

EUTANASIA

Federico ORTIZ QUESADA

Nuestro mayor sufrimiento es sabernos mortales. Y esta conciencia se magnifica en el lecho de dolor. El dolor físico y la incapacidad de disfrute llevan con frecuencia al individuo a preferir la muerte. A esto hay que agregar eventualmente la pérdida de facultades mentales y físicas, la depresión, el sentimiento de abandono, la soledad; el ver a los seres queridos padecer por la suerte de uno, la falta de comunicación, el mal trato, el miedo al más allá, pero sobre todo la pérdida inminente de la vida. Si hiere profundamente perder a un ser querido, abandonar todo lo amado es indescriptible. Son tantas cosas que se suman al dolor de morir que bien puede elaborarse una taxonomía del sufrimiento en el moribundo.¹

Para paliar este dolor la humanidad ha levantado mitos, leyendas, religiones, filosofías. La conciencia de finitud nos ha empujado desde siempre a creer en un más allá, tal como lo demuestran los entierros rituales del hombre de *Neanderthal*, de hace sesenta mil o más años, en los que el cadáver era colocado sobre hierbas medicinales,² con la obvia intención de proveerlo

1 Chernyl, N. I. *et al.*, “Suffering in the Advanced Cancer Patient: A Definition and Taxonomy”, *Journal of Palliative Care*, vol. 10, núm. 2, 1994, pp. 57-67.

2 Leakey, R. E., *El origen del hombre*, México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 1981, pp. 172 y 173. “Es indudable la importancia de los sucesos de Shanidar y, junto con los otros muchos ejemplos de entierros rituales, hablan claramente de un sentimiento profundo por la calidad espiritual de la vida”.

contra el dolor y la muerte aun en otra vida. Un día creyó encontrar en una hierba el remedio para su pena; era una especie de artemisa a la nombró *atanasia*, es decir, “sin muerte”, y que hoy se conoce como hierba de Santa María. Pronto se percató de lo limitado de su hallazgo. San Agustín asevera que la única certeza que tenemos en la vida es la muerte y, a partir de ella, no nos queda más que anhelar una buena muerte, como un sueño, como el primer sueño.

Para asegurar una buena muerte, el Estado ateniense proveía de cicuta al ciudadano que la solicitara. Posidoppos, el poeta, afirmaba: “Nada mejor puede el hombre pedir en suerte a los dioses, que una buena muerte”.³ En el siglo II, Suetonio relata, en *Los doce Césares*, que Augusto “tuvo una muerte dulce tal y como siempre había deseado”. En efecto, cuando oía decir que tal persona había muerto de repente y sin sufrir, pedía a los dioses una muerte semejante, una *eutanasia*, palabra griega que significa “buena muerte”.⁴ Se trata de una muerte voluntaria, sin dolor físico. Cicerón emplea esta palabra añadiéndole un sentido de honor y nobleza. La práctica de la eutanasia fue recomendada por Platón, Aristóteles y luego por Lutero.⁵ Tomás Moro y Michel de Montaigne, en el siglo XVI, llegaron a considerarla una opción racional y éticamente válida si es voluntaria y se da en ciertas circunstancias.

El término *eutanasia* se popularizó a partir del siglo XVII y se usó ampliamente para designar diversas formas de muerte tranquila y natural. A partir del siglo XIX, se refiere a todas las formas de muerte permitidas o provocadas en el padeciente. Ahora se clasifica la eutanasia en voluntaria, cuando es a petición del doliente, e involuntaria cuando no lo es; en activa,

3 Pérez Valera, V. M., *Eutanasia. ¿Piedad? ¿delito?*, México, Jus, 1989, p. 95.

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

5 Thomasma, D. C. y Graber, G. C., *Eutanasia*, Nueva York, Continuum, 1900, p. 1.

cuando se procura o encauza una acción a facilitar la muerte del doliente, y pasiva cuando se renuncia a seguir suministrando medicamentos o a prolongar artificialmente la vida; en directa, cuando deliberadamente se provoca la muerte, e indirecta cuando resulta efecto secundario de un acto. Claro, los linderos no son precisos y esta clasificación plantea problemas éticos. Una eutanasia involuntaria, activa y directa puede encubrir un asesinato. Desde el punto de vista de la ética y de la ley esta práctica es condenable. En cambio, la voluntaria, pasiva e indirecta ha sido tolerada y moralmente validada.⁶ De esta manera, esta acción ha estado en la frontera del suicidio, el homicidio y la eutanasia.

