simplemente se formalizó el procedimiento que debían seguir los médicos que realizaran alguna acción que pusiera fin a la vida de un paciente. De esta forma, se podía contar con un informe por escrito con todos los datos necesarios para valorar cada decisión. Los criterios que debían cumplir los médicos para no ser procesados eran los mismos establecidos por la Suprema Corte en 1984. El cambio que se introdujo fue que el procedimiento de notificación contemplaba casos de terminación de la vida sin la solicitud expresa del paciente. Esta inclusión se debió a uno de los hallazgos de la Comisión Rummelink que más controversia han suscitado: un 0.8% de muertes en que se administraron drogas letales sin la solicitud expresa del paciente (casos de pacientes incapacitados entre los que se incluyen neonatos).²² Con la extensión de la notificación se reconocía que podía haber casos en que la terminación de la vida estaba justificada, aun cuando la decisión del médico no se fundamentara en la solicitud autónoma del paciente, una condición crucial para defender la moralidad de la eutanasia. Para esos casos excepcionales se consideraba que no podía dejar de darse la atención requerida por el hecho de que el paciente estuviera incapacitado para solicitarla.²³

En 1995 la Comisión Rummelink realizó una nueva investigación para evaluar el procedimiento de notificación por encargo de un nuevo gobierno en el que por primera vez

²¹ Leegemate, J. "Twenty-Five Years of Dutch Experience and Policy on Euthanasia and Assisted Suicide: An Overview", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 23-26.

²² *Ibid.* p.27.

²³ Leegemate, J. "Twenty-Five Years of Dutch Experience and Policy on Euthanasia and Assisted Suicide: An Overview", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.28.

en 75 años no estaba presente el partido demócrata cristiano, principal oponente a la legalización de la eutanasia. En general, los resultados encontrados se vieron con optimismo, en tanto demostraron que se iba logrando un conocimiento aproximado de cómo se daban en la práctica las decisiones médicas al final de la vida y existía una mayor adherencia entre los médicos al procedimiento de notificación (del 18% en 1990 al 41% en 1995).²⁴ Sin embargo, todavía existía resistencia por parte de muchos médicos para reportar, por el hecho de que, en principio, la eutanasia seguía catalogada como crimen y notificarla podía implicar el inicio de una serie de investigaciones legales a las que debían enfrentarse tanto los médicos como los familiares del enfermo fallecido. Era necesario eliminar la categoría de delito a una acción que los médicos realizaban obedeciendo a su deber profesional.²⁵

En 1997 se aprobó una enmienda a la ley de 1994 para reducir el contexto criminal en el procedimiento de control y para ello se estableció que fuera un comité multidisciplinario quien se encargara de revisar cada caso reportado de eutanasia.²⁶ El siguiente paso se dio en 2001 cuando se aprobó una nueva ley que despenalizó la eutanasia y estableció su regulación para permitir su práctica. A partir del 1 de abril de 2002 se hizo efectiva la *Ley sobre la comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio*,²⁷ la cual establece que “en el Código Penal se incluya una eximente aplicable al médico que, cumpliendo los criterios de cuidado y esmero profesional establecidos legalmente, haga que termine la vida de un paciente a petición del mismo o preste auxilio al suicidio y que, a tal fin, se establezca por ley un procedimiento de notificación y comprobación”.²⁸

De acuerdo a esta ley, los criterios que debe seguir el médico son básicamente los mismos establecidos desde 1984 que se refieren a la ayuda de pacientes que expresan una solicitud voluntaria y bien reflexionada. Se incluye además el caso de los pacientes que ya no están en condiciones de expresar su voluntad, pero la expresaron previamente por escrito. Se considera también válida la solicitud de menores de edad, entre 16 y 18 años, cuando los

²⁴ Wal, G. Van der., Maas, P.J. van der. “Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.160.

²⁵ La conducta del médico era ilícita, pero se justificaba por el deber profesional y, por tanto, no era constitutiva de delito.

²⁶ Leegemate, J. “ Twenty-Five Years of Dutch Experience and Policy on Euthanasia and Assisted Suicide: An Overview”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.30-31.

²⁷ *Milenio diario*, 2 de abril de 2002.

²⁸ Senado, año 2000-2001, 26691 n° 137. Véase Dornewaard J. “La política de eutanasia en los países bajos”, en Cano-Valle, F., Díaz Aranda, E., Maldonado, E. *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. México D.F. UNAM, 2001, p. 57-69.

padres o tutores hayan participado en la toma de decisión, así como la solicitud de menores entre 12 y 16 años cuando los padres o tutores estén de acuerdo con la terminación de la vida. Los comités multidisciplinarios son quienes se encargan de juzgar si el médico ha actuado conforme a los requisitos de cuidado establecidos y están compuestos por un jurista (que funciona como presidente del comité), un médico y un experto en cuestiones éticas.²⁹

5.2. Los temas del debate actual

Como cabe suponer, el hecho de que Holanda haya adoptado una ley que permite la muerte médicamente asistida bajo ciertas condiciones, no significa que el total de la población esté de acuerdo con ella. El debate sobre el tema continúa en este país y con él la preocupación del gobierno por conocer cómo se desarrollan en la práctica los cambios legales que se han introducido a través de los años. Durante 2000 y 2001 disminuyeron los reportes de los médicos para notificar la aplicación de una eutanasia (2,054 en 2001 comparados con 2,216 en 1999). Las explicaciones se contraponen: quienes apoyan esta práctica piensan que este cambio puede deberse a una menor aplicación de eutanasias que responde a un mejor conocimiento de los cuidados paliativos por parte de los médicos. Los opositores piensan que no todos los médicos reportan las eutanasias que aplican por temor a verse seriamente cuestionados por los expertos de los comités.³⁰ Se espera que los resultados de una nueva investigación a gran escala, que debían publicarse en 2003, ayuden a tener una explicación más fundamentada.^{31 32}

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Sheldon, T. Reported euthanasia cases in Holland fall for second year. *BMJ* 2002; 324:1354.

³¹ En cuanto a la frecuencia de casos de eutanasia, desconocemos los resultados definitivos que aportará esta investigación a gran escala, pero la extrapolación de los datos de otras investigaciones indica que los casos de eutanasia se han estabilizado: 2.5% del total de muertes en 2001, comparado con un 2.4% en 1995. Véase Sheldon, T. Only half of Dutch doctors report euthanasia, report says. *BMJ* 2003; 326:1164.

³² Al cierre de la elaboración de este documento (diciembre de 2003), no pudimos consultar los resultados de la evaluación anunciada por el gobierno holandés para 2003. Agradecemos a la Embajada del Reino de los Países Bajos la proporción de otros documentos actuales relacionados con la práctica de la eutanasia en su país. De especial interés es el reporte anual correspondiente a 2002 de los Comités regionales encargados de juzgar si los médicos han actuado conforme a los requisitos establecidos. Una parte del documento describe cómo proceden los comités para revisar las notificaciones. Del total de 1,882 notificaciones de eutanasia (nuevamente bajaron con respecto a 2001 en que fueron 2,054), la mayoría tuvo un reporte satisfactorio que no requería mayor investigación; del resto, en que se pidió a los médicos ampliar la información, quedaron cinco casos sobre los cuales los comités determinaron que el médico no había actuado con el debido criterio, por lo que los refirieron al Ministerio Fiscal y al de Inspección de Sanidad para que continuaran su investigación y determinaran si debía perseguirse a los médicos judicialmente. En otra parte del documento se incluyen casos específicos valorados por los comités para ilustrar qué tipo de situaciones revisan y los aspectos que deben tomar en cuenta. La

Los principales temas del debate actual se basan en los problemas que enfrentan los médicos en la práctica y que resultan muy complejos porque no se ajustan a la definición estricta de eutanasia al no haber una solicitud clara y voluntaria del paciente. Estas situaciones se refieren a los neonatos gravemente enfermos y a los pacientes que están incapacitados para pedir la terminación de su vida porque están inconscientes o no pueden comunicarse. También incluyen personas con sufrimiento mental en las que no necesariamente existe una enfermedad física y de las cuales se cuestiona su capacidad racional para hacer un pedido voluntario. Es importante revisar estos casos por dos razones: porque ilustran los problemas sobre los que se sigue reflexionando en Holanda y porque son utilizados por los opositores que, dentro y fuera del país, quieren demostrar el peligro de legalizar la eutanasia argumentando que irremediablemente lleva a aplicarla de manera abusiva e indiscriminada.

5.2.1. Pacientes con sufrimiento mental sin enfermedad física

Desde 1994 ha ganado atención el tema de la muerte asistida en la práctica psiquiátrica, especialmente cuando se trata de pacientes cuyo sufrimiento no está causado por una enfermedad física. La discusión al respecto es crucial porque toca dos cuestiones centrales, relacionadas entre sí: 1) si el sufrimiento mental intolerable, sin enfermedad física, justifica que un médico responda al pedido de un paciente para terminar con su vida; 2) si un paciente con trastorno psiquiátrico puede tener juicio autónomo.³³

Si bien los psiquiatras holandeses presentan una actitud más bien liberal hacia el suicidio médicamente asistido en pacientes psiquiátricos, en la práctica son muy renuentes a aplicarlo. Las solicitudes por parte de los pacientes no son excepcionales, pues se calculan 320 por año en una población de cerca de 15 millones, pero sí significativamente inferiores a las que se dan en la práctica no psiquiátrica en que llegan a 9,700 (cifras correspondientes a 1995). En la práctica psiquiátrica se estima que se responde a esta ayuda con una frecuencia de 2 a 5 casos por año (cerca del 2% comparado con el 37% que se da en la práctica no

información es muy valiosa desde el punto de vista cualitativo. Véase *Regional euthanasia review committees, 2002 annual report*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

³³ Gevers, S., Legemaate, J. "Physician Assisted Suicide in Psychiatry: An Analysis of Case Law and Professional Opinions", en Thomasma, D., *et al* 1998, *Op. Cit.*, p. 71-91.

psiquiátrica) y al menos la mitad de ellos involucra a un paciente que, además de la enfermedad psiquiátrica, tiene un padecimiento físico, con frecuencia en fase terminal.³⁴

5.2.1.1 Los casos llevados a juicio

Como ya mencionamos, desde 1984 la ley en Holanda exime al médico que termina con la vida de un paciente (o lo ayuda para que éste lo haga) cuando se cumplen una serie de requisitos que le permiten invocar el conflicto de deberes. Con base en los casos de muerte asistida a pacientes psiquiátricos que han sido llevados a juicio, se han revisado las condiciones bajo las cuales puede permitirse esta práctica para este tipo de pacientes desde el punto de vista ético y legal. Sjeg Gevers y Johan Legemaate presentan los casos comprendidos entre 1991 y 1997, los cuales incluyeron mujeres con anorexia nerviosa, hombres y mujeres con depresión, y un caso de un hombre que había sido condenado a la cárcel por asesinato, desde donde reclamaba el derecho a recibir ayuda para terminar con su vida y poner fin al sufrimiento mental causado por lo que consideró una sentencia injusta. Este último caso fue el único en que no se dio la ayuda médica al suicidio. En los otros seis sí se dio y en cinco de ellos se determinó judicialmente que se habían cumplido las condiciones para justificar que el médico ayudara a las personas a terminar con su vida. En uno de los casos se consideró culpable al médico por no haber explorado suficientemente los tratamientos alternativos disponibles para aliviar el sufrimiento que causaba la depresión de su paciente.³⁵

De todos estos casos, el que más discusión suscitó fue el llamado caso Chabot, nombre tomado del psiquiatra que en 1991 asistió en el suicidio de una mujer de 50 años que quería terminar con su vida porque le resultaba intolerable su sufrimiento mental, pero no tenía una enfermedad física. La situación de esta mujer (a quien llamaremos simplemente Sra. B) no puede considerarse un caso psiquiátrico en sentido estricto porque su sufrimiento no provenía de una enfermedad mental. Lo que se interpretó así provenía del sufrimiento emocional que se acumuló con los acontecimientos trágicos de su vida.

³⁴ Groenwoud, J.H., Maas, P.J. van der, Wal, G. van der, Hengeveld, M.W., Tholen, A.J., Schudel, W., Heide, A. van der. Physician-Assisted Death in Psychiatric Practice in the Netherlands. *N Engl J Med* 1997; 336:1795-1801.

³⁵ Gevers, S., Legemaate, J. "Physician Assisted Suicide in Psychiatry: An Analysis of Case Law and Professional Opinions", en Thomasma, D., *et al Op. Cit.*, 1998, p. 73-83.

La Sra. B fue infeliz en su matrimonio desde el principio, pero su situación empeoró cuando en 1986 se suicidó su hijo mayor mientras hacía el servicio militar en Alemania. Los problemas conyugales empeoraron y ella empezó a manifestar el deseo de terminar con su vida, razón por la cual fue internada durante una breve temporada en la sala psiquiátrica de un hospital local. En 1988 abandonó a su esposo, llevándose con ella a su segundo hijo, quien dos años más tarde fue diagnosticado con cáncer y murió al año siguiente. La misma noche de su muerte ella intentó suicidarse con los medicamentos que había recibido de su psiquiatra. A partir del fracaso de este intento, se volvió dominante en ella la idea de terminar con su vida y comunicó a las personas más cercanas que deseaba morir de una forma humana sin afectar a otros. Poco más tarde, entró en contacto con el doctor Chabot a través de la Asociación Holandesa de Eutanasia Voluntaria.³⁶ El médico tuvo largas sesiones en las que discutió con la Sra. B su situación, además de que habló con la hermana y el cuñado de ella y consultó a siete médicos para discutir el caso. Éstos estuvieron de acuerdo con la conclusión de Chabot de que la paciente presentaba un sufrimiento intolerable sin ninguna perspectiva de mejoría y que la condición psiquiátrica (trastorno de adaptación con depresión en un contexto de proceso de duelo) no le impedía formular un pedido competente y bien considerado, puesto que entendía bien su situación y las consecuencias de su decisión. Casi un mes después de su primer encuentro con Chabot, la Sra. B recibió de él los medicamentos letales que tomó acompañada por su mejor amiga, el médico y otro médico general amigo de Chabot.^{37 38}

Tanto la Corte Regional de Assen como la Corte de Apelación de Leeuwarden determinaron en 1993 que Chabot había actuado con el cuidado requerido y su decisión había sido adecuada porque no había un tratamiento para la Sra. B que tuviera una oportunidad realista de éxito. En 1994 la Suprema Corte utilizó este caso para establecer que el sufrimiento mental intolerable puede justificar el suicidio asistido por el médico en casos

³⁶ Chabot aclara en una entrevista que estaba en esta Asociación por su interés de ayudar como psiquiatra y psicoterapeuta a personas desesperadas que buscan apoyo para morir para que reconsideraran su decisión una vez superado su sufrimiento moral. Véase "Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot Discuss Assisted Suicide in the Absence of Somatic Illness", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 375.

³⁷ Gevers, S., Legemaate, J. "Physician Assisted Suicide in Psychiatry: An Analysis of Case Law and Professional Opinions", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 75-77.

³⁸ Precisa Chabot que su primera sesión con la Sra. B fue el 2 de agosto de 1991 y le dio las pastillas el 18 de septiembre de 1991. En total tuvieron 30 sesiones de 55 minutos. Véase "Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot Discuss Assisted Suicide in the Absence of Somatic Illness", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 379.

excepcionales, aun cuando no haya una enfermedad médica concurrente y definió una serie de aspectos decisivos:

- 1) Que el psiquiatra actúe con el más extremo cuidado.
- 2) Que un experto independiente sea consultado sobre todo lo relevante del caso y examine al paciente antes de dar su opinión.
- 3) Que no puede justificarse la ayuda al suicidio si el paciente rechaza una alternativa realista de tratamiento.
- 4) Que debe revisarse la aseveración generalizada e incorrecta de que la solicitud de un paciente psiquiátrico para suicidarse no puede ser voluntaria y competente.³⁹

Sin embargo, en este mismo caso, la Suprema Corte consideró una deficiencia el hecho de que ninguno de los expertos consultados por Chabot hubiera examinado a la paciente antes de dar su opinión y por esa razón lo declaró culpable, aun cuando no le impuso ningún castigo.^{40 41}

5.2.1.2. *La autonomía en el paciente psiquiátrico*

El debate en torno a la aceptación de la muerte asistida en la práctica psiquiátrica se mantiene abierto. Para algunos sigue siendo cuestionable la premisa de que haya pacientes psiquiátricos que puedan hacer un pedido libre y razonable para que se les ayude a morir. Aun si teóricamente admiten esta posibilidad, muchos piensan que en la práctica es casi imposible distinguir si un deseo de muerte es expresión de la voluntad o de la enfermedad mental.⁴² Se entiende la preocupación de muchos médicos de que el deseo de muerte de una persona forme parte de una condición depresiva que podría desaparecer con un tratamiento,

³⁹ Estos puntos concuerdan con los de la Asociación Médica Holandesa y con la opinión expresada por un amplio porcentaje de psiquiatras según los resultados de un estudio llevado a cabo con la mitad del total de estos especialistas en Holanda. Véase Groenwoud, J.H., *et al*, *Op. Cit.*

⁴⁰ Gevers, S., Legemaate, J. "Physician Assisted Suicide in Psychiatry: An Analysis of Case Law and Professional Opinions", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 75-79.

⁴¹ Suponemos que la razón por la cual la Corte no impuso castigo a pesar de que determinó que existía un delito (puesto que Chabot no cumplió adecuadamente la ley que establecía que al menos uno de los médicos consultados por él debería haber examinado por sí mismo a la paciente), fue que no se cumplían los fines que justifican la pena: prevenir a la sociedad de que vuelva a darse el mismo delito o resocializar al individuo responsable.

⁴² Gevers, S., Legemaate, J. "Physician Assisted Suicide in Psychiatry: An Analysis of Case Law and Professional Opinions", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.83

con el tiempo o con algún acontecimiento inesperado. Los psiquiatras que participaron en el estudio antes mencionado, al hablar de las solicitudes más recientes de pacientes que buscaban ayuda para suicidarse, señalaron que del 63% que no recibieron ayuda y que todavía vivía, el 35% de ellos ya no quería morir (aunque igualmente mencionaron que el 16% de los que ya no vivían y que tampoco recibieron ayuda, persistieron en su idea y se habían suicidado solos).⁴³

Es necesario reconocer que puede tener un peso mayor de lo advertido el prejuicio ampliamente compartido, tanto por médicos como por no médicos, de que la idea y la intención de suicidarse es siempre expresión de enfermedad mental y que el psiquiatra siempre debe tratar de evitar el suicidio. Thomas Szasz,⁴⁴ quien defiende la muerte voluntaria como una libertad fundamental que debe ser garantizada legalmente para cualquier persona, sin necesidad de interferencia médica, ha criticado muy duramente que se pretenda “medicalizar” este derecho y que sean los médicos quienes tengan el poder para apoyar o impedir la decisión de una persona de terminar con su vida.⁴⁵ Con todo lo cuestionable de algunos de sus argumentos, Szasz tiene razón al señalar el uso peyorativo del término “suicidio”, cargado de valoración moral, y al mostrar como este acto ha sido condenado primero como pecado por la religión, después como delito por la ley y finalmente como enfermedad por la medicina. En realidad, como sostiene este autor, matarse uno mismo o matar a otra persona puede ser moralmente correcto o incorrecto en función de las circunstancias y los valores de la persona que juzgue el hecho.⁴⁶

Si bien reconocemos la aportación de Szasz, creemos que el pedido de suicidio asistido por parte de un paciente psiquiátrico es un asunto enormemente delicado. En contra de la idea que defiende este autor, el gobierno de Holanda está convencido de que la muerte asistida tiene que ser una práctica controlada y parte de este control consiste en que sólo pueda ser otorgada por los médicos. Quizás uno de los aspectos más inquietantes, al considerar la aceptabilidad del suicidio asistido en psiquiatría, se relaciona con el hecho de que el paciente psiquiátrico y el paciente que padece una enfermedad terminal viven

⁴³ Groenwoud, J.H., *et al Op. Cit.*

⁴⁴ Szasz, T. *Libertad Fatal*. Barcelona, Piados, 2002.

⁴⁵ Szasz señala que así como el control de la natalidad está en manos de la gente, también puede estarlo el control sobre la propia muerte; en ambos casos se requiere el uso de conocimientos médicos, pero no por ello tienen que ser cuestiones médicas. Véase Szasz, T. *Op. Cit.* p. 246-247.

⁴⁶ Szasz, T. *Op. Cit.* p. 21.

situaciones muy diferentes. En el caso del enfermo que tiene la certeza de que su muerte está muy cerca, ayudarlo a morir sólo significa adelantar el momento final.⁴⁷ En cambio, en el caso del paciente psiquiátrico que no padece simultáneamente una enfermedad terminal y que podría vivir muchos años más, la decisión del médico adquiere un peso mayor, pues un error en su valoración sería irremediable e implicaría terminar con una vida que debería haber continuado.

Al respecto, uno de los casos presentados por Gevers y Legemaate aporta una reflexión que permite analizar este conflicto desde otra perspectiva. Se trata de una mujer con anorexia nerviosa y depresión que recibió diferentes tratamientos psiquiátricos por más de 13 años y que solicitó ayuda para morir meses después de que murieran tanto su esposo como su madre. Escribió a su psiquiatra que había llegado al límite físico y mental y ya no tenía la voluntad para seguir viviendo, por lo que pensaba que ya no servía continuar el tratamiento. El psiquiatra que la ayudó a morir declaró que en la situación en que se encontraba la paciente, la continuación de la vida simplemente hubiera significado la prolongación de un enorme sufrimiento. La corte regional que juzgó este suicidio asistido determinó que el médico había actuado con el cuidado requerido.⁴⁸ Si el psiquiatra solamente se hubiera preocupado por asegurarse de no cometer el error de terminar prematuramente una vida, hubiera contribuido a garantizar que continuara la vida que su paciente llevaba con un inmenso dolor, lo cual, en ese caso, hubiera sido un error.

Es muy significativo que la Suprema Corte de Holanda justificara, en casos excepcionales, la ayuda a morir a pacientes con sufrimiento mental, sin enfermedad física concomitante. Quiere decir que el punto decisivo a tomar en cuenta, al acceder a un pedido de muerte médicamente asistida, es el grado de sufrimiento del paciente, independientemente de su causa. La Suprema Corte coincide con la Real Asociación Holandesa de Medicina, según la cual, lo que cuenta al valorar un pedido de muerte asistida, es la experiencia de sufrimiento del enfermo, más que su naturaleza (física o psicológica) o su causa (enfermedad somática o mental). El aspecto determinante a considerar es la gravedad del sufrimiento, el

⁴⁷ Aunque no es así en todas las situaciones; los tetrapléjicos pueden vivir en esa condición mucho tiempo y algunos de ellos también consideran legítimo que se les ayude a adelantar su muerte.

⁴⁸ Gevers, S., Legemaate, J. "Physician Assisted Suicide in Psychiatry: An Analysis of Case Law and Professional Opinions", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.81.

hecho de que domine por completo la existencia de la persona, sin dejar lugar a otros sentimientos o experiencias.⁴⁹

Desde luego, esto implica la dificultad de objetivar el sufrimiento de manera que no haya duda que éste es intolerable para el paciente y justifique responder a un pedido de muerte asistida. Es cierto que lo que cuenta es la experiencia subjetiva del paciente, pero es necesario que el médico juzgue cierta esa percepción para asegurarse que actúa de manera ética, profesional y con apego a la legalidad. Es así porque el médico siempre actúa buscando el beneficio del paciente; cuando éste considera que lo mejor es morir para terminar con el sufrimiento, el médico tiene que estar convencido que el paciente está haciendo un pedido bien razonado. Esto se relaciona con otro señalamiento decisivo de la Suprema Corte al juzgar el caso Chabot: aceptar que puede haber pacientes psiquiátricos con la capacidad para solicitar voluntariamente la muerte asistida. El psiquiatra que recibe una petición de muerte asistida de un paciente tiene que ver si éste conserva la capacidad para razonar y decidir, a pesar de la condición de sufrimiento mental en que se encuentra.

Es importante tener presente que dentro de la misma categoría de paciente psiquiátrico pueden agruparse muy diferentes tipos de trastornos, algunos de los cuales implican una seria alteración del funcionamiento y la capacidad mental del enfermo, como sucede en las psicosis o depresiones graves. Pero también se clasifica como paciente psiquiátrico a personas que tienen lo que sería más correcto llamar sufrimiento moral o emocional, en lugar de mental (como sería el caso de la Sra. B a la que Chabot ayudó a morir). El tema se complica mucho porque sabemos que una persona que está deprimida (incluso usando el término en sentido descriptivo y no como diagnóstico clínico), de alguna forma piensa y ve las cosas de diferente manera de como lo haría si no estuviera deprimida. De ahí que sea importante descartar que una decisión tan determinante como es la solicitud de terminación de la vida se haga en condiciones mentales o sentimentales que muy probablemente cambiarían si el paciente recibiera el tratamiento adecuado o se modificaran sus circunstancias. Por esta razón, se niega la ayuda cuando el paciente rechaza una opción

⁴⁹ *Ibid.* p. 84

de tratamiento⁵⁰ y se establece que el pedido del paciente debe mantenerse a lo largo del tiempo para asegurarse que no responde a un impulso desesperado del momento.

Con todo, parece inevitable tener la sensación de que persiste cierta zona gris y que no se pueden especificar todos los elementos que permiten garantizar la valoración perfecta de un pedido de muerte asistida en la práctica psiquiátrica. Por tal razón, la ley recomienda a los psiquiatras actuar con el más extremo cuidado y analizar cada caso en su singularidad, reconociendo el derecho de cada persona a tomar decisiones sobre su vida mientras no esté comprometida su capacidad para hacerlo y admitiendo que uno mismo, en una situación similar, podría pensar de otra manera.⁵¹ Se trata de ofrecer una solución que permita al especialista poner fin a una vida de sufrimiento intolerable e intratable cuando una persona se lo pide de manera realista, al mismo tiempo que se exige al médico que se asegure, lo más posible, que no está cometiendo un error irreparable.

5.2.1.3. La consulta al psiquiatra

Señalamos antes que en Holanda es un requisito que el médico que recibe una solicitud de muerte asistida consulte a otro médico antes de responder a ella. Cuando existe duda sobre la competencia mental del paciente, el médico debe consultar, además, a un psicólogo o psiquiatra que le ayude a valorar la autonomía de la solicitud. Según el estudio ya mencionado, realizado con psiquiatras, son raras las consultas a estos especialistas con tal propósito. Se calcularon anualmente 310, sólo un 3% del número de solicitudes explícitas de los pacientes, lo cual no significa que en los otros pacientes se negaran los aspectos psiquiátricos y psicosociales, sino que éstos fueron considerados por los médicos no psiquiatras. En 31% de los casos en que se negó la muerte asistida, la razón de los médicos fue que el paciente tenía depresión u otro trastorno mental.^{52 53}

⁵⁰ La Real Asociación Holandesa de Medicina establece que una alternativa realista de tratamiento es la que cumple tres condiciones: 1) tiene una probabilidad razonable de éxito, 2) la mejoría debe ocurrir en un futuro cercano, 3) la carga del tratamiento no debe ser extrema comparada con el beneficio. Véase Gevers, S., Legemaate, J. "Physician Assisted Suicide in Psychiatry: An Analysis of Case Law and Professional Opinions", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 85.

⁵¹ Chabot comenta: "Yo no estaba de acuerdo con la decisión de la Sra. B de quitarse la vida, pero sentí que lo más terrible sería que muriera sola. Entendí que *para ella* no había ningún futuro sin sus hijos. Véase "Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot Discuss Assisted Suicide in the Absence of Somatic Illness", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 376.

⁵² Groenwoud, J.H., *et al Op. Cit.*

Además de consultar al psiquiatra para valorar si hay un trastorno mental que afecte la competencia del paciente, los médicos recurren a este especialista para saber si el fenómeno de transferencia o contratransferencia (los sentimientos inconscientes del paciente hacia el médico y del médico hacia el paciente) influyen en el proceso de decisión. Este dato es muy interesante porque indica que los médicos reconocen el papel que pueden jugar los sentimientos y la subjetividad en la relación médico-paciente y en decisiones tan determinantes como las que se relacionan con el final de la vida. Esta es una respuesta al señalamiento de Hennezel, quien al cuestionar la legitimidad de la eutanasia, denunciaba el peligro de que sean los médicos quienes inducen un pedido de muerte asistida por no saber escuchar a los enfermos ni escucharse ellos mismos.⁵⁴

5.2.1.4. *Los límites de una práctica*

La Sra. B escribió al Dr. Chabot una carta en que admite lo extremadamente controvertidas que son las prácticas de la eutanasia y del suicidio asistido y al mismo tiempo agradece que existan porque a veces la vida es insoportable. Reconoce que quedan muchas preguntas difíciles de responder: “¿quién decide que el sufrimiento humano es demasiado?, ¿cuándo puede decirse que se ha intentado lo suficiente?, ¿dónde termina el derecho a determinar el final de tu propio destino?, ¿qué clase de poder se usa, cuándo y por quién?”⁵⁵

Se puede entender que el Dr. Chabot considerara justo el pedido de la Sra. B por pensar que se trataba de una mujer que sabía lo que quería, lo que pedía, lo que significaba para ella la vida y la muerte, las repercusiones de su muerte para otras personas cercanas como su hermana y su mejor amiga, incluso la responsabilidad que su decisión implicaba para el médico. Con todo, su caso deja preguntas abiertas. Todas las que ella misma plantea y en especial una más: ¿se justifica que el médico ayude a morir a una persona por el hecho de padecer un sufrimiento emocional o existencial intolerable?

