

IV. ATENCIÓN MÉDICA Y PACIENTE TERMINAL

LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL CASO DE UN ENFERMO TERMINAL

Rosario GREEN
Mónica MORA
Genoveva ROLDÁN

El presente trabajo, más que una ponencia es una reflexión en torno a un problema frente al cual es sumamente difícil tomar una posición radical. Cuando en una familia, uno de sus miembros padece alguna enfermedad terminal o afección irreversible, constituye generalmente para los demás integrantes, un estado de permanente desgaste emocional y económico.

No cabe duda que no es fácil adoptar una postura simplista ante el profundo conflicto de intereses provocados por la enfermedad de un ser humano, cuya gravedad y sufrimientos hagan pensable como solución provocar su muerte.

La familia de un enfermo terminal se enfrenta a un panorama lamentable: sin esperanzas y, muchas veces peor aún, sin recursos. No obstante que la medicina evoluciona en forma acelerada, sus adelantos tecnológicos registran situaciones paradójicas. Por una parte contribuyen a salvar un mayor número de vidas pero, por otra, permiten prolongar la existencia, muchas veces tortuosa, de enfermos desahuciados o de pacientes que se encuentran en estado vegetativo sin posibilidades de recuperar su conciencia; y a sabiendas de que aun en caso de recuperarla los daños ocurridos serán irreversibles.

En este sentido, resulta indispensable determinar en dónde radica la esencia de la vida; qué tan válido es aceptar, ya sea el paciente o su familia, la existencia que se desarrolla en las condiciones señaladas en el párrafo anterior; qué tan ético resulta prolongarla artificialmente, sabiendo que no habrá una mejoría y mucho menos una recuperación total y, finalmente, qué tan conveniente es apoyar el recurso de la eutanasia como alternativa.

En torno a esta problemática existen en la actualidad innumerables opiniones que conllevan interpretaciones y argumentaciones médicas, jurídicas, filosóficas, antropológicas, criminológicas, éticas y religiosas. Son también innumerables los casos de personas que padecen una enfermedad terminal, pero que están obligadas a seguir existiendo sin voluntad de hacerlo. Adicionalmente, muchas de estas personas no pueden siquiera expresar su deseo de dejar de existir y cuando lo hacen a menudo se encuentran con la negativa de los médicos, quienes por razones primordialmente éticas, pero también por su respetable afán de investigar y aplicar nuevos tratamientos, involuntariamente dejan de lado la voluntad del paciente y su fundamental derecho no sólo a vivir, sino también a morir con dignidad. Esta situación plantea, a final de cuentas, la necesidad de considerar que así como existe el derecho a la vida, no puede negarse su contrapartida que es el derecho a la muerte.

Se parte, en este texto, de la apreciación de que el hombre se pertenece a sí mismo, y de que cuando no tiene nada que dar a la colectividad, él puede apropiarse el derecho de acabar con la existencia, solo o con la ayuda de un tercero (suicidio asistido, eutanasia-liberación).

Se prefiere la muerte a una vida no libre y, por tanto, no humanamente digna de vivirse. Una vida que ya sólo se puede sostener a costa de la humanidad es, desde el punto de vista de lo humano, más indigna que el simple no vivir.

El morir es también dar, darse, es amar, es un bien, es la culminación del vivir.

La práctica de la eutanasia es legendaria en ciertas comunidades. Al ser considerada como un acto piadoso, se ejerce con naturalidad en algunas sociedades. Los indios aymará de Bolivia, por ejemplo, a solicitud del enfermo terminal, le suspenden sus alimentos, y amigos y familiares se reúnen con él para acompañarlo hasta que muere. Por su parte, los esquimales, entre quienes existe la firme creencia de que si se enfrentan con valor a la muerte irán al paraíso, cuando un enfermo o un anciano comunica a sus familiares su decisión de morir, éstos lo complacen dejándolo a merced de las fuerzas de la naturaleza o, de manera más directa, poniendo fin a su vida.