De entre tantas, la eutanasia de Sigmund Freud resulta ilustrativa. Freud ejerció la conciencia de sí hasta su máxima expresión: él evitaba la anestesia en las operaciones de su boca advirtiendo que prefería sufrir el dolor que no ser capaz de pensar con claridad. Sin embargo, cuando ya no pudo tolerar el sufrimiento 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”.⁷ Arthur Koestler, novelista y filósofo húngaro, una de las mentes más brillantes de su generación, afligido por una leucemia y enfermedad de Parkinson, tomó el mismo camino.

Sin embargo, a pesar de que se advierte el sufrimiento del moribundo, la eutanasia se encuentra legal y moralmente proscribida 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:

6 Ortiz Quesada, F., “Eutanasia”, *Reflexiones: ciencia médica y derechos humanos*, México, Némesis, 1993, p. 77.

7 Shur, M., *Freud, Living and Dying*, Londres, The Hogarth Press, 1972, p. 529.

“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, se 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 consideren punible la práctica de la eutanasia debido a que no existen provisiones al respecto, pueden considerarse suicidios o asesinatos. En este último caso han caído la mayoría de los actos de eutanasia, sobre todo en países católicos como México.

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.⁸ 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

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

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 2,000 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 el 60% de los votos 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 por 104 votos contra 40, y el 11 de abril de 2001 el Senado la ratificó por 46 votos sobre 28. La legislación entrará en vigor una vez que la reina Beatriz firme el decreto. Holanda se constituye como el primer país que legaliza totalmente esta práctica.

Han sido diversas causas las que han operado en favor de prácticas tolerantes respecto a la eutanasia; podría enumerar algunas: *a)* la aparición de sociedades más democráticas con la presencia de pensamientos plurales, tolerantes, complejos; *b)* la dilución del fervor religioso en las sociedades contemporáneas occidentales; *c)* la aparición de numerosos grupos ateos que, dentro de una lógica de exaltado individualismo, exigen el control sobre su cuerpo; *d)* la expansión del materialismo económico que hace ver la vida como una relación costo-beneficio; *e)* los altos costos causados por la industria de la salud; *f)* la inversión

en la pirámide de edades provocada por el incremento de viejos; g) la existencia, cada vez mayor, de discapacitados; h) 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; i) 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, y j) la deshumanización médica.

Las causas anteriores se han visto traducidas en favor de la eutanasia en diversas encuestas, de la siguiente manera: en España, el 67%; en Estados Unidos, 75%; en Gran Bretaña, 80%; en Australia, 81%, y en Holanda 92%. Estas cifras deben ser analizadas dentro de un contexto cultural, económico, social, político, técnico y científico. Por ejemplo, en Estados Unidos el 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 estadounidenses⁹ demostró que

...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:

9 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, 22-29 de noviembre de 1995, pp. 1591-1598.

‘Hicimos todo lo que podíamos’. No dicen: Pusimos a esta persona en el infierno antes de que muriera”. Esto nos lleva a una primera conclusión: antes que pensar en la práctica de la eutanasia, deben mejorarse las condiciones del moribundo. No se trata de ayudar a bien morir, sino 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”.¹⁰ 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 máspreciado para el ser humano; al sufrimiento, que transforma la personalidad; a la indignidad, al volverse dependiente de los demás; a la separación y al 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 un estudio referido por Sogyal Rimpoché, en el Hospicio de St. 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 manifiesta: “Legalizar la eutanasia voluntaria (activa) sería un acto irresponsable que pondría

10 Rimpoché, Sogyal, *El libro tibetano de la vida y de la muerte*, Barcelona, Ediciones Urano, 1994, p. 217.

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”.¹¹ 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”.¹²

Un ejemplo a gran escala de la práctica de la eutanasia se observa en un estudio efectuado en Holanda en 1995. Ese país contaba con 15 millones de habitantes, y tenía un ingreso per capita de 16,600 dólares¹³ (México tenía uno de 3,200 dólares), cuenta con atención médica universal. Este país recibía, cada año, 10,000 solicitudes para que se permitiera la eutanasia. La mayoría fue rechazada. Pero 3,700 casos se llevaron a cabo. Existieron 1,000 casos de personas que habían sido muertas sin ser mentalmente competentes, violando las normas establecidas; este tipo de muertes constituyó el 2.9% de todas las muertes anuales. Además, la mitad de las muertes no fueron reportadas. El 0.7% del número total de las muertes en Holanda fueron de pacientes que no habían dado su consentimiento.¹⁴ La experiencia holandesa muestra la dificultad de mantener un criterio ético estricto en la práctica de la eutanasia. Estas investigaciones permiten establecer una segunda conclusión: aun en aquellos países con problemas económicos resueltos y atención médica univer-

11 *Ibidem*, p. 448.