La Sra. B no tenía una enfermedad, ni física, ni psiquiátrica; sin embargo, Chabot la consideró su paciente porque tuvo con ella diversas entrevistas. Al principio el médico buscó

⁵³ Durante el tiempo que estuvo permitida legalmente la eutanasia en el Territorio Norte de Australia, era un requisito que un psiquiatra certificara que el paciente que solicitaba ayuda para morir no estaba clínicamente deprimido. Véase Kraus, A., Alvarez, A. *Op. Cit.*, p. 38-39.

⁵⁴ Véase en el capítulo 2 el apartado de “Aportes y excesos de la interpretación”.

⁵⁵ “Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot Discuss Assisted Suicide in the Absence of Somatic Illness”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 373.

establecer un diagnóstico y una relación de confianza; hasta intentó darle una terapia de duelo sin que ella lo advirtiera, tentativa que ella detuvo al darse cuenta, objetando que no era esa la ayuda que quería.⁵⁶ Cuando Chabot tuvo claro que la Sra. B no aceptaría otro tipo de ayuda y el mismo reconoció que existen ocasiones en que ni los antidepresivos ni las psicoterapias curan el dolor causado por las pérdidas de la vida, consideró válido apoyarla. Decidió participar en el suicidio asistido por ser su médico y por anticipar que si le negaba esa ayuda añadiría más sufrimiento al que ella de por sí tenía, dejándola sola para que ella buscara su muerte.⁵⁷ Si bien el criterio del sufrimiento intolerable tiene el inconveniente de ser muy subjetivo, Chabot se basó en otro mucho más objetivo: para la Sra. B no existían tratamientos para disminuir su sufrimiento y esto respondía principalmente al hecho de que no estaba causado por una enfermedad.

Puede resultar paradójico que Chabot ayudara a morir a la Sra. B apoyándose en el hecho de que era su médico al mismo tiempo que afirmaba que su paciente no estaba enferma. Pero él mismo aclaró porqué se consideraba su médico, lo cual es totalmente compatible con nuestra idea de que la relación entre el médico y el paciente no se define por la enfermedad del segundo, la cual puede ser curable o incurable, transitoria o crónica, inofensiva o mortal, incluso puede ser real o imaginaria. La relación médico-paciente se establece a partir del momento en que una persona que sufre busca ayuda en quien se presenta profesionalmente preparado para hacerlo y este último acepta dársela.

No cabe duda que el caso Chabot ilustra la dificultad que puede llegar a significar, en la práctica, tomar decisiones apegadas a la ley. Ésta, por definición, tiene que ser clara y establecer límites precisos, cuando en la vida real muchas veces resulta muy difícil reconocer esos límites. Vemos esta dificultad en un caso más reciente publicado en una revista médica holandesa, igualmente controvertido, no incluido en la revisión de Gevers y Legemaate, pero también relacionado con la práctica psiquiátrica. Se trata de una doctora que ayudó a morir a un hombre de 71 años con demencia vascular y quedó libre de ser procesada porque se reconoció que el paciente, a pesar de su condición en proceso de deterioro, conservaba la capacidad para hacer un pedido competente. Desde luego, la resolución resultó polémica porque algunos interpretaron esta decisión como un precedente que abría las puertas hacia el

⁵⁶ *Ibid.* p. 379-380.

⁵⁷ En Holanda, de acuerdo a la ley, el médico es el único que puede asistir en la muerte de otra persona.

abuso de la eutanasia en pacientes dementes de edad avanzada. La misma doctora aclaró que había respondido a un pedido voluntario de su paciente y que ella misma se oponía a la muerte asistida en personas que no pueden expresar su voluntad.⁵⁸

5.2.2. Terminación activa de la vida sin solicitud expresa

Esta es la expresión para describir en Holanda las acciones médicas para terminar con la vida de una persona que no está capacitada para formular por sí misma el pedido. Así se mantiene una clara distinción con el sentido específico del término “eutanasia” que sólo se aplica cuando una persona competente ha pedido de manera explícita y repetida que se termine con su vida. Esta otra categoría incluye pacientes muy diferentes entre sí: 1) los neonatos con grandes discapacidades al nacer, 2) las personas en estado vegetativo persistente y 3) los pacientes que en algún momento han expresado su deseo de que se les aplique la eutanasia, pero en las etapas finales de la enfermedad ya no tienen la posibilidad de expresar su voluntad.

5.2.2.1. El caso de los neonatos e infantes

Se calcula que en Holanda cada año se termina activamente con la vida de diez neonatos con graves incapacidades, lo que corresponde al 1% del total de niños que mueren durante el primer año de vida.⁵⁹ Sobre esta práctica existen opiniones muy encontradas: algunos médicos la consideran moralmente justificada, mientras que otros la desaprueban, incluso en aquellos casos en que al neonato se le ha retirado el tratamiento médico que lo mantenía con vida y en consecuencia, de no intervenir activamente, sobrevendrá una muerte lenta y dolorosa.⁶⁰ Entre los primeros se encuentra Henk Prins, un ginecólogo que en 1993 aplicó una inyección letal a una bebé que había nacido con varias discapacidades, tales como espina bífida⁶¹ e hidrocefalia,⁶² las cuales provocaron daño cerebral severo que causaría

⁵⁸ Sheldon, T. Euthanasia endorsed in Dutch patient with dementia, *BMJ* 1999;319:75. La publicación holandesa a la que se refiere este artículo es *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143:17.

⁵⁹ Wal, G van der., Maas, P.J. van der. “Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op Cit*, p.160.

⁶⁰ “What kind of life? What kind of death? A interview with Dr. Henk Prins”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 389.

⁶¹ Un defecto congénito en el que la columna vertebral queda cerrada de manera imperfecta debido a lo cual las meninges o la médula espinal pueden sobresalir dando lugar a la hidrocefalia o a otros trastornos neurológicos. Véase *Medical dictionary*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1998, p. 424-425.

limitaciones muy graves en la calidad de vida de la niña. El día que ésta nació, se decidió no operarla y en el cuarto día, los padres solicitaron al médico que terminara con la vida de su hija. Aunque Prins fue acusado de homicidio, fue absuelto porque se alegó un conflicto de deberes: entre el deber de prolongar la vida y el deber de aliviar el sufrimiento intolerable.⁶³

Es interesante observar cómo describe este mismo caso uno de los grandes oponentes a la eutanasia en Estados Unidos, Wesley J. Smith, quien interpreta los mismos acontecimientos de otra manera. Este autor afirma que el Dr. Prins mató a la recién nacida con el consentimiento de los padres y que ésta se encontraba en agonía porque se le negó una atención médica, a pesar de que ésta consistía en un tratamiento que es habitual dar a neonatos con problemas como los de esta recién nacida.⁶⁴

Por nuestra parte, coincidimos con Prins al señalar que si algo ponen en evidencia casos como los de esta niña son los cambios que el desarrollo de la tecnología ha introducido en la práctica médica con este tipo de pacientes a los cuales es posible mantener con vida, lo cual puede ser tanto una bendición como una maldición. Dadas las nuevas posibilidades, es necesario responder preguntas inéditas: ¿cuál es una vida de suficiente calidad?, ¿quién la determina?, ¿deben tomar decisiones los padres y médicos de manera privada o bajo la mirada pública del sistema legal?⁶⁵

Prins aclara que fueron dos las decisiones relacionadas con la terminación de la vida de la bebé Rianne. La primera fue la de no operar considerando que no representaba ningún beneficio para la niña porque se habría prolongado su vida sin resolver los síntomas ni las consecuencias del defecto de nacimiento, además de que se habría creado la necesidad de repetidas operaciones. En esta decisión participaron, con Prins, un neurólogo, un neurocirujano, un pediatra y un pastor. Se tomó en cuenta la magnitud del daño cerebral que limitaría gravemente la capacidad de la niña para comunicarse, le impediría caminar, sentarse por sí misma, tener control de esfínteres y tener sensibilidad en la parte inferior de su

⁶² Una condición generalmente congénita en la que una acumulación anormal de fluidos en los ventrículos cerebrales causa un crecimiento del cráneo y una compresión del cerebro destruyendo gran parte del tejido neurológico. Véase *Medical dictionary, Op. Cit.* p. 213.

⁶³ Esta resolución de 1995 fue similar a la del caso Alkmaar, antes revisado, que marcó precedente.

⁶⁴ Smith, W.J. *Culture of death*. San Francisco, Encounter Books, 2000, p. 62. Llama la atención la coincidencia entre este autor, que se refiere a una “cultura de la muerte” para referirse a quienes defienden la eutanasia, y el Vaticano que utiliza la misma expresión con idéntico sentido.

⁶⁵ “What kind of life? What kind of death? A interview with Dr. Henk Prins”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op Cit*, p. 391.

cuerpo.⁶⁶ Fue una decisión médica a la que se llegó tomando en cuenta los intereses generales de la niña y de los padres y con la cual se determinó la terminación de la vida de la recién nacida.⁶⁷

La segunda decisión tuvo que ver con la forma de terminar con la vida de la bebé Rianne. Se le podría haber administrado analgésicos narcóticos del tipo de la morfina para disminuir el dolor, con lo cual también se habría producido la muerte, pero antes se habría alargado el sufrimiento de la niña y habrían surgido nuevas complicaciones ante las que se tendría que haber decidido nuevamente si se le daba tratamiento o no. Prins puso la inyección a petición de los padres que no quisieron prolongar una situación ambigua y de sufrimiento, lo que significó intervenir activamente para acelerar la muerte en lugar de dejar que sobreviniera por el doble efecto de los analgésicos.⁶⁸

En Holanda, la principal decisión médica que antecede a la muerte de niños en su primer año de vida es retirar o no dar un tratamiento para prolongar la vida. En estos casos puede ser que además se den medicamentos que acortan la vida de los infantes con la intención de aliviar el dolor y otros síntomas, pero es poco frecuente que se administre un medicamento con la intención explícita de acelerar la muerte de un bebé como lo hizo Prins.⁶⁹ Por ello, es interesante la reflexión de este médico quien señala que no considera que haya una diferencia moral entre la primera decisión de retirar un tratamiento inútil para la bebé Rianne y la segunda de terminar activamente su vida. La diferencia que se establece entre lo que suele considerarse eutanasia pasiva y eutanasia activa se apoya en aspectos emocionales, pero no debería implicar una diferencia legal como sí la hubo al valorar la acción del médico, tanto así que fue acusado.⁷⁰ Tampoco debería hacerse una distinción en términos éticos entre la acción médica de dar analgésicos para disminuir el dolor, que de manera indirecta producen la muerte, con la aplicación de una inyección letal. En el caso de la bebé Rianne se

⁶⁶ *Ibid.* p. 392-394.

⁶⁷ Prins señala los criterios establecidos por la Asociación Holandesa de Pediatría para determinar que un niño nace con discapacidad severa: 1) será incapaz de comunicarse, 2) será incapaz de sostenerse, 3) necesitará asistencia médica permanente, 4) existencia de dolor. *Ibid.* p. 395.

⁶⁸ *Ibid.* p. 399.

⁶⁹ Heide, A. van der., Maas, P.J. van der., Wal, G. van der., Graaff, C., Kester, J., Kollée, L., Leeuw, R., Holl, R. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet* 1997; 350: 251-255.

⁷⁰ Fue acusado porque no era un caso de eutanasia activa en el que pudiera haber un pedido claro por parte del paciente. Por eso es controvertida la terminación de la vida sin solicitud expresa como inevitablemente sucede en el caso de neonatos.

escogió la segunda acción porque era la mejor y para Prins hubiera sido poco ético que fueran las consecuencias legales de la acción las que determinaran la decisión.⁷¹

Según Prins, con el supuesto fin de proteger a los pacientes del abuso, se consigue un efecto indeseable al mantener una diferencia legal entre las diversas acciones médicas mencionadas. De esta forma, si los médicos consideran que lo más adecuado es aplicar una inyección letal, aunque actúan de acuerdo a sus principios, quedan desprotegidos porque su acción está fuera de la ley. Prins no ignora el riesgo de la llamada pendiente resbaladiza, pero piensa que ésta sería mucho mayor si no se hablan y discuten los casos como el de la bebé Rianne. Comenta que ve una diferencia abismal entre la calidad de vida que le esperaba a esta niña y la que puede esperarse en un niño con síndrome de Down, simplemente por el hecho de que un niño así no necesariamente sufre a lo largo de su vida.⁷²

A estas consideraciones podemos añadir una reflexión que surge al conocer la noticia reciente de que en Holanda se ha obligado a un hospital a pagar por el nacimiento de una niña discapacitada que a los nueve años de vida no habla, no camina, casi no oye, tiene los intestinos deformes y ha sido operada del corazón varias veces. Los jueces determinaron que esta niña nunca debió de haber nacido, por lo que se refieren a su situación utilizando el concepto nuevo de “vida injusta”. Se entiende que la situación debió haberse evitado con un aborto terapéutico que no se decidió porque los médicos ignoraron el dato de que en la familia existía una alteración congénita de cromosomas; de ahí que se les considere responsables del sufrimiento derivado de un nacimiento que podría haberse evitado.⁷³ Aunque en este caso el error se localiza antes del nacimiento, no es muy lejano pensar que también podría extenderse el concepto de “vida injusta” a aquellos casos en que, después del nacimiento, se cometa el error de prolongar una vida como la de la bebé Rianne.

5.2.2.2. *Pacientes que no piden la terminación de su vida*

Además del caso de los neonatos, dentro de este tipo de pacientes quedan incluidos las personas que han perdido la capacidad para hacer una solicitud explícita de eutanasia debido a que se encuentran en coma irreversible o porque el avance de la enfermedad los

⁷¹ “What kind of life? What kind of death? A interview with Dr. Henk Prins”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 401-403.

⁷² *Ibid.* p. 405.

⁷³ *El País*, 29 de marzo de 2003.

incapacita para comunicarse. Recordemos que desde 1994 se introdujo un cambio en la ley para incluir todos estos casos en el procedimiento de notificación, pues se consideraba que el hecho de perder la capacidad de expresión no era una razón para negar la muerte asistida a personas que requerían esta ayuda.

De acuerdo a los hallazgos de la Comisión Remmelink en 1990 y 1995, el porcentaje de terminaciones de la vida sin solicitud expresa fue de 0.8% y 0.7% respectivamente, lo que indica que se mantiene estable o ha declinado ligeramente. Sin embargo, quienes se oponen a la eutanasia utilizan de manera repetida el argumento de que la despenalización de la muerte asistida en Holanda ha llevado al abuso de su práctica y encuentran la prueba precisamente en estos datos que corresponden a un total de 1000 y 900 personas que mueren al año de esta forma. Lo primero que parecen ignorar, sobre todo los oponentes extranjeros, es que Holanda es el único país que puede proporcionar estos datos porque ningún otro ha obtenido los propios. Por lo mismo, no puede hacerse una comparación entre países para aseverar que se abusa de la muerte asistida por culpa de los cambios legales.⁷⁴ Es un hecho que en otros países también se practica la muerte asistida, lo mismo con pacientes que la solicitan de manera expresa, que con pacientes que no lo hacen, pero se desconoce con qué frecuencia y bajo qué circunstancias. Es posible que haya más casos de abuso en los países en que no está legalizada porque en ellos no existe una regulación para controlar la práctica.

En Holanda, en cualquiera de los casos en que se da la terminación de la vida sin el pedido del paciente, se hace como un último recurso, aceptable sólo en circunstancias extraordinarias. Al hacer valoraciones sobre esta práctica no debe perderse de vista que hay una gran diferencia entre acelerar la muerte de una persona que ya no puede expresar su voluntad y terminar con la vida de alguien en contra de su voluntad. Sólo en este último caso se puede hablar de abuso y de que la práctica de la muerte asistida se esté utilizando con fines contrarios a los principios en que se apoya.

No se puede hacer un juicio sobre las acciones médicas para terminar con la vida de pacientes sin su solicitud expresa si no se conocen las circunstancias en que se toman tales decisiones. Según los hallazgos de la Comisión Remmelink, en 1990 la mayoría de los pacientes a los que se ayudó a morir en esta situación eran enfermos de cáncer en fase

⁷⁴ Griffiths, J. "The slippery slope: are the dutch sliding down or are they clambering up?", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit*, p. 97-98.

terminal. El acortamiento de sus vidas fue de tan sólo unas horas o una semana, en la mitad de los casos la decisión había sido discutida con los pacientes en una etapa anterior y en casi todos había sido discutida con colegas o familiares.⁷⁵

Podemos comparar estos datos con una investigación reciente realizada en Holanda para explorar la frecuencia de muerte asistida entre enfermos con ELA (esclerosis lateral amiotrófica)⁷⁶ fallecidos entre 1994 y 1995. Se calculó en un 20% el total de pacientes que solicitaron y recibieron ayuda activa para morir, un elevado porcentaje que se explica por las limitaciones de la atención paliativa para esta enfermedad, mucho mayores que para otras enfermedades, incluido el cáncer. Se aceleró la muerte de dos pacientes sin su solicitud, lo cual correspondió a un 1% del total de enfermos con ELA, porcentaje similar al encontrado en las investigaciones generales de la Comisión Remmelink. Uno de los pacientes había solicitado la muerte asistida previamente y el otro estaba en proceso de tomar la decisión. Ambos tuvieron complicaciones muy severas que implicaron sangrado y asfixia en un caso y neumonía y sepsia en otro, quedando primero incapacitados para comunicarse y finalmente inconscientes, como permanecieron hasta el momento en que se terminó su vida.⁷⁷ Conociendo de cerca las condiciones en que se tomó la decisión de acelerar la muerte de estos pacientes, queda claro que estaba justificada. Además de que se decidió considerando que era lo mejor para los pacientes, existían antecedentes que indicaban que ellos esperaban ese tipo de ayuda.

Aun así, no se puede ignorar que en este tipo de decisiones, en que se requiere interpretar la voluntad de quien ya no puede expresarla, siempre hay un margen de incertidumbre. Desde luego, es indeseable que se decida terminar con la vida de alguien con base a una interpretación errónea; pero sería igualmente indeseable que los médicos quedaran imposibilitados de actuar y poner fin a un sufrimiento cuando las personas ya no pueden expresar su voluntad. Parece preferible que se tolere un mínimo de incertidumbre y que los médicos actúen apoyándose en todos los elementos que tienen. La terminación de la vida sin

⁷⁵ Wal, G. van der, Maas, P.J. van der. "Empirical research on euthanasia and other medical decisions and the euthanasia notification procedure", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.* p.157-158.

⁷⁶ Una enfermedad neuromuscular que provoca una parálisis progresiva, fallas respiratorias y la muerte entre los tres y cinco años después del diagnóstico. Es la enfermedad que padecía Diane Pretty a quien nos referimos en el capítulo 3, en nota a pie, en el apartado 3.3.1. Personas conscientes y competentes.

⁷⁷ Veldink, J.H., Wokke, J.H.J., Wal, G. van der, Jong, J.M.B.V. de, Berg, L.H. van der. Euthanasia and physician assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med* 2002; 346 (21): 1638-1644.

solicitud expresa sigue siendo un tema controvertido en Holanda, pero en la medida en que se conozcan las situaciones en que se aplica, se podrá debatir sobre ella con elementos reales. Este conocimiento será más preciso en la medida en que todos los médicos estén dispuestos a notificar una acción así, lo cual no sucede en la actualidad por la inconveniencia y el riesgo que ello implica.

5.3. Otras decisiones médicas al final de la vida

Al principio de este capítulo, señalamos la importancia de ubicar la muerte médicamente asistida en relación con otras decisiones médicas al final de la vida que anteceden la muerte de los enfermos en Holanda y que son mucho más frecuentes que la eutanasia. Estas otras decisiones, que se consideran “tratamiento médico normal”, incluyen las decisiones de no dar o suspender un tratamiento, así como las intervenciones que buscan aliviar el dolor y otros síntomas, con el conocimiento de que pueden acelerar la muerte.⁷⁸ De hecho, en este país, iniciar o continuar un tratamiento al que no se le reconoce un efecto beneficioso y que sólo alargaría el proceso de muerte, se considera una práctica poco profesional. Por otra parte, el alivio al dolor se estima como un deber médico y abstenerse de procurarlo es valorado como negligencia profesional.⁷⁹

La acción para aliviar el dolor que indirectamente causa la muerte, en teoría se distingue claramente de la eutanasia, pero en la práctica muchas veces es difícil establecer esta distinción. En la mayoría de los casos en que se interviene de esta manera, los médicos tienen primeramente la intención de aliviar el dolor, pero en algunos casos, buscan, además, terminar con la vida del paciente.⁸⁰

Según los resultados de la Comisión Remmelink, en la mayoría de las situaciones en que se encontró que la intención de aliviar el dolor coincidía con la de terminar con la vida

⁷⁸ Como ya señalamos, en 1995, del total de muertes que hubo en Holanda, 3.4% fueron por muerte asistida, 18.5% como resultado indirecto del alivio al dolor y 20% siguió a una decisión de suspender o no dar un tratamiento. En la sección de anexos, en el 5. Frecuencia de eutanasias y otras decisiones médicas al final de la vida en Holanda, se puede consultar el cuadro 1.

⁷⁹ Kimsma, G., Leeuwen, E. van. “Euthanasia and assisted suicide in the Netherlands and the USA: Comparing practices, justifications and key concepts in bioethics and law”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.43.

⁸⁰ Wal, G van der., Maas, P.J. van der. “Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure”, en Thomasma D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.158.

del paciente, la muerte iba a producirse muy pronto de todas maneras. En 64% de los casos, los enfermos iban a morir antes de 24 horas y en 16%, antes de una semana.⁸¹

Desde la perspectiva legal, la intención principal del médico es la decisiva (aliviar o acelerar muerte), puesto que no necesariamente hay una diferencia en los medios técnicos utilizados para llevar a cabo una u otra intención. Si bien al realizar una eutanasia suele aplicarse un medicamento que termina rápidamente con la vida de la persona, también se puede hacer de manera más lenta que es la forma en que suele producirse la muerte por el efecto del alivio del dolor. En algunos casos la muerte indirecta coincide con un pedido de eutanasia que no ha sido suficientemente discutido y entonces el médico de alguna manera es quien tiene la última palabra y decide después si informa una muerte natural o una eutanasia. Es posible que opte por la primera para evitar las complicaciones inherentes al proceso de notificación.

Algunos autores, entre ellos John Keown, consideran que los altos porcentajes de muerte que se produce por estas otras decisiones médicas al final de la vida (suspender o no dar tratamiento y aliviar el dolor) no se justifican y en realidad corresponden a eutanasias encubiertas, con lo cual pretenden demostrar que en Holanda se abusa de esta práctica, ya que se aplica sin una solicitud explícita del paciente.⁸²

Desde luego, la ambigüedad en las acciones dirigidas a aliviar el dolor no es exclusiva de Holanda. Pierre Verspieren⁸³ reflexiona sobre las implicaciones éticas de este tipo de intervenciones, tal como se realizan en su país, Francia. Señala que los efectos que éstas tienen en los pacientes varían en función de las dosis utilizadas, de manera que pueden tener un resultado analgésico (contra el dolor), anestésico (que implica la pérdida de conciencia) o tóxico (que acelera el proceso de muerte). Los límites entre las dosis correspondientes no siempre pueden establecerse con precisión y el hecho de que en algunos casos no se requiera una intervención especial sobre el cuerpo del paciente (porque ya existe una punción en la vena para administrar suero o medicamento), puede implicar que se mantenga una cierta distancia con respecto a una intervención que en realidad conlleva una enorme responsabilidad. Por eso, este autor considera esencial reflexionar si es éticamente aceptable

⁸¹ *Ibid.*

⁸² Keown, J. *Op. Cit.* p. 266-282.

⁸³ Nos referimos a este autor en el capítulo 2 al comentar la acción médica que induce el sueño en los pacientes, opción mucho más aceptable que la eutanasia desde la perspectiva de Hennezel.

terminar deliberadamente la vida consciente de un enfermo como un primer paso que culmina en la terminación definitiva de su vida.⁸⁴

Desde nuestro punto de vista, esta pregunta es pertinente. Si se toman decisiones médicas que van a producir la muerte de un enfermo (sea como consecuencia de dar tratamiento para el dolor o de suspender un tratamiento) debe existir un pedido explícito del paciente siempre que éste esté en condiciones de hacerlo. Ahora bien, si es un deber prioritario aliviar el dolor y hacerlo produce la muerte de manera indirecta, el médico no tiene la opción de no intervenir, a menos que así lo pida el paciente porque prefiere vivir más tiempo aunque sea con dolor. Lo mismo cabe decir con relación a retirar o no dar un tratamiento que sólo prolongaría la muerte; sería una práctica poco profesional dar un tratamiento que no representa un beneficio y alarga el proceso de muerte, a menos que el paciente lo solicite así. El punto decisivo, nos parece, es que se tome en cuenta la voluntad de la persona cuya vida va a terminar, pero quizá en la práctica no siempre es fácil establecer la comunicación necesaria y en realidad no conocemos a fondo cómo se toman estas decisiones en Holanda.

Sin embargo, tenemos una aproximación a través del estudio realizado por Robert Pool, quien investigó desde un punto de vista antropológico las decisiones relacionadas con el final de la vida en ese país. A través de su libro, este autor nos trasporta a un hospital holandés para seguir de cerca los últimos días de diez enfermos que expresan sus deseos de poner fin a su vida, pero también sus temores y, en algunos casos, sus contradicciones. Que un enfermo decida adelantar su muerte no implica que ya no sienta algún miedo de morir. Su decisión tampoco le impide, mientras llega el momento fijado para la eutanasia, seguir encontrando alguna satisfacción en la vida, como era la lectura para algunos de los pacientes de los que habla Pool. Con este estudio podemos saber cómo se desarrollan algunas demandas de eutanasia, cómo responden a ellas los médicos, las enfermeras y los familiares, y qué factores sociales y afectivos influyen en todo el proceso por medio del cuál se toman decisiones médicas como la eutanasia, el alivio del dolor y la suspensión de un tratamiento.⁸⁵

La investigación de Pool revela las ambigüedades presentes en las decisiones médicas, pues en la práctica las situaciones no tienen la claridad que propone la legislación.

⁸⁴ Verspieren, P. *Face à celui qui meurt*. Paris, Desclée de Brouwer, 1999, p. 131.

⁸⁵ Pool, R. *Negotiating a Good Death. Euthanasia in the Netherlands*. New York, The Haworth Press, 2000.

Los motivos de los pacientes se pueden prestar a diversas interpretaciones, simplemente por el hecho de que éstos pueden utilizar diferentes discursos al hablar con diferentes personas: con los médicos (que son más de uno, aunque uno sea el responsable), con los familiares, las enfermeras y con los psicólogos. Los factores subjetivos de todos los implicados en la atención de los enfermos afectan la comunicación, la comprensión de la situación y el procedimiento a través del cual se toman las decisiones.⁸⁶

La dificultad para establecer una línea clara entre lo que es eutanasia y lo que es alivio al dolor queda ilustrada en esta investigación y se entiende por qué puede ser considerada como una u otra acción desde la perspectiva de diferentes personas y, por lo mismo, pueda ser reportada como una u otra. Un ejemplo lo encontramos en la respuesta de un médico, entrevistado por Pool, responsable de aumentar la morfina que produjo la muerte de un paciente con cáncer terminal de pulmón. “Fue principalmente alivio de los síntomas. Cuando la disnea⁸⁷ es tan grave, no hay opción; se le podría dar oxígeno, pero no aliviaría la sensación de asfixia. La morfina es el único medio para aliviar esa sensación y con ella también se acelera la muerte. No tienes alternativa y, por *eso*, no considero que haya sido eutanasia.” El paciente había comunicado claramente al médico que no quería sufrir más y “en última instancia, son los deseos del paciente los que son decisivos.”⁸⁸ Sin embargo, otro médico que también atendía a este enfermo, consideró que la acción que terminó con su vida había sido una eutanasia, puesto que ésta era la ayuda que había solicitado el paciente y el médico respondió al pedido aumentando la dosis de morfina.⁸⁹

Otro problema desde el punto de vista ético que se relaciona con las intervenciones que alivian el dolor y al mismo tiempo aceleran la muerte (cuando el paciente no la ha solicitado), tiene que ver con la capacitación técnica de los profesionales de la salud. En los últimos años, los cuidados paliativos han tenido un importante desarrollo como una especialización médica que busca ofrecer el mejor tratamiento del dolor y de otros síntomas a los enfermos para mejorar su calidad de vida sus últimos días, sin necesidad de precipitar la muerte. Quizá persistan muchas situaciones en que es inevitable producir la muerte para

⁸⁶ *Ibid.* p. 236

⁸⁷ Dificultad para respirar generalmente asociada a una enfermedad de pulmón o corazón y que produce falta de respiración. Véase *Medical dictionary, Op. Cit.* p. 140.

⁸⁸ Pool, R. *Op. Cit.* p. 75.

⁸⁹ *Ibid.* p. 70.

tratar un dolor, pero también es posible que muchas otras se evitarían con un mayor conocimiento de las nuevas opciones médicas para su tratamiento. Como ya hemos mencionado, aun los cuidados paliativos más desarrollados tienen sus limitaciones y, además del dolor, existen otras fuentes de sufrimiento que justifican un pedido de eutanasia, por lo que ésta seguirá siendo una opción con la que deben contar los enfermos. Lo que aquí queremos señalar es que una inadecuada preparación por parte de los médicos en el tratamiento del dolor representaría un cuestionamiento de peso cuando se acorta la vida de una persona que querría seguir viviendo.