Al realizar un breve recuento histórico, se encuentra que los griegos fueron de los primeros en aceptar el suicidio bajo ciertas condiciones. El concepto de eutanasia significa *buena (eu) muerte*

(thanatos) o *muerte tranquila*. Sócrates y Platón sostenían que padecer una enfermedad dolorosa constituía una buena razón para dejar de vivir, por lo cual equiparaban al suicidio con una forma de eutanasia. Por el contrario, Aristóteles consideró al suicidio como una ofensa al Estado. Sin embargo, más adelante el propio Estado fomentó su ejercicio, previa autorización del senado.

Los estoicos también reconocieron al suicidio como una alternativa cuando la vida ya no era natural a causa de un dolor descomunal, de graves enfermedades, o de anormalidades físicas. Zenón, el fundador del estoicismo, se ahorcó a la edad de noventa y ocho años, tras haberse caído y fracturado.

Los romanos, por su parte, consideraban que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para hacerlo. Para los romanos vivir noblemente significaba morir noblemente también. La filosofía de los griegos clásicos, los estoicos y de otros más influyeron en la conformación del concepto romano del suicidio como la manera de liberarse de un sufrimiento insostenible; es decir, como una forma de morir tranquilamente, o sea, una especie de eutanasia, en su sentido etimológico.

Así, griegos y romanos consideraban que la forma de morir constituía la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas existencias consumidas por la enfermedad y el sufrimiento. Ambas culturas lograron despojar al suicidio de muchos de sus primitivos horrores y supersticiones, hasta llegar a considerarlo como una práctica digna, puesto que, bajo ciertas circunstancias, representaba el recurso más razonable y humano.

Hasta aquí se ha enfocado a la eutanasia única y exclusivamente desde el punto de vista del suicidio y con base en definiciones de culturas tan antiguas como la griega y la romana. Deben, sin embargo, señalarse dos importantes salvedades. La primera, que se discute a continuación y que tiene que ver con la filosofía judeocristiana, y la segunda, que se refiere a concepciones de índole jurídica y que, si bien se discuten más adelante, vale la pena señalar desde ahora, tienen que ver con el hecho de que el intento o la privación de la vida por uno mismo tiene connotaciones legales y hasta penales, si el intento es fallido, muy diferentes en términos generales, al hecho de privar a otra persona de la vida por consideraciones esencialmente humanitarias. Se verá igualmente que aunque esto puede cambiar de una sociedad a otra, esta forma de eutanasia suele ser muy controvertida y la posibilidad de su eventual

regulación se percibe, por lo pronto, más bien lejana, no obstante que individuos y grupos específicos estén dando valiosas batallas colocándose, a veces, al margen de la legalidad al practicarla o coadyuvar a su ejercicio.

Ya se señalaba que la filosofía judeocristiana condena a quien atenta contra su propia vida, pues antepone la voluntad de Dios a cualquier situación, por desesperada que ésta sea. Hacia el siglo IV, San Agustín describió al suicidio como “detestable y abominable perversidad”. Inclusive, la Iglesia denegaba la celebración de funerales a los suicidas por haber cometido un acto contrario a la voluntad de Dios. Más tarde, en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino sentenciaba: “el suicidio no sólo es pecaminoso por violar el sexto mandamiento, sino también el más peligroso de los pecados, ya que no deja tiempo para el arrepentimiento”.

Durante el Renacimiento, surgió una postura frente al suicidio radicalmente distinta a la de la Iglesia. El intenso estudio de las artes y las letras, los descubrimientos científicos que se registraron en ese periodo, así como el entusiasmo por el racionalismo y el individualismo, generaron una concepción más amplia del mundo. La expansión de esta corriente reforzó el concepto que el hombre tenía de sí mismo. No obstante que católicos, protestantes y judíos continuaban condenando al suicidio, existían quienes ya no lo consideraban un pecado inexpiable. El filósofo francés Montaigne, por ejemplo, observó que “la muerte voluntaria es la más justa”.

