

NO ESPERO LA MUERTE, LA CONVOCO. REFLEXIONES EN TORNO A LA EUTANASIA*

Federico ORTIZ QUEZADA

La muerte, absurdo incomprensible, misterio equivalente al de la vida, está rodeada de fenómenos que la convierten en aterradora: lo incierto de su llegada, la soledad del moribundo, el miedo al más allá, el temor a los sufrimientos que la acompañan, el dolor físico y —lo peor de todo— la pérdida de la vida. Si hiere profundamente perder a un ser querido, la pena que nos invade al abandonar todo lo amado es indescriptible.

Sin embargo, aun cuando morir es la mayor de las penas, hay circunstancias en las que se anhela la muerte. No me refiero al homicidio o al suicidio, sino al ansia de fallecer que se experimenta como resultado de un padecimiento físico o mental, o por haber vivido demasiado. “No espero la muerte, la convoco”, dijo Jaime Torres Bodet ante un diagnóstico de cáncer. Cesare Pavese escribió: “No más palabras. Un acto. No volveré a escribir más”.¹

Los espartanos acostumbraban despeñar a los recién nacidos, cuando eran deformes, por la roca Tarpeya; los esquimales, a petición del anciano, lo abandonaban en iglúes herméticamente sellados. El Estado ateniense suministraba la cicuta a quien la solicitaba. El poeta Posidoppos afirmaba: “Nada mejor puede el hombre pedir en suerte a los dioses, que una buena muerte”. Suetonio, en *Los doce Césares*, relata que Augusto “Tuvo una muerte dulce tal y como siempre la había deseado. En efecto, cuando oía decir que tal persona había muerto de repente y sin sufrir, pe-

* Tomado del libro *Muerte Morir Inmortalidad*, México, Taurus-Santillana Ediciones Generales, 2006.

¹ Thomasma, D.C., y Graber, G. C., *Eutanasia, Toward an Ethical Social Policy*, Nueva York, Continuum, 1990.

día a los dioses para él y los suyos una muerte semejante, para lo cual empleaba una palabra griega”.² Ese término era *eutanasia*, buena muerte, que significa deceso voluntario, sin sufrimiento. Cicerón emplea este vocablo dándole el sentido de muerte honrosa y noble. Su práctica ha sido recomendada, entre otros, por Platón, Aristóteles y Lutero.³

El relato de quienes se han despedido de la vida mediante el ejercicio de la eutanasia es muy extenso. En nuestro siglo, Sigmund Freud, quien ejerció la conciencia de sí hasta su máxima expresión, le solicitó a su médico una dosis mortal de morfina: “Querido Shur, recuerda nuestra primera plática, prometiste que me ayudarías cuando llegara el momento. Todo es tortura y ya no tiene sentido”.⁴ Sin embargo, la eutanasia se encuentra legal y moralmente proscrita, con excepción de Holanda y Bélgica, en la mayor parte de los países del mundo.

Los seres humanos, al darse cuenta de su finitud, se dolieron profundamente de su condición. Inventaron mitos, leyendas, religiones, filosofías, para negar este hecho. Sin esta conciencia —se nos dice— el hombre no hubiera sido el permanente creador que es. El miedo a la muerte y los ritos con que se ocultó datan de épocas muy remotas y, desde entonces el hombre vive buscando curas que le permitan prolongar su estancia en la tierra. Cuando se dio cuenta que era un esfuerzo vano sólo quedó el ambicionar una buena muerte, sin dolor ni sufrimiento, a esto se le llama eutanasia.

El sentido de la eutanasia se fue transformando conforme avanzó la medicina y los médicos adquirieron un poder nunca antes conocido, ya que son capaces de decidir sobre la vida o la muerte de las personas. Tanto así que llegaron a considerarse omnipotentes: “cuando las necesidades de la sociedad entran en conflicto con los derechos del individuo, alguien tiene que hacer el papel de Dios... En la investigación clínica, este poder se le ha conferido al médico” escribió Walsh McDermott.⁵ Debido

² Suetonio, *Los doce Césares*, Madrid, Mediterráneo, 1970, p. 88.

³ Thomasma, D. C., *op. cit.*, nota 1, p. 1.

⁴ Schur, M., *Freud, Living and Dying*, Londres, The Hogarth Press, 1972, p. 529. Esta anécdota de uno de los personajes con mayor conciencia de sí, plantea que la eutanasia puede y debe ser aplicada en casos seleccionados.

