

EUTANASIA: REFLEXIÓN OBLIGADA*

Arnoldo KRAUS**

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Definiciones (obligadas)*. III. *Tres preguntas*. IV. *Médicos y ética*. V. *Argumentos en contra de la eutanasia*. VI. *Argumentos en favor de la eutanasia*. VII. *Eutanasia*. VIII. *Otros problemas*. VIII. *Suicidio asistido*. IX. *Eutanasia en Holanda*. X. *Corolario*.

I. INTRODUCCIÓN

Escribir sobre eutanasia parece tarea compleja. Son varias las dificultades inherentes al tema, entre otras, la eutanasia mezcla renglones tan delicados como religión, moral, cultura, la labor del médico, la ley, o bien, motivos oscuros como pueden ser litigios económicos y familiares. Hablar de eutanasia es intrincado pues implica el fin de una historia. A la vez, la eutanasia reta a todo quien en ella cavile, pues, como ninguna otra situación, exige decidir entre polos tan opuestos como la vida y la muerte en un mismo momento y bajo la misma luz. Optar por la eutanasia o el suicidio asistido como última instancia terapéutica, significa pasar de la vida a la muerte con la anuencia del enfermo o de sus familiares cercanos y la participación activa del mé-

* Publicado en *La Revista de Investigación Clínica*, México, vol. 47, núm. 3, mayo-junio de 1995.

** Departamento de Inmunología y Reumatología del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

dico. Implica pues, fundir deseos en decisiones nada comunes: permitir o producir la muerte como último recurso médico. Por todo lo anterior, la eutanasia confronta tanto al que expone, aun cuando no necesariamente defina su postura, como al que escucha. Al respecto resulta oportuno recordar que el finado Derek Humphry, fundador de una de las principales sociedades que aboga por la muerte sin sufrimiento, la *National Hemlock Society*, comentaba que la mayoría de las veces, después de sus charlas sobre eutanasia y temas afines en diversas universidades de los Estados Unidos, sólo quienes estaban en contra de la eutanasia o del suicidio asistido comentaban o cuestionaban sus postulados; raramente se escuchaban voces de apoyo.¹

II. DEFINICIONES (OBLIGADAS)

Primero lo primero: algunas definiciones breves pero pertinentes. Eutanasia implica “la muerte sin sufrimiento que se practica en los pacientes incurables y quienes usualmente padecen dolores físicos intolerables y persistentes, como causa de enfermedades fatales”. Aun cuando son múltiples las clasificaciones y divisiones de la eutanasia, arbitrariamente he adoptado la siguiente: denominaremos eutanasia pasiva (también llamada negativa) a “la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida”.² De acuerdo con Pérez Varela,³ “la eutanasia pasiva puede revestir dos formas: la *abstención* terapéutica y la *suspensión* terapéutica. En el primer caso no se inicia el tratamiento, y, en el segundo se suspende el ya iniciado ya que se considera que más que prolongar el vivir, prolonga el morir”.

1 Humphry, D., *Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Nueva York, Dell Trade, 1992, pp. 166-173.

2 Haring, B., *Moral y medicina*, Madrid, PS, 1977, pp. 143-145.

3 Pérez Varela, V. M., *Eutanasia ¿Piedad? ¿delito?*, México, Jus, 1989, pp. 19-43.

Debe resaltarse que en este tipo de eutanasia no se abandona en ningún momento al enfermo. De acuerdo a las perspectivas del paciente, de la existencia o no de un testamento en vida (véase *infra*) y bajo el entendido de que las posibilidades de recuperación sean mínimas, así como las determinaciones que se tomen entre paciente (cuando está consciente), familiares y médicos, se decidirá la magnitud, tipo y tiempo de apoyo.

En cuanto a la eutanasia activa, también llamada positiva, y que equivale a suicidio asistido (*mercy killing* para algunos autores sajones), implica “la acción encaminada para producir la muerte de un ser humano acorde con sus deseos. Usualmente el acto es ejecutado por un médico”.⁴

Para los fines de este escrito, importa también definir el término eutanasia no voluntaria. De acuerdo con Singer,⁵ es “la aplicación de la eutanasia en aquellos seres incapaces de dar su consentimiento, como lo serían infantes incurables o con malformaciones, o adultos, que ya sea por enfermedad, accidente o edad, hayan perdido la aptitud de comprender y decidir acerca de su estado y de su futuro”. Se sobreentiende que previamente no se expresaron en favor o en contra de la eutanasia. Una vez aclarado mi marco de referencia, quisiera subrayar que hay otras clasificaciones, sobre todo de orden jurídico, en relación a la eutanasia, y que he omitido por no ser el propósito de este escrito.⁶

III. TRES PREGUNTAS

A continuación, discutiré algunas acotaciones de orden filosófico y práctico. He elaborado tres preguntas que versan, la primera, sobre los argumentos históricos y presentes en torno a la eutanasia y la práctica médica; la segunda habla brevemente de

4 Wachter, M. A. M. de, “Active Euthanasia in the Netherlands”, *JAMA*, vol. 262, 1989, pp. 3316-3319.

5 Singer, P., *Practical Ethics*, 2a. ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1993, pp. 175-217.

6 Pérez Varela, V. M., *op. cit.*, nota 3.

la muerte y del moribundo en la era actual; la tercera y última confronta el problema de la razón, o en su defecto de la sinrazón, de tres casos recientes en los que las discusiones sobre eutanasia han alcanzado el acmé.