En 1516, sir Thomas More escribía acerca de los enfermos terminales, que si éstos fueran visitados por sacerdotes y funcionarios públicos conscientes de que se trataba de pacientes incurables que padecían constantes y terribles dolores y les dijeran: “Puesto que tu vida es miserable, ¿por qué dudas en morir? Eres prisionero de una cámara de tortura, ¿por qué no escapas a un mundo mejor?... Nosotros nos ocuparemos de tu liberación”, y que sí, como consecuencia de ello, estos enfermos convencidos de su necesidad de morir ayunaran hasta la muerte o aceptaran que se les administrara un soporífero, que les liberara sin dolor de su mísera condición, dado que esto sería estrictamente voluntario, debería ser aceptado por la sociedad.

Pensamientos como el de Platón, Epicuro, Plinio y Tomás Moro fueron retomados por Francisco Bacon, canciller inglés, padrino y defensor del término “eutanasia”, que en el siglo XVII apoyaba la “muerte buena” con el siguiente discurso: “Parece que la fun-

ción de los médicos es dar la salud y mitigar las torturas del dolor. Y esto debe hacerse, no sólo cuando el alivio del dolor produzca la curación, sino también cuando pueda conducir a una tranquila y sosegada muerte”.

Tiempo después, en 1777, se publicó un ensayo de David Hume, titulado “Sobre el suicidio”, en donde sostenía que “cuando la vida se ha transformado en una carga, el valor y la prudencia deben prevalecer para librarnos inmediatamente de nuestra existencia”. Como Hume, otros más se manifestaron públicamente en favor del suicidio. Rousseau se refirió al “suicidio virtuoso”, a causa de sufrimientos prolongados e inutilidad: *être rien ou être bien* (ser nada o estar bien), dijo.

Nótese que todavía no hay, como no lo va a haber sino hasta mucho tiempo después, una distinción entre suicidio y eutanasia, puesto que lo que está en discusión, en esos momentos, es poner fin al sufrimiento del ser humano, permitiéndole una muerte digna, sin mayor consideración acerca de quien efectúe el hecho: la víctima de la dolencia, el Estado, la Iglesia o algún familiar.

A lo largo del siglo XIX se registró gran número de pronunciamientos en torno al tema de la eutanasia de manera más directa. En este sentido sobresale el pensamiento de Schopenhauer quien subrayó que “cuando el terror de vivir es más espantoso que el de morir, es normal que el hombre ponga fin a su vida”.

Nietzsche, por su parte, se refirió a la idea del suicidio como “un gran consuelo... para poner fin a más de una mala noche”.

Hacia finales de ese siglo surgieron diferencias más claras todavía. Por ejemplo, en 1889, el doctor Frank E. Hitchcock exhortó a los médicos a que no ignoraran las necesidades de los enfermos terminales, especialmente de los que sufrían, señalando que “el sufrimiento debe aliviarse con legalidad y justicia”. A partir de entonces y paulatinamente, médicos y escritores se referían al concepto del dolor físico y síquico como una posible justificación para poner fin a la vida.

Hacia el umbral del siglo XX, tanto en América como en Europa, se empezó a abordar el tema de una forma cada vez más práctica y menos académica. Y, a lo largo de este siglo se han multiplicado los pronunciamientos en torno a las bondades de la eutanasia.

Existen algunas naciones en donde la práctica de este recurso rebasa lo dispuesto por su normatividad jurídica y se da una discu-

sión cada vez más intensa que se ha plasmado en documentos como el Proyecto Alternativo Alemán sobre Eutanasia de 1986 y el Proyecto Gubernamental Holandés de 1986. El primero despenaliza en casos excepcionales y el segundo defiende abiertamente la eutanasia directa.