⁵ McDermott, W., “Opening Comments, The Changing Mores of Biomedical Research”, *Annals of Internal Medicine*, Filadelfia, suplemento 7, vol. 67, septiembre de 1967, p. 39. “En síntesis: nosotros hacemos el papel de Dios”.

a este poder, la benemorticia es ahora sometida a un escrutinio por parte de la sociedad y el concepto de eutanasia ha sido redefinido como “La práctica que procura la muerte, o mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo”.⁶ Esta definición hace referencia al deseo de abreviar, por razones de piedad, la vida de quien se encuentra en condiciones de agonía.

La eutanasia —que hoy se discute como resultado de los avances científico técnicos en medicina— se divide en activa (cuando se procura una acción dirigida a facilitar la muerte del doliente) o pasiva (la renuncia a la prolongación artificial de la vida); también en directa (un acto que deliberadamente provoca la muerte) e indirecta (la abreviación de la vida resulta como efecto secundario). Otra diferenciación válida es la clasificación en voluntaria (a petición del padeciente) e involuntaria (sin contar con la decisión del enfermo).

Como es posible advertir, estas diferencias plantean problemas éticos diversos, en ocasiones contrapuestos. Una eutanasia activa, directa y que no toma en cuenta al paciente puede encubrir un asesinato. Esta práctica es, desde la perspectiva ética y legal, condenable. En cambio, la pasiva e indirecta ha sido tolerada y se considera moralmente válida.⁷

Vale la pena considerar que los pacientes con muerte cerebral —a quienes se les suspenden las medidas terapéuticas extraordinarias y fallecen— no deben ser considerados sujetos de eutanasia; en ellos se ha completado el morir. Desde 1952, el Papa Pío XII condenaba las medidas terapéuticas “que degradan al hombre a la condición de un mero ser sensorial o autómatas vivientes”.⁸ Cuando se afirma el deber médico de proteger la vida, se hace referencia a la vida humana ligada indisolublemente a la conciencia.

Otro aspecto digno de consideración es la frecuencia con que los médicos y familiares de un enfermo suelen caer, debido al avance tecnológico, en el deseo de prolongar irracionalmente la vida. Con ello se emprende la

⁶ Higuera, G., citado por Pérez Valera, V. M., *op. cit.*, p. 24.

⁷ Ortiz Quezada, F. “Eutanasia”, *Reflexiones: Ciencia médica y derechos humanos*, México, 1993, p. 77. La eutanasia oscila desde la moralmente aceptada, a la punible por considerarse asesinato.

⁸ Pérez Valera, V. M., *op. cit.*, nota 6, p. 38.

acción contraria a la buena muerte: *distanasia*, dificultad para morir, muerte dolorosa, agonía prolongada, encarnizamiento terapéutico, lucha obsesiva cuando de antemano se sabe que nada puede ofrecerse. Actitud que es éticamente reprobable.

Por tal razón, ahora se menciona la posibilidad de no obstaculizar la muerte: *adistanasia*, es decir, respeto al proceso natural del morir. El enfermo o sus familiares tienen derecho a impedir que se prolongue irracionalmente la vida. También se menciona la posibilidad de una muerte justa, recta: *ortotanasia*, que conoce y respeta el momento de la muerte sin adelantarlo ni retrasarlo, lo cual constituiría el ideal de un ejercicio médico ético y sabio.

Debo señalar que, según la moral judeocristiana y la ley que rige en el Estado mexicano, la eutanasia es —hasta el momento— condenable y punible. A pesar de que se advierte el sufrimiento del moribundo, la eutanasia se encuentra legal y moralmente proscrita en la mayor parte de los países debido a las diversas tradiciones religiosas que establecen la santidad de la vida. La vida es un don de Dios; no del hombre. En el código ético básico de la religión judeocristiana, el decálogo, así se manifiesta: “No matarás”. (Éxodo 20: 13). La Iglesia católica romana abunda: “Todos son responsables de la vida que Dios les ha dado. Dios es el dueño de la vida. Estamos obligados a aceptarla y preservarla por su honor y salvación de nuestras almas. Somos los administradores, no los propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No es nuestra para disponer de ella”. El Corán expresa: “No tomes la vida que Alá hizo sagrada...”.

Además, el propósito central de la medicina es evitar la muerte, preservar la vida. En la deontología fundacional de la medicina científico técnica, el código hipocrático ordena: “Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pida, ni sugeriré un tal uso, y, del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente”. Es lógico que los preceptos legales actuales consideren censurable la práctica de la eutanasia.