Recientemente los Ministros de Salud y de Justicia de Holanda rechazaron el llamado del Fiscal General para que la “sedación terminal”⁹⁰ cubriera los mismos controles médicos que la eutanasia. Los médicos reaccionaron airadamente a esta propuesta pues rechazan la idea de que exista una interferencia legal en lo que consideran una actividad médica normal regulada por lineamientos profesionales.⁹¹

5.4. Una comparación con otros países

En diferentes países del mundo se han dado movimientos a favor de legalizar la eutanasia, ante los cuales han surgido respuestas socialmente organizadas para mostrar su oposición. Según Bernard Kouchner, fundador de Médicos Sin Fronteras y ex ministro francés de Sanidad, aun cuando sea necesario desarrollar más los cuidados paliativos, la eutanasia es un tema sobre el que se debe reflexionar porque siempre existirá un porcentaje de personas que quieran esta opción. Reconoce que la solución es difícil y que la han encontrado muy pocos países que han legislado, como son Holanda y Bélgica; los demás deben encontrar su propia fórmula.⁹²

5.4.1. Diferentes soluciones

A continuación presentamos una comparación de las diferentes formas en que diversos países han enfrentado la cuestión de la muerte asistida.⁹³

⁹⁰ La acción médica para aliviar el dolor que induce a un coma permanente.

⁹¹ Sheldon, T. “Terminal sedation” different from eutanasia, Dutch ministres agree, *BMJ* 2003; 327:465.

⁹² *El País*, 22 de diciembre de 2002.

⁹³ Elaboramos el resumen de la situación en diferentes países con base en diferentes referencias: Díez, J.L., Muñoz, J. (Ed). *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*. Valencia, Tirant lo

1) *Legalización de la eutanasia.*

- En Holanda y Bélgica⁹⁴ se aplica la eutanasia desde 2002 de acuerdo a la ley siguiendo ciertas condiciones⁹⁵.
- Se considera parte de la atención médica y es aplicada por médicos a pacientes que presentan un sufrimiento físico o mental intolerable, para quienes no existe una alternativa de tratamiento.
- La ayuda para morir es activa por parte del médico, quien proporciona un medicamento para acelerar la muerte, el cual puede ser inyectado o administrado oralmente. Se permite igualmente la opción de que el paciente sea quien se lo administre (suicidio médicamente asistido).⁹⁶
- Los médicos no están obligados a practicar la eutanasia.
- La legalización permite el control de la práctica que queda restringida a ciertas condiciones. Si bien generalmente se aplica a pacientes cuya expectativa de vida es de días o semanas, no se fija como requisito un tiempo de expectativa de vida.⁹⁷

2) *Legalización del suicidio médicamente asistido.*

- En Oregon, E.U., se permite legalmente el suicidio asistido desde 1997 (los estados de Vermont, Arizona y Hawai están buscando que se permita también para sus ciudadanos).
- Se considera parte de una atención médica que incluye una buena atención paliativa.

Blanch, 1995; http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html; Cano Valle, F., Díaz Aranda, E., Maldonado, E. *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. México D.F. UNAM, 2001.

⁹⁴ El caso de Bélgica es interesante porque, a diferencia de Holanda, se trata de un país que ha sido predominantemente católico, característica que parecería favorecer poco la legalización de la eutanasia. Quizás la mayor influencia para este país ha sido su proximidad con Holanda, lo que le ha permitido seguir muy de cerca el debate sobre la eutanasia y los diferentes cambios legislativos hasta llegar a adoptar una legislación similar.

⁹⁵ Como lo hemos señalado en este capítulo, en Holanda la eutanasia fue permitida por las cortes desde 1984 y se despenalizó desde 1994.

⁹⁶ El médico debe permanecer cerca del paciente hasta que la muerte ocurra y en ocasiones debe intervenir activamente cuando el paciente vomita la bebida preparada con los medicamentos.

⁹⁷ Lo que sí es un requisito en Bélgica, cuando la muerte no se espera en un tiempo muy corto, es que debe pasar al menos un mes entre la solicitud del paciente y la eutanasia.

- El médico ayuda al paciente a morir prescribiéndole los medicamentos que necesita, pero debe ser el paciente quien los tome por sí mismo. El paciente debe haber solicitado la ayuda tres veces o más en un periodo de 15 días o más; dos veces de manera oral y una escrita y dos médicos deben de aprobar la petición y referir al paciente a consulta si hay signos de depresión u otro trastorno mental.
- Es un requisito que el tiempo de expectativa de vida del paciente sea menor a seis meses, razón por la cual algunos enfermos no pueden recurrir a esta opción ya que el avance de su enfermedad les impide administrarse y tragar los medicamentos por sí mismos. Dar ayuda para que tomen y traguen los medicamentos se considera un delito.

3) *Despenalización del suicidio asistido.*

- En Suiza se reconoce el derecho al suicidio y se permite la ayuda al suicidio desde 1941 siempre y cuando la asistencia se de por motivos altruistas y el pedido de quien quiere terminar con su vida sea autónomo.
- La muerte asistida no se considera parte de la atención médica por lo que la eutanasia está prohibida, pero el médico puede ayudar a una persona a suicidarse como cualquier otro ciudadano.⁹⁸
- En 1988 se fundó la asociación Dignitas que asiste al suicidio de personas que quieren terminar su vida para evitar la indignidad y el sufrimiento de una enfermedad. Esta ayuda es extensiva a enfermos que vienen de otros países.

4) *Cierta permisividad legal de la eutanasia con cierta ambigüedad.*

- Colombia y Uruguay han revisado su ley para reconocer que hay situaciones en que lo mejor para el enfermo es acelerar su muerte y evitar su sufrimiento. En Colombia la Corte Constitucional aprobó en 1997 una ley que permite la eutanasia, pero no ha sido ratificada por el Parlamento. En Uruguay se

⁹⁸ Hurst, S., Mauron A. Assited suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 2003; 326:271-273.

necesita adecuar la legislación, pero los casos llevados a juicio por “muerte piadosa” han sido absueltos.

- La muerte asistida se considera parte de la atención médica.

5) *Existe un debate importante sobre la eutanasia, pero ésta se considera un delito.*

- Países como Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Francia, España, Australia,⁹⁹ entre otros, sostienen un intenso debate sobre la conveniencia de legalizar o no la eutanasia siguiendo muy de cerca lo que sucede en los países en que se ha legalizado.
- En estos países, la muerte asistida se considera en el contexto de la atención médica y en todos ellos existen asociaciones que defienden el derecho a una muerte digna.
- A falta de una ley que proteja el derecho a la muerte asistida, en estos países han aumentado los casos de enfermos que solicitan el permiso judicial de recibir ayuda para terminar con su vida, sea a través de la eutanasia o del suicidio asistido.¹⁰⁰
- Así como se conocen estas solicitudes judiciales para recibir la muerte asistida, se ha sabido de acciones desesperadas de personas que terminan con

⁹⁹ En el Territorio Norte de Australia estuvo legalizada la eutanasia durante nueve meses, entre 1996 y 1997.

¹⁰⁰ En septiembre de 2003 se reabrió en Francia el debate sobre la eutanasia con la muerte de Vincent Humbert, un joven de 22 años que vivió tres años tetrapléjico, ciego y mudo, tras sufrir un accidente. Después de que el joven fracasara en su intento de obtener la autorización del presidente Jacques Chirac para morir, la madre de Vincent le inyectó una dosis de barbitúricos. La intervención de los médicos impidió la muerte del joven que estuvo en coma dos días hasta que murió cuando los médicos decidieron retirarle la respiración asistida para honrar los deseos que había expresado antes del coma. Vincent se comunicaba clavando el pulgar en la palma de la mano de un interlocutor que le dictaba un alfabeto y así escribió un libro-testamento en el que reclamaba su derecho a morir. El ministro de Justicia ha pedido al fiscal que se trate a la madre con la mayor clemencia, mientras el doctor Frédéric Chaussoy, quien asumió la responsabilidad por la desconexión del respirador artificial, podría enfrentar una investigación formal. El doctor comentó que habría podido mentir e inventar una complicación cardíaca, como se hace comúnmente, pero prefirió decir la verdad. Véase *El País*, 24, 26, 27 y 29 de septiembre y 2 de octubre de 2003 y *Milenio Diario* 27 de septiembre de 2003. Según la última noticia sobre el caso, Chaussoy podría ser culpado de homicidio premeditado y sentenciado a prisión ya que la investigación que se realizó indicó que la muerte no fue resultado directo de la desconexión, sino de las sustancias que el médico administró para evitar el sufrimiento que causaría la desconexión. Véase *The New York Times*, 5 de noviembre de 2003. Pensamos que sería lamentable que se equiparara la acción de este médico con la de un homicidio por envenenamiento. Según la última noticia, más de cien médicos franceses han firmado una carta de solidaridad con Chaussoy. Véase *El País*, 19 de noviembre de 2003.

la vida de algún familiar para poner fin a su sufrimiento. Advertidas del riesgo de ser sentenciados, algunos prefieren poner también fin a su vida.¹⁰¹

6) *Se ha avanzado muy poco en el debate sobre la muerte asistida.*

- Países como México y muchos otros de América Latina apenas han iniciado una discusión sobre el tema en el ámbito académico y legal. La sociedad no ha expresado su opinión sobre la eutanasia y se está muy lejos de alcanzar acuerdos para una modificación de la ley que considere la muerte asistida como una opción.
- La muerte asistida se considera parte de la atención médica, pero su práctica es clandestina.
- Se presume una gran oposición por parte de la Iglesia católica ante cualquier intento por legalizarla.

5.4.2. Controversias y pendientes

Como ha sucedido con la legalización holandesa, la fórmula legal de Oregon para regular la muerte asistida ha sido muy controvertida. El General John Ashcroft, titular del Departamento de Justicia de los Estados Unidos de América, sigue intentando nulificar la ley *Death with Dignity Act* que regula el suicidio médicamente asistido en Oregon. Por eso, es interesante saber que después de cinco años de funcionamiento, se ha demostrado que no ha habido el abuso que temían los oponentes. Ni se da muerte a ancianos vulnerables sin su consentimiento, ni son excesivos los pedidos de ayuda para morir.¹⁰²

Gracias a esta ley, los pacientes han encontrado tranquilidad. Incluso si no llegan a suicidarse, saben que tienen esa opción y que no tienen que soportar un sufrimiento que no quieren, ni la pérdida de independencia, algo todavía más temido por muchos. Puesto que su legalidad hace que sea una opción abierta, es más probable que las personas la usen hasta el final, si es que la usan. Cuando, por el contrario, se trata de una opción clandestina, es más

¹⁰¹ *El País*, 29 de enero de 2003: "Un anciano mata a su esposa de Alzheimer y se suicida".

¹⁰² En 2002, se dieron 58 prescripciones de medicación letal (44 en 2001). Treinta y seis pacientes murieron después de ingerir la medicación, más dos que habían recibido la prescripción en 2001 (21 pacientes murieron de esta forma en 2001). A pesar del incremento con respecto a años anteriores, el número de muertes bajo la *Death With Dignity Act* fue el 0.1% del total de muertes en Oregon en 2002. Véase la publicación del *Oregon Department of Human Services* www.dhs.state.or.us/news/2003news/2003-0305.html

factible que las personas se precipiten a utilizarla.¹⁰³ Quienes defienden la ley de Oregon señalan que no debe olvidarse que las personas que se benefician de ella no escogen si van o no a morir, puesto que son terminales; únicamente escogen cuándo y cómo morir.

Así como se consideran los riesgos que implica permitir legalmente la muerte asistida, es interesante conocer algunas consecuencias de mantener su prohibición y limitar así la capacidad de los médicos para ayudar a morir. En los últimos años se ha desarrollado una tecnología dirigida a personas que no son médicos para que puedan terminar con su vida. Se conoce como *NuTech methods* y consisten en una serie de dispositivos que incluyen sistemas para inhalar gas, bolsas de plástico a la medida para producir asfixia (*exit bag*) y un sistema de respiración de circuito cerrado (*debreather*).¹⁰⁴

Con estos medios, diseñados para producir lo que se llama auto-liberación (*self deliverance*), se separa del contexto médico una ayuda que históricamente se ha considerado un asunto entre pacientes y médicos. El principal riesgo de este desarrollo deriva de la falta de control y regulación para su uso, con lo cual queda abierta la posibilidad de que se utilice sin el consentimiento informado del enfermo, así como en casos de una depresión tratable. Inclusive, que se use para asesinar, aprovechando la ventaja de que son métodos que no dejan huellas. A pesar de estos riesgos, hay que reconocer que esta tecnología está cubriendo las necesidades de mucha gente con enfermedades graves que quiere morir y no encuentra otra forma de hacerlo.

Por lo que toca al caso de Suiza, es interesante saber que en este país la ley considera que el suicidio puede ser una opción racional. Por ello, ayudar a alguien a suicidarse no se considera un crimen mientras los motivos para hacerlo no sean egoístas. La postura de Suiza se distingue de la de otros países que consideran que los médicos deben ser los únicos a quienes debe permitirse ayudar a morir como una manera de garantizar que no se abuse de la muerte asistida. En Suiza, el suicidio asistido se acepta sin que sea requisito que la persona que lo pida tenga una enfermedad terminal y por eso no es necesaria la presencia de un médico.

¹⁰³ Werth, J. Policy and Psychosocial Considerations Associated with Non-Physician Assisted Suicide: A commentary on Ogden. *Death Studies* 2001; 25:403-411.

¹⁰⁴ Ogden, R. Non-Physician Assisted Suicide: The Technological Imperative of the Deathing Counterculture. *Death Studies* 2001; 25: 387-401.

En los últimos años se ha incrementado el número de extranjeros que viajan a este país buscando ayuda para morir (3 en 2000, 38 en 2001 y 55 en 2002) y el gobierno está preocupado de que sea este el tipo de “turismo” que está promoviendo. Con la muerte de Reginald Crew, un hombre inglés de 74 años con esclerosis lateral amiotrófica, que viajó para recibir la ayuda de Dignitas, se ha abierto el debate para revisar la ley y considerar si debe prohibirse el suicidio asistido para extranjeros, quienes deberían encontrar la ayuda que buscan en sus propios países y no tener que morir lejos de su casa.¹⁰⁵

México es uno de los países que ha revisado de manera insuficiente la ley en materia de muerte asistida; no ha habido un debate sobre el tema en el que participe la sociedad y éste apenas se ha dado en el ámbito académico y legal. Esta situación, compartida por la mayoría de los países latinoamericanos,¹⁰⁶ se explica en buena medida por la influencia de la Iglesia católica, por el poco interés que han mostrado los políticos en el tema (que prefieren evitar un tema tan polémico) y por la falta de conciencia de la misma sociedad de la importancia de participar en una discusión que le concierne.

Según Enrique Díaz Aranda, la vía para ofrecer una solución legal al problema de la muerte asistida en nuestro país debe orientarse por la que han seguido países como Holanda, Estados Unidos y Colombia, los cuales hicieron una reinterpretación judicial de su legislación penal. En primer lugar, debe tomarse en cuenta que el Código Penal Federal vigente en México es de 1931, cuando el tema de la eutanasia no tenía la importancia que ha adquirido con los cambios que la tecnología ha introducido en la atención médica. Por tanto, el artículo 312 del Código Penal, previsto para sancionar el delito de homicidio consentido con prisión de cuatro a doce años, en realidad no fue emitido para castigar la eutanasia. Este razonamiento, unido a varios derechos y garantías reconocidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a la reforma del Código Penal Federal, que establece que el consentimiento del titular del bien jurídico afectado es una causa de exclusión del delito, representa una posible solución legal hacia la despenalización de la eutanasia.¹⁰⁷

¹⁰⁵ *The New York Times*, 4 de febrero de 2003.

¹⁰⁶ En la Conferencia mundial por el derecho a morir celebrada en Bruselas en 2002, de los 157 delegados inscritos y los 22 países representados de todo el mundo, sólo asistió una persona de Colombia. Véase *Milenio Diario*, 7 de septiembre de 2002.

¹⁰⁷ Cano Valle, F., Díaz Aranda, E., Maldonado, E. Eutanasia. *Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. México D.F. UNAM, 2001, p.87-95.

Es importante llegar a un acuerdo legal que establezca con toda claridad las condiciones en que puede permitirse la muerte asistida y para ello es imprescindible que antes se promueva un debate en el que participe la sociedad, el cual será necesariamente muy controvertido. Tomará tiempo llegar a una propuesta satisfactoria, pero no olvidemos que a Holanda le llevó 30 años llegar a una solución que aún se continúa revisando.¹⁰⁸

¹⁰⁸ El debate sobre la eutanasia debe darse porque las leyes deben expresar lo que la sociedad piensa que es más conveniente y en nuestro país es necesario discutir y avanzar en materia de legislación en este tema. Con todo, hay que mencionar que ya se incluye una ley en el Código Penal del Distrito Federal que, sin referirse directamente a la eutanasia, significa un tratamiento penal benévolo hacia esta práctica (reparamos en este hecho gracias a una conferencia impartida por el Dr Sergio García Ramírez, en la Facultad de Medicina de la UNAM, el día 19 de noviembre de 2003). El artículo 127 señala: “Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”. Véase Código Penal para el Distrito Federal – 16/07/2002 Folio 71498. Se trata de una sanción muy atenuada si la comparamos con la que corresponde al homicidio simple (de ocho a veinte años) o con la del homicidio calificado (de veinte a cincuenta años) porque no puede ser asimilada a esas formas de privación de la vida. Tampoco significa que se permita la eutanasia, pero el autor de ésta podría beneficiarse con algún sustitutivo de prisión. Por otra parte, queda mucho por definir en el artículo 127: “petición expresa”, “libre”, “reiterada”, “seria”, “inequívoca”, “razones humanitarias”; así mismo se extraña que no se mencione “un sufrimiento intolerable” o que no se especifique quién realiza la acción, si un médico o cualquier otra persona. Aun así, podemos suponer que este artículo representa un avance en el camino hacia la despenalización de la muerte asistida en determinadas circunstancias.

Capítulo 6. Los elementos de la discusión

En los capítulos anteriores, hemos presentado diferentes aproximaciones al tema de la eutanasia.¹ Analizamos las reflexiones de autores como Marie de Hennezel y Ronald Dworkin, revisamos la posición de una institución tan influyente como la Iglesia Católica y profundizamos en la experiencia de Holanda, un país con grandes avances en la legislación sobre la práctica, pero que aun enfrenta dificultades para lograr consensos. A lo largo de estos capítulos hemos intercalado ideas de otros autores para mostrar los puntos de acuerdo y desacuerdo con respecto a una diversidad de situaciones y problemas relacionados con las decisiones sobre el final de la vida. Al revisar esta pluralidad de opiniones a lo largo de nuestra investigación, se hicieron evidentes los puntos principales que conforman la discusión sobre la eutanasia, los cuales retomamos en este capítulo para analizarlos y plantear nuestros propios puntos de vista al respecto. De esta forma, esperamos contribuir al debate sobre un tema que no debe postergarse más en nuestro país, el cual deberá tomar en cuenta la opinión de la sociedad para promover un proceso de revisión de la legislación de esta práctica. No puede ignorarse que las leyes que hoy prohíben la eutanasia en México fueron creadas hace muchos años, cuando no podía hacerse mucho por prolongar el final de la vida y la eutanasia difícilmente representaba una opción para las personas.

Afirmar que en México es necesario el debate de la eutanasia no responde sólo al hecho de reconocer los problemas y la experiencia de otros países, sino de asumir que los pacientes y sus familiares, aquí en nuestro país, piden con frecuencia a sus médicos que los ayuden a morir, tanto en las instituciones oficiales como en las privadas. Los médicos se ven obligados a responder de alguna manera a tales pedidos. Algunos responden dando la ayuda que les piden y aplican la eutanasia, a pesar de saber que actúan fuera de la ley y que asumen enormes riesgos por ello. Muchos otros no responden al pedido de sus enfermos, quienes entonces se ven privados de la única ayuda que quieren recibir. Todas estas situaciones se vuelven muy complejas porque se dan en un contexto de clandestinidad e

¹ Revisar el tema de la eutanasia ha implicado y seguirá implicando tocar diversas acciones relacionados con la muerte médicamente asistida, la cual, además de la eutanasia, incluye el suicidio médicamente asistido y la terminación de la vida sin solicitud expresa.

inseguridad sobre el cual no hay posibilidad de tener ni conocimiento ni un control adecuado.²

Desde nuestra perspectiva, la discusión sobre la eutanasia supone de entrada resolver cuatro preguntas vinculadas entre sí, formuladas de tal forma que la respuesta afirmativa de cada una, de lugar a la siguiente:

- 1) Si un paciente tiene derecho a decidir la terminación de su vida.
- 2) Si tiene derecho a pedir a un médico esa ayuda.
- 3) Si éste tiene algún deber de responder a esa petición.
- 4) Si el Estado debe respaldar los derechos del paciente y el deber del médico.

Ya hemos visto que en Holanda se han respondido de manera afirmativa las preguntas anteriores. Es el resultado de un debate que se ha mantenido en ese país desde hace treinta años con la participación de toda la sociedad y con un papel muy activo por parte de las principales asociaciones representantes de la institución médica, así como de las máximas autoridades responsables de la impartición de justicia. De esa forma, el gobierno ha podido encontrar soluciones a los problemas que enfrentan sus habitantes al final de la vida y tiene control legal sobre ellas. Aun así, sigue promoviendo la investigación y la discusión para perfeccionar la legislación y el control sobre las decisiones médicas relacionadas con la muerte asistida, sobre todo para aquellas situaciones que no se ajustan a los criterios que contempla la definición de eutanasia.³

² Al comentar los resultados de la encuesta que el Centro de Investigaciones Sociológicas realizó en España sobre la eutanasia (en la que se encontró que una mayoría de médicos -6 de cada 10- es partidario de legalizarla), la asociación Derecho a Morir Dignamente comenta que una de las ventajas de su legalización es evitar las eutanasias clandestinas. Y un médico especialista en el tratamiento del dolor dice: "Todos sabemos qué pasa. Normalmente se hace bien, en casos muy claros. Pero sería preferible que estuviera regulada. Por nosotros y por los pacientes." Véase *El País*, 14 de octubre de 2003. Por su parte, Alejandro Herrera, al reflexionar sobre el tema de la eutanasia, sostiene que debe respetarse el principio de autonomía del paciente cuando éste solicita ayuda a su médico para terminar una vida de extremo sufrimiento irremediable. Práctica muy diferente a la que se sabe que se da continuamente en nuestros hospitales al terminar con la vida de ancianos desamparados. "Es tiempo ya de cambiar esta tradición hipócrita por una bien entendida tradición hipocrática". Véase Herrera, A. "El médico ante la solicitud de eutanasia", en Valdés, M., Herrera, A., Platts, M., Beuchot, M., Hierro G. *Dilemas morales de la sociedad contemporánea 2*. México D.F., Editorial Torres Asociados, 1997, p. 43-44.

³ Aunque la definición de eutanasia específica que debe existir un pedido claro y voluntario del paciente, vimos en el capítulo anterior que hay situaciones en que no existe la solicitud expresa del paciente (por tratarse de un

En ese país ha quedado claro que la muerte asistida sólo es legal dentro del contexto de la práctica médica cuando un paciente solicita a un médico que le ayude a terminar con su vida para poner fin a un sufrimiento intolerable y ese médico considera válido el pedido. Esto significa que es ilegal ayudar a morir a alguien que no tiene una enfermedad o una condición médica que justifique recibir esa ayuda,⁴ como también es ilegal que esta ayuda sea proporcionada por cualquier tercera persona que no sea médico. En cualquiera de estas situaciones, acelerar la muerte se considera un homicidio.

En el estado de Oregon, en Estados Unidos, se considera también que la muerte asistida debe ser una opción exclusiva de la atención médica, con la restricción adicional de que el médico debe limitarse a proporcionar los medicamentos necesarios para el suicidio y abstenerse de intervenir directamente para que éste se produzca.

Es muy diferente la situación legal en Suiza, en donde no se requiere una condición de enfermedad para justificar y colaborar en la decisión de una persona de terminar con su vida. En este país, la ayuda a morir se considera legítima y se permite siempre y cuando se ofrezca por motivos altruistas. La persona que colabora con quien se suicida no tiene que ser un médico, puesto que los motivos para quitarse la vida no necesariamente provienen de enfermedades o condiciones médicas.

6.1. El derecho a la muerte voluntaria

Las diferencias entre los países al legislar sobre la muerte asistida indican que no hay una concepción uniforme de esta práctica y que varían las condiciones en que se justifica y se permite. Esto significa que existen posiciones muy diversas sobre el derecho a la muerte voluntaria. Por lo mismo, nos damos cuenta que las preguntas que hemos propuesto como punto de partida para la discusión y reflexión de la muerte asistida, implican otras más. Dicho de otra forma, cada una de las preguntas se puede ampliar para considerar la muerte asistida más allá del contexto médico. Así por ejemplo, preguntarse si un paciente tiene

neonato, de un individuo en estado vegetativo persistente o de un enfermo terminal que no puede comunicarse) y puede estar igualmente justificada la intervención médica para terminar con su vida.

⁴ El caso Chabot que revisamos en el capítulo anterior es muy controvertido por tratarse de una situación límite: el sufrimiento de la mujer que pidió ayuda para morir no estaba causado por una enfermedad, pero su médico había establecido una relación profesional con ella, a través de la cual primero trató de aliviar el dolor emocional de quien consideraba su paciente y cuando se dio cuenta que no podía ayudarla a disminuir su sufrimiento, aceptó ayudarla a morir.

derecho a decidir la terminación de su vida se relaciona con una pregunta más general: si se reconoce ese derecho para cualquier persona, lo que constituye el punto central del tema del suicidio.

A lo largo de los capítulos anteriores encontramos discrepancias en este punto. Parecería lógico suponer que reconocer el derecho de un enfermo a decidir la terminación de su vida, implica reconocer previamente ese derecho a toda persona. No es así. Hay personas que aceptan el derecho de un enfermo muy grave a decidir la terminación de su vida, pero no reconocen ese derecho para cualquier persona. Hay otra personas que reconocen el derecho de todo individuo a decidir la terminación de su vida y consideran el sufrimiento que produce una enfermedad como una de tantas motivaciones para tomar esa decisión.

Por tanto, podemos afirmar que al cuestionar si una persona tiene derecho a decidir su muerte, las respuestas se dividen entre quienes niegan el derecho a cualquier persona (independientemente de su condición y motivación), quienes reconocen el derecho para cualquier persona (mientras la persona esté mentalmente capacitada para tomar decisiones)⁵ y quienes reconocen el derecho sólo cuando el motivo para terminar con la vida se debe a una enfermedad física terminal o a una condición médica que limita por completo la vida. Es interesante señalar que hay personas que se encuentran en esta tercera posición y al pedir ayuda para morir les importa establecer una clara distinción entre la eutanasia que sí aceptan (recibir ayuda de un médico para terminar con su vida) y el suicidio que desaprobaban (terminar ellos mismos con su vida).⁶

Ahora bien, así como la primera pregunta puede dar lugar a otra relacionada con ella, también puede hacerlo la segunda: “¿Tiene un paciente derecho a pedir a un médico ayuda

⁵ El tema del suicidio está frecuentemente asociado al de la enfermedad mental. Para muchas personas, el suicidio siempre es un síntoma de enfermedad mental y por ello mismo debe prevenirse (la posición de la psiquiatría), mientras que para otros, el suicidio puede justificarse siempre y cuando no sea un síntoma de una condición mental tratable que disminuya la libertad de la persona. Esta posición da por supuesto que hay suicidios que no implican una enfermedad mental y son acciones extremas con las que las personas expresan su última posibilidad de libertad.

⁶ Fue el caso de Miss B que revisamos en el capítulo 3, la mujer británica tetrapléjica que obtuvo el permiso judicial para que se le desconectara el respirador artificial que la mantenía con vida. La paciente comentó que ella no hubiera apagado por sí misma la máquina (en el supuesto de que hubiera habido un mecanismo para que ella pudiera hacerlo) porque era creyente y no quería, al suicidarse, dejar esa marca entre sus familiares y amigos. Es también la idea que defiende el teólogo católico Hans Küng, quien considera legítima la eutanasia para el caso del enfermo muy grave, pero moralmente reprobable para una persona que busque terminar con su vida por otro tipo de problemas. El Vaticano condena igualmente la eutanasia y el suicidio por ser ambos actos que atentan contra la vida humana cuyo fin sólo Dios puede decidir.

para morir?”, puede ampliarse a: “¿Tiene una persona derecho a pedir a otra persona ayuda para morir?” Como puede verse, las posibles combinaciones de respuesta se multiplican en la medida en que se abren las opciones más allá del contexto médico. Hay básicamente dos posiciones entre quienes reconocen el derecho de las personas a decidir la terminación de su vida (tenemos presente el hecho de que unos sólo lo reconocen en quienes padecen una enfermedad física grave): quienes piensan que las personas tienen derecho a pedir ayuda para morir y quienes piensan que no lo tienen, que deben procurarse la muerte por sí mismas. Se podría incluir una tercera posición, la de quienes reconocen este derecho exclusivamente para el caso de personas que se encuentran físicamente imposibilitados de terminar con su vida, aun cuando quisieran hacerlo. Sin embargo, a la hora de considerar a quién corresponde pedir esa ayuda, hay también una diversidad de opiniones: ¿a un médico o a cualquier persona? Ya vimos que la solución en Holanda y en Suiza supone concepciones muy diferentes; en el primer país se permite exclusivamente la ayuda a un paciente por un médico, mientras que en el segundo, se permite ayudar a morir a cualquier persona que lo pida y lo puede hacer cualquier persona. Por supuesto, en ambos países deben reunirse ciertas condiciones.

Si seguimos revisando las preguntas restantes que propusimos, tendríamos que ampliarlas en el mismo sentido. La tercera pregunta: “¿Tiene un médico algún deber de responder al pedido de ayuda para morir de un paciente?”, se puede convertir en: “¿Tiene una persona algún deber de responder al pedido de ayuda para morir de otra persona?”⁷ Por el momento dejamos de lado cuáles pueden ser esas condiciones en que se encuentra una persona que pide ayuda para morir cuando no está gravemente enfermo, las cuales seguramente le importará valorar a quien recibe un pedido como éste.