Sin embargo, antes de llegarse a tales proyectos, se registraron valiosos antecedentes a los que debe hacerse referencia, en particular por lo que se refiere a la existencia de preceptos sobre impunidad cuando se ha privado a alguien de la vida por consideraciones esencialmente humanitarias. Los códigos penales suizo y danés de 1942 y 1930, en ese orden, prácticamente dan el perdón judicial a quien proporciona una muerte benéfica, ya que la pena de 3 a 60 días de cárcel que cada legislación considera es mínima. De la misma forma, el Código Penal de Letonia de 1933 y el Proyecto Checoslovaco de 1926 contienen disposiciones que pueden reducir la pena hasta dos semanas a quienes ayudan a alguien a morir.

En América Latina, el Código de Perú, con una fórmula indirecta, puso en manos del juez el más amplio arbitrio para que la instigación o ayuda altruista y piadosa, quedase impune.

En Uruguay y en Colombia, sus códigos penales establecen que “los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables autor de un homicidio efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”.

Durante los últimos veinticinco años, en Estados Unidos se presentaron en forma concomitante dos fenómenos aparentemente antagónicos: el primero tiene que ver con el ya referido desarrollo de la tecnología para mantener con vida al enfermo terminal, y el segundo, con el surgimiento de un mayor nivel de conciencia en la comunidad médica pero también en el seno de los familiares del enfermo terminal respecto al tema de la eutanasia, entendido en su sentido etimológico de “buena muerte”, es decir, del binomio vida digna, muerte digna.

En 1968 un comité *ad hoc* de la escuela de medicina de Harvard publicó un importante informe definiendo la presencia de un coma irreversible como una nueva forma de muerte. De acuerdo con este informe, la muerte cerebral incluía falta de receptividad y respuesta de movimiento, respiración y reflejos. Por lo general estos pacientes acababan llenando otros criterios de muerte por problemas cardiacos o pulmonares muy rápidamente, a lo sumo en uno o dos días.

Esto confirmó el criterio de que la muerte cerebral equivalía a declarar a un individuo médicamente muerto.

El problema que se presenta a partir de entonces, es que si bien las cortes norteamericanas estaban dispuestas a aceptar la muerte cerebral como sinónimo de extinción de la vida, muchos pacientes inconscientes o comatosos que no reunían los requisitos de muerte cerebral establecidos por el mencionado comité *ad hoc* debían de ser mantenidos vivos a pesar de que era muy probable que su sistema nervioso central hubiera sufrido daños irreversibles. Al quedar al margen de las cortes, las decisiones relativas a estos enfermos terminales debieron ser tomadas casi siempre por los médicos y los familiares del doliente. Esto habría de cambiar en 1975 por el caso Quinlan.

Karen Ann Quinlan tenía veintiún años cuando, después de ingerir drogas y alcohol con el estómago vacío entró en un estado de coma definido como “vegetativo crónico y persistente”, del cual no se recuperaría jamás. Como su estado no coincidía con los criterios de Harvard sobre muerte cerebral, el problema radicaba en saber si, como su padre solicitaba, podía interrumpirse la respiración asistida, aunque desde el punto de vista ético y legal no había duda de que estaba muerta. El juez Robert Muir del Tribunal Supremo de Morristown, Nueva Jersey, rechazó la solicitud del señor Quinlan, señalando entre otras razones, que ningún familiar puede defender el derecho constitucional a morir de un hijo adulto mentalmente incapacitado puesto que este derecho no existe y que ningún motivo humanitario podría justificar poner fin a una vida humana, ni tampoco podría utilizarse el hecho de que la víctima estuviera a punto de morir o en la fase terminal de una enfermedad para defender un homicidio. Le preocupaba de manera fundamental el hecho de que la petición de Quinlan estableciera un grave precedente y responsabilizaba a los médicos que atendían a Karen Ann y a sus familiares a fin de mantenerla con vida.

En 1976 este caso fue llevado al Tribunal Supremo de Nueva Jersey. El padre de Karen, acreditado como su tutor, basó sus argumentos en el derecho a la intimidad, señalando que si su hija recuperara milagrosa y momentáneamente su lucidez y se diera cuenta de su estado, ella misma ordenaría la interrupción del ventilador que la mantenía artificialmente viva, a sabiendas que eso significaría su propia muerte. Aludió también que la continuación

del tratamiento suponía una intromisión del poder judicial en la decisión del paciente, violando su intimidad.