A las tres preguntas las apellidé de igual forma: iniciales. En este contexto, inicial no debe entenderse como principio, sino como la antesala de una serie de dudas y cuestionamientos que no finalizan ni remotamente en un texto como este, sino que simplemente abren la puerta para que las dudas y los dilemas se reproduzcan. De la mezcla de estas interrogantes emergerán probablemente las respuestas.

La primera cuestión confronta a Hipócrates con Jack Kevorkian. Tiempos distintos, preguntas similares. Visiones antagónicas, humanas todas. Ambos lidian con la vida y la muerte. Hipócrates nació 460 años antes de Cristo, y Kevorkian, patólogo de profesión, vive en Estados Unidos. Los separan mucho, mucho más, sus posturas y argumentos que los 2,500 años que median entre uno y otro. La pervivencia del primero y de sus conocimientos e ideas se deben, en parte, al *Corpus hippocraticum* y al famoso juramento hipocrático, que dice: “Nunca suministraré una droga letal a pesar de que se me solicite ni tampoco sugeriré esta posibilidad”.

A pesar de que en la gran mayoría, si no es que en todas las escuelas de medicina del mundo, dicho juramento sigue repitiéndose, no hay duda que su vigencia debe cuestionarse. Bien entiendo que las costumbres, sobre todo cuando son viejas costumbres, son como la piel que llevamos encima: es casi imposible desprendernos de ella. Sin embargo, en relación con el juramento, son puntos torales a discutir el impacto que la tecnología ha tenido sobre las enfermedades, ya que en ocasiones, lamentablemente, no sólo alivia y prolonga vidas, sino que implícito conlleva el peligro de alargar el dolor y el sufrimiento. Cito nuevamente a dos autores; el primero, Herodoto, tan viejo, en cuanto al paso del tiempo se refiere, como Hipócrates, y, la segunda, Marcia Angell, coeditora del *New England Journal of*

Medicine. Herodoto escribió: “Cuando la vida es muy opresiva para el hombre, la muerte se convierte en refugio”. Angell acotó: “Nuestra habilidad para extender la vida por medio de nuevas tecnologías crecerá en el futuro, y con su crecimiento, aumentarán los dilemas generados por el incremento del sufrimiento intratable”.⁷ Lo anterior conduce a más de un cuestionamiento. Sobresale el siguiente: ¿es válido prolongar la agonía? En este sentido, la ética emerge quizás más como fantasma e inquisidor que como guía, pues seguramente es más condenable prolongar dolor, denigración y sufrimiento que llevar al doliente a una muerte digna. Quisiera aquí comentar que el término hebreo para referirse a la eutanasia tiene un sentido especial: *mitát jasadím*, que significa “muerte con misericordia” y que se apega al concepto de morir sin sufrir.

En el ámbito de estas preguntas, las bondades de la tecnología deben ser valoradas, entendiendo, a la vez, los límites de la ciencia y los límites de la vida.

Por eso es que, a medida que la ciencia avanza, las resoluciones terapéuticas se vuelven más complejas. Así, para los pacientes que confrontan enfermedades letales, y son conscientes, concluir es tarea compleja. Para aquéllos encargados de velar por pacientes incompetentes, los dictámenes son mucho más complejos.⁸ Otro insoslayable, apareado paradójicamente con la modernidad y con la misma tecnología, es la despersonalización y deshumanización de la medicina, cuyas consecuencias, entre otras, han sido la creación de distancias enormes entre enfermos y médicos, con lo que los diálogos oportunos y profundos entre ambos han casi desaparecido. En ese sentido, las decisiones en el momento final son más complejas, pues la ausencia de historia y de conocimiento mutuo, entre galeno y paciente, dificulta cualquier tarea, sobre todo cuando se trata de la muerte.

7 Angell, M., “Euthanasia”, *N Engl J Med*, vol. 319, 1988, pp. 1348-1350.

8 “Their Lordships on Euthanasia”, *Lancet*, vol. 343, 1994, pp. 430 y 431.
DR © 2001.