Entre quienes reconocen el derecho de las personas a decidir la terminación de su vida en todos los casos, hay unos que piensan que en ningún caso se podría considerar un deber ayudar a morir a quien lo pide. Otros que creen que sólo puede tomarse como un deber en el caso de pacientes con enfermedad terminal o en condiciones médicas muy

⁷ Al hablar de “deber” lo hacemos en el sentido de preguntar si la persona que pide ayuda para morir merece recibirla por efecto de algún tipo de solidaridad hacia ella, pero no pensamos “deber” en el sentido de una obligatoriedad. Todas las legislaciones que permiten la muerte médicamente asistida aclaran que ningún médico está obligado a aplicar la eutanasia o ayudar a un paciente a suicidarse si hacer esto va en contra de sus valores. Cabe aclarar que también los enfermeros pueden negarse a hacer los preparativos para que pueda practicarse la eutanasia.

graves. Por último, otros que consideran que, según el caso, el deber de ayudar a morir puede darse con relación a cualquier persona que lo pida. Quienes consideran que el deber de ayudar a morir sólo puede existir hacia un enfermo grave, se dividen entre los que sostienen que la persona que debe dar tal ayuda es un médico y los que admiten que puede darla una persona diferente. La idea de que el médico es el más indicado para ayudar a morir tiene que ver con el hecho de que su intervención se concibe como parte de la atención médica que da al paciente, dentro de la cual, ayudar a morir puede ser la única forma que queda de proporcionarle alivio. Pero también tiene que ver con el hecho de que los médicos, además de estar capacitados para utilizar los fármacos en la dosis y en la vía más conveniente, son quienes tienen acceso legal a ellos.

Sin embargo, nuevamente nos damos cuenta que las opiniones se dividen y que muchas personas, principalmente médicos, sostienen la idea de que sus colegas nunca deben ayudar a morir a un paciente porque esto va en contra de su profesión, que es preservar la vida. Otros pueden aceptar que los médicos ayuden a sus pacientes, pero consideran que el auxilio debe limitarse a proporcionar los medicamentos y debe ser la persona que quiere morir quien realice la acción última que causará la muerte. Y una posición más es la que defiende Szasz, quien considera un gran error que la ayuda para morir se haya convertido en un asunto que deciden los médicos, quienes determinan en qué sujetos se puede hacer la excepción para justificar y apoyar una decisión de muerte voluntaria que normalmente consideran una expresión de enfermedad mental.⁸

De las cuatro preguntas originales para guiar el debate sobre la eutanasia, queda la última por ampliar: si el Estado debe respaldar los derechos del paciente (para decidir la terminación de su vida y pedir ayuda a su médico) y el deber del médico para responder a ese pedido. Quedaría entonces: “si el Estado debe respaldar los derechos del individuo para morir y para pedir ayuda a otra persona, y el deber de ésta para responder a esa petición”. A

⁸ Szasz, T. *Libertad Fatal*. Barcelona, Paidós, 2002, en especial el capítulo 5, “La prescripción del suicidio. La muerte como tratamiento”, y el 6, “La perversión del suicidio. El asesinato como terapia”, p. 128-207. Las reflexiones y críticas de este autor a la medicalización del suicidio nos parecen muy lúcidas en cuanto cuestionan el poder de los médicos para decidir cuándo deben prevenir el suicidio y cuándo apoyarlo, lo cual puede significar en muchos casos expropiar al sujeto la responsabilidad sobre su muerte voluntaria. Sin embargo, nos da la impresión de que Szasz ignora las condiciones en que muchas personas deciden su muerte voluntaria (como es el caso de los enfermos terminales con sufrimiento intolerables); en ellas, nos parece adecuado que cuenten con el apoyo y la ayuda de su médico para alcanzar su propósito y no pensamos que tal hecho disminuya su autonomía.

pesar del antecedente de Suiza, habiendo llegado a este punto, nos parece que la respuesta intuitiva es que no, que el Estado no tiene por qué respaldar la decisión de cualquier persona que quiere morir e involucrar a otra para que la ayude ni tiene por qué respaldar a esa otra persona para que dé esa ayuda.

Pensamos que las preguntas que inicialmente hacemos con relación a un paciente y un médico y que podemos responder afirmativamente, se demuestran un tanto insostenibles si las ampliamos al caso hipotético de cualquier persona. Aunque quizá tampoco haya que precipitar la respuesta y así como creemos que el Estado no debe respaldar tales derechos ni tal supuesto deber, también nos preguntamos si le corresponde impedirlos cuando provienen de ciudadanos que eligen libremente sin dañar a otros.⁹

Uno de los problemas que plantea la muerte voluntaria es que generalmente hay alguien afectado por ella, además de quien termina con su vida.¹⁰ Desde luego, la forma y el grado en que otros se ven afectados varía enormemente de acuerdo a las circunstancias en que se decide y se realiza una muerte voluntaria. Es mucho más doloroso descubrir que una persona cercana y amada se ha suicidado, sin que se tuviera alguna advertencia de sus planes, que presenciar el momento de la muerte de una persona querida que decidió poner fin a su vida, mediante la eutanasia, para terminar con el sufrimiento de una enfermedad. En el primer caso, existen otros elementos que agraven el dolor: imaginar la soledad que rodeó la decisión y la muerte de quien se suicidó, el hecho posible de que la muerte fuera violenta, así como la confrontación que supone no comprender la razón por la cual la persona decidió la separación definitiva de todo lo que formaba parte de su vida y la posible culpa de pensar

⁹ Es el argumento de Mill para señalar los límites del Estado liberal, el cual no tiene por qué intervenir en las acciones de los ciudadanos que no dañan a otros. Véase Mill, J.S. *On Liberty*, editado por R.B. McCallum, Oxford, Blackwell, 1946., citado por Charlesworth, M. *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996, p.18-19. Representa una objeción al argumento de Mill el hecho de que el Estado le importa preservar la vida humana de sus ciudadanos, aun cuando existan elementos que indiquen que esto va en contra de los propios intereses de un ciudadano en particular. Vimos en el capítulo 3 que por esta razón los padres de Nancy Cruzan tuvieron que esperar siete años antes de obtener el permiso judicial para que se interrumpiera el soporte de vida artificial que mantenía con vida a su hija en estado vegetativo persistente. Los jueces debían haber tenido más presente a Mill.

¹⁰ Reconocer que la muerte voluntaria de una persona generalmente afecta a otros es un aspecto importante a considerar, pero no puede ignorarse que a lo largo de la vida las personas deben tomar muchas decisiones que afectan de diferente forma a otros y pueden ser éticamente adecuadas: terminar una relación sentimental, cambiar de trabajo, de residencia, etc. El reconocimiento de que otros se ven afectados por esas decisiones, puede ser, en ciertas situaciones, una razón para no tomar la decisión, pero en otras, *no* tiene por qué serlo.

que pudo haber necesitado una ayuda que no se le pudo dar.¹¹ En el segundo caso, el hecho de que no existan estos elementos, no elimina el dolor que siempre produce la muerte, pero sí evita la angustia, la culpa y otras aflicciones adicionales.

6.2. Eutanasia y suicidio. Semejanzas y diferencias

Desde nuestra perspectiva, reconocer el derecho de un paciente a decidir la terminación de su vida, debería implicar reconocer este derecho en toda persona. La opción de decidir la muerte es inseparable de la libertad del ser humano para vivir.¹² En este sentido, vivir es siempre una elección porque siempre se puede elegir no hacerlo.¹³ Según John Mackie, el derecho a vivir tiene como corolario el derecho a terminar con la propia vida. Para este filósofo, no es difícil describir circunstancias en que el suicidio es permisible y considera que no puede haber nada moralmente malo en el hecho de ayudar a un suicidio genuinamente voluntario; por extensión, considera que sucede lo mismo con la eutanasia cuando alguien pide que se le mate por razones que son comprensibles.¹⁴

Visto así, la determinación de pedir ayuda para terminar morir, mediante la eutanasia, no se distingue en lo esencial del suicidio en tanto ambas acciones responden a una decisión deliberada y voluntaria de poner fin a la propia vida.¹⁵ Sin embargo, es innegable que se distinguen en muchos aspectos. Decíamos antes que puede ser menos perturbadora la muerte producida por una eutanasia que la causada por un suicidio y esto es

¹¹ Según Pepe Rodríguez, en nuestra cultura, horrorizada por la muerte, resulta incomprensible que alguien se quite la vida con plena libertad y responsabilidad, no importa lo que esté sufriendo en su fuero interno. Como nadie quiere entender el suicidio de una persona cercana como un acto deliberado de autodestrucción, busca un chivo expiatorio para convertir al suicida en víctima de algo o alguien. Considera este autor que quien se suicida es el responsable de su muerte y esto es importante comprenderlo porque el suicida, con su acto, muchas veces deja a quienes le sobreviven un mensaje de culpa o condena difícil de asumir, sin la menor oportunidad de defenderse o aclarar las conductas. Véase Rodríguez, P. *Morir es nada*. Barcelona, Ediciones B, 2002, p. 268-273.

¹² Libertad que no puede separarse de la responsabilidad y que finalmente es condición de la ética. “El verdadero fundamento de la condición ética del hombre es la libertad”. Véase González, J. *Ética y libertad*. UNAM/Fondo de Cultura Económica, 1997, p. 22.

¹³ Ya decía Camus: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no vale la pena de vivirla”. Véase Camus, A. *El mito de Sísifo*. Madrid, Alianza Editorial, 1981, p. 15.

¹⁴ Mackie, J.L. *Ethics. Inventing right and wrong*. London, Penguin Books, 1990, p.196-7.

¹⁵ Es muy importante diferenciar el suicidio voluntario del suicidio “involuntario” que se realiza en un estado mental alterado, como puede ser el de un esquizofrénico que se quita la vida respondiendo a las órdenes de sus alucinaciones; o el de una persona con una depresión severa, debida a la cual su voluntad se encuentra severamente afectada. En el capítulo anterior nos ocupamos del tema de la autonomía en el paciente psiquiátrico.

así por las condiciones en que se dan cada una de estas formas de muerte. A diferencia de lo que sucede con la persona que decide que se le aplique la eutanasia y comparte esta decisión con su médico y sus familiares,¹⁶ la persona que decide suicidarse (por razones que no justifican una eutanasia), al no poder o no querer pedir ayuda, tiene que utilizar los medios que estén a su alcance para procurarse la muerte. Tan sólo por esto, es más probable que se muera de forma violenta y dolorosa, además de que el individuo corre el riesgo de fallar en su intento y seguir viviendo en un estado físico que puede ser muy lamentable.¹⁷ En este aspecto, la forma de morir mediante el suicidio difiere extraordinariamente de la eutanasia que busca siempre proporcionar una muerte segura y sin dolor.¹⁸

Pero no sólo hay diferencias entre una y otra forma de muerte por el hecho de que la persona que se suicida actúa sola, mientras que el enfermo que pide la eutanasia recibe ayuda, tiene una muerte segura, sin dolor y está acompañado (todo lo cual ya la distinguen bastante). También hay una diferencia sobre la que hay que llamar la atención por muy obvia que parezca: el hecho de que quien se suicida sin ayuda actúa sin involucrar a otros, mientras que quien pide la eutanasia sí comparte con otros la responsabilidad de su decisión. ¿Se jugará en esto alguna diferencia en términos morales?, ¿se podría decir que es más responsable quien asume una decisión tan grave como matarse sin involucrar a otros?

Según Calsamiglia, si el enfermo que quiere terminar con su vida está capacitado para hacerlo por sí mismo, al pretender que un médico le aplique la eutanasia, está trasladando a éste la responsabilidad cuando podría defender sus intereses de manera

¹⁶ Esto sucede, sobre todo, en lugares en que la eutanasia es legal y puede pedirse abiertamente, lo que facilita al enfermo contar con el apoyo de médicos y familiares a lo largo del proceso de decisión y en el momento final.

¹⁷ Pensamos en los casos en que el individuo está decidido a suicidarse y falla. Éstos deben distinguirse de los casos en que el individuo realiza un intento de suicidio como un pedido consciente o inconsciente de ayuda; al recibir tratamiento, es posible que después agradezca el hecho de seguir vivo.

¹⁸ Es comprensible que la muerte de un familiar sea menos traumática si éste muere por eutanasia que por suicidio. Es más interesante reflexionar sobre el hecho de que pueda ser también menos traumática la muerte por eutanasia que la muerte por causas naturales. En una investigación realizada en Holanda para estudiar los efectos en los familiares y amigos en duelo de pacientes que habían muerto por eutanasia, se encontró que éstos tenían menos síntomas traumáticos de duelo que los de pacientes que murieron por causas naturales, lo cual puede explicarse porque tuvieron más posibilidades de despedirse, de hablar abiertamente de la muerte, compartir la decisión de morir mediante una eutanasia y ver a sus enfermos sufrir menos en el momento final. Véase Swarte, N., Lee, M. van der, Bom, J. van der, Heintz, A.P. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:189. Los autores aclaran que no deben interpretarse los resultados como una defensa de la eutanasia, sino como un llamado para que haya la misma apertura y atención con todos los pacientes terminales.

autónoma.¹⁹ Quizás haya una parte de verdad en esta afirmación, pero más que establecer si una decisión es mejor que la otra, por ahora nos interesa señalar sus diferencias y una de ellas es que en la eutanasia, quien decide morir, comparte la responsabilidad de esa determinación. Por lo menos con su médico, aunque es muy probable que también lo haga con uno o más familiares. Desde luego, el médico que se involucra y decide compartir esa responsabilidad, lo hace libremente.

Parece necesario explicar un poco más esta diferencia por la cual la eutanasia se considera una acción que puede llegar a permitirse o tolerarse, mientras que no sucede lo mismo con la ayuda a quien quiere suicidarse. ¿Es esta diferencia en la percepción social la que obliga al suicida a una mayor clandestinidad y soledad?, ¿o se podría decir que la percepción social sobre la acción de suicidarse se conforma así porque se reconoce en el suicidio algo en sí mismo rechazable? Tal vez sea muy difícil separar estos aspectos que finalmente funcionan reforzándose mutuamente, pero sí podemos afirmar que la forma de actuar del suicida responde en gran medida a la valoración social y legal de su entorno. En este sentido, el caso de Suiza se presenta como una excepción muy interesante por reconocer el derecho al suicidio y permitir la ayuda al mismo mientras el pedido sea autónomo y la ayuda no responda a fines egoístas. En la mayoría de los países, aunque el suicidio ha dejado de ser penalizado,²⁰ se considera delito el auxilio al suicidio, por muy contradictorio que resulte considerar ilegal una acción que consiste en ayudar a cometer otra acción que supuestamente es legal.²¹ Por otra parte, hay que reconocer que la valoración social del suicidio la comparte el mismo suicida en muchos aspectos; puede ser que esté decidido a

¹⁹ Calsamiglia, A. Sobre la eutanasia. En Vázquez, R. (ed) *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*. México, D.F., Instituto Tecnológico Autónomo de México/Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 160.

²⁰ El Código Penal de Bolivia sigue sancionando el suicidio frustrado; Inglaterra dejó de hacerlo en 1961 cuando la mayoría de los países europeos ya habían dejado de penalizarlo. Véase Díaz Aranda, E. *Del suicidio a la eutanasia*. México D.F. Cárdenas Editor, 1998, p. 77.

²¹ El hecho de que esté despenalizado el suicidio frustrado significa que ya no se considera un delito, pero para muchas personas, en particular psiquiatras, es una expresión de enfermedad mental. Por eso, es probable que el suicida frustrado se vea sometido, en principio en contra de su voluntad, a medidas médicas para salvar su vida y a tratamiento psiquiátrico (Szasz diría que de esta forma se sigue "penalizando" el suicidio). No puede criticarse que se realicen en forma rutinaria acciones para evitar la muerte de personas que fallan en su intento de suicidio; son medidas que deben decidirse en situaciones de urgencia en las que los profesionales de la salud se limitan a cumplir con su deber y en muchas ocasiones confirman que las personas agradecen estar vivos una vez que se recuperan ya que lo que realmente buscaban a través de su intento de suicidio, de manera consciente o inconsciente, era la atención y ayuda de los demás. Esto no quiere decir que no haya suicidios que fracasan

terminar con su vida, pero es consciente de que sería inaceptable pedir esa ayuda a otros y por esa razón se siente obligado a actuar por sí mismo.

No podemos abarcar en este estudio el análisis de un tema tan complejo como el suicidio porque rebasaría por mucho los límites de nuestro trabajo. Sin embargo, es importante tener en cuenta sus semejanzas y diferencias con la eutanasia en particular, y con la muerte médicamente asistida en general. Hacer una reflexión sobre ellas es útil para identificar los principios éticos y los argumentos a favor y en contra de la eutanasia y, con base en ellos, considerar si debe o no legalizarse. Nos servirá analizar si hay algo específico en la muerte médicamente asistida a un enfermo que la haga más aceptable que el suicidio desde el punto de vista ético y legal. Ésa es la posición de los gobiernos que han legalizado la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, pero no es compartida por el de Suiza. Ésta es una diferencia que no podemos dejar de tomar en cuenta, como tampoco es un dato irrelevante que muchos defensores del suicidio médicamente asistido, condenen el suicidio que no es motivado por el sufrimiento de una enfermedad terminal.

6.3. La elección en cuestión

Una razón por la que puede justificarse pedir y dar ayuda para morir en la eutanasia y en el suicidio médicamente asistido es que el motivo para decidir la terminación de la vida se da en una situación en que la muerte del enfermo se va a producir de manera inevitable en un tiempo cercano. De esta forma, el enfermo lo único que pide es acelerar ese final para terminar con el dolor o con la indignidad que le causa su condición. Esto equivale a decir que el enfermo elige entre dos formas de muerte, más que entre la vida y la muerte. Ante la perspectiva de una muerte que espera con horror e incertidumbre por no saber cuánto tiempo más se prolongará su agonía, opta por otra que significa la posibilidad de acabar con el sufrimiento y mantener cierto control sobre lo que le queda de vida. El enfermo no puede elegir entre la vida y la muerte porque su enfermedad le ha quitado esa opción y este es un dato que el oncólogo francés Léon Schwartzberg deja muy claro: los pacientes que le han

muy a pesar de las personas que los intentan, las cuales hubieran podido asegurar su propósito de haber contado con ayuda.

pedido la eutanasia han sido personas que han amado profundamente la vida. Por eso, no son ellos quienes ya no quieren la vida, “es la vida quien ya no nos quiere”.²²

Otro motivo por el que se justifica la muerte médicamente asistida, pero no el suicidio, es porque aquélla es una decisión que se da en el contexto de la atención médica. Una vez que el médico reconoce que no puede curar a su paciente, permanece con él para intentar aliviar todos los síntomas que padece, pero hay enfermos que no encuentran alivio y consideran insoportable seguir viviendo. No sólo por los terribles dolores e incomodidades que padecen, sino porque sienten su vida degradada y les parece indigna la condición de dependencia y las limitaciones con que subsisten.²³ En este contexto puede ser que un paciente pida al médico que ha permanecido a su lado que le ayude a morir por considerar que es lo único que puede poner fin a su sufrimiento. Ante esta decisión del enfermo, el médico decidirá si la responsabilidad para con su paciente llega hasta considerar la muerte asistida como la última acción con la que puede ayudarlo. En una situación así, se podría decir que al derecho del paciente de decidir la terminación de su vida, se añade su derecho a pedir ayuda (difícilmente podría procurarse la muerte por sí mismo en la situación en que se encuentra y, aun si pudiera, sería muy probable que los demás advirtieran su intención) y este pedido encuentra respuesta en un médico que considera parte de su deber ayudar a su paciente a morir mejor.²⁴

Sin embargo, si profundizamos en la tarea de identificar las semejanzas y diferencias entre la eutanasia y el suicidio, nos damos cuenta que muchos de los límites que las separan se pierden al analizarlos de cerca. Cuando creemos encontrar una característica que explique

²² Schwartzberg, L. “Des soins palliatifs à l’euthanasie”, en *Pour une mort plus douce* (por una muerte más dulce). *Panoramiques*, núm 21, 1995, p.150.

²³ Los estudios sobre las características de los pacientes que optan por la muerte médicamente asistida (suicidio asistido en Oregon y eutanasia en Holanda) indican que en muchos casos no es el dolor físico lo que motiva el pedido, sino la necesidad de mantener la dignidad y la autonomía. Christine Cassel señala que muchos enfermos, más que al dolor, tienen miedo a los síntomas que amenazan la personalidad y a la pérdida de dignidad e individualidad. Es el caso de pacientes con sida que van a sufrir demencia y han visto a algunos amigos pasar por ese descenso hacia un estado de absurdidad o degradación. Véase Cassel, C. “El suicidio asistido por el médico: ¿progreso o peligro?”, en Thomasma, D., Kushner, T., *De la Vida a la Muerte. Ciencia y Bioética*. Madrid, Cambridge University Press, 1999, p. 242.

²⁴ Con respecto al “suicidio asistido”, Szasz cuestiona que una persona *necesite* solicitar a otra una acción que ella puede hacer por sí misma. Véase Szasz, T. *Op. cit.* p. 131-132. Es cierto que en ocasiones los enfermos terminales pueden procurarse la muerte por sí mismos, pero no es así en todos los casos. Szasz también critica que dar muerte sea considerado un tratamiento por el hecho de que la eutanasia es una acción efectuada por un médico que recibe un paciente y se legitima como beneficiosa. Véase Szasz, T. *Op. cit.* p. 131. Pero se equivoca en un punto: la eutanasia se proporciona precisamente a falta de un tratamiento médico que ofrecer.

por qué una sería justificable y otro no, aparecen elementos que nos demuestran que la diferencia no es tan clara. Por ejemplo, es posible que sea cierto que muchas personas que piden la muerte médicamente asistida querrían seguir viviendo de no tener una enfermedad que los arrastra a la muerte porque aman y valoran extraordinariamente la vida, al mismo tiempo que tienen muy claro el tipo de vida que no desean vivir. Pero no necesariamente es así; puede ser que haya personas que se encuentran en esa situación y no disfrutaban su vida antes de enfermar. De la misma forma, aunque se diga que las personas que deciden suicidarse sin padecer una enfermedad, lo hacen porque no valoran o no tienen amor por su vida, se corre el riesgo de hacer una generalización infundada. Puede haber muy diferentes razones por las cuales alguien decide terminar con su vida y habría que aceptar que así como un enfermo terminal llega a encontrar intolerable una vida que valoraba antes de su enfermedad, una persona que se suicida puede hacerlo porque sucedió algo en su vida por lo cual ésta perdió el valor que tenía.²⁵

Por otra parte, si bien hemos señalado que la condición de enfermedad terminal es la que justifica la eutanasia, hemos visto, sobre todo en el capítulo que revisa la experiencia holandesa, que las situaciones en que se permite esta práctica se han ido ampliando y se podrían ampliar más.²⁶ Así también, Jacques Pohier, quien aboga por el derecho de los ciudadanos (católicos incluidos) a decidir la terminación de la vida, extiende este derecho para las personas de edad avanzada, aun cuando no padezcan una enfermedad que amenaza su vida.²⁷ De esta manera, podría llegar un momento en que las causas que justifican la eutanasia no serían tan diferentes de las de muchos suicidios en los que ha habido una reflexión que lleva a la persona a terminar con su vida. Y quizás, esto implica reconocer que la eutanasia, como su definición lo indica, se caracteriza por localizarse en el contexto médico y no hay una diferencia, desde el punto de vista ético, que la distinga del suicidio, pero sí desde la perspectiva social que la hace más aceptable. En cierta forma, tiene razón Pohier al criticar que se haya medicalizado demasiado la eutanasia y de esa forma se haya

²⁵ Es el caso de la mujer a la que ayudó a morir el doctor Chabot que revisamos en el capítulo anterior.

²⁶ Es el caso de los pacientes con sufrimiento mental sin enfermedad física lo que mejor ejemplifica estas situaciones.

²⁷ Revisamos este autor en el capítulo 4. Sostiene que los avances tecnológicos han prolongado la etapa de vida que antecede a la muerte de muchos enfermos y ancianos que merecen vivir esta etapa dignamente y tener la opción de decidir cuándo y cómo quieren morir. Véase Pohier, J. *La mort opportune*. Paris, Editions du Seuil, 1998, p. 18-26.

perdido de vista que se trata de un problema de la sociedad y no de la medicina. Según él, el Estado debe proteger mediante la legislación el derecho del hombre a ejercer su libertad al final de la vida.

Y a pesar de que pensamos que no le falta razón a este autor, nos parece muy complicado que esto pueda funcionar fuera del contexto médico y más allá de las situaciones en que es evidente que existe una situación de sufrimiento intolerable para un paciente con una enfermedad terminal o una condición médica que limita por completo la vida. Esto no nos impide reconocer cierta contradicción al asumir esta posición: si la eutanasia es aceptada y permitida, es porque los médicos y el Estado deciden qué paciente tiene derecho a decidir su muerte, cuando supuestamente el fundamento de la eutanasia es la autonomía del paciente, la cual incluye tomar la decisión sobre el final de su vida y ésta no tendría por qué ser sancionada por un tercero. Pero tal vez no hay contradicción ya que en la eutanasia hay siempre una solicitud de ayuda con la cual se está involucrando a un tercero, quien la puede aprobar o desaprobado. Esa solicitud generalmente está descartada en el caso de quien quiere suicidarse, en parte porque la persona misma no quiera involucrar a otros, pero también porque hablar de querer suicidarse implica correr el riesgo de ser tratado como enfermo mental, lo cual nuevamente demuestra que la medicina (en específico la psiquiatría) sanciona cuándo es válido pensar en terminar la propia vida y cuándo es síntoma de una enfermedad.

Con lo señalado en este apartado, podría parecer que el suicidio es el único tema problemático y no el de la eutanasia y desde luego que no es así. Simplemente nos pareció importante mostrar cómo se relacionan y cómo funciona en la opinión de las personas y las instituciones esa relación. Cómo pueden ser tomados como acciones similares por unos y completamente diferentes por otros. En cuanto a nuestra posición, creemos que el derecho a terminar con la propia vida es inseparable del derecho a vivir, que el derecho a vivir no debe confundirse con la obligación de vivir y es quien vive su vida a quien le toca decidir si ésta debe continuar o terminar. En este sentido, sí parece una contradicción que se necesite la aprobación de otros para validar una decisión tan tremenda y tan individual como es poner fin a la vida, pero también entendemos que sea así en la eutanasia porque ciertamente hay otros implicados, en primer lugar el médico que ayuda al enfermo a morir, pero también los familiares que se ven afectados por su muerte y que deben apoyar su decisión. Ahora bien,

es importante tener en cuenta que quienes se involucran en la eutanasia del enfermo lo hacen también libremente y responsablemente y pueden hacerlo porque comprenden y están de acuerdo con esa decisión.

Y sin embargo, quedan algunos puntos sobre los que conviene mantener abierta la reflexión. Aunque resulte comprensible, no deja de ser problemático que la eutanasia sea una opción que tomen algunos enfermos para terminar con su vida, cuando ellos mismos no estarían dispuestos a realizar la acción que provoque su muerte. Una cosa es pedir ayuda porque uno está incapacitado para hacerlo por sí mismo o porque quiere asegurarse un método seguro y sin dolor, y otra cosa, es pedir ayuda para transferir a otro la responsabilidad de una acción tan grave como es producir la muerte. Uno se inclinaría a decir que no corresponde ayudar a alguien a morir en esa situación, aunque no haya garantía de comprobar que alguien que afirme que estaría dispuesto a darse muerte por sí mismo realmente lo piense así. Pero también es importante reconocer que afecta demasiado el estigma social que rodea al suicidio y que en una situación tan tremenda como es decidir la terminación de la propia vida, ayuda mucho saber que se puede estar acompañado por familiares cercanos, que se cuenta con la ayuda de un médico que proporciona un método seguro y no violento, y que éste comparte la responsabilidad de la decisión y tiene la aprobación social y legal para actuar (en los escasos lugares en que se ha legalizado). Todo esto significa un peso menos, tanto para el enfermo como para su familia, todos los cuales de por sí enfrentan un momento difícil y doloroso.²⁸

Es importante tener presente que la decisión de poner fin a la propia vida es una decisión ética antes que médica y, como tal, puede ser correcta o incorrecta según las circunstancias de cada caso.²⁹ Aun así, pensamos que está bien que un médico ayude a morir a un enfermo que lo solicita, en lugar de dejar la decisión completamente en manos de éste confiando en que sea una decisión libre y responsable que no tiene por qué ser sopesada y compartida por otros. Si fuera así, las personas con una enfermedad incurable tendrían que terminar con su vida cuando todavía se encuentren suficientemente bien como para poder

²⁸ El estigma social del suicidio también se puede comprobar en las encuestas sobre el suicidio médicamente asistido. La respuesta es más favorable a esta práctica cuando se pregunta si se está de acuerdo en que el médico ayude a un paciente a “terminar con su vida,” que cuando se pregunta que le ayude a “suicidarse”. Véase la página de *The Pew Research Center* en <http://people-press.org/reports/print.php3?PageID=725>

²⁹ Esto se encargan de recordarlo autores como Pohier y Szasz al cuestionar que el derecho a la terminación de la vida se haya convertido en un asunto médico.

hacerlo por sí solas, lo que supondría que tendrían que dejar de vivir un tiempo de vida que posiblemente todavía querrían vivir. Sin duda, muchos enfermos no tendrían la posibilidad de tomar esta decisión por no haberse dado cuenta a tiempo de la gravedad de su padecimiento. Por otra parte, para que los enfermos realmente pudieran actuar por sí mismos, sin involucrar a otros, tendría que permitirse el libre acceso a drogas letales que hoy sólo pueden prescribir los médicos y pensamos que está bien que así sea. De otra forma, habría muchas personas que se suicidarían sin haber tenido la oportunidad de recibir un tratamiento o esperar que cambien algunas circunstancias de su vida que podrían eliminar en ellas la idea de suicidarse.