Debido a que no existen provisiones legales que permitan la práctica de la eutanasia, ésta se considera suicidio o asesinato. En este último caso han caído la mayoría de los actos de eutanasia sobre todo en países católicos como México. Sin embargo, debido a los avances científico técnicos en el terreno médico, se hace necesaria una profunda discusión y análisis del tema con diferentes representantes de la sociedad —médicos, juristas,

religiosos, filósofos, artistas, políticos— para establecer las normas de esa práctica que, de otra forma, podría caer en la ausencia de criterios éticos. Enfermos a quienes les es arrebatado su más elemental derecho a vivir o morir con dignidad; médicos que, por ignorancia, pueden ser sujetos de castigo legal o censura moral. El avance científico técnico debe acompañarse de una reflexión consciente acerca de los valores humanos fundamentales. Se debe respetar lo más sagrado del hombre que es la vida.⁹

A lo largo de la historia, el debate de la eutanasia ha tocado todas las posiciones ideológicas: desde las prohibiciones extremas hasta las restricciones parciales, y en casos recientes, de gran laxitud.¹⁰ Un movimiento a favor de su legalización dio inicio en Inglaterra en 1935, cuando Killick Millard fundó la sociedad para la eutanasia. La discusión se ha llevado a las cortes de Australia, Colombia, Estados Unidos, Holanda y otros países. En la segunda mitad del siglo XX, varios países europeos restaron severidad a las condenas contra la eutanasia.

En el territorio norte de Australia entró en vigor, en junio de 1996, la Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales. Autorizaba al médico a dar muerte al enfermo con una acción positiva, como una inyección letal. Además, permitía que cualquier ciudadano pudiera viajar a ese Estado para someterse al tratamiento. En marzo de 1997 fue derogada por el Parlamento por sólo cinco votos. En el periodo en el que estuvo vigente, cuatro pacientes fueron autorizados a quitarse la vida. En Francia, un informe del Comité de Ética de las Ciencias y de la Salud Francesa (CCNE), publicado en marzo, ha abierto una puerta a la despenalización de la eutanasia al recomendar la creación de una nueva figura legal, la “eutanasia de excepción”, para “casos raros y excepcionales”. Este tipo de eutanasia sería diferente de la activa, considerada un homicidio, y de la pasiva, castigada como si se tratara de una omisión de socorro a una persona en peligro. Según uno de los redactores de la recomendación, en Francia se practican anualmente alrededor de dos mil eutanasias clandestinas.

En los Estados Unidos, en el estado de Oregon, en 1994, se aprobó la Ley Muerte con Dignidad que no entró en vigor debido a las protestas sociales. Finalmente, en 1997, el electorado la aprobó con 60% de los vo-

⁹ Brock, D. W., *Life and Death, Philosophical Essays in Biomedical Ethics*, Inglaterra, Cambridge University Press, 1993.

¹⁰ Sissela, B., “Choosing Death and Taking Life”, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Inglaterra, Cambridge University Press, 1998, pp. 83-92.

tos y con restricciones a su aplicación. En este precepto estadounidense se admite el suicidio asistido: los médicos pueden prescribir drogas letales pero no administrarlas. El país que más ha avanzado en la legislación sobre eutanasia es Holanda. El 29 de noviembre de 2000, la Cámara baja del Parlamento holandés aprobó la eutanasia y el 11 de abril de 2001, el Senado la ratificó. Finalmente fue signada la autorización para su práctica por la Reina Beatriz. Un año más tarde, Bélgica hizo otro tanto.

Han sido diversas causas las que han operado a favor de prácticas tolerantes respecto a la eutanasia; podría enumerar algunas. 1. La aparición de sociedades más democráticas con la presencia de pensamientos plurales, tolerantes, complejos. 2. La dilución del fervor religioso en las sociedades contemporáneas occidentales. 3. La aparición de numerosos grupos ateos que, dentro de una lógica de exaltado individualismo, exigen el control sobre su cuerpo. 4. La expansión del materialismo económico que hace ver la vida como una relación costo beneficio. 5. Los altos costos causados por la industria de la salud. 6. La inversión en la pirámide de edades provocada por el incremento de viejos. 7. La existencia, cada vez mayor, de discapacitados. 8. El surgimiento de enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como son la demencia senil, el síndrome de alzheimer, la diabetes, el cáncer, las patologías cardiovasculares, enfermedades reumáticas y otras. 9. Los avances científico técnicos en medicina que llegan a los extremos de prolongar la agonía poniéndole dificultades al morir —*distanasia*— y que son causantes de elevados costos en la atención del enfermo. 10. La deshumanización médica.