Las vicisitudes señaladas, aunadas a la falta de respuesta a múltiples interrogantes y a no menos indefiniciones acerca del bien morir, crearon, o al menos sembraron el terreno para que el doctor Jack Kevorkian difundiese sus ideas.⁹ Sucintamente, Kevorkian decidió probar su “máquina del suicidio” en su estado natal, Michigan, ya que sabía que era uno de los estados en donde la ley sobre suicidio asistido era sumamente ambigua, tal y como lo demostraba el caso Roberts, que data de 1920, cuando Frank Roberts dio a beber a su esposa *Paris green*, sustancia que contiene arsénico. Katie Roberts padecía esclerosis múltiple y había tenido varios intentos suicidas previamente. El señor Roberts fue condenado a cadena perpetua. A este caso se le conoce como *People vs. Roberts*. En contraposición a la historia previa, en el mismo Michigan, en 1983, Steven Paul Campbell facilitó una pistola para que un conocido suyo, que sufría cuadros depresivos, se matase: no fue condenado. La corte de Michigan asevero que “las leyes no han definido que ayudar en un suicidio sea un crimen. Por ende, colaborar en un suicidio, no cae dentro de ninguna de las definiciones de homicidio”.¹⁰

Dadas las ambigüedades anteriores, Kevorkian ayudó a morir a Janet Adkins en junio de 1990, hecho que conmocionó tanto a la profesión médica como a la opinión pública mundial. Tan convencido estaba Kevorkian de sus conceptos que, al día siguiente, hizo público el acto por medio del *New York Times*. A Kevorkian, se esté o no de acuerdo con sus ideas, se le debe el haber suscitado discusiones, sin precedente, acerca de las eutanasias activa y pasiva. La primera persona a quien el patólogo ayudó a morir era miembro activo de la *Hemlock Society*, grupo que, como ya se dijo, aboga por la muerte con dignidad; padecía la enfermedad de Alzheimer en sus primeras fases. El error principal de Kevorkian fue que Adkins no era su paciente ni se

⁹ Kevorkian, J., *Prescription: Medicine. The Goodness of Planned Death*, Buffalo, Prometheus Books, 1991.

¹⁰ Annas, G. J., “Physician-Assisted Suicide. Michigan’s Temporary Solution”, *N Engl J Med*, vol. 328, 1993, pp. 1573-1576.

conocían previamente. Por lo anterior, la mayoría de los entrevistados en 1990, incluyendo médicos, expresaron abominación por Kevorkian y su “máquina de suicidio”. Las principales críticas a tal acto fueron que la enfermedad se iniciaba y que no existía previa relación entre paciente y médico, así como la preocupación de que la imagen de la profesión médica se erosionase, y, finalmente que la muerte piadosa se generalizara y se prestase a interpretaciones inadecuadas por galenos carentes de ética y/o incompetentes. También se sugirió que tales experiencias pudiesen conducir a la muerte a la población más vulnerable, *i. e.*, pobres, viejos, minorías, enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), etcétera. A tal “teoría” se le ha denominado “*slippery slope*”, y que en español puede traducirse como la “pendiente resbalosa”.¹¹ De esto escribo más adelante.

El mismo Humphry, quien ya dije fue fundador de la *Hemlock Society*, considera que, a pesar de que el doctor Kevorkian es bien intencionado, “dentro del campo de las leyes y ética médica... sus movimientos han sido demasiado rápidos, demasiado lejanos...”.¹² Otra crítica que no debe omitirse es la metodología utilizada por Kevorkian. La “máquina de suicidio” conecta al o la interesada a una solución intravenosa de solución salina. Cuando el paciente lo decide, aprieta un botón que permite inicialmente el paso de tiopental que produce sueño profundo en treinta segundos, y, posteriormente, y en forma automática, de un tercer frasco el paciente recibe succinilcolina y cloruro de potasio, con el que el fallecimiento sobreviene en menos de seis minutos. Sin embargo, hasta mayo de 1993, fecha en que Kevorkian había colaborado en la muerte de 15 personas, sólo dos utilizaron la máquina, mientras que el resto llegaron a la muerte por medio de la aplicación de monóxido de carbono. El cambio

11 *Idem.* Cassel, C. K. y Meier, D. E., “Morals and Moralism in the Debate Over Euthanasia and Assisted Suicide”, *N Engl J Med*, vol. 323, 1990, pp. 750-752.

12 Humphry, D., *op. cit.*, nota 1, pp. 140-153.

de “táctica” tiene una razón simple: Kevorkian es patólogo y sólo en dos de los enfermos logró canalizar las venas. La modificación ha tenido un precio altísimo pues Kevorkian ha sido cándido al señalar a sus detractores como nazis, cuando el monóxido de carbono fue el método que Hitler escogió para llevar a cabo la tristemente célebre eutanasia nazi.