6.4. La muerte médicamente asistida

Además de señalar las coincidencias y discrepancias entre la muerte asistida y el suicidio, hemos mostrado la complejidad del tema de la muerte voluntaria. Ahora volvemos al tema específico que nos ocupa que es la muerte médicamente asistida y en particular la eutanasia. Al retomar las cuatro preguntas originales que conforman el eje del debate sobre esta práctica, nos inclinamos a responderlas de la misma forma en que lo ha hecho Holanda, limitando el contexto de la muerte asistida a la atención médica.

6.4.1. ¿Tiene derecho un paciente a decidir la terminación de su vida?

Nuestro interés al plantear estas preguntas es proponerlas como punto de partida de un debate que es necesario en nuestro país, pero podemos anticipar que éste no será fácil. Es previsible que haya voces que quieran impedir el debate mismo al responder esta primera pregunta negando el derecho de cualquier paciente a decidir el final de su vida con base en argumentos religiosos. Es posible que la influencia de la Iglesia Católica se haga presente de inmediato, más de lo que de hecho ya está (muchos católicos, al considerar el tema de la eutanasia, dan por supuesto que debe prohibirse porque así lo establece su religión). Desde luego, la católica no es la única religión que prohíbe la eutanasia.³⁰ Lo mismo puede decirse del judaísmo, del islamismo y de diferentes iglesias cristianas, aunque existen algunas más

³⁰ La prohibición de la eutanasia se refiere sobre todo a la activa; la eutanasia pasiva se permite en la religión católica (como lo señalamos en el capítulo 4) y así sucede en otras religiones.

permisivas, como la anglicana, que en algunos casos permiten la eutanasia activa.³¹ Pero en general, las religiones monoteístas prohíben la eutanasia basándose en el mismo argumento: la vida es sagrada y le pertenece a Dios, quien es el único que puede decidir su final.³²

De responder la primera pregunta negando el derecho de las personas a decidir sobre la terminación de su vida, no habría lugar para considerar las demás y sería el fin del debate que proponemos. Pero como sociedad democrática que reconoce la pluralidad de ideas, sería inadmisibles aceptar que creencias religiosas que corresponden a la moral privada de las personas, se impongan a las decisiones públicas. Desde luego, este es el propósito de las publicaciones que el Vaticano dirige a los católicos, particularmente a los políticos, para que intervengan en las leyes rechazando el aborto, la eutanasia y la investigación con embriones.³³

Por otra parte, no sólo se trata de impedir que la moral privada se imponga en el ámbito público, sino también de abrir el debate para que participen en él las personas que piensan que por la religión que profesan les está excluida la opción de la eutanasia. Al revisar el capítulo dedicado a la posición católica, quedó claro que no hay una moral católica

³¹ De acuerdo a Kimsma y Leeuwen, la Iglesia Protestante Holandesa ha establecido que en una situación degradante y sin esperanza, el enfermo puede pedir y recibir ayuda para morir y esa decisión puede considerarse responsable desde el punto de vista cristiano. Véase Kimsma, G., Leeuwen, E. "Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands and the USA: Comparing Practices, Justifications and Key Concepts in Bioethics and Law", en Thomasma, D. Kimbrough-Kushner, T., Kimsma, G., Ciesielski-Carlucci, C. (Eds). *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998, p.56.

³² Para conocer la posición de una religión no monoteísta, consultamos a Carl Becker, quien reflexiona sobre la posición de budismo ante la eutanasia. Para el budismo, la muerte no es el fin de la vida, sino una transición y en el momento de la muerte es muy importante tener los pensamientos apropiados, pues del estado mental depende el renacimiento de esa persona. Desde tiempos antiguos los japoneses han respetado el derecho del individuo a escoger el momento y la manera de morir (para pasar de una existencia a otra) y este principio budista también se puede aplicar a las situaciones que viven los enfermos en la actualidad al acercarse a su muerte. La eutanasia estaba contemplada en el código samurai del suicidio: el samurai contaba con la ayuda de un kaishakunin para que le cortara el cuello después del corte que él mismo se había hecho en el abdomen porque éste, además de doloroso, no conducía a una muerte rápida. En la actualidad, al considerar la eutanasia, lo determinante no es tanto el dolor, sino el hecho de que el paciente ya no tenga la perspectiva de una interacción productiva y significativa con la sociedad. Si esto sucede, no hay razones para impedirle que busque otras experiencias significativas en otro mundo y quien asiste compasivamente a alguien que está preparado para su muerte, está siguiendo la moralidad budista. Véase Becker, C. Opiniones budistas acerca del suicidio y la eutanasia. *Revista de estudios budistas* (Asociación Latinoamericana de estudios budistas) 1992-1993; 4: 7-29. Para una revisión de la posición de diversas religiones sobre la eutanasia, puede consultarse Gafo, J. (ed.) *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, Colección Dilemas éticos de la medicina actual-13, 2000.

³³ En el capítulo 4 comentamos la más reciente publicación de enero de 2003, la *Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política* del Cardenal Joseph Ratzinger, prefecto de la Congregación para la doctrina de la Fe.

uniforme y que la posición oficial del Vaticano es cuestionada con muy fuertes argumentos por teólogos que defienden la eutanasia como una opción también para los católicos.

Con respecto a otras religiones, hemos encontrado representantes con reflexiones que indican que puede ampliarse la interpretación de los principios de su religión de manera que se permita la eutanasia activa. Étienne Rioux, pastora de la Iglesia protestante, considera que no todos los hombres se sienten capaces de soportar el sufrimiento de manera digna. La vida no se presenta como una obligación en la Biblia, sino como una bendición, así que si se vuelve una maldición por la enfermedad o por el sufrimiento, es preferible pedir la eutanasia antes de llegar a maldecir a Dios. Para Rioux, admitir la eutanasia es respetar la libertad de elección que Dios da a los hombres, la cual los hace responsables de su vida, de la cual forma parte la muerte.³⁴

Por lo que toca a la religión judía, el rabino Byron Sherwin señala que aun cuando la tradición judía condena la eutanasia, ésta puede ser válida en algunos casos, de acuerdo a la Halaka.³⁵ Así como el judaísmo ordena “Escoge la vida” (Deut. 30:19), también reconoce que “Hay un tiempo para morir” (Eccles. 3:2). De manera que cada uno, cuando se presenta el problema de la eutanasia, tiene que ver cual de estos versículos se aplica más a su caso.³⁶

También es importante tener presente la aportación de Ronald Dworkin,³⁷ quien muestra cómo influye la idea del valor sagrado de la vida en el debate sobre la eutanasia, lo mismo entre las personas religiosas que entre las que no lo son. Un aspecto muy valioso de su análisis es demostrar que pueden revisarse ideas que equivocadamente se consideran inamovibles y, de esa forma, las personas pueden modificar sus juicios sobre temas relacionados con las decisiones al final de la vida sin traicionar sus creencias. Así, sin renunciar a la idea de la santidad de la vida, arraigada de manera consciente o inconsciente en las personas, Dworkin propone reflexionar sobre lo que significa ser consecuentes con el

³⁴ Rioux, E. “Protestant, je suis pour l’euthanasie volontaire, en *Pour une mort plus douce* (por una muerte más dulce). *Panoramiques*, núm 21, 1995, p.125-128.

³⁵ Halaka, La Ley, es un conjunto de decisiones jurisprudenciales (en el sentido de que son obligatorias para la comunidad aunque sean extrajudiciales) basadas en la interpretación de la Tora, los primeros cinco libros del Antiguo Testamento, también conocidos como los Cinco Libros de Moisés y que guían, en prácticamente todos los ámbitos, la acción diaria de los individuos. Estas decisiones, junto con otros tratados sobre ética, moral y conducta se encuentran codificados en el Talmud, mismo que terminó de codificarse en el siglo III. Véase Dimont, M.I., *Jews, God and History*. Nueva York, Signet, 1962.

³⁶ Sherwin, B.L. “Euthanasia as a Halakhic Option”, en Kaplan K., Szhwartz M. *Jewish approaches to suicide, martyrdom, and euthanasia*. New Jersey, Jason Aronson Inc, 1998, p. 80-97.

³⁷ Capítulo 3.

respeto que toda vida humana merece. Sugiere que no se defienda la vida en abstracto, sino la vida concreta que cada persona vive y que se privilegie la vida personal que da sentido al individuo por encima de la vida puramente biológica. De esta forma, serán los dueños de esas vidas quienes decidan si quieren o no vivirla cuando se encuentren en situaciones en que su vida ha perdido sentido.

6.4.2. ¿Tiene derecho un paciente que quiere morir a pedir ayuda a su médico?

“Se podría decir que no hay un pedido con más carga emocional que el que pide ayuda para morir porque parece ir en contra de los tabúes sociales elementales (como es el que supone que uno siempre prefiere vivir), va en contra de las expectativas hacia el médico que está para preservar la vida y, además, en contra de la antigua regla que prohíbe matar”.³⁸

En contra de la muerte asistida se argumenta que quien quiere suicidarse no tiene por qué comprometer a otros. Ya hemos analizado este razonamiento al revisar las semejanzas y diferencias entre la muerte médicamente asistida y el suicidio, pero podemos decir en breve que si un paciente pide ayuda para morir a su médico es porque no sólo quiere terminar con su vida, sino que le importa la forma de su muerte y la calidad de su vida en la etapa final. Podemos decir que tiene derecho a pedir esa ayuda por diversas razones: 1) porque es un enfermo para el que no hay más alternativas de tratamiento ni manera de aliviar su sufrimiento; 2) por ser un paciente a quien su médico no tiene nada más que ofrecer; 3) por tratarse de una persona que acepta el final de su vida, pero quiere evitar una situación que considera indigna o un sufrimiento intolerable; 4) porque quiere estar acompañado en el momento de su muerte y quiere un final que no signifique un sufrimiento adicional; 5) porque quiere asegurar su muerte; 6) en algunas ocasiones, porque está físicamente incapacitado para procurarse la muerte por sí mismo.

El enfermo que quiere morir y no puede pedir ayuda se ve obligado a padecer su sufrimiento hasta que llegue su muerte o a buscarla por sí mismo, antes de verse incapacitado para hacerlo, muchas veces utilizando medios violentos e inseguros. La otra opción sería que los enfermos se aseguraran con mucha anticipación la posibilidad de

³⁸ “Reexamining ‘Do no harm’ Wal, G. van der., Maas, P.J. van der. “Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.257.

suicidarse, lo que implicaría que se verían obligados a dejar de vivir cuando todavía tendrían una aceptable calidad de vida y, sobre todo, deseos de vivir.³⁹

Es interesante tener en cuenta una razón más en la que reparamos gracias al estudio antropológico de Robert Pool por el cual pudimos conocer de cerca las historias personales de algunos pacientes holandeses con relación a sus solicitudes de eutanasia. Una de ellas es la de Bryan, un enfermo de sida que pidió esta ayuda porque sabía que el tiempo que le quedaba de vida sería cada vez de mayor sufrimiento. Recibía morfina para aliviar su dolor y en un momento en que acababan de aplicarle una dosis, comentó que él no se suicidaría porque su seguro de vida cubría la muerte por eutanasia, pero no por suicidio, y él quería dejar algo de dinero a su madre y a su pareja.⁴⁰

6.4.3. ¿Tiene el médico el deber de responder al pedido de ayuda para morir?

Ya hemos comentado la polaridad de posiciones que existe al considerar esta pregunta. Para muchos médicos (lo mismo que para quienes no lo son), ayudar a morir va en contra de la esencia misma de la medicina porque ésta debe encaminarse a curar y prolongar la vida de los enfermos, aun cuando se hayan agotado todas las posibilidades de curación. Esto debe ser así porque ese es su compromiso con sus pacientes y la base de la confianza que se tiene a la profesión médica. Sin embargo, otros médicos (y otras personas que no lo son) piensan que la responsabilidad del doctor para con sus pacientes debe llegar hasta el final y la eutanasia puede ser la última acción con la que pueden ayudar. De acuerdo con Schwartzberg, cuando parece que no hay nada más que ofrecer al paciente, a quien primero se ha intentado curar y después aliviar, debe tenerse presente lo que los antiguos griegos proclamaban: “Mantener la lucha por el enfermo cuando se ha perdido la batalla

³⁹ Según un estudio reciente, sí habría opciones tranquilas y seguras para morir para los pacientes que no piden o no reciben ayuda de sus médicos. Una investigación publicada en el *New England Journal of Medicine* señala que los pacientes que intencionalmente rechazan la comida y los líquidos para morir pueden tener una muerte serena, la cual llegará aproximadamente a los 15 días de dejar de alimentarse e hidratarse. Véase Emery, G. Death by dehydration seems peaceful, nurses say, *Reuters Health News*, July 23, 2003. Habría que aclarar que esa decisión para terminar con la propia vida puede funcionar para personas que ya se encuentran muy cerca de su muerte. Por otra parte, el estudio no da información sobre los métodos que acompañan esa decisión para evitar sufrimiento a los pacientes, teniendo en cuenta que si una persona se encuentra en estado consciente, necesitaría recibir medicación narcótica y otros cuidados para contrarrestar el dolor que produciría la resequecedad que la deshidratación produce en las mucosas.

⁴⁰ Nos referimos al estudio de Pool en el capítulo 5. Para consultar el caso de Bryan véase Pool, R. *Negotiating a Good Death. Euthanasia in the Netherlands*. New York, The Haworth Press, 2000, 157-187.

contra la enfermedad". En esta situación es cuando se puede considerar la eutanasia, no como la única opción, pero sí como una alternativa que no se debe descartar.⁴¹

Por su parte, Gary Seay, desde un punto de vista filosófico, revisa la idea de que los médicos tienen un deber inviolable de conservar la vida (lo que llama la posición teleológico esencialista) y no provocar la muerte. Concluye que es tan importante el deber del médico de aliviar el sufrimiento del paciente como el de preservar la vida y no hay argumentos convincentes que demuestren que, en caso de conflicto entre ambos deberes, el médico debe siempre elegir el segundo. Si fuera este el caso, habría que revisar la concepción de la profesión médica para establecer mejor los principios en que se basa, porque es incuestionable que hay ocasiones en que dejar de vivir representa un beneficio para el enfermo, quien confía en que su médico respete sus valores y decisiones.⁴²

Algunos médicos llevan más lejos la pregunta sobre el deber del médico. Según, Julius Hacketal,⁴³ una vez que se han agotado todas las posibilidades para ayudar a un paciente, el médico debe resolver si tiene derecho a *no* intervenir y dejar que un enfermo, que está decidido a terminar con su vida, lo haga de cualquier forma, provocándose una muerte violenta y arriesgándose a fallar y terminar en condiciones más indignas y dolorosas que las que lo llevaron a buscar la muerte.⁴⁴

Sin embargo, entre los médicos que respaldan el pedido de los enfermos para terminar con su vida, no todos están de acuerdo en que sean los médicos quienes realicen la acción que provoca su muerte porque piensan que son los pacientes los que deben llevarla a cabo. Aprueban el suicidio médicamente asistido, pero rechazan la eutanasia. Después de reflexionar sobre el hecho de que hay enfermos que aun cuando podrían terminar por sí mismos con su vida, prefieren pedir la eutanasia para transferir al médico esa responsabilidad, resulta comprensible que haya médicos que prefieran la modalidad del suicidio médicamente asistido. En éste, la participación del médico se limita a proporcionar al paciente una receta de una alta dosis de barbitúricos para que él mismo termine con su

⁴¹ Schwartzberg, L., *Op. Cit.* p.150.

⁴² Seay, G. Do physicians have an inviolable duty not to kill? *Journal of Medicine and Philosophy* 2001; 26(1): 75-91.

⁴³ En el capítulo 2 incluimos los comentarios de Marie de Hennezel sobre este médico alemán, los cuales comparamos con los que él mismo hizo con relación a los suicidios asistidos de algunos paciente en los que participó.

vida. De esta forma, como señala Timothy Quill, aunque el médico es moralmente responsable por la ayuda que da, la responsabilidad final recae sobre el paciente, quien realiza la acción definitiva. Por otra parte, para muchos pacientes, el hecho de tener acceso a una dosis letal de medicamentos les da la libertad y seguridad para seguir viviendo más tiempo, pues saben que pueden dejar de hacerlo en el momento que elijan.⁴⁵

El gran inconveniente de esta alternativa es que excluye a los enfermos físicamente incapacitados para tomar por sí mismos los medicamentos letales. Así por ejemplo, un paciente con ELA (esclerosis lateral amiotrófica)⁴⁶ que viva suficiente tiempo, perderá la capacidad para usar sus manos, incluso para tragar por sí mismo. Como comenta Lewis Rowland, si este enfermo tiene los mismos derechos a la autonomía que otros pacientes con enfermedad terminal, alguien debería administrarle una droga.⁴⁷ En Oregon, uno de los criterios que debe cubrir el enfermo que quiere el suicidio médicamente asistido es que le queden menos de seis meses de expectativa de vida, de modo que un paciente con ELA que llega a ese plazo, está físicamente incapacitado para agarrar e ingerir drogas por sí mismo. Por ley, no tiene acceso a la muerte médicamente asistida.⁴⁸

En Holanda no hay una diferencia en términos éticos ni legales entre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Como señala Pool, si la definición aceptada de eutanasia supone que hay una solicitud consciente y plenamente considerada por el paciente de que se le ayude a morir, la distinción es artificial y depende de la preferencia del enfermo y de sus posibilidades. Lo importante, en cualquier caso, es que el individuo haya decidido que ya no quiere vivir y necesite de un médico que le ayude con los aspectos técnicos para realizar su deseo.⁴⁹ En Holanda, por convención, suele llamarse eutanasia a las dos acciones: cuando el médico da o inyecta el medicamento y cuando lo facilita al paciente para que éste lo tome, aunque aclara Pool que hay situaciones en que es la enfermera la que sigue las instrucciones

⁴⁴ Soulier, J. *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*. Madrid, Temas de Hoy, 1995, p. 178.

⁴⁵ Quill, T., Lo, B., Brock, D. Palliative options of last resort. *JAMA* 1997; 278 (23): 2099-2104.

⁴⁶ La enfermedad de Diane Pretty (la mujer británica contemporánea a Miss B), a quien nos referimos en el capítulo 3 (nota 28). También comentamos en el capítulo 5 el estudio, realizado en Holanda, sobre muerte asistida con enfermos con ELA, una enfermedad neuromuscular que provoca una parálisis progresiva, fallas respiratorias y la muerte entre los tres y cinco años después del diagnóstico.

⁴⁷ Rowland, L. Assisted suicide and alternatives in amyotrophic lateral sclerosis. *N. Engl. J. Med.* 1998; 339 (14): 987-9.

⁴⁸ Ganzini, L., Johnston, W., McFarland, B., Tolle, S., Lee, M. Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their care givers toward assisted suicide. *N. Engl. J. Med.* 1998; 339 (14): 967-72.

del médico, por ejemplo para aumentar una dosis de morfina que provocará la muerte del paciente.⁵⁰

En realidad, la participación de los médicos en la muerte asistida es un tema que sigue abierto a la discusión. Quizá no puede darse un argumento que responda por completo porqué les corresponde a ellos ayudar a morir. Sin embargo, hay un reconocimiento general de que, si se trata de permitir y legalizar la ayuda a morir, la manera de tener mayor conocimiento y control sobre esa práctica es limitando a los médicos la capacidad de aplicarla. Se volvería una práctica imposible de controlar si se ampliará a otros no médicos la facultad de producir la muerte.

Al reflexionar sobre la nueva ley de eutanasia de su país, el holandés Jos V.M. Welie,⁵¹ comenta que está en contra de la práctica, pero admite el beneficio de esta legislación porque aporta claridad. Anteriormente la eutanasia practicada por los médicos era ilegal, pero no se penalizaba; ahora es legal porque se ha reconocido que aliviar el sufrimiento del paciente puede imponerse a la obligación de no terminar con su vida. No obstante, el autor considera que no hay una razón por la cual sólo los médicos puedan aplicarla y no otros cuidadores o los esposos o los hermanos de los enfermos. Tampoco entiende que se haya apelado al artículo 40 del código penal holandés para justificar la eutanasia como excepción médica (como también lo son el prescribir drogas narcóticas o el cortar a alguien con un cuchillo). Cuando médicamente está indicada una excepción médica, no sólo está permitida, sino que es obligatoria y no se puede decir que éste sea el caso para la eutanasia. Por eso, la nueva ley aclara que la eutanasia no es una práctica médica normal y, en ese sentido, los médicos no están obligados a practicarla. Tiene razón Welie al señalar que más que una argumentación del todo clara para justificar la participación de los médicos, hay una serie de regulaciones que establecen la eutanasia como una intervención médica legal.

Por nuestra parte, comprendemos que haya médicos a favor y en contra de ayudar a un paciente a morir, pero creemos que el médico que de acuerdo a sus principios no esté

⁴⁹ Pool, R. *Op. Cit.* p.232.

⁵⁰ *Ibid.* p. 221.

⁵¹ Welie, J. Why Physicians? Reflections on The Netherlands' New Euthanasia Law. *Hastings Center Report* 2002; 32(1): 42-44.

dispuesto a aplicar una eutanasia que le han solicitado, debe comunicarlo así al paciente para que éste pueda buscar esa ayuda en otro médico.⁵²

6.4.4. ¿Debe el Estado respaldar los derechos del paciente y el deber del médico?

La legalización de la eutanasia supone respaldar el derecho de los pacientes para decidir la terminación de su vida y para pedir ayuda a un médico para morir, así como también implica proteger a los médicos que consideran legítima esta práctica para que den esa ayuda a sus pacientes.

Sin duda, la pregunta señalada es una de las más debatidas, especialmente en muchos países en que existen importantes movimientos a favor de legalizar la eutanasia. En las últimas décadas han surgido en todo el mundo asociaciones que defienden el derecho a una muerte digna. Si bien no ofrecen ayuda activa para morir, ofrecen a sus miembros información y asesoría para asegurar en lo posible que éstos no se vean sometidos a la aplicación indiscriminada de la tecnología médica y puedan elegir, en lo posible, la forma de su muerte. Al mismo tiempo, estas agrupaciones buscan influir en las ideas y comportamientos de las sociedades para conseguir que las leyes cambien y la eutanasia sea una opción legal. Cabe señalar que incluso en los lugares en los que la muerte asistida se ha legalizado, se mantiene la controversia sobre su conveniencia. El caso más claro lo vemos en Oregon en donde se está impugnando, por parte de la actual administración del Presidente Bush, la ley que permite el suicidio médicamente asistido.⁵³

Se podría pensar que la cuestión sobre el respaldo del Estado es pertinente si se han respondido afirmativamente las preguntas anteriores y que el cuestionamiento no tendría sentido para las personas que consideran que el enfermo no tiene derecho a decidir la terminación de su vida ni a pedir ayuda ni el médico tiene el deber de dar esta ayuda. La pregunta sobre la legalización de la eutanasia carecería de sentido para ellas, a menos que puedan admitir que otras personas piensen diferente y respeten su posición. Aun cuando la

⁵² Nos referimos a las situaciones en que no es la prohibición legal la razón por la que el médico se niega a aplicar la eutanasia, sino sus valores éticos y religiosos. En todos los países en que la eutanasia está prohibida, es mucho más difícil imaginar las condiciones para un diálogo en el que el paciente solicite la eutanasia, discuta el tema con un médico que se opone a ella y éste le recomiende hablar con un tercero que esté dispuesto a cumplir su pedido.

⁵³ A finales de 2003 la Corte Federal de Apelaciones decidiría si se mantiene o no está ley estatal, según información del periódico local del estado *Portland*, 26 de julio de 2003.

eutanasia vaya en contra de sus principios, algunos aceptarán que otros estén de acuerdo con ella y por esa razón les parecerá pertinente el tema de la legalización. Por otra parte, hay quienes consideran legítima la eutanasia, pero no están tan seguros de que deba legalizarse por el temor de que se tome como un asunto trivial una decisión tan excepcional y singular como es cada pedido de eutanasia.⁵⁴

Al preguntarse por la conveniencia de legalizar la eutanasia, hay que recordar una de las reflexiones de Ronald Dworkin al respecto: se suele tener la idea de que es preferible evitar la eutanasia porque, ante la posibilidad del error, siempre es mejor impedir la muerte de una persona para evitar un daño que sería irreversible. Pero sucede que también, en ocasiones, la única forma de evitar un daño es consintiendo la muerte. Esto significa que puede haber daños tanto al impedir la eutanasia, como al no permitirla. Lo importante es tomar en cuenta cuáles son los riesgos en ambos casos para evitarlos hasta donde sea posible.⁵⁵

6.5. Argumentos a favor y en contra de la legalización

En muchos países en que se considera delito la eutanasia se admite una atenuación de la pena, y hasta el indulto, si se demuestra que se ha aplicado en respuesta a un pedido meditado del enfermo para terminar con su sufrimiento (lo que equivale a decir que se comprueba que se trata de una verdadera eutanasia y no de un homicidio).⁵⁶ Ahora bien, si se acepta que la práctica existe, la manera más eficaz de evitar sus abusos es eliminar su clandestinidad y regularla de acuerdo a los principios que la sustentan. En primer lugar, la autonomía del enfermo para tomar decisiones sobre su vida.

Además, como señala James Werth, la legalidad de la muerte asistida la vuelve una opción más clara y abierta y, por lo mismo, es más probable que los enfermos recurran a ella hasta el final, si es que lo hacen. Mientras más clandestina e insegura sea la muerte asistida,

⁵⁴ Marie de Hennezel acepta que hay ciertas solicitudes legítimas de eutanasia, pero se opone a respaldar legalmente la práctica y propone que el médico que la aplique asuma que se trata de una trasgresión a la ley que se justifica desde el punto de vista ético. Véase en el capítulo 2 el final del apartado 2.2. ¿Es legítimo elegir la muerte?

⁵⁵ Dworkin, R. *Op. Cit.* p. 198.

⁵⁶ Verspieren, P. *Face à celui qui meurt*. Paris, Desclée de Brouwer, 1999, p. 154. Entre los países que Verspieren da como ejemplos están Dinamarca, Islandia, Finlandia, Austria y Alemania.

es más probable que se precipiten a ella ante el temor de no contar más tarde con esa opción.⁵⁷

Según Calsamiglia, cuando el Estado no permite la eutanasia, impone un sufrimiento a las personas que piden morir, lo cual no se justifica pues la elección de la muerte no es una cuestión que interese al Estado y debe ser exclusivamente el ciudadano quien decida si prefiere vivir como enfermo terminal o morir dignamente. El autor refuta el argumento según el cual corresponde al Estado preservar la vida humana porque le interesa evitar el daño que causa la eutanasia. Calsamiglia señala que hay una gran confusión sobre lo que significa el daño pues muchos enfermos terminales consideran un daño continuar sufriendo y otras personas piensan que también es un daño sobrevivir como vegetal. Por todo esto, opina que es una crueldad obligar a vivir con dolor o indignidad a quien ha reflexionado muy bien lo que quiere al final de su vida y elige acelerar su muerte.⁵⁸

En la misma línea se encuentra la reflexión de Daniel E. Lee, un eticista que se ha declarado en contra de la muerte asistida y, sin embargo, cuestiona que se utilice el poder para imponer a los individuos creencias diferentes a las suyas como sucede cuando se pretende impedir el suicidio médicamente asistido mediante su prohibición legal y penal. Critica el paternalismo que subyace a la idea de que siempre debe intervenir para prevenir que alguien se haga daño a sí mismo quitándose la vida. Cuestiona también el argumento según el cual una vez que se legaliza el derecho a morir se pasa del derecho al deber de morir. La experiencia de Oregon muestra que no es así, ya que existen los mecanismos para asegurar que quien pide el suicidio asistido no lo haga bajo presión y tenga la libertad de cambiar de opinión en cualquier momento.⁵⁹

Aun así, no puede ignorarse que existe el riesgo de que algunas personas se sientan presionadas a pedir la muerte asistida por el hecho de que sea legal. Así lo señalan autores como Raanan Gillon, quien comenta que una de las preocupaciones comunes en el Reino Unido, al valorar la conveniencia de legalizar la eutanasia, es que la gente llegue a sentir la presión psicológica o moral de tener que pedirla “voluntariamente” para dejar de ser una

⁵⁷ Werth, J. Policy and Psychosocial Considerations Associated with Non-Physician Assisted Suicide: Acommentary on Ogden. *Death Studies* 2001; 25:403-411.

⁵⁸ Calsamiglia, A. *Op. Cit.* p. 160-4.

⁵⁹ Lee, D. Physician-assisted suicide: a conservative critique of intervention. *Hasting Center Report* 2003; 33 (1):17-19.

carga para los familiares o para el Estado.⁶⁰ Esta preocupación forma parte del argumento al que más se recurre para mostrar el peligro de legalizar la eutanasia y que se conoce como pendiente resbaladiza, el cual asegura que la permisividad de la práctica lleva inevitablemente a usarla de manera abusiva terminando con la vida de personas vulnerables que querrían seguir viviendo.

Cuando revisamos las posiciones del catolicismo ante la eutanasia, mencionamos la opinión de Vico Peinado sobre este punto: más que un razonamiento de base teórica, el argumento funciona por su peso psicológico. Con él se intenta llamar la atención sobre una acción indeseable, sobre la cual nadie puede estar en desacuerdo, pues consiste en dar muerte a personas que querrían seguir viviendo. Sin embargo, el argumento no demuestra que esa acción indeseable sea consecuencia de legalizar la eutanasia. Es decir, el hecho de permitir a los médicos ayudar a los enfermos que voluntariamente solicitan la eutanasia, no tiene porqué causar que algunos médicos den muerte a enfermos o ancianos que no han manifestado que quieren morir. Que esto último ocurra es lamentable porque significaría que no se están tomando en cuenta los requisitos excepcionales en que puede permitirse acelerar la muerte de un enfermo. En lugar de eutanasia, correspondería llamar a esa acción homicidio, pero lo que sostiene el argumento equivale a decir que no debe legalizarse la práctica porque no se va a obedecer la ley que la regula.