Las causas anteriores se han visto traducidas, en opiniones a favor de la eutanasia, en diversas encuestas de la siguiente manera: en España, el 67%; en los Estados Unidos 75%; en la Gran Bretaña 80%; en Australia 81%; en Holanda 92%. Estas cifras deben ser analizadas dentro de un contexto cultural y económico, social y político, técnico y científico. Por ejemplo, en los Estados Unidos 80% muere en los hospitales y si en éstos la agonía es sumamente dolorosa es lógico que opten por la eutanasia.

En 1995, un estudio a gran escala en cinco centros médicos estadounidenses,¹¹ demostró que

¹¹ Support Principal Investigators, "A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments", *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, núm. 20, noviembre 22-29 de 1995, pp. 1591-1598.

solamente el 41% de los pacientes había platicado con sus médicos respecto a su pronóstico o resucitación cardiopulmonar. Los médicos malentendieron las preferencias de los enfermos en el 80% de los casos; no implementaron los rechazos de los pacientes referentes a maniobras de resucitación. Cuando los pacientes señalaron que no querían estas maniobras, no se inscribió la orden en el 50% de los casos.

Un médico investigador señaló: “Cuando las personas mueren después de un sufrimiento prolongado, los médicos dicen: “hicimos todo lo que podíamos”. No dicen: “pusimos a esta persona en el infierno antes de que muriera”. Esto nos lleva a concluir que antes que pensar en la práctica de la eutanasia, deben mejorarse las condiciones del moribundo. No se trata de ayudar a bien morir, sino de auxiliar a vivir bien hasta el último momento.

Una buena muerte debe comenzar por el cuidado compasivo al moribundo. Esta disposición es esencial al budismo como señala Sogyal Rimpoché en el libro *Tibetano de la vida y de la muerte*. “Lo esencial en la vida es establecer con los demás una comunicación sincera y libre de temores, y ésta nunca es tan importante como cuando se trata de una persona moribunda”.¹² Quien sabe que va a morir está lleno de temores: al dolor, que en ocasiones llega a ser intolerable; a la pérdida de la razón que es lo más preciado para el ser humano; al sufrimiento, que transforma la personalidad; a la indignidad, al volverse dependiente de los demás; a la separación y el abandono en que se sume quien va a morir; a la pérdida de respeto por la suciedad y la peste que en ocasiones invade a algunos dolientes; al miedo que se convierte en una montaña de turbación donde toda confianza se pierde. Es aquí donde el médico puede ser de mayor alivio manteniendo la confianza y conciencia del moribundo. Para el budismo es fundamental controlar el dolor sin enturbiar la conciencia.

En el Hospicio de Saint Christopher de Londres, sobre la base de medidas de cuidado al moribundo, se observó que el 98% de ellos tuvo una muerte pacífica, una buena muerte, eutanasia. La fundadora de este hospicio, Dame Cicely Saunders expresa: “Si alguno de nuestros pacientes solicita eutanasia, significa que no estamos haciendo bien nuestro trabajo”. En relación con la legalización de la eutanasia activa, esta mujer mani-

¹² Sogyal, Rimpoché, *Tibetano de la vida y de la muerte*, Barcelona, Ediciones Urano, 1994, p. 217.

fiesta: “Legalizar la eutanasia voluntaria (activa) sería un acto irresponsable que pondría trabas a la asistencia, presionaría a los más vulnerables y aboliría nuestro verdadero respeto y nuestra responsabilidad hacia los frágiles y los ancianos, los incapacitados y los moribundos”.¹³ En la misma línea de pensamiento se manifestó Elisabeth Kübler-Ross la famosa autora de *La muerte y los moribundos*: “Me parece muy triste que hayamos de tener leyes sobre estos asuntos. Creo que deberíamos utilizar nuestro juicio humano y afrontar nuestro propio miedo a la muerte. Entonces podríamos escuchar a los pacientes y respetar sus necesidades, y no tendríamos este problema”.¹⁴