Véase como se vea, debo repetir que las acciones de Kevorkian, quien dejó de practicar la medicina en 1988, y quien en la actualidad se anuncia como *Jack Kevorkian, M. D. Bioethics and Obiatry. Special Death Counseling* (el término obiatria no aparece en el diccionario, pero Kevorkian lo define como “ir a tu muerte con la ayuda de un doctor”), sembraron la semilla de la discusión entre público y médicos. La arena de las revistas médicas ofrece cada vez más textos acerca de lo que es sufrimiento, muerte, eutanasia, etcétera. Puede pues, decirse que el debate está en la mesa.

Otra forma de entender el fenómeno Kevorkian es comprendiendo el porqué de su llegada. En esencia, la tecnología y el marasmo en el cual se encuentra la sociedad y sus valores morales, han hecho que los cuidados médicos, sobre todo desde el punto de vista humano, sean famélicos e inadecuados hacia el final de la vida. Es ahí, en la ruptura entre doliente y galeno, donde Kevorkian nació. Es también ahí en donde la medicina debe torcer su ruta: en la empatía y el diálogo estrecho y profundo renacer.

Con la segunda cuestión, quisiera resaltar que el problema del dialogo sobre eutanasia y suicidio asistido reside en la muerte misma. Sé que lo anterior puede acercarse al mundo del absurdo pero, en mi defensa, cito a dos grandes pensadores, ambos fallecidos en 1994. Elías Canetti, ganador del premio Nobel de Literatura en 1980, escribió: “Mientras exista la muerte, nada hermoso será hermoso y nada bueno, bueno”. De Lewis Thomas, eminente médico y mejor filósofo de la vida y de la medicina copié las siguientes líneas: “La muerte es horrible, produce consternación y temor. Un paciente que está muriendo es casi

una monstruosidad... una ofensa contra la naturaleza misma”. Con toda intención, decidí citar a dos figuras prominentes y conocedoras de la vida. El común denominador de ambos es su (casi) genialidad y el pavor a la muerte. Las líneas previas me permiten aventurar la siguiente hipótesis: el temor y los grandes conflictos que hacia la muerte se tienen, son independientes de la razón, la inteligencia y en ocasiones, incluso del camino andado. De ahí que las discusiones sobre eutanasia sean incommunes. Además, quisiera recurrir, a propósito de Thomas, a un fenómeno no muy conocido pero sí comentado en más de una ocasión: a los médicos la muerte les recuerda que son vulnerables. Mejor rehuir ese tipo de conversaciones con los pacientes que alimentarlas. Dejo en el aire la siguiente cuestión: ¿eluden los médicos el tema de la muerte con sus pacientes por no poder confrontar ellos mismos tal situación?

Para avalar lo ya dicho acudo a Norbert Elías, médico y filósofo alemán quien murió hace tres o cuatro años. En su extraordinario ensayo *La soledad de los moribundos*,¹³ Elías comenta que “el problema social de la muerte resulta sobremanera difícil de resolver porque los vivos encuentran complejo identificarse con los moribundos”. Si interpreto bien el concepto anterior, y lo acoplamos al tema que hoy nos reúne, retorno y reenfatizo una de mis ideas centrales: la eutanasia es tema difícil y casi prohibido porque el moribundo, esto es, el paciente terminal o el posible candidato para aplicar dicha acción, confronta tanto a médicos como a no médicos con su propia muerte. Huelga repetir los innumerables embrollos que se generan cuando la familia evita que el enfermo con cáncer y que pronto morirá se entere de su destino. Así, se le aísla, se le impide despedirse, se evita todo diálogo, todo se inventa, todo es mentira. Parece más fácil huir de la idea y de la realidad, que confrontar los diálogos y ofrecer el apoyo y el terreno adecuado para que la despedida sea

13 Elías, N., *La soledad de los moribundos*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1989.

decorosa. ¿En dónde queda la inteligencia? Evadir en lugar de confrontar parece ser la consigna, cuando, sin duda, lo contrario es lo que espera todo enfermo terminal: hablar, que se le escuche, que se le entienda, que se le explique. Después de todo, si la vida fue buena, es probable que la muerte será igual. Aun cuando comprendo que la última frase dista mucho de ser regla, no cabe duda que debería existir paralelismo entre la forma y el proceso de vivir con el de morir, a pesar de lo expresado por Canetti y Thomas. Finalmente, nadie puede luchar contra la continuidad que implica nacer y fenecer.

Alejarse del enfermo terminal o del moribundo, suerte para algunos, aunque sean médicos, el efecto de olvidar que la muerte es destino común. Pienso que la óptica de considerar la muerte como fracaso médico es borrosa. Asimismo, suponer que no se puede ayudar más al moribundo es igualmente erróneo. Como dice Elías: “La incapacidad de ofrecer a los moribundos esa ayuda, de mostrarles el afecto que más necesitan a la hora de despedirse de los demás, es precisamente porque la muerte de los otros se nos presenta como un signo premonitorio de la propia muerte”. O