Resulta muy problemático aseverar que se abusa de la muerte asistida como consecuencia de su legalización porque es difícil hacer una comparación de lo que sucede en los países en que es ilegal, pues éstos cuentan con información insuficiente sobre cómo y con qué frecuencia se practica. Sin embargo, a pesar de esta limitación, un estudio reciente comparó las características y la frecuencia de las decisiones médicas al final de la vida en seis países europeos: Holanda, Suiza, Dinamarca, Suecia, Bélgica e Italia (sobre las muertes que tuvieron lugar entre junio de 2001 y febrero de 2002, antes de que se legalizara la eutanasia en Bélgica). Se encontró que la terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente fue más frecuente que la eutanasia en todos los países menos en Holanda. Como es

⁶⁰ Gillon, R. Euthanasia in the Netherlands – down the slippery slope? *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 3-4.

de suponer, la eutanasia fue mucho más frecuente en este país (2.59%) por ser una opción permitida.⁶¹

Ahora bien, al revisar el tema de la terminación de la vida sin solicitud en la práctica holandesa, vimos que se trata de una acción que se aplica como último recurso; no en contra de la voluntad del paciente, sino a falta de la posibilidad de éste de expresarla en ese momento. En muchas ocasiones, los médicos se apoyan en discusiones previas con el enfermo sobre lo que querría al final de su vida; un dialogo que es mucho más difícil imaginar en los lugares en que la muerte asistida es clandestina y en los que tanto médicos como pacientes sienten mucha menos libertad para discutir al respecto. Con todo lo condenable que resulta causar la muerte contra la voluntad de las personas, debe reconocerse que resultaría lamentable que una preocupación desmesurada por evitar que esto suceda, impida a los médicos ayudar a algunas personas a poner fin a su sufrimiento porque ya no pueden expresar su voluntad cuando se cuenta con elementos suficientes para justificar esa ayuda.

La mejor forma de evitar los abusos en las decisiones al final de la vida es conocer las situaciones concretas en que se dan para establecer controles claros basados en elementos reales. Uno de los mayores retos para los países que consideran que la legalización de la muerte asistida representa un beneficio para sus ciudadanos, es encontrar los procedimientos más seguros y confiables para su aplicación. De esta forma, podrán establecer los límites entre lo que es permisible y lo que no lo es. Ésta es la función de la ética y, con base en ella, se puede establecer una clara diferencia entre lo que es ayudar a morir a quien así lo quiere y lo que es matar a alguien sin tomar en cuenta su voluntad. Si bien es cierto que el caso Chabot en Holanda es una prueba de que se han ido extendiendo (para unos peligrosamente) los límites en que originalmente se permitió la muerte asistida, debe señalarse que no hay datos que indiquen que se ha aplicado en contra de la voluntad de los enfermos. Simplemente se han ampliado los criterios sobre los pacientes que pueden incluirse para tomar en cuenta su voluntad.

Con frecuencia se alude a la experiencia nazi para mostrar la conveniencia de prohibir la eutanasia. Este es un argumento absurdo porque no puede compararse una

política genocida que mataba personas por considerarlas indeseables, con una ley que reconoce el derecho de los enfermos a decidir cuándo y cómo quieren morir. En realidad, todos los argumentos que aluden al riesgo de que se abuse de la eutanasia resultan retóricos; el hecho de que existan riesgos al aplicar la eutanasia no demuestra que sea una práctica moralmente inadecuada. Si la eutanasia se justifica éticamente porque defiende el derecho del paciente a decidir la terminación de su vida y a recibir ayuda de su médico para ello, entonces debe legalizarla estableciendo claramente bajo qué criterios se puede aplicar. Si, por el contrario, se determina que no se justifica, habría que concluir que no debe legalizarse. No es un razonamiento válido sostener que debe prohibirse en todos los casos para evitar que algunas personas hagan mal uso de ella. Lo que corresponde es establecer los procedimientos que permitan minimizar los riesgos porque son éstos los que se quieren evitar.⁶²

En Holanda, el gobierno y los médicos que defienden la eutanasia reconocen que debe mejorarse el control público de la muerte asistida, pero los datos de las investigaciones indican que no se está cayendo en la pendiente resbaladiza ya que no se está aplicando la eutanasia contra la voluntad de los enfermos. Por otro lado, al comentar esta situación, Van der Wal y Van der Maas aclaran que el hecho de promover una mayor participación en los controles establecidos por el gobierno, no sustituye de ninguna manera la necesaria e insustituible valoración individual que cada caso requiere.⁶³

6.6. Cuidados paliativos y eutanasia

A lo largo de este capítulo, además de las cuatro preguntas que propusimos como eje de nuestra discusión, hemos tocado diversos elementos que aparecen en las reflexiones y razonamientos que conforman el debate sobre la moralidad y conveniencia de legalizar la muerte médicamente asistida. Entre ellos están la relación entre suicidio, suicidio asistido y eutanasia; el papel del médico en la muerte asistida; la pendiente resbaladiza; las diferencias

⁶¹ Heide, A. van der, Delliens, L., Faissat, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., Wal, G. van der, Mass, P.J. van der. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*, on line June 17, 2003.

⁶² Seay comenta que el hecho de que algunos individuos manejen un automóvil intoxicados, no significa que deba prohibirse a todas las personas manejar para evitar tal riesgo, a pesar de que muchas muertes son consecuencia de tal abuso. Véase Seay, G. *Op. Cit.*

entre eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria; las diferentes situaciones de las personas a quienes se aplica la muerte asistida. A nuestro juicio, hay dos temas más que es imprescindible revisar y que pueden plantearse a manera de preguntas: 1) ¿Son complementarios u opuestos los cuidados paliativos y la eutanasia? y 2) ¿Existe una diferencia en términos morales entre eutanasia pasiva y activa?

Empezaremos por la primera pregunta, la que se refiere a los cuidados paliativos. La posición más representativa de los médicos y otros cuidadores que los aplican es contraria a la eutanasia. Entre ellos, hay muchas personas que no la consideran una práctica éticamente incorrecta, pero piensan que no debe permitirse legalmente por los riesgos sociales que tendría. Una razón para mantener esta posición tiene que ver, a fin de cuentas, con el mencionado argumento de la pendiente resbaladiza: si la ley respalda la autonomía de una minoría de enfermos que piden la eutanasia, se abrirán las puertas para que se aplique de manera abusiva en las personas más vulnerables. Esto significaría negar el valor a los ancianos, a los enfermos crónicos y a los más dependientes.⁶⁴

Otra razón por la que las personas que se dedican a los cuidados paliativos se oponen a la eutanasia o a su legalización tiene que ver con el hecho de convivir con enfermos que están muy cerca de su muerte y comprobar que, gracias a la atención que les ofrecen, muchos pasan de la desesperación a un estado de tranquilidad en la espera de su muerte. Por esto, una de las mayores críticas dirigidas a la permisividad legal de la eutanasia en Holanda, lo mismo desde fuera que desde dentro del país, se refiere al hecho de que los médicos recurran a esta práctica en lugar de proporcionar cuidados paliativos.

Según Henk Jochemsen y John Keown, los datos empíricos de las investigaciones realizadas en ese país, muestran que en casos en que existe la alternativa viable de los cuidados paliativos, se opta por la eutanasia, lo cual implica ignorar uno de los criterios establecidos para permitir su aplicación: que no exista ninguna otra alternativa de tratamiento.⁶⁵ Por otra parte, Zbigniew Zylicz, un médico holandés especializado en cuidados paliativos, asegura que éstos son prácticamente desconocidos en Holanda. Muchos

⁶³ Wal, G. van der, Maas, P.J. van der. "Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.170.

⁶⁴ Randall, F. Reply to Farside's editorial: palliative care –a euthanasia-free zone. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 221-223.

⁶⁵ Jochemsen, H., Keown, J. Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 16-21.

médicos creen que los conocen porque utilizan morfina, pero ésta es una idea muy equivocada porque la atención paliativa implica mucho más que eso.⁶⁶

Zylicz considera imprescindible un cambio en la educación de los médicos de su país para que tengan más elementos para atender las necesidades de los enfermos al final de la vida y ayudarlos a sobrellevar su sufrimiento, pues es importante admitir que éste no se puede evitar del todo. Pero sí se puede ayudar y acompañar a los pacientes y a sus familiares mediante un trabajo interdisciplinario que incluya enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y sacerdotes. No se trata de cambiar la ley y estar en contra de la eutanasia, pero sí de evitar que ésta se utilice como alternativa de una buena atención. Según este médico, en un principio la eutanasia se concibió como el último recurso de ayuda, una vez que todos los tratamientos habían fracasado, pero ahora se ve como una alternativa más fácil, en comparación con la difícil tarea de atender a los enfermos que están cerca de su muerte.

Sin duda, estas críticas señalan una situación que es importante revisar. Coincidimos con la idea de que la eutanasia no debe sustituir una adecuada atención a los pacientes que están sufriendo al final de la vida y esto puede suceder si hay una formación insuficiente en los cuidados paliativos, tal como señala Zylicz. Sin embargo, también hay que mencionar que, según Johannes van Delden, ésta es una deficiencia que se está superando en Holanda.⁶⁷ Es importante que se esté haciendo este esfuerzo porque los cuidados paliativos y la eutanasia tienen que plantearse como alternativas complementarias, en lugar de excluyentes. “No debe haber eutanasia sin previos cuidados paliativos ni cuidados paliativos sin posibilidad de eutanasia”.⁶⁸ Después de todo, los mismos médicos que se dedican a proporcionar cuidados paliativos admiten que hay sufrimientos que no pueden aliviar, por lo que algunos de ellos llegan a admitir la eutanasia como una opción excepcional. En tal situación, prefieren que sea otro médico quien la aplique y lo haga en un lugar diferente a la residencia para enfermos terminales en donde ellos trabajan. En otros casos, los médicos recurren a la sedación fuerte que aplican en la misma residencia y con la cual provocan la

⁶⁶ Zylicz, Z. “Palliative care: Dutch hospice and euthanasia”, en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p.187-203.

⁶⁷ Delden, J. van. Slippery slopes in flat countries – a response. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 22-4. Johannes J.M. van Delden es miembro del Centro de Bioética y Ley en Salud y médico en una clínica en Utrecht, Holanda; también forma parte de uno de los comités de valoración de la eutanasia.

muerte de manera indirecta, acción que justifican por el principio del doble efecto y que consideran moralmente más aceptable que la eutanasia.⁶⁹

Ahora bien, al analizar el papel que juegan los cuidados paliativos en Holanda, hay que tener presente, tal como lo señala van Delden, una de las razones por la cual algunos pacientes eligen la eutanasia (es importante no perder de vista que son los pacientes quienes la deciden y no los médicos, pues las críticas presentan la situación como si fueran estos últimos quienes lo hacen). Según este médico, algunos enfermos prefieren adelantar su muerte, aun cuando se les ofrezca algún tratamiento para el dolor. Lo que más les importa es decidir cuándo y cómo morir, pues quieren que se les recuerde como se ven antes de deteriorarse por completo, lo cual temen más que el mismo dolor. Si bien esta situación es considerada por algunos como una prueba de la pendiente resbaladiza, para otros es la consecuencia esperable y deseable de un largo proceso de revisión de la concepción de la atención médica, la cual se traduce en un respeto cada vez mayor a la autonomía del paciente. Es interesante lo que, en consecuencia, propone este autor: quizás sea tiempo de empezar a pensar en llamar “decisiones del paciente al final de la vida”, más que “decisiones médicas al final de la vida”.⁷⁰

Esta última reflexión nos remite de nuevo a las preguntas que hemos analizado. Si un paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento que puede aliviar su sufrimiento (porque lo que más teme es la indignidad y para ella no existe alivio), cabe cuestionarse si también tiene derecho a pedir ayuda a su médico para que le ayude a morir *en lugar* de recibir el tratamiento que éste le ofrece. El problema en esta situación es que el paciente rechaza (con todo derecho) la ayuda estrictamente médica, al mismo tiempo que pide otra que, en principio, va más allá de la atención médica y que, también en principio, sólo se permite proporcionar en los casos en que se han agotado los recursos de la medicina. Nos inclinamos a pensar que cuando existen tratamientos médicos viables que el paciente rechaza, debería corresponder a este último, no sólo la decisión, sino también la acción de

⁶⁸ Son las palabras de Salvador Pániker, a quien mencionamos en el capítulo 2, publicadas el 13 de mayo de 2001 en *El País* al comentar la legalización de la eutanasia en Holanda. También se encuentran en el prólogo al libro Thévoz, M., Jaccard, R. *Manifiesto por una muerte digna*. Barcelona, Kairós, 1993, p. 13.

⁶⁹ Janssens, R., Ten Have, K., Zyllicz, Z. Hospice and euthanasia in the Netherlands: an ethical point of view. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 408-12. Se conoce también como sedación terminal y se considera una actividad médica normal regulada.

⁷⁰ Delden, J van. *Op. Cit.*

terminar con su vida, sin ayuda del médico. Pero esto es algo que le tocaría decidir al médico: si a pesar de que el paciente rechaza el tratamiento, considera parte de su deber ayudarlo *médicamente* a terminar con su vida. Sin duda, esta cuestión es uno de los aspectos de la eutanasia sobre los que es necesario continuar reflexionando.

Quisiéramos llamar la atención sobre una impresión personal que tomamos como un dato más para tener en cuenta. Al revisar la aportación de Marie de Hennezel, una apasionada defensora de los cuidados paliativos, comentamos que encontrábamos en esta autora cierta intolerancia ante la idea de que haya personas que elijan la eutanasia, sea porque les son insuficientes tales cuidados, sea porque simplemente desean evitar el final que anticipan. No sólo es una impresión que nos formamos al leer a Hennezel, la hemos confirmado al escuchar a algunos médicos que se dedican a la atención paliativa y que, frente al tema de la eutanasia, responden con la misma vehemencia que lo harían los representantes del Vaticano. Quizá difieren en sus razones para condenarla, pero coinciden en su actitud de invalidar la posibilidad de que otros elijan libremente algo que ellos rechazan.

6.7. Eutanasia pasiva y activa, ¿qué tan diferentes?

Esta es una pregunta que invariablemente aparece en las discusiones sobre la eutanasia porque se dividen las posiciones entre quienes consideran que sólo la eutanasia pasiva debe ser permitida y quienes piensan que no hay razones de peso que demuestren que ésta sí es moralmente aceptable, mientras que la activa es condenable. También es una pregunta que nos hicimos desde el principio de nuestra investigación, al ocuparnos de las definiciones y clasificaciones de la eutanasia. Cuestionamos entonces que exista una diferencia, en términos morales, entre eutanasia pasiva y activa siendo que ambas buscan que sobrevenga la muerte para poner fin a un sufrimiento intolerable, en donde el hecho de que se decida una u otra, depende de las circunstancias en que se encuentra el enfermo.

Como hemos visto a lo largo de los capítulos anteriores, muchos médicos, filósofos, representantes religiosos, jueces y personas en general no lo consideran así y piensan que la diferencia entre la eutanasia pasiva y activa equivale a la diferencia entre dejar morir y

matar, la cual también se distingue éticamente.⁷¹ Se entiende que al dejar morir, el médico simplemente deja que la naturaleza siga su curso ya que al suspender o retirar un tratamiento, la enfermedad del paciente producirá su muerte. En cambio, se dice que el médico mata cuando interviene (realiza un acto positivo) y, por tanto, es él quien causa la muerte. Si bien es cierto que cuando el médico deja morir en cierta forma contribuye a causar la muerte, suele pensarse que hay una diferencia sustancial entre dejar morir y matar, porque, al intervenir directamente, el médico mata a una persona que no hubiera muerto sin esa acción. No creemos que esto sea del todo cierto porque si hablamos de un enfermo terminal, se entiende que éste de todas formas iba a morir y, en tal caso, se puede considerar que la acción del médico simplemente acortó el tiempo para que esto suceda.

Según Horacio Spector, la diferencia moral entre ambos tipos de eutanasia tiene que ver con la responsabilidad causal: el deber de evitar que alguien muera es moralmente menos exigente que el deber de no matar. Se podría pensar que la voluntad del paciente, así como cancela el deber del médico de dar un tratamiento (evitar que muera), también podría cancelar el deber de no matar, pero Spector sostiene que no es así. Sólo el derecho del paciente a la no interferencia (que es negativo) puede volver negativo el deber del médico; su deber de dar tratamiento se convierte en el deber de no interferir con la muerte del paciente. En cambio, el deber de no matar no puede cancelarse porque el derecho del paciente para terminar con su vida, no tiene por qué contar con la colaboración del médico.⁷²

Sin embargo, el autor tiene una posición diferente al considerar la muerte que se produce como efecto indirecto (o por el doble efecto) de la aplicación de fármacos para el dolor, la cual considera éticamente aceptable. Esto es así porque la vida del enfermo ha perdido valor por su sufrimiento y la intención de esta acción es aliviarlo. Aunque no encuentra una diferencia moral intrínseca entre esta acción y la eutanasia activa, considera que conviene establecerla para fines de una política social por las repercusiones prácticas, psicológicas y sociales que implicaría permitir la eutanasia, las cuales se traducirían en un aflojamiento de los estándares morales en los médicos y en la población en general.⁷³

⁷¹ Es la postura de Horacio Spector, especialista en derecho. Véase Spector, H. Suicidio médicamente asistido y autonomía. En Hansberg, O., Platts, M. (eds) *Responsabilidad y libertad*. México D.F. UNAM/Fondo de Cultura Económica, 2002, p. 188-194.

⁷² Spector, H. *Op. Cit.* p. 192.

⁷³ *Ibid.* p. 194-202.

De acuerdo con Peter Singer, la diferencia de posiciones al juzgar la eutanasia activa y pasiva, se explica por lo que se conoce como “doctrina de los actos y las omisiones” que establece una distinción moral importante entre cometer un acto que tiene ciertas consecuencias y la omisión de hacer algo que tiene las mismas consecuencias. Esta doctrina funciona porque es más fácil imponer las normas morales formuladas en negativo (como los Diez Mandamientos). El “no matarás” se entiende como la prohibición de quitar la vida humana inocente, pero sería una utopía pretender que sea una obligación que las personas eviten que mueran seres humanos inocentes. Es por eso que se privilegia una ética que juzga los actos en función de que se violen o no las normas y no en función de las consecuencias de los actos. Si se siguiera este último criterio, serían indistinguibles muchas veces los actos y las omisiones.⁷⁴

Singer prefiere el enfoque consecuencialista de la ética y, con base en él, cuestiona si realmente puede decirse que un médico que pone una inyección es un asesino, mientras que uno que se abstiene de dar antibióticos, para tratar una neumonía, practica una medicina adecuada. No puede negarse que en ambos casos el médico sabe que el resultado será la muerte de su paciente y decide su actuación en función de lo que cree que es la mejor alternativa. Por tanto, ambos son responsables de su decisión y no se ve una diferencia moral *intrínseca* entre matar y dejar morir.⁷⁵ Tampoco puede ignorarse que en muchos casos, una vez que se asume que se busca poner fin a la vida de un paciente, la eutanasia activa es una solución más humana que la pasiva, porque se consigue la muerte de manera rápida y sin dolor, en lugar de limitarse a “permitir que la naturaleza siga su curso” y se alargue innecesariamente la agonía.⁷⁶ En cuanto a la diferencia que se establece entre la eutanasia activa y la indirecta, Singer piensa que la distinción entre un efecto directamente intencionado y otro secundario es artificial; desde el momento en que se prevén ambos efectos, debe aceptarse la responsabilidad por los dos.⁷⁷

Tom Beauchamp profundiza en la diferencia moral que se mantiene al valorar la eutanasia pasiva y la activa y sugiere que el término “matar” es responsable en gran medida

⁷⁴ Singer, P. *Ética práctica. Segunda edición*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995, p. 255-264.

⁷⁵ Las cursivas son del autor para distinguir que puede haber razones extrínsecas en función de las cuales se determina la moralidad de la acción u omisión.

⁷⁶ Es también la opinión de muchos médicos a favor de la eutanasia, entre ellos, James Rachels (citado en el capítulo 1), Peter Admiraal (capítulo 3) y Henk Prins (capítulo 5).

⁷⁷ Singer, P. *Op. Cit.*

de la confusión al discutir esta distinción, por lo cual lo ubica en el centro del debate y lo compara con el de “dejar morir”.⁷⁸ Este autor señala que existe un consenso importante en considerar moralmente aceptable dejar morir bajo ciertas circunstancias e inaceptable matar. Sin embargo, hay situaciones en que matar está justificado (por ejemplo, en defensa propia), así como hay ocasiones en que dejar morir puede ser éticamente reprobable por la intención del agente. De manera que la moralidad de una acción no se determina porque corresponda llamarla “matar” o “dejar morir”. Más aún, el “dejar morir” en la práctica médica corresponde a dos situaciones: cuando se retira el apoyo tecnológico porque se considera inútil y cuando se retira porque el paciente lo rechaza. Cuando se cumple el pedido de un paciente que rechaza un tratamiento útil se le llama “dejar morir”, pero cuando se retira el mismo tratamiento, sin consentimiento del paciente, se considera “matar”.⁷⁹ Esto parecería indicar que este término se utiliza para referirse al acto moralmente inaceptable (en lugar de llamar a esa acción también “dejar morir” y decir que es reprobable). El punto que no debe perderse de vista es que la moralidad de suspender el tratamiento depende de la voluntad del enfermo.

Hay otro aspecto sobre el que Beauchamp llama la atención. Se supone que se justifica retirar un tratamiento médico farmacológico o tecnológico cuando hay una condición de enfermedad o lesión subyacente que causará la muerte. Pero en muchos casos no sucede así. Si se retira una sonda nasogástrica para interrumpir la hidratación o la nutrición, la muerte se producirá por deshidratación o desnutrición, no por la enfermedad o la lesión, aun cuando haya sido alguna de estas condiciones la que motivara y justificara la decisión de retirar el tratamiento. Esto vuelve a demostrar que no está del todo clara la distinción, en términos morales, entre “matar” y “dejar morir” a pesar de que se da por hecho que no hay duda en que el médico tiene la obligación de cumplir la voluntad de un paciente que rechaza un tratamiento (si la considera válida), pero no de responder a un pedido de ayuda activa para morir (aun si le parece válido).

⁷⁸ Beauchamp, T. The medical ethics of physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25:437-439.

⁷⁹ Al hablar de tratamiento útil, uno pensaría en uno que representa alguna pequeña probabilidad de mejoría para el paciente o uno que proporciona cierto alivio a sus síntomas, pero parece que Beauchamp se refiere a uno que sirve para mantener al paciente con vida, ya que si se retira se produce su muerte.

Finalmente, Beauchamp llama la atención sobre otra inconsistencia. Por un lado, se considera aceptable dejar morir a una persona que ya no desea vivir y esto no se considera un perjuicio para ella. Por otro lado, se condena dar ayuda activa para morir al paciente que la pide porque se considera un daño para él. En los dos casos, los enfermos buscan lo que piensan que es mejor para terminar su vida debido a la situación desolada en que se encuentran.⁸⁰

Coincidimos con el cuestionamiento de Beauchamp pues creemos que una vez que se reconoce como primordial la voluntad del enfermo y se admite que desde su perspectiva lo mejor es morir, la ayuda del médico no tiene por qué limitarse a los casos en que hay algo que retirar o dejar de proporcionar. Lo que debe importar es determinar las opciones entre las cuales puede elegir el enfermo para asegurar que muera de la mejor forma, lo cual incluye que no sienta dolor y esté acompañado, además de tener la tranquilidad de saber que va a terminar su sufrimiento.

Es necesario avanzar en un diálogo que permita revisar la supuesta diferencia moral entre una y otra forma de eutanasia. Quizá tiene razón Henk Prins (el ginecólogo que fue acusado por aplicar la eutanasia activa a una bebé nacida con graves discapacidades), al afirmar que esta diferencia se apoya, en gran parte, en aspectos emocionales.⁸¹ Un comentario interesante que nos remite al análisis de Dworkin cuando señala cómo influye el concepto de la santidad de la vida en el debate de la eutanasia y como suscita grandes pasiones porque en el fondo subyace un componente emocional e irracional. Esto no quiere decir que no haya argumentos racionales y de peso que cuestionen la eutanasia en general y la eutanasia activa en particular. Quiere decir, simplemente, que a veces, en ausencia de argumentos convincentes, el rechazo se basa más en aspectos emocionales que en argumentos morales.

6.8. Algunos testimonios.

Hemos analizado los principales elementos que desde nuestra perspectiva conforman el debate sobre la eutanasia. Así como no pretendemos haber abarcado todos los elementos, tampoco pensamos que cubrimos todos los aspectos discutibles de los revisados. Más bien,

⁸⁰ Beauchamp, T. *Op. Cit.*

nos limitamos a proponer las líneas para un debate que consideramos imprescindible y, con este objetivo, queremos incluir en este apartado algunos testimonios de eutanasia y suicidio médicamente asistido. De esta forma contribuimos a recordar que el debate no debe darse en abstracto, aludiendo sólo a principios teóricos, sino que debe tomar en cuenta las situaciones concretas y reales que viven las personas que llegan a decidir la terminación de su vida, misma que en otras circunstancias hubieran querido continuar. Importa conocer cómo se da ese proceso que culmina en la decisión de pedir ayuda para morir y qué alcance tiene, para cada caso en su singularidad, saber que su pedido será respondido. A continuación presentamos el testimonio de cinco experiencias; tres de ellas tuvieron lugar en Holanda, una en Oregon y la última en nuestro país.⁸²

*David*⁸³

David tenía sida y su compañero había muerto por la misma enfermedad dos años antes. David había estado con él durante todo el padecimiento y lo había visto soportar terribles sufrimientos hasta el último momento. Ahora veía a otros pacientes que estaban con él en el pabellón de enfermos de sida y sufrían de la misma forma. Pensaba que no tenía ningún sentido tolerar ese tormento cuando sabía que de todas formas iba a morir pronto. Estaba convencido de que no quería pasar por todo ello y sentía un gran alivio por saber que tenía el control para decidir hasta cuándo podía soportar. Seis meses atrás había firmado una declaración de eutanasia y su doctor le había prometido que le ayudaría a morir cuando él le dijera que había llegado el día.⁸⁴

David reconoció que se acercaba el final cuando se dio cuenta que ya no podía vivir fuera del hospital. A pesar de que en su casa contaba con ayuda para que le hicieran las compras y le resolvieran otros asuntos que implicaban salidas, tuvo que admitir que ya no podía arreglárselas para vivir solo. Al mismo tiempo, sentía que su cuerpo estaba llegando al límite. No sólo eran esas horribles manchas de Kaposi en sus mejillas y su nariz, completamente deformada por los bultos que le daban un aspecto monstruoso, a él a quien

⁸¹ "What kind of life? What kind of death? A interview with Dr. Henk Prins", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 389.

⁸² Estos casos se incluyeron en un artículo publicado en Nexos. Véase Álvarez, A. A las puertas del dolor. *Nexos* 2003; 307: 40-4.

⁸³ Citado por Pool, R. *Op. Cit.* 1-17. Hemos conservado el nombre con que fue publicado.

⁸⁴ En la sección de anexos incluimos un formato de declaración de eutanasia.

siempre le había importado su apariencia. Todo su cuerpo iba adquiriendo un color amarillo que él interpretaba como una forma lenta de envenenamiento. Si todo empeoraba, quería que el final fuera pronto, antes de que se deteriorara más.

David creía en algo después de la muerte y tenía preparada una serie de preguntas a Dios y esperaba que le diera buenas respuestas. Pero no podía quejarse. Su vida fue buena; tuvo lo que necesitó. Si bien al principio de la enfermedad sintió que podía amargarse y buscó culpables, después se dio cuenta que no tenía razones para guardar rencor, ni a nadie a quien culpar. Aunque todavía disfrutaba algunas actividades como la lectura, otras muy sencillas, como bañarse, lo dejaban exhausto. No tenía miedo a la muerte; pero temía la forma de morir y por eso era tan importante saber que podía decidirla él mismo. En los últimos días tuvo tiempo para estar en silencio y bromeaba diciendo que le gustaba eso porque se hacía muchas preguntas y se daba las respuestas que él quería.

Cuando llegó el día en que se programó la eutanasia, su madre y un hermano asistieron a despedirse y a acompañarlo. En el momento en que llegó el doctor, David le dijo que estaba terminando su último cigarro. Había decidido, en acuerdo con él, que la muerte fuera provocada por una preparación de medicamentos que él bebería por sí mismo y que tardaría aproximadamente una hora en hacer efecto.

*Tina*⁸⁵

El yerno de Tina cuenta cómo esta mujer de 92 años decidió terminar su vida después de haber luchado por años contra un doloroso cáncer de médula ósea. El testimonio es significativo pues proviene de un hombre que filosóficamente se opone a la eutanasia. Su suegra llevaba años valiéndose de un tanque de oxígeno y de morfina para sobrellevar los dolores y síntomas de su padecimiento. Sus hijas, que vivían en diferentes países fuera de Holanda, se turnaban para cuidarla.