Finalmente, el presidente de la sala aceptó el derecho a la intimidad que el padre-tutor de Karen esgrimía tomando en cuenta las peculiares circunstancias del caso, señalando únicamente que si familiares y médicos habían llegado a la conclusión de que si no existían posibilidades de que Karen Ann se recuperara del estado comatoso en que se encontraba para volver a uno consciente satisfactorio, los aparatos que la mantenían con vida deberían ser desconectados, previa consulta, con la "comisión ética" del hospital o cualquier representante de la institución donde estaba hospitalizada.

El precedente del caso Quinlan fue muy importante porque permitió incluir en el derecho constitucional a la intimidad la decisión de interrumpir los tratamientos médicos para prolongar la vida, mediante el consentimiento por poderes, que el padre de Karen Ann había obtenido cuando solicitó y le fue otorgada la tutela de su hija. Pero además, el precedente hizo patente la voluntad jurídica de modificar los conceptos tradicionales relativos a la primacía del interés público por preservar la vida, priorizando el tema de la calidad de vida del enfermo y eximiendo de responsabilidad jurídica a los médicos involucrados en el tratamiento y su suspensión. En suma, el tribunal sostuvo que cuando la familia del enfermo y los médicos estuvieran de acuerdo, no tendrían por qué apelar a los tribunales para confirmar decisiones tan íntimas y personales.

Este antecedente, que al final de cuentas hizo recaer la responsabilidad última en la autorización de la comisión ética del hospital no resolvió, de manera definitiva todos los casos. Por ese entonces, el Tribunal Supremo de Massachussetts llevó el caso de un enfermo terminal de sesenta y siete años, legalmente incapacitado pues tenía un retraso mental enorme y sólo podía comunicarse a través de gestos y contacto físico. Sus posibilidades de vida sin sufrimiento eran de semanas o meses, pero éstas podrían ser prolongadas con un tratamiento que lo hacía sufrir en forma considerable, además de producirle graves efectos secundarios. Si bien el Tribunal Supremo autorizó la interrupción del tratamiento, no utilizó el concepto de calidad de vida que había servido tanto en el caso Quinlan, sino la evaluación de las ventajas y desventajas del tratamiento para el paciente, decidiendo que éste no se llevara a cabo. Pero lo más importante fue que, a diferencia del caso de referencia, estableció que cualquier deseo del paciente o de la familia, así como cualquier

tipo de asesoramiento por parte de las comisiones éticas de los hospitales deberían someterse a la consideración judicial, es decir, a los tribunales.

Así, en 1977, tres diferentes tribunales accedieron en tres casos distintos a que se desconectaran los aparatos que mantenían con vida a los pacientes.

El derecho de intimidad volvió a esgrimirse en 1978 en Florida, cuando Abe Perlmutter, taxista jubilado de sesenta años de edad y en plenitud de sus facultades, intentó desconectar el respirador que lo mantenía con vida, pues padecía esclerosis amitrófica lateral. A pesar de que él y la familia estaban de acuerdo, el hospital, que controlaba el aparato mediante un sistema de alarma, se negó a acceder a los deseos del paciente. Perlmutter acudió al tribunal, quien reconoció su derecho a la intimidad, mismo que le permitía abandonar el hospital liberándose del respirador. Perlmutter murió el 6 de octubre de 1978 acompañado de sus familiares y su abogado, veinticuatro horas después de haber desconectado el aparato y de que su hijo detuviera la alarma. Tal hecho permitió al Tribunal Supremo de Florida adoptar, por unanimidad, la decisión según la cual la acción de desconectar el respirador equivale a una acción pasiva de rechazo ante las intervenciones quirúrgicas y que sólo en los casos de muerte intencionada se podía invocar el principio de interés público como prevención del suicidio.