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

13 *The World Almanac and Book of Facts 1994*, Estados Unidos, World Almanac, 1994, p. 793.

14 Van der Maas, P. J. *et al.*, “Eutanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-1995”, *New England Journal of Medicine*, vol. 335, núm. 22, 28 de noviembre de 1996, pp. 1699-1705.

sal, el mantenimiento de una práctica ética en el ejercicio de la eutanasia es difícil de alcanzar, por lo que uno podría preguntar: ¿qué sucedería en aquellos países que se encuentran en una crisis económica permanente como México?

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; evitando las maniobras de resucitación cardiopulmonar si sobreviene un paro cardiaco. Tal vez, el procedimiento más comúnmente usado sea la administración de analgésicos tipo morfina que al mismo tiempo que provocan dolor, depri- men la respiración acelerando, de esta manera, la muerte.

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”.

Vale la pena destacar 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 ser sensorial o autómatas vivientes”.¹⁵ Cuando se afirma el deber médico de proteger la vida se hace referencia a la vida humana ligada indisolublemente a la con-

15 Pérez Valera, V. M., *op. cit.*, nota 3, p. 38.

ciencia. Aquí llegaríamos a una tercera conclusión: 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 sería una eutanasia de excepción.

Esto se debe a la frecuencia con que los médicos y familiares de un moribundo suelen caer, debido al avance tecnológico, en la prolongación irracional de la vida. Con eso se emprende la acción contraria al morir: *distanasia*, dificultad para morir, muerte dolorosa, agonía prolongada, encarnizamiento terapéutico, lucha absurda hasta el final, pues de antemano se sabe que nada puede ofrecerse. Esta actitud es éticamente reprochable. Por eso se menciona no poner obstáculos a la muerte *adistanasia*, respetar el proceso natural del morir. El enfermo y sus familiares tienen el derecho y la obligación de no permitir que se prolongue desatinadamente la agonía. Por eso se señala la posibilidad de una muerte justa, recta, *ortotanasia*, que conoce y respeta el momento de la muerte sin adelantarlo ni retrasarlo. Actitud que se constituye como el ideal de un ejercicio médico ético y sabio.

Según la ley y la moral judeocristiana que rigen al Estado mexicano, la eutanasia es —hasta el momento— punible y condenable. Sin embargo, debido a los avances democráticos y científico-técnicos habidos en nuestro país, se hace necesaria una profunda discusión y análisis que nos lleve a una reflexión del tema con los diversos representantes de la sociedad con el fin de establecer las normas de una práctica que debe seguir los más estrictos criterios éticos. A los enfermos no se les puede seguir arrebatando su derecho a vivir o a morir con dignidad por personas que por ignorancia, ideologización excesiva o con fines de lucro, pueden deformar el ejercicio de una profesión. Aquí valdría la pena preguntar ¿la medicina, cuyo fin es proteger la vida, debe ser la encargada de efectuar la eutanasia? La práctica de la eutanasia por el médico tratante deformaría el ejercicio profesional y provocaría desconfianza y temor entre los pacientes. No le falta razón al doctor Antonio Sapagnolo, di-

rector del Instituto de Bioética de la Universidad Católica de Roma, cuando expresa: “La eutanasia está fuera de cualquier criterio médico-científico, y los médicos deberían tomar las debidas distancias: quitar la vida a un paciente representa un falso modo de eliminar el problema del dolor y el sufrimiento”.¹⁶

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, de 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 primero que tomar la sabiduría de los dioses y arrebatar sus secretos a la naturaleza. El precio viene siendo muy alto, el hombre mientras más conoce, más se aleja de la naturaleza y se aproxima a los dioses. Gracias a su inteligencia, asume progresivamente facultades que antes sólo eran de los dioses, 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 podría hoy sin vacilaciones eliminar pueblos enteros que desean vivir y prosperar, dudaría en cambio 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 tiene menos dolores gracias a la tecnolo-

16 *Reforma*, jueves 12 de abril de 2001, p. 20.

gía médica, 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. Se debe respetar lo más sagrado del hombre: la vida, sin perder de vista las transformaciones humanas que se constituyen como la revolución intelectual y ética del milenio que inauguramos.