Otra cosa, muy diferente es la llamada eutanasia voluntaria pasiva que, como señalé al principio, suele ser tolerada. Las principales asociaciones médicas del mundo la permiten en aquellos pacientes incurables y a punto de morir. Así, es posible revocar los equipos de soporte vital como son los respiradores artificiales; suspender los procedimientos médicos y medicaciones que no sean para el dolor; cancelar sueros y alimentación parenteral; evitar las maniobras de resucitación cardiopulmonar si sobreviene un paro cardíaco. Tal vez, el procedimiento más comúnmente usado sea la administración de analgésicos tipo morfina que al mismo tiempo que provocan dolor deprimen la respiración acelerando, de esta manera, la muerte. Aquí llegaríamos a sostener que la eutanasia voluntaria y pasiva, en casos seleccionados y autorizados por un comité de bioética que incluya a médicos, filósofos, religiosos, puede ser tolerada siempre y cuando se analice cada caso en particular. Esto constituiría una eutanasia de excepción.

Pero la eutanasia pasiva voluntaria es todavía condenada por la Iglesia católica sobre la base de que nadie, sino Dios es dueño del cuerpo, y que el significado del sufrimiento debe ser elucidado. El budismo, religión no teísta, sostiene una opinión diferente: “La persona que decide que ya ha sufrido bastante y desea que se le deje morir se encuentra en una situación que no podemos llamar virtuosa ni no virtuosa... Más que al deseo de poner fin a la propia vida, responde al deseo de poner fin al sufrimiento. Por consiguiente, es un acto kármicamente neutro”.

¹³ *Ibidem*, p. 448.

¹⁴ Kübler Ross, E., *Questions on Death and Dying*, Nueva York, Macmillan, 1974, p. 84.

La humanidad, y en particular la medicina, ingresan a terrenos antes inexplorados donde la ciencia y la filosofía se dan la mano teniendo como eje a la ética. El hombre ha soñado siempre con hallar un sitio en el que no le falte nada. Los griegos y los judíos lo buscaron en el tiempo; los primeros creyeron que existió en el pasado y lo llamaron la edad de oro; los segundos, por el contrario, lo ubican en el porvenir. La imaginación medieval lo creía posible en algún punto del planeta, y en su búsqueda los europeos dieron con nuestro continente buscando especies y la eterna juventud. Para el pensamiento religioso se trata de un lugar más allá de nuestro espacio y tiempo; para la filosofía de la historia, de un sin lugar, una utopía. Para nosotros, simples mortales, si nos fuera dable imponerle condiciones a tal sitio, sin duda, las primeras serían sin dolor y sin muerte.

Contra el dolor y la muerte el hombre ha luchado a lo largo de toda su historia. Y con la ambición de vencerlos, ha tenido que arrebatarse sus secretos a la naturaleza. El precio viene siendo muy alto, el hombre mientras más conoce, más se aleja de la naturaleza. Gracias a su inteligencia, crece en el dominio de la vida y la muerte y ahonda en los tormentos de la conciencia. Y hay una paradoja en todo esto: el mismo individuo, la misma sociedad que podrían hoy sin vacilaciones eliminar pueblos enteros que desean vivir y prosperar, dudarían para auxiliar a un desahuciado que clama por su muerte.

El avance científico técnico y las nuevas enfermedades, deben acompañarse de una reflexión consciente acerca de los valores humanos fundamentales. Porque ahora se advierte que el hombre de nuestro tiempo, gracias a la tecnología médica, tiene menos dolores pero tiene más sufrimiento. El pensamiento actual posee, en el terreno ético, muchas debilidades. Por eso es necesario insistir en lo fundamental de lo humano sin perder de vista las transformaciones que se constituyen como una revolución intelectual y ética del milenio que inauguramos.¹⁵

Cenagoso noviembre:

Piedras manchadas, huesos renegridos,

Indecisos palacios.

Yo atravesé los arcos y los puentes,

Yo estaba vivo, en busca de la vida.

En el salón lunar

¹⁵ Becker, E., *El eclipse de la muerte*, México, Fondo de Cultura Económica, 1977.

Se desangra la luz. Los hombres-peces
Cambian fríos reflejos.
Yo estaba vivo y vi muchos fantasmas,
Todos de carne y hueso y todos ávidos.
Torre topacio y sangre,
Las trenzas negras y los pechos ámbar.
La dama subterránea.
Tigre, novilla, pulpo, yedra en llamas:
Quemó mis huesos y chupó mi sangre.
Lecho, planeta extinto,
Trampa de espejos fueron noche y cuerpo,
Montón de sal, la dama.
Come mis restos, sol del altiplano:
Yo estaba vivo y fui a buscar la muerte.
Octavio PAZ