Si bien los casos individuales, como se ha demostrado hasta aquí, se resolvieron de una manera o de otra, lo que no quedaba claro era quién tenía el poder de decisión para suspender la vida en el caso de los enfermos terminales: ¿la familia?, ¿los médicos que atendían al enfermo?, ¿la comisión ética del hospital en cuestión?, ¿los tribunales? El caso Dinnerstein clarificó un poco la controversia. Se trataba de una paciente de sesenta y siete años de edad que padecía la enfermedad de Alzheimer y los efectos de un ataque de apoplejía, encontrándose en un estado básicamente vegetativo que la tenía inmovilizada, sin habla, incapaz de toser y de tragar sin ahogarse. Tanto su hijo, médico profesionista, como su hija decidieron que si sufría un paro cardíaco o respiratorio no intentarían reanimarla. Por lo tanto, la familia, el médico y el hospital presentaron una demanda para determinar si tal decisión requeriría una aprobación previa por parte del tribunal.

El tribunal de apelación determinó que no era necesario presentar ese tipo de casos ante los tribunales. Que las condiciones rela-

tivas al tratamiento de esa paciente eran competencia exclusiva de los médicos y que la decisión debía involucrar el estado del paciente, su historial médico y la voluntad de la familia a fin de que se tomaran medidas oportunas para hacer más apacible la muerte inminente de enfermos en estado terminal e irreversible. Así sucedió y con ello cobró vida el sentido más claro y etimológico que se ha intentado resaltar aquí del término eutanasia.

El caso Quinlan, como se puede observar, tuvo un importante impacto en la sociedad norteamericana, sensibilizándola a la necesidad de una nueva legislación que regule la asistencia a los enfermos terminales. El derecho a morir se legalizó en 1977 en los estados de Arkansas, California, Idaho, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Oregon y Texas, y se han promulgado leyes sobre el testamento vital en más de 36 estados de la Unión Americana. Mediante este documento se reconoce legalmente la orden expresa y anticipada de no autorizar el empleo de medicinas destinadas a prolongar la vida en casos de enfermedad terminal o de lesión irreversible.

Pese a estos avances, el problema continúa siendo la falta de una legislación que especifique claramente cuándo, en qué circunstancias y con el consentimiento de quién, puede dejar de mantenerse con vida a un paciente en su fase terminal. Se han inventado aparatos que pueden salvar y mantener la vida, pero también convertirse en verdaderas máquinas de tortura. Lo que no se ha inventado aún son las leyes o normas que indiquen y precisen esta diferencia.

Es indudable que en la ética de cualquier país, sociedad y religión se da una evolución a lo largo de la historia. De tal manera que también puede observarse la que se viene dando en la ética médica; cuestión que empieza ya a ser estudiada. Los especialistas de este tema señalan que se abre un nuevo periodo en la historia de la *bioética*, entendida ésta como una disciplina metainterdisciplinar, como una nueva ciencia que lleva a un cambio estructural de la medicina, de la ética social y de la ética religiosa. Aunque la ética médica y las leyes han progresado, todavía queda un largo camino por recorrer.

En cuanto a lo que son progresos, cabría mencionar el caso de Holanda, el único país del mundo que ha aceptado la eutanasia de forma más radical. Más que legalizar el homicidio piadoso mediante un proyecto de ley, lo que ha venido ocurriendo desde 1973 es que el aspecto jurídico —con objeto de que los médicos puedan

cumplir una serie de normas sin ser penados por la ley— se ha modificado, al agregársele cláusulas exculpatorias al artículo 293 del código penal de ese país. De tal manera que el médico que aplica un criterio riguroso puede inyectar una dosis letal al paciente moribundo que lo haya solicitado, sin que por ello sea penado.