Tina no dudó cuándo llegó el momento en que no quería seguir viviendo. Había disfrutado mucho su vida, a sus hijas y a sus nietos. Mientras encontró sentido, había hecho todo su esfuerzo para vivir lo mejor posible a pesar de la enfermedad. Pero ahora ya no

⁸⁵ Beresford, D. A beautiful life and a beautiful death, *The Observer*, enero 26, 2003. Hemos conservado el nombre con que fue publicado.

podía ni siquiera levantarse de su silla y el dolor se había vuelto insoportable. Su doctor aceptó ayudarla a morir y fijaron la fecha y la hora. Sería un lunes porque ese día de la semana era menos pesado para el doctor, que sólo aplicaba la eutanasia cada dos años y siempre le resultaba emocionalmente agotador.

La noche anterior a su muerte, Tina tuvo una fiesta con la familia en la que brindaron con champagne. Dijo unas palabras; estaba orgullosa de su discurso que fue facilitado por el brindis, según anotó en su diario. Al día siguiente el doctor llegó puntualmente y, después de comprobar que Tina quería continuar con su decisión, le dio la bebida con la preparación letal. La hija más joven le sostuvo la copa mientras su madre bebía el contenido. “Gracias a todos”, dijo; a los 30 segundos quedó inconsciente y a los 15 minutos murió.

Una vez que Tina decidió la ayuda de su médico para morir, organizó hasta el más mínimo detalle para facilitar las cosas a su familia, para quien la idea de la eutanasia estaba acompañada de mucho temor. A pesar del dolor que la invadía y de su debilidad, la anciana se las arregló para dirigir su propia muerte en una forma en la que todos encontraron paz. Era claro que su decisión le había devuelto su dignidad porque ahora ella tenía el control y no la enfermedad ni la muerte ni el doctor ni la familia. Murió como la madre fuerte y sabia que había sido.

*Masha*⁸⁶

Un tercer caso de Holanda vuelve a mostrar la liberación y paz que da tener la posibilidad de decidir cuándo se quiere terminar la vida. Este testimonio llega a nosotros gracias al esposo de Masha, una mujer mayor que padecía cáncer de colon, tardíamente detectado. El tumor creció tanto que había invadido vesícula biliar e hígado. Se había puesto amarilla por completo y había perdido muchísimo peso. No podía eliminar orina ni heces, todo lo cual le causaba mucho dolor e incomodidad. Ya no podía comer. A diario el esposo oía a su mujer rezarle a Dios pidiéndole que se la llevara.

Años antes habían hablado sobre la muerte y la idea de pedir la eutanasia cuando su vida se deteriorara. De manera que hablaron nuevamente de esta opción y la discutieron con su médico quien les dijo que les daría la ayuda que le pidiesen. No era nada fácil la decisión

⁸⁶ Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op. Cit.*, p. 481-4. El testimonio se publicó sin nombre, por lo que le hemos dado uno ficticio.

pues había personas cercanas, entre ellos un médico amigo y algunos familiares, que se oponían a la eutanasia argumentando que el papel del médico no era matar y que la religión no la permitía. La mujer habló con un pastor, quien le dijo que elegir la eutanasia era una decisión muy difícil, pero estaba convencido que Dios no castigaría por ello a los hombres. Esa conversación los tranquilizó.

La muerte se programó para una tarde de viernes. Ese día el doctor preguntó a Masha si estaba segura de querer la eutanasia y su respuesta fue un sí contundente. Justo antes de que se llevara a cabo, el esposo salió un momento y al regresar se dio cuenta que la cara de su mujer había recobrado las cualidades de tiempos anteriores; la veía hermosa. El doctor administró la inyección y el marido se recostó en el pecho de su mujer esperando unos segundos hasta que notó que el corazón se había detenido.

Cuando recuerda ese día, el esposo de Masha siente una inmensa tristeza pero no lamenta nada. “La eutanasia liberó a la persona que más quería de un sufrimiento espantoso”.

*Colleen*⁸⁷

Colleen Rice vivía en Oregon y decidió morir mediante el suicidio asistido cuando su lucha contra el cáncer de pulmón se volvió insoportable. Se lo diagnosticaron en una etapa muy avanzada y calcularon que sólo le quedaban seis meses de vida, apenas el tiempo suficiente para terminar la novela histórica que había empezado unos años antes. Colleen no quiso someterse al tratamiento de quimioterapia. Sabía que no iba a curarla y le produciría efectos secundarios que la incapacitarían para dedicarse a lo que más le interesaba antes de morir: resolver algunos conflictos que arrastraba en la relación con su única hija y dejar el libro listo para su publicación. Pudo hacerlo con ayuda de cuidados paliativos; necesitó oxígeno para respirar y recibió morfina para aliviar el dolor y la sensación de ahogo.

Colleen inició también el proceso de solicitud de la prescripción letal. Había seguido de cerca el debate sobre el suicidio médicamente asistido y había apoyado activamente la propuesta de ley que finalmente se aprobó en 1997. Durante los últimos cuatro meses de vida vivió en la casa de su hija en una habitación improvisada, acompañada por su esposo,

quien permanecía despierto todas las noches para cuidar su respiración mientras ella dormía. En ocasiones Colleen despertaba enojada de seguir viva y con la preocupación de que si esperaba demasiado no sería capaz de tragar por sí sola los medicamentos para morir.

Una vez que eligió el día de su muerte, decidió organizar una velada la noche anterior para dejar un recuerdo agradable en su familia y especialmente en sus nietos. Con ayuda de su hija y sorteando muchas dificultades, se las arregló para darse un baño y vestirse para después reunirse con todos alrededor de una mesa redonda con un juego tradicional en la familia. Se había quitado el oxígeno para evitar el ruido del generador que llenaba el ambiente. Los nietos ignoraban que era el último día de vida de su abuela y estaban muy alegres; le dieron besos y la hicieron reír hasta que Colleen, muy a su pesar, tuvo que detener la reunión al darse cuenta que tosía con sangre y que estaba agotada por la falta de oxígeno. Los nietos se despidieron como tantas veces, pero su madre les dijo que le dieran a su abuela un gran beso de buenas noches, conteniendo las ganas de gritarles que era la última vez que la verían.

A la mañana siguiente Colleen se maquilló porque quería verse bonita en su último día. Tomó un medicamento para evitar la náusea y el riesgo de vomitar cuando tomara más tarde los barbitúricos de sabor amargo. Llegó uno de los directores de la asociación *Compassion in Dying of Oregon* que apoya a sus miembros dándoles información y facilitándoles los contactos necesarios con médicos y farmacéuticos cuando desean morir mediante el suicidio médicamente asistido. También les ofrece compañía el día de su muerte; así lo hizo el director con Colleen. Ayudó a triturar los barbitúricos y a mezclarlos con un jugo y cuando estuvo lista la bebida le preguntó si estaba segura de querer continuar. Sí lo estaba; brindó con el vaso y bebió la preparación. Empezó a marearse casi de inmediato, cayó en coma en unos minutos y murió dos horas después. Mientras esto sucedía, los familiares estuvieron rezando en voz alta y recitando cánticos de despedida.

Dos años más tarde, la hija vuelve a llorar cuando habla de la enfermedad y la rápida muerte de Colleen. A veces se pregunta qué estaría haciendo su madre hoy si el cáncer hubiera desaparecido y entonces recuerda los intentos de John Ashcroft por revocar la ley que permite el suicidio médicamente asistido y se responde: “ella estaría en Washington

⁸⁷ Yeoman, B. Death with dignity, *AARP Magazine*, marzo-abril, 2003. Hemos conservado el nombre con que fue publicado.

reclamando al abogado del Departamento de Justicia: ‘¿Cómo se atreve a quitarnos el derecho a morir con dignidad? ¡Usted no tiene ese derecho!’ ”.

*Estela*⁸⁸

Después de presentar los testimonios de experiencias de muerte asistida realizadas en lugares en que está legalmente permitida, nos parece oportuno incluir uno de México. Importa hacerlo para darnos cuenta que la ilegalidad de la práctica no modifica el hecho de que haya personas que al ver o anticipar un deterioro o un sufrimiento inevitable, prefieren adelantar su muerte para no tener que vivir lo que, desde su propia perspectiva, les resulta intolerable.

Estela tenía 46 años cuando se encontraba en la fase última de una larga enfermedad que había sobrellevado casi diez años. Lo que había empezado como un cáncer de pulmón, que en principio había cedido a los tratamientos, tuvo una recurrencia que finalmente produjo metástasis en el cerebro. En los años anteriores ella había llevado su padecimiento con mucho valor, enfrentando con determinación las intervenciones quirúrgicas que los médicos le propusieron y resistiendo con ánimo y serenidad los repetidos tratamientos de quimioterapia. Cuando se recuperaba de ellos, retomaba sus actividades y disfrutaba todo lo que la vida seguía dándole, a pesar de que al mismo tiempo le quitaba. Era tanto lo que Estela quería vivir que hubiera permitido más pérdidas, hubiera aceptado que le hicieran nuevas intervenciones y hubiera dejado que le cortaran todo lo que fuera necesario; “que le quitaran todo menos su cabeza”, pero esto era justamente lo que empezaba a robarle la enfermedad. Ella estaba advertida de que el cáncer podía llegar al cerebro; cuando esto sucedió reconoció enseguida los primeros efectos y esa era la única forma en la cual no aceptaba vivir. Ese día suspendió sus actividades y supo que había llegado el momento de despedirse.

Estela era una mujer de una inteligencia asombrosa que se había dedicado por más de veinte años a la investigación y enseñanza de la sociología. Disfrutaba enormemente las actividades intelectuales y eran admirables su claridad y agilidad de pensamiento, así como sus sabios comentarios que siempre expresaba con una extraordinaria sencillez y

⁸⁸ Entrevista con el esposo. El nombre y los detalles de este testimonio son ficticios, pero conserva y trasmite su esencia.

pertinencia. Su vida había sido un ejemplo de coherencia entre sus convicciones y acciones; por mucho que a su familia le doliera aceptar su decisión, también podía comprenderla. Su esposo, un abogado con quien había compartido 24 años de vida, y su hijo, un estudiante de medicina en el cuarto año de la carrera, la apoyaron en la planeación y preparación de todo lo necesario para que pudiera terminar con su vida de una manera apacible el día que ella eligiera. Si de por sí era difícil hacer arreglos para conseguir algo que no dejaba de suscitar sentimientos encontrados en todos, había que añadir el peso que suponía dar cada paso en un clima de secreto. Pero sabían donde buscar ayuda y fueron encontrando la necesaria. La relación de confianza del hijo con un profesor que había expresado en previas conversaciones una posición favorable a la eutanasia, significó la posibilidad de asesorarse para definir y conseguir los fármacos y la dosis que debían utilizar para producir una muerte segura y sin dolor. De esta forma, obtuvieron con suficiente anticipación lo que Estela tomaría el día que escogiera para terminar con su vida y disfrutaron el tiempo que les quedaba.

El último día de vida de Estela fue un día de octubre con un cielo claro y un clima agradable como para comer en el jardín de la casa, un lugar consentido cuando querían celebrar una ocasión especial. En el transcurso de la semana Estela se había despedido de sus hermanos y de sus amigos más cercanos y ahora quería disfrutar el día con su esposo y su hijo. Al avanzar la tarde, subieron a su recámara y se dieron el tiempo para decirse por última vez cuánto se querían antes de que ella bebiera la preparación con los medicamentos. Cuando lo hizo, su esposo y su hijo la tomaron de la mano esperando los efectos con la incertidumbre de no saber cuánto tardaría y el temor de que pasara algo que impidiera la muerte, como hubiera sido el hecho de que vomitara.

A los pocos minutos de su muerte llegaron algunos amigos. Para todos fue muy importante sentirse acompañados. Fueron momentos emocionalmente muy intensos que inspiraban un enorme respeto: por esa mujer que con tanta entereza y lucidez eligió la forma y la fecha de su muerte; por la familia que la acompañó en todo el proceso, dándole un apoyo que al mismo tiempo significaba adelantar la dolorosa separación, y por esa experiencia tan insondable que significa morir. Estela parecía dormida; se veía muy bella con sus aretes de plata. Pero ya no estaba ahí y así era porque ella lo había decidido. Sabiéndose acompañados en esa experiencia extraña, al mismo tiempo que entrañable, los

amigos tomaron juntos una copa sabiendo que no había palabras que alcanzaran a describir todo aquello.

Hoy importa dar palabras a esa experiencia que sucedió en nuestro país y que demuestra que todo ese misterio que rodea a la muerte y el dolor que significa la separación pueden acompañarse de la paz que supone elegir, de saber que incluso ante lo más temido se puede ser libre y así transformar la muerte en algo que puede asumirse. Pero no por esto deja de ser tremendo decidir la terminación de la propia vida; mucho más difícil todavía cuando los diálogos para reflexionar, para informarse, para prepararse y para asegurarse tal opción se ven obstaculizados por leyes que imponen la clandestinidad. No debería de ser así porque hay muchas personas que ven aproximarse un final de vida como el que tanto temía Estela y querrían evitarlo, pero no cuentan con la ayuda para hacerlo. Hoy su esposo agradece que su hijo y él se hayan sentido acompañados por los amigos; no sólo asesorados, sino emocionalmente apoyados, pues de otra forma no hubieran podido, ellos mismos, acompañar a Estela. Al evocar ese día, el esposo asegura que ha sido el día más triste y a la vez el más bello que ha vivido.

6.9. El debate impostergable

Ya es tiempo que en nuestro país iniciemos un debate que reconozca las necesidades y voluntades de las personas que padecen enfermedades o condiciones médicas ante las cuales la muerte es la única opción digna que encuentran.⁸⁹ Quienes saben que su sufrimiento no tiene solución y aceptan la muerte como el acontecimiento inevitable que tarde o temprano ha de llegar, deben poder ejercer su libertad y decidir cómo y hasta cuándo quieren vivir. Y quienes llegan a preferir adelantar su muerte para poner límite a una situación que consideran intolerable, deben tener derecho a asegurarse un final tranquilo, acompañados de quienes deseen y en un ambiente en el que no haya que añadir preocupaciones y aflicciones adicionales al dolor que ya de por sí causa la muerte.

⁸⁹ Con esto no queremos decir que no se hayan dado algunos primeros pasos como publicaciones, investigaciones y actividades académicas, todas ellas importantes por representar una contribución al conocimiento y discusión del tema. En este sentido, habría que hablar de continuar, más que de iniciar, pero nos parece adecuado mantener el término para subrayar que apenas estamos en lo que debe ser el inicio de un profundo y extenso debate.

Un debate racional y abierto sobre la muerte asistida en nuestro país requiere que, en lo posible, se conozcan las situaciones particulares en que los enfermos consideran la opción de terminar con su vida. Antes de pensar en legalizar la eutanasia, hay que asegurar que se den las condiciones para que la ayuda a morir de un médico a un enfermo realmente signifique el reconocimiento de su derecho a una muerte digna elegida libremente. Esto supone revisar y mejorar muchas cosas, empezando por el hecho de que los enfermos que padecen una enfermedad que pone en peligro su vida muchas veces ni siquiera lo saben. ¿Cómo podrían plantearse la opción de la eutanasia cuando no saben lo que les espera con la evolución de su enfermedad? ¿Cómo podemos considerar la voluntad de un paciente hasta el grado de decidir poner fin a su vida, cuando ésta no se ha reconocido ni para decidir sobre los tratamientos que está dispuesto a seguir?

Tomar en serio el debate sobre la muerte asistida, obliga a revisar otros aspectos de la atención médica desde una perspectiva ética, en particular el reconocimiento de la autonomía del paciente, su derecho a la información y a tomar decisiones sobre su vida. Esto significa cambiar un modelo de atención paternalista que todavía prevalece en nuestro país, por uno en el que el médico sea responsable con el paciente y no en lugar del paciente. Es un hecho reconocido por los médicos que en México la eutanasia pasiva es una práctica mucho más extendida que la activa. En muchos hospitales se aplica con el consenso de familiares y médicos para terminar con la vida de pacientes cuando no hay mejoría posible. Se aplica en pacientes generalmente inconscientes, en quienes se espera que la muerte sobrevenga en poco tiempo (unas horas o unos días) y a quienes se les retira el apoyo que sostiene su vida.⁹⁰ Esta práctica no plantea los problemas morales de la eutanasia activa y, sin embargo, debería preocupar la ausencia de una petición expresa por parte de los pacientes. No cuando ya están inconscientes; tampoco porque pensemos que se actúa en contra de sus intereses. No creemos que sea así, pero posiblemente en muchos de esos casos se dejó que los pacientes llegaran a esa condición que podía anticiparse, sin que se favoreciera a tiempo una comunicación que les permitiera decidir, por sí mismos, sobre el final de su vida cuando todavía estaban física y mentalmente capacitados para hacerlo.

Una reflexión más sobre lo que debe evitarse de manera incuestionable: que la eutanasia sea una práctica que sirva para encubrir acciones dirigidas a resolver problemas

administrativos. En Holanda, en dónde el Estado cubre los servicios de salud, no existe tal temor.⁹¹ No puede ignorarse que en muchos países, entre ellos el nuestro, en donde no hay esta cobertura, los motivos económicos pueden intervenir en las decisiones de los enfermos que no quieren causar la ruina económica de sus familiares. Si la eutanasia se solicitara por esta causa, en cierta forma, se podría decir que se limitó la libertad del paciente para decidir su muerte. Pero sería mucho más grave si fueran los médicos o los familiares los que influyeran (por falta de recursos) en los pacientes para que éstos pidieran la eutanasia. Todavía más, que consideraciones de costo-efectividad se impusieran en el juicio de los médicos para encontrar pacientes prescindibles a quienes podrían provocar la muerte.

Como señala Seay, si se demostrara con razones convincentes que el hecho de que los médicos participen en la muerte asistida, los llevaría a abusar de la práctica y a aplicarla en contra de la voluntad de los pacientes, habría que impedir su legalización. Pero, mientras esto no se demuestre, debe responderse a quienes por ese temor se oponen a legalizar la eutanasia que siempre es posible establecer límites y criterios para decir cuándo debe permitirse acelerar la muerte de un paciente y cuándo no.⁹²

La única manera de establecer límites claros a una práctica, de acuerdo a principios éticos, es conociendo las situaciones concretas en que se aplica. Para el caso de México, representa un gran reto lograr un debate basado en la problemática concreta de nuestro país pues implica superar lo que, de otra forma, perduraría como un círculo vicioso. Aunque sea comprensible la resistencia, sobre todo por parte de los médicos, a hablar abiertamente de una práctica ilegal, por los riesgos que ello implica, deben encontrarse los mecanismos para superar este obstáculo. De no hacerlo, la práctica se mantendrá en la clandestinidad, reforzando así una política que consiste en hacer como si la eutanasia no existiera y de esa forma no podrá regularse ni controlarse. No podrán evitarse los abusos en su nombre ni se garantizará como opción para quien la quiera después de haber analizado con profundidad su situación.

⁹⁰ Kraus, A. La ética de los moribundos. *Nexos* 2003; 307: 34-8.

⁹¹ Bok, S., "Euthanasia". En Dworkin, G., Frey, R.G., Bok, S. (Eds). *Euthanasia and physician-assisted suicide. For and against*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998, p. 124. Esto no le impide a Sissela Bok pensar que existen otros motivos para preocuparse por la forma en que se aplica la eutanasia en Holanda, como es el hecho de que muchos casos no sean reportados.

⁹² Seay, G. *Op. Cit.*

Que el problema de la eutanasia en México implique grandes dificultades, nunca será una razón justificada para no hacerle frente.

Capítulo 7. ¿Qué concluir?

The fear of death is being replaced by the fear of dying, few (people) worry about burning in hell, but many must wonder how it will be when it comes to their turn to die.

Richard Smith¹

Cuando decidimos realizar una investigación sobre la eutanasia, supusimos que se trataría de seguir un camino no del todo desconocido, ya que la muerte nos ha interesado como tema desde hace más de diez años, particularmente por lo que ésta significa como experiencia humana. Si bien la muerte no se experimenta más que de manera indirecta, a través del fallecimiento de los demás, podemos formarnos una idea de lo que significa. Por otra parte, saber que vamos a morir es un dato que nos acompaña a lo largo de la vida y tarde o temprano enfrentaremos el momento de anticipar nuestro propio fin, a menos que nos toque morir de manera repentina o inadvertida.

Sin llegar a experimentarla nunca, la muerte provoca dolor y angustia porque implica separación y, en cierto sentido, desaparición. Tan sólo por saber esto, tendríamos que prepararnos mejor para enfrentarla, pero son pocos los que lo hacen. En nuestra llamada sociedad occidental predomina una actitud que nos ha llevado a negar la muerte y, por consiguiente, a perder las costumbres que podrían ayudar a recibirla cuando inevitablemente se presenta. El simple hecho de contar con palabras, rituales y compañía ha servido, a lo largo de la historia, para aminorar la angustia que suscita la muerte y para encontrar cierto consuelo ante las pérdidas que impone.

Comprender las causas de un comportamiento que carece de estos recursos, ha sido un interés que se ha traducido en diferentes actividades académicas, de investigación y de enseñanza en los últimos años. En la medida en que entendamos mejor por qué nos comportamos tan evasivamente ante un hecho que forma parte de la vida, podremos formular propuestas que nos ayuden a estar mejor preparados para enfrentarlo. El tema de la

¹ Smith, R. Death, come closer. *BMJ* 2003; 327.

eutanasia ha quedado incluido en estas actividades académicas porque es prácticamente imposible estudiar la muerte hoy en día sin ocuparse de la terminación voluntaria de la vida.

Esto no significa que creamos que la muerte voluntaria sea un tema de reflexión exclusivo de nuestra época. Citamos antes a Camus, quien decía que el único problema filosófico verdaderamente serio es el suicidio; juzgar si la vida vale o no vale la pena de vivirla.² Entendemos esta afirmación como una salida ante la confrontación de nuestra inherente mortalidad, una solución para poder elegir frente a la muerte. Reconocer que vamos a morir, tarde o temprano, lleva a los hombres a considerar la posibilidad de adelantar su propia muerte. Así, aunque no podamos elegir no morir (un día hemos de morir), podemos elegir si morimos de una vez o seguimos viviendo. De esta forma, vivir puede ser una elección que se reafirma cada día, pero se impone doblemente en algunas situaciones que son propias de la época actual. Esto es así porque los avances médicos y tecnológicos hacen posible vivir en un estado en que la vida ha perdido valor por el dolor o por la indignidad que prevalecen. En tales circunstancias es comprensible que algunas personas, que en otras condiciones elegirían seguir viviendo, decidan adelantar su muerte.

Al emprender la investigación que ahora concluimos, nos encontrábamos ante un camino que en parte conocíamos. Para avanzar más allá de lo que antes habíamos recorrido y profundizar en el tema, nos interesaba entender la complejidad de los elementos que intervienen en un debate que suscita enfrentamientos apasionados, en los que se sostienen posiciones muchas veces extremas y aparentemente irreconciliables. Debíamos servirnos de lo que sabíamos, pero al mismo tiempo estar abiertos para descubrir lo que ignorábamos.

A lo largo de la investigación, cuidamos de aproximarnos a los diferentes autores con una actitud abierta y honesta, lo mismo ante los argumentos y elementos éticos que defienden la eutanasia, que ante los que la condenan. Aun cuando nos identificábamos con una posición favorable hacia esta práctica, nos interesaba conocer esos otros argumentos que en principio no compartíamos. Si al final manteníamos una posición favorable hacia la muerte médicamente asistida, sería porque, a pesar de ellos, seguíamos creyendo que existen razones de peso para apoyarla. Como dice Rachels, para saber la verdad sobre la eutanasia y

² Camus, A. *El mito de Sísifo*. Madrid, Alianza Editorial, 1981, p. 15. Citamos a este filósofo en el capítulo anterior, en la nota 13.

determinar si éticamente es aceptable, no podemos guiarnos por lo que sentimos al respecto. Tenemos que examinar y analizar si los argumentos que la admiten son lógicos y convincentes y si los que la rechazan pueden refutarse. Sólo así se puede decir que es éticamente aceptable, independientemente de las emociones y preconcepciones que se tengan hacia ella.³

Al terminar esta experiencia de investigación, afirmamos nuestra posición de apoyo a la eutanasia. Consideramos que toda persona tiene el derecho a decidir la terminación de su vida. Si esta decisión se toma en el contexto de una situación médica, en la que un paciente sabe que se han agotado todas las posibilidades de curación y de alivio a su sufrimiento y ha reflexionado y discutido con su médico esta decisión, tiene también el derecho a recibir su ayuda para adelantar su muerte sin dolor y en compañía de quien elija. Y puesto que se trata de una decisión éticamente aceptable, tanto el paciente como el médico deben contar con el respaldo legal del Estado para realizar la eutanasia. Sólo de esta forma, los enfermos que sientan que han llegado al límite de lo que pueden soportar, podrán confiar en sus médicos para pedirles ayuda para morir y éstos, a su vez, si creen que es parte de su deber responder a ese pedido, se sentirán protegidos para dar esa ayuda.

A pesar de haber afirmado nuestra posición, tuvimos que cuestionar supuestos que creíamos indiscutibles y admitir que sobre algunos puntos no tenemos una respuesta del todo satisfactoria. Así lo señalamos en el capítulo anterior en que analizamos los puntos principales que conforman la discusión sobre la eutanasia.

Al comparar el suicidio y la eutanasia, reconocimos que no encontrábamos una clara distinción entre ellos desde el punto de vista ético. La diferencia entre estas acciones deriva del hecho de que la eutanasia se localiza en el contexto médico y esto la hace aparecer como una práctica que puede llegar a ser más aceptable desde la perspectiva social. Esta conclusión puede contradecirse con la idea de que la terminación de la propia vida es una decisión que compete a la persona que vive esa vida, mientras esté capacitado para tomar decisiones. En tanto la eutanasia se da en el contexto médico, la decisión del paciente debe estar sancionada por el médico, a quien finalmente corresponde decidir si responde o no a

³ Rachels, J. "Euthanasia", en Regan, T. *Matters of life and death. New introductory essays in moral philosophy*. New York, Random House, 1980, p. 39.

una demanda de eutanasia. En este sentido, como diría Szasz, se impone la decisión del médico sobre la libertad del paciente. Y creemos que está bien que así sea porque al médico se le está pidiendo que ayude con una acción de una enorme gravedad y que supone una extraordinaria responsabilidad.

Sin embargo, nos interesa dejar claro que la intención principal, al elaborar este documento, resultado de nuestra investigación, no es dar respuestas concluyentes, sino proporcionar elementos que sirvan al debate que consideramos necesario en nuestro país. Por eso quedan preguntas abiertas y controversias señaladas. La investigación sobre el tema tampoco está concluida para nosotros; sencillamente terminamos una etapa de ella y ponemos punto final a un documento sobre el cual podríamos habernos extendido mucho más, puesto que el material sobre la eutanasia es prácticamente inagotable. No sólo por la extensa bibliografía especializada que existe y continúa creciendo día con día (lo mismo la que proviene del campo de la medicina, que de la filosofía, la bioética, o el derecho), sino también por la información que los medios de comunicación brindan, cada vez con mayor frecuencia, sobre situaciones en las que se solicita la muerte médicamente asistida. Y a pesar de todo el material del que ya se dispone, nos pareció importante aproximarnos al tema con la perspectiva de producir un documento cuya lectura ayude al lector a ponerse en contacto con la realidad de esta práctica y le permita conocer los elementos del debate. De esta forma, él mismo podrá incluirse y comprometerse con él.

El debate sobre la eutanasia seguirá suscitando controversias apasionadas porque pone en juego valores y convicciones personales, sociales, legales, morales y religiosas; porque se refiere a la toma de decisiones sobre la vida y la muerte, realidades de las cuales hablamos poco o en abstracto, cuando en esta discusión es obligado hablar de ellas de manera clara y concreta; finalmente, porque todo esto despierta emociones y reactiva ideas profundamente arraigadas, algunas de ellas de manera inconsciente. Lo hemos visto a lo largo de esta investigación y hemos tratado de mostrar cómo intervienen todos estos elementos en las discusiones. Hemos ofrecido algunos ejemplos en que diferentes autores, con posiciones ante la eutanasia, contrarias entre sí, se refieren al mismo caso de muerte médicamente asistida y sorprende ver cómo interpretan los mismos hechos suponiendo en

las personas involucradas motivaciones completamente diferentes, con el resultado de que la misma acción es aceptada por unos y condenada por otros.⁴

Es muy frecuente que se den este tipo de discrepancias cuando se discute sobre la eutanasia, como lo es también que se utilice un lenguaje muy cargado de valoración. Si bien esto puede comprenderse porque las emociones presentes influyen en la elección de las palabras, es importante darse cuenta que el uso de ciertos términos puede ser un obstáculo cuando se trata de intentar un diálogo entre interlocutores con diferentes puntos de vista. Pensemos, por ejemplo, en la diferencia que hay entre decir “matar” y decir “terminar con una vida”. En ocasiones sucede que una persona se manifiesta en contra de que se mate a un enfermo (posición del todo comprensible) y, al mismo tiempo, considera que ella misma podría llegar a pedir ayuda para que terminen con su vida en el caso de padecer una enfermedad terminal con un sufrimiento intolerable.⁵

Llegados a este punto, comprendemos mejor la complejidad del debate y, por lo mismo, confirmamos la importancia de que las personas que participen en él adopten una posición responsable. Esto incluye advertir en uno mismo la influencia de todos estos aspectos racionales y emocionales, conscientes e inconscientes que suelen estar presentes al pensar y hablar de la eutanasia, para revisarlos y decidir cuáles mantener y cuáles desechar. La posición ante la muerte médicamente asistida debe ser producto de una reflexión basada en el conocimiento de lo que es esta práctica y en la comprensión de los argumentos a favor y en contra de ella. No se trata de ignorar los sentimientos implicados, mucho menos de traicionar los valores adquiridos, sino de asumir ambos para asegurarse que sean juicios personales los que sustentan las posiciones individuales, en lugar de antiguos prejuicios, quizá socialmente compartidos.

Haciendo una breve recapitulación de nuestra investigación, podemos señalar lo que consideramos las condiciones para participar en el debate de la eutanasia:

⁴ Lo vimos en el capítulo 2 en que comparamos la versión de Marie de Hennezel y de Pierre Soulier sobre el suicidio asistido en el que participó el Dr. Julius Hacketal y en el capítulo 5 en que, además de la versión del Dr. Henk Prins sobre su acción para terminar con la vida de una bebé que nació con graves discapacidades, incluimos la que da Wesley J Smith sobre ese mismo caso.

⁵ Tomamos este ejemplo de una clase con un grupo de estudiantes de medicina en la que se trató el tema de la eutanasia y uno de ellos expuso así su posición, en dos momentos diferentes de la discusión.

1) Entender qué es y qué no es esta práctica, distinción que se reconoce cuando se comprende que el principio ético en que se sustenta la eutanasia es la autonomía del individuo. Sin este principio ético, la acción con la que se priva de la vida a una persona no puede defenderse, ni debe llamarse eutanasia, aunque así se haya hecho en el pasado reciente para justificar homicidios de personas vulnerables.

2) Todos los enfermos merecen los cuidados médicos óptimos para aliviar en todo lo posible los dolores y molestias que padecen, que se atiendan sus necesidades emocionales, sus problemas familiares y sus inquietudes espirituales. Si a pesar de esta atención, los enfermos quieren adelantar el momento de su muerte, habrá que aceptar que las personas quieren cosas diferentes para vivir y para morir y habrá que aprender a respetar su voluntad, sobre todo cuando no se comparte.

3) Revisar de qué forma queremos hacer honor al valor sagrado de la vida: defendiéndolo en abstracto o, como propone Dworkin, en la vida de cada individuo en concreto, tomando en cuenta su visión personal sobre lo que quiere al final de su vida.

4) Asumir las creencias religiosas personales de manera responsable. Para el caso del catolicismo, hemos mostrado las posiciones de teólogos católicos que cuestionan la prohibición de la eutanasia por parte del Vaticano y exigen revisar la interpretación de la palabra revelada para que ésta sea más congruente con la idea de un Dios amoroso que respeta la libertad que dio a los hombres sin negarla al final de la vida.

5) Conocer la experiencia de otros países que desde hace tiempo buscan soluciones para los problemas médicos que se enfrentan al final de la vida. Incluimos la experiencia de Holanda por ser un país que ha encontrado una solución legal para permitir la muerte médicamente asistida después de reflexionar y debatir por más de treinta años sobre las condiciones óptimas para regular esta práctica. No consideramos que el modelo holandés sea exportable a nuestro país, el cual tiene sus propias características socioculturales y un sistema de salud que difiere en mucho del de Holanda, pero puede aprenderse mucho del proceso seguido en este país cuyo gobierno se ha preocupado por tener un conocimiento muy aproximado, tanto de la frecuencia y condiciones en que se lleva a cabo la eutanasia, como de los problemas concretos que viven los médicos, los pacientes y los familiares.

6) Comprender y reflexionar sobre los elementos y las preguntas que subyacen a la discusión, así como conocer y analizar los argumentos más importantes al considerar la moralidad de la eutanasia y la conveniencia de legalizarla.

Finalmente, debemos insistir en la importancia de no perder de vista que el problema de la eutanasia es un problema que nos atañe en lo personal a todos, porque cada uno de nosotros puede llegar a encontrarse en una situación en que considere como opción la terminación anticipada de la vida, ya sea para un ser querido, o para sí mismo. A lo largo de este documento, hemos incluido diversos casos de enfermos que han solicitado para ellos la muerte asistida y otros en los que han sido familiares quienes la han pedido para enfermos que no podían hacerlo por sí mismos. Algunos de estos casos ya forman parte de las publicaciones especializadas sobre el tema, pero otros los hemos tomado de las noticias actuales que ilustran situaciones que se están dando en todo el mundo y se seguirán dando cada vez más. Con todo, la mayoría de los casos existentes permanecerá oculta, no sólo para preservar la intimidad que se desea en momentos tan críticos como los que rodean la muerte, sino para evitar posibles y lamentables consecuencias legales.

Encontrar soluciones a los problemas que se enfrentan al final de la vida de ninguna manera significa pensar en la eutanasia como única solución. Todo lo contrario: la eutanasia debe concebirse como una opción con la que se debe de poder contar cuando se hayan agotado todas las otras posibilidades, primero de curación y después de alivio. En este sentido, es esencial promover el desarrollo de los cuidados paliativos para mejorar la atención de las pacientes al final de la vida y es indispensable admitir como médicos, como familiares y como pacientes, que la muerte es parte de la vida. Únicamente así, a pesar de todo lo angustiante y dolorosa que pueda parecerse, podremos hacer algo para vivir mejor el tiempo que la precede y la sucede. Hará una gran diferencia que la persona que va a morir pueda seguir eligiendo mientras le queda tiempo de vida: sobre el tipo de tratamiento que quiere recibir (si es que desea algún tratamiento), sobre los pendientes que quiere resolver, sobre la compañía de la que quiere rodearse, quizás, incluso, sobre la forma en la que quiere morir. Todas estas decisiones implican compartir con otros la situación de aproximar el fin: hablar de lo que se quiere, quizás de lo que se teme y, al final de cuentas, representa la

posibilidad de despedirse y encontrar cierto consuelo, tanto quien muere, como quien lo sobrevive.

La reflexión sobre la eutanasia forma parte de una mucho más amplia discusión sobre la vida y la muerte, en la cual el punto principal es promover y defender que las personas puedan mantener una posición libre y responsable a lo largo de la vida, incluyendo el final de ésta. Algunas, al llegar a esta etapa, pedirán que se le ayude a adelantar su muerte, pero serán una minoría porque la gente no elige morir a menos que tenga razones de mucho peso para hacerlo (como se ha visto que sucede en los países en donde esta opción es legal). La mayoría de las personas elegirán seguir viviendo y su muerte no será consecuencia de la eutanasia y la cuestión es que para estas personas también debe tratarse de una elección. Por esto, nos parece insostenible la posición de quienes afirman que no querrían la eutanasia para sí mismas, pero tampoco la admiten para otros que tienen sus propios motivos para pedirla. Parecería que no quieren que exista la posibilidad de elegir, ni para pedir la eutanasia, ni para no pedirla. Como si prefirieran que la decisión estuviera tomada de antemano mediante la prohibición, sea por la ley, la religión o las costumbres.

Sin embargo, para nosotros el punto central es la autodeterminación. Que las personas puedan elegir y la sociedad no tenga miedo a esta opción porque creemos que la libertad es un principio universal básico que debemos defender. El conocimiento es una condición para ejercer la libertad porque sólo se puede decidir sobre lo que se conoce. Para tener un conocimiento fundamentado sobre la eutanasia, debe abordarse el tema con una actitud sincera y crítica, lo cual incluye cuestionar y superar opiniones dogmáticas y sesgadas.

Al momento de concluir esta experiencia de investigación, podemos decir que ha sido muy estimulante el trabajo por lo que hemos aprendido y reflexionado en torno a esta práctica tan polémica. Estaremos muy satisfechos si este documento despierta en otros un interés similar.

Anexos

1. Modelo de testamento vital

Yo _____, en plenitud de mis facultades, libremente y tras prolongada reflexión, declaro:

Que si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico, a consecuencia de mi deterioro físico o mental, por encontrarme en uno de los estados enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, mi voluntad inequívoca es la siguiente:

- 1) Que no se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de apoyo vital, líquidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.
- 2) Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de líquidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi vida.
- 3) Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos (es decir, con el sufrimiento y el dolor) expresados en el punto 2 de este documento.¹
- 4) Los estados clínicos a los que hago mención más arriba son:
 - Daño cerebral severo e irreversible.
 - Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
 - Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
 - Demencias preseniles, seniles o similares.
 - Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
 - Otras: (especificar si se desea).
- 5) Designo como mi representante para que vigile el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin, a:

Nombre del representante _____

¹ El testamento vital tiene limitaciones para su aplicación en función de las leyes vigentes de los países. El punto 3 puede representar un problema en los países –la mayoría- en que la eutanasia no es permitida. Por otra parte, puede agregarse un inciso para expresar la voluntad de donar órganos. Por ejemplo: “Si mis órganos son de utilidad para ser transplantados, quiero donarlos a quien le sean útiles, de acuerdo a las reglas establecidas por las autoridades responsables, dando preferencia, como receptor, a algún familiar o persona cercana que se beneficie (y acepte) recibir alguno o algunos de mis órganos en el momento de mi fallecimiento. Deseo que se sigan mecanismos sencillos que faciliten el procedimiento, tanto para mis familiares como para el receptor”.

- 6) Manifiesto, asimismo, que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal que pueda derivarse por llevar a cabo los términos de esta declaración.
- 7) Me reservo el derecho a revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Lugar _____ fecha _____ y firma.

TESTIGOS:

1) Fecha _____ nombre _____ y firma.

2) Fecha _____ nombre _____ y firma.

REPRESENTANTES:

1) Fecha _____ nombre _____ y firma.

2) Fecha _____ nombre _____ y firma.

Fuente: Modelo de documento propuesto como “Manifestación de voluntad sobre el final de mi propia vida” por la Asociación Derecho a Morir Dignamente de España, incluido en Rodríguez, P. *Morir es nada*. Barcelona, Ediciones B, 2002, p.182-184.

2. Declaración de pedido de eutanasia²

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

Después de pensarlo cuidadosamente, por voluntad propia y en completa posesión de mis facultades, declaro lo siguiente:

1) En caso de que yo, como consecuencia de una enfermedad, accidente o cualquier otra causa, me encuentre en un estado físico o mental, del cual no se considere posible una recuperación a un estado razonablemente aceptable y digno, entorces pido:

- a) Que no se me apliquen medidas o técnicas con la intención de mantener o prolongar los procesos físicos de vida;
- b) que no se me apliquen medidas o técnicas con la intención de mantener o revivir un estado consciente en mí;
- c) que se me aplique la eutanasia.

2) En caso de encontrarme en el estado descrito en el punto 1, pero completamente consciente, el médico responsable debe pedirme la confirmación de esta declaración; en caso de encontrarme mentalmente incapacitado para participar en tal consulta, esta declaración debe ser considerada como mi voluntad expresa.

FECHA _____

FIRMA _____

Fuente: Pool, R. *Negotiating a Good Death. Euthanasia in the Netherlands*. New York, The Haworth Press, 2000, 239.

² En Holanda, el testamento vital incluye la eutanasia y se reconoce como un pedido legítimo.

3. El procedimiento de notificación de eutanasia en Holanda

El médico tiene que notificar todo caso de muerte no natural al forense municipal. En caso de que se practique la eutanasia o ayuda al suicidio, el médico redactará un informe. El forense, en su propio informe, hará constar que la muerte del paciente se ha producido de forma no natural. Enviará este informe al Fiscal que dará permiso para enterrar.

El informe del médico y del forense se entregarán a la comisión regional de verificación. La comisión también habrá de recibir el informe médico independiente que fue consultado y, en su caso, la declaración de voluntad escrita del paciente fallecido.

La comisión verificará que el médico haya actuado con la debida diligencia. Si la comisión estima que así ha sido, el médico queda exento de responsabilidad penal.

Si la comisión estima que el médico no ha obrado con la debida diligencia, comunicará su opinión al Ministerio Fiscal y al inspector regional de sanidad. Tanto el fiscal como el inspector regional examinarán si se han de tomar medidas y determinarán, en su caso, cuáles deberán ser adoptadas con respecto al médico.

Fuente: www.minbuza.nl

4. Modelo de notificación de eutanasia en Holanda

(Se pide al médico que explique las respuestas a las preguntas formuladas y se le indica que puede ofrecer información suplementaria por medio de anexos).

DATOS DEL MÉDICO

Apellido:

Iniciales: sexo: H / M

Profesión: médico de familia / médico de casa de convalecencia / especialista (nombre de la especialidad) / en su caso, nombre de la institución

Dirección del trabajo:

Código postal / Ciudad:

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido:

Iniciales: sexo: H / M

Fecha de fallecimiento:

Lugar de fallecimiento (municipio):

I HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

- 1) ¿Qué enfermedad (es) padecía el paciente y desde cuándo?
- 2) ¿Qué terapias médicas se probaron?
- 3) ¿Era todavía posible la curación del paciente?
- 4) ¿En qué consistía el padecimiento del paciente?
- 5a) ¿Existían todavía posibilidades de aliviar el padecimiento del paciente?
- 5b) En caso afirmativo, ¿cuál era la actitud del paciente con respecto a esas alternativas?
- 6) ¿Dentro de qué plazo se calcula que podía esperarse el fallecimiento de no haberse precedido a la terminación de la vida a petición del paciente?

II PETICIÓN DE TERMINACIÓN DE LA VIDA O DE AUXILIO AL SUICIDIO

- 7a) ¿Cuándo solicitó el paciente la terminación de la vida o el auxilio al suicidio?
- 7b) ¿Cuándo reiteró el paciente esta petición?
- 8) ¿En presencia de quién expresó el paciente esta petición?
- 9a) ¿Existe una declaración de voluntad por escrito?
- 9b) En caso afirmativo, ¿de qué fecha? (adjunte esta declaración al informe)
- 9c) En caso de respuesta negativa, ¿cuál es la razón?
- 10) ¿Existen indicaciones de que la petición del paciente fue expresada bajo presión o influencia de otras personas?
- 11) ¿Existía alguna razón para dudar que el paciente, en el momento de expresar su petición, tenía plena conciencia del alcance de su petición y de su situación física?
- 12a) ¿Se ha consultado acerca de la terminación de la vida con el personal de enfermería o con el personal sanitario al cuidado del paciente?

- 12b) En caso afirmativo, ¿con quién y cuáles fueron sus opiniones?
 12c) En caso negativo, ¿por qué no?
 13a) ¿Se ha consultado acerca de la terminación de la vida con los familiares del paciente?
 13b) En caso afirmativo, ¿con quién y cuáles fueron sus opiniones?
 13c) En caso negativo, ¿por qué no?

III CONSULTA

- 14) ¿A qué médico se ha consultado?
 15a) ¿Cuál era su profesión? (médico de familia / especialista / psiquiatra / otros, a saber)
 15b) ¿Era(n) éste(éstos) también médico(s) que trataban al paciente?
 15c) ¿Cuál es su relación con usted?
 16a) ¿Cuándo vio / vieron el(los) médico(s) consultado(s) al paciente?
 16b) En el caso de que el(los) médico(s) consultado(s) no hayan visto al paciente, ¿por qué no?
 17) Debe adjuntar el informe escrito del(los) médico(s) consultado(s) relativo a su opinión acerca del padecimiento insoportable del paciente y la ausencia de esperanza de mejoría, así como sobre el hecho de que la petición del paciente haya sido expresa y bien meditada. En el caso de que el(los) médico(s) consultado(s) no hayan consignado su opinión por escrito, ¿cuál era su opinión acerca de los aspectos anteriormente mencionados?

IV REALIZACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN DEL PACIENTE O DEL AUXILIO ASISTIDO

- 18a) ¿Se trataba de: terminación de la vida a petición del paciente (siga con la pregunta 18b) o de auxilio al suicidio?
 18b) ¿Quién se encargó de hecho de llevar a cabo la terminación de la vida del paciente?
 19) ¿Con qué medios o de qué forma tuvo lugar la terminación de la vida?
 20) ¿Recabó información acerca del método a aplicar y, en su caso, de quién?
 21) ¿Qué personas, aparte de usted, estaban presentes en el momento de la terminación de la vida?

V COMENTARIOS

- 22) ¿Existen otros aspectos de los cuales quiera informar a la comisión de comprobación y que no ha podido incluir en las respuestas de las preguntas precedentes?

Fecha:

Nombre:

Firma:

Fuente: www.minbuza.nl

5. Frecuencia de eutanasias y otras decisiones médicas al final de la vida en Holanda

Cuadro 1³
Holanda
Eutanasia y Otras Decisiones Médicas al Final de la Vida

	1990		1995	
Número Total de Muertes	128,000	100%	135,500	100%
Sin Decisión Médica	79,800	62	78,600	58
Con Decisión Médica	49,000	38	56,900	42
Muerte médicamente asistida	3,700	2.9	4,500	3.4
<i>Eutanasia</i>	2,300	1.8	3,200	2.4
<i>Suicidio médicamente asistido</i>	400	0.3	400	0.3
<i>Terminación de la vida sin solicitud expresa</i>	1,000	0.8	900	0.7
Muerte como resultado indirecto de alivio al dolor u otros síntomas	22,500	17.5	25,100	18.5
Suspensión o decisión de no dar tratamiento para prolongar la vida	22,500	17.5	27,100	20.0

Fuente: Wal, G. van der, Maas, P.J. van der. "Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure", en Thomasa, D., Kimbrough-Kushner, T., Kimsma, G., Ciesielski-Carlucci, C. (Eds.) *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998, p. 171.

³ Está copiada textualmente; faltan 300 casos para el año de 1990 y 200 para 1995.

Cuadro 2
Holanda
Eutanasia y Otras Decisiones Médicas al Final de la Vida

	1990	1995	2000
Eutanasia ¹⁾	1.8%	2.4%	2.5%
Suicidio médicamente asistido ²⁾	400	400	300
Terminación de la vida sin solicitud expresa ²⁾	1000	900	900

1) Porcentaje del total de muertes.

2) Número de casos.

Fuente. Sheldon, T. *Only half of Dutch doctors report euthanasia*, report says. BMJ 2003; 326:1164.

6. Relación de casos incluidos en la tesis

Janet Adkins	p. 20 y sigs., 64 y sigs.
Paciente de Julius Hacketal	p. 31 y sigs.
Monsieur Caivallet	p. 36 y sigs.
Miss B.	p. 53 y sigs.
Diane Pretty	p. 55 (nota al pie)
Lilian Boyes	p. 56
Nancy Cruzan	p. 59 y sigs.
Anthony Bland	p. 60 y sigs.
Karen Ann Quinlan	p. 62 (nota al pie), 85 y sigs.
Helga Wanglie	p. 62
Terry Schiavo	p. 63 (nota al pie)
Thomas Youk	p. 65 (nota al pie)
Margo	p. 66
Gilbert y Edith Brunet	p. 99 (nota al pie)
Madre de la Dra. Postma	p. 108 y sigs
Caso Alkmaar	p. 110 y sigs
Caso Chabot	p. 116 y sigs.
Bebé Rianne	p. 125 y sigs.
Vincent Humbert	p. 138 (nota al pie)
Reginald Crew	p. 141
Bryan	p. 162
David	p. 180 y sig.
Tina	p. 181 y sig.
Masha	p. 182 y sig.
Colleen	p. 183 y sigs.
Estela	p. 185 y sigs.

Bibliografía

1. Álvarez, A. Muerte y subjetividad. Una experiencia de investigación. *Tesis de maestría. Facultad de Psicología*. UNAM, México, 1998.
2. Álvarez, A., Blum Gordillo, B., Gordillo Paniagua, G. “Bioética de los transplantes renales” en: Gordillo Paniagua, G., Exine, R., De la Cruz, J. (eds) *Nefrología Pediátrica*. Madrid, Elsevier Science, 2003.
3. Baird, R., Rosenbaum, S. *Eutanasia: los dilemas morales*. Barcelona, Alcor, 1992.
4. Beauchamp, T. The medical ethics of physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25:437-439.
5. Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principios de ética biomédica (cuarta edición)*. Barcelona, Masson, 1998.
6. Beauchamp, T. The medical ethics of physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics* 1999.
7. Becker, C. Opiniones budistas acerca del suicidio y la eutanasia. *Revista de estudios budistas* (Asociación Latinoamericana de estudios budistas) 1992-1993; 4: 7-29.
8. *Bioética Temas y perspectivas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica 527; 1990.
9. Calsamiglia, A. Sobre la eutanasia. *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*. México D.F., Universidad Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 151-175.
10. Camus, A. *El mito de Sísifo*. Madrid, Alianza, 1981.
11. Cano Valle, F., Díaz Aranda, E. Eutanasia. *Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. México D.F. UNAM, 2001.
12. *Catecismo de la Iglesia Católica*. Madrid, Asociación de Editores del Catecismo, 1993.
13. Charlesworth, M. *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
14. Colomo, J. *Muerte cerebral. Biología y ética*. Pamplona, EUNSA, 1993.
15. Degrazia, D. Advance Directives, Dementia, and ‘The Someone Else Problem’. *Bioethics* 1999; 13 (5):374-391.
16. Delden, J. van der. Slippery slopes in flat countries – a response. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 22-4.
17. Díaz Aranda, E. *Del suicidio a la eutanasia*. México D.F., Cárdenas editor Distribuidor, 1998.
18. Díez, J.L., Muñoz, J. (Ed). *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*. Valencia, Tirant lo Blanch, 1995.
19. Dobson, R. Society should accept that euthanasia is a “personal decision”, *BMJ* 2003;326:416.

20. Dworkin, G., Frey, R.G., Bok, S (Eds). *Euthanasia and physician-assisted suicide. For and against*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
21. Dworkin, R. *Life's Dominion. An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. New York, Vintage Books, 1994.
22. Dyre, C. Woman makes legal history in right to die case. *BMJ* 2002;324:629.
23. Foot, P. *Las virtudes y los vicios*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, 1994.
24. Gafo, J., Vidal, M. Gil, E., Urraca, S., Higuera, G., Fernández Martos, J.M., Pílon, J.M., Ruíz, G., Tornos, A. *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Madrid, Ediciones Paulinas, 1984.
25. Gafo, J. (ed.) *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, Colección Dilemas éticos de la medicina actual-13, 2000.
26. Ganzini, L., Johnston, W., McFarland, B., Tolle, S., Lee, M. Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their care givers toward assisted suicide. *New England Journal of Medicine* 1998; 339 (14): 967-72.
27. Gillon, R. Persistent vegetative state, withdrawal of artificial nutrition and hydration, and the patient's "best interests". *Journal of Medical Ethics*, 1998; 24:75-76.
28. Gillon, R. Euthanasia in the Netherlands – down the slippery slope? *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 3-4.
29. González, J. *Ética y libertad*. UNAM/Fondo de Cultura Económica, 1997.
30. Gracia, D. Transplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología*, 2001; 21:13-29.
31. Groenwoud, J.H., Maas, P.J. van der, Wal, G. van der, Hengeveld, M.W., Tholen, A.J., Schudel, W., Heide, A. van der. Physician-Assisted Death in Psychiatric Practice in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 1997; 336:1795-1801.
32. Heide, A. van der., Maas, P.J. van der, Wal, G. van der, Graaff, C., Kester, J., Kollée, L., Leeuw, R., Holl, R. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet* 1997; 350: 251-255.
33. Hennezel, M. *La muerte íntima*. Barcelona, Plaza & Janés Editores, 1996.
34. Hennezel, M. *La tentación de la eutanasia*. México, D.F., Nueva Imagen, 2001.
35. Humphry, D., Wickett, A. *The Right to Die*. Oregon, Helmock Society, 1990.
36. Hurst, S., Mauron, A. Assited suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 2003; 326:271-273.
37. Janssens, R., Ten Have, K., Zylicz, Z. Hospice and euthanasia in the Netherlands: an ethical point of view. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 408-12.
38. Jochemsen, H., Keown, J. Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 16-21.
39. Kastenbaum, R, Kastenbaum, B. *Encyclopedia of Death*. New York, Avon Books, 1993.

40. Keown, J. (ed) *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
41. Kevorkian, J. *Eutanasia. La buena muerte*. Barcelona, Grijalbo, 1991.
42. Kmietowicz, Z. Woman who won right to refuse treatment dies. *BMJ* 2002;324:1055.
43. Kraus, A., Álvarez, A. *La eutanasia*. México D.F., CONACULTA, 1998.
44. Küng, H. *Ser cristiano*. Madrid, Ediciones Cristiandad, 1978.
45. Küng, H., Jens, W. *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Editorial Trotta, 1997.
46. Lecuona, L. Eutanasia: Algunas distinciones. En Platts M. (Ed): *Dilemas éticos*. México D.F., UNAM/Fondo de Cultura Económica, 1997, p. 97-119.
47. Lee, D. Physician-assisted suicide: a conservative critique of intervention. *Hastings Center Report* 2003; 33 (1):17-19.
48. Lock, S., Last, J., Dunea, G. *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*. Oxford, Oxford university Press, 2001.
49. Mackie, J.L. *Ethics. Inventing right and wrong*. London, Penguin Books, 1990.
50. Marzansku, M. Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia. *Journal of Medical Ethics* 2000; 26: 108-112.
51. Mayor, F. Bioética: una reflexión para el nuevo milenio. *Dialogo* 1998;23(1 de abril).
52. *Medical dictionary*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1998.
53. Montaigne. *Ensayos*. México D.F., CONACULTA/Océano, 1999.
54. *Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*. Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1996.
55. *Nuevo Catecismo para adultos. Versión íntegra del Catecismo holandés*. Barcelona, Editorial Herder, 1969.
56. Nuland, S. *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid, Alianza Editorial, 1995.
57. Ogden, R. Non-Physician Assisted Suicide: The Technological Imperative of the Deathing Counterculture. *Death Studies* 2001; 25: 387-401.
58. Panicola, M. Catholic teaching on prolonging life: setting the record straight. *Hastings Center Report* 2001; 31 (6):14-25.
59. Panicola, M. Letter. Catholic views of life. *Hastings Center Report* 2001; 32 (3):5.
60. Pinner, G. Truth-telling and the diagnosis of dementia. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 514-515.
61. Pohier, J. *La mort opportune*. Paris, Editions du Seuil, 1998.
62. Platón, *Obras completas*. Madrid, Aguilar, 1981.
63. Platts, M. (Ed): *Dilemas éticos*. México D.F., UNAM/Fondo de Cultura Económica, 1997.

64. Pool, R. *Negotiating a Good Death. Euthanasia in the Netherlands*. New York, The Haworth Press, 2000.
65. Pour une mort plus douce. *Panoramiques*, núm 21, 1995.
66. Quill, T., Lo, B., Brock, D. Palliative options of last resort. *JAMA* 1997; 278 (23): 2099-2104.
67. Quill, T. *Death and Dignity. Making Choices and Taking Charge*. New York/London, Norton & Company, 1994.
68. Rachels, J. Active and Passive Euthanasia. *New England Journal of Medicine* 1975; 292(2): 78-80.
69. Rachels, J. "Euthanasia", en Regan T. *Matters of life and death. New introductory essays in moral philosophy*. New York, Random House, 1980, p. 28-66.
70. Randall, F. Reply to Farside's editorial: palliative care –a euthanasia- free zone. *Journal of Medical Ethics* 1999; 25: 221-223.
71. Reich, W.T. (ed). *The Encyclopedia of Bioethics*, edición revisada. New York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, Vol 1.
72. Rodríguez, M. *La nueva tanasia: Libertad y dignidad*. México D.F, Ediciones Botas, 1989.
73. Rodríguez, P. *Morir es nada*. Barcelona, Ediciones B, 2002.
74. Rowland, L. Assisted suicide and alternatives in amyotrophic lateral sclerosis. *New England Journal of Medicine* 1998; 339 (14): 987-9.
75. Seay, G. Do physicians have an inviolable duty not to kill? *Journal of Medicine and Philosophy* 2001; 26(1): 75-91.
76. Shannon, T. The Kindness of Strangers: Organ Transplantation in a Capitalist Age. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2001;11(3):285-303.
78. Sheldon, T. Euthanasia endorsed in Dutch patient with dementia, *BMJ* 1999;319:75.
79. Sheldon, T. Reported eutanasia cases in Holland fall for second year. *BMJ* 2002; 324:1354.
80. Sherwin, B. "Eutanasia as a Halakhic Option", en Kaplan K., Szhwartz M. *Jewish approaches to suicide, martyrdom, and euthanasia*. New Jersey, Jason Aronson Inc, 1998.
81. Singer, P. *Rethinking Life and Death*. New York, St. Martin's Griffin, 1994.
82. Singer, P. *Ética práctica. Segunda edición*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995.
83. Smith, R. Death, come closer. *BMJ* 2003; 327.
84. Smith, W.J. *Culture of death*. San Francisco, Encounter Books, 2000.
85. Soulier, J. *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*. Madrid, Temas de Hoy, 1995.

86. Spector, H. Suicidio médicamente asistido y autonomía. En Hansberg, O., Platts, M. (eds) *Responsabilidad y libertad*. México D.F. UNAM/Fondo de Cultura Económica, 2002, p. 188-194.
87. Swarte, N., Lee, M. van der, Bom, J. van der, Heintz, A.P. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:189.
88. Szasz, T. *Libertad Fatal*. Barcelona, Piados, 2002.
89. Thévoz, M., Jaccard, R. *Manifiesto por una muerte digna*. Barcelona, Kairós, 1993.
90. Thomasma, D., Kimbrough-Kushner, T., Kimsma, G., Ciesielski-Carlucci, C. (Eds). *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
91. Thomasma, D., Thomasine, K., *De la Vida a la Muerte. Ciencia y Bioética*. Madrid, Cambridge University Press, 1999.
92. Urraca, S., (Ed). *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Madrid, Editorial Noesis, 1996.
93. Veldink, J.H, Wokke, J.H., Wal, G. van der, Jong, V., Berg, L.H. van der. Euthanasia and physicians assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 2002; 346:1638-44.
94. Verspieren, P. *Face à celui qui meurt*. Paris, Desclée de Brouwer, 1999.
95. Vico Peinado, J. *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica*. Madrid, San Pablo, 1995.
96. Welie, J. Why Physicians? Reflections on The Netherlands' New Euthanasia Law. *Hastings Center Report* 2002; 32(1): 42-44.
97. Werth, J. Policy and Psychosocial Considerations Associated with Non-Physician Assisted Suicide: A commentary on Ogden. *Death Studies* 2001; 25:403-411.