A partir de los años sesentas la sociedad civil en Holanda se ha venido organizando en todos los terrenos para lograr nuevas legislaciones sobre la eutanasia. En las últimas décadas la sociedad holandesa ha asumido una nueva actitud ante la vida, la enfermedad, el proceso de morir y la muerte. En ese espectro ha tenido vital importancia el derecho a la autodeterminación de las personas en lo que se refiere a la muerte. Una de las explicaciones que se han dado para entender esta postura tan progresista y de avanzada de parte de los holandeses es que en este país no existe una religión oficial: mientras que el 27% de la población carece de creencias religiosas, el 37% son católicos, con una gran aversión hacia los dogmas de la iglesia católica.

Sería de rescatarse que en la moderna discusión jurídico-penal sobre la eutanasia, no se plantea problema penal alguno. En el caso de muerte cerebral (electroencefalograma plano), aun cuando se mantengan otras funciones como la respiratoria y circulatoria, puede decirse médica y jurídicamente que está determinado el fallecimiento de una persona. A un muerto (cerebral) no se le puede matar, por lo tanto no habría delito que perseguir; y en los casos de consentimiento del paciente, tampoco habría ninguna acción punible que perseguir, pues en estas circunstancias la acción eutanásica permitiría salvaguardar los derechos al “libre desarrollo de la personalidad”, “la dignidad de la persona”, “la libertad ideológica de los individuos”, etcétera. La voluntad del paciente justificaría plenamente la eutanasia y la actitud de apoyo que asuma su familia.

Ante un panorama tan complejo, en el que se involucran opiniones de muy diversa índole y con respecto a un tema de tanta trascendencia como lo es el derecho a una vida digna y el derecho a una muerte digna, cabría mencionar un importante caso mexicano, significativo pese al dolor de la pérdida de alguien tan valioso. Se trata de las actitudes y decisiones tomadas por la familia Selser.

El 27 de agosto, don Gregorio Selser, conocido periodista latinoamericano, que antes que argentino o asilado mexicano, fue siempre latinoamericanista, y que se distinguió siempre por vivir con dig-

nidad y valentía, de la misma manera afrontó su muerte. “Tengo ya metástasis ósea y no deseo abrumarle con detalles, pero siento que los dolores varios que me produce me están quitando los deseos de escribir, es decir, de vivir” (carta póstuma a Carlos Payán, director general del periódico *La Jornada*, del que fue colaborador largos años).

La dolorosa enfermedad le quitaba a don Gregorio las ganas de realizar la actividad que había sido fundamental, básica en su existencia: escribir.

Se priva de la vida con dignidad y entereza. La reacción de su familia es de total apoyo, respeto y orgullo ante la decisión. Una de sus hijas, Irene Selser, escribió: “Creo que escribo estas líneas a manera de conjuro contra la muerte y la imaginación, que parece decidida por estos días a trabajar horas extras. Vos, papá, levántate en paz y sin pantuflas, para que mamá no registrara tus pisadas. Del cuarto a la cocina, descalzo. El cabello un poco despeinado, ahogando, otra vez, el grito que seguramente te provocó ese último esfuerzo por vivir con dignidad”.

Sobre el derecho a una muerte digna podrían decirse mil cosas más. Es un derecho de quien por una razón u otra decide no vivir más. Pero en el caso de un enfermo terminal, este derecho cobra mayor importancia todavía: ¿hasta dónde es digno preservar artificialmente la vida de quien en realidad ya no vive? ¿Hasta dónde es dable esperar que el enfermo conserve la lucidez suficiente para suicidarse? ¿Hasta dónde corresponde a sus seres queridos tomar la decisión cuando ese enfermo terminal no puede privarse de la vida por mano propia?

En opinión de quienes firmamos este texto, el derecho a morir con dignidad no es cuestionable, lo que debe reglamentarse y después dictaminarse, así sea caso por caso, son las condiciones en las que prolongar artificialmente la vida sólo causa dolor al enfermo y sus familiares; sólo destruye el núcleo familiar y afectivo, y acaba negando el concepto mismo de la vida, entendida como armonía, a fin de evitar tanto que esto suceda como que pueda utilizarse para fines totalmente diferentes a los que respaldan al concepto de eutanasia en su más pura expresión, es decir, como una “muerte tranquila”, una buena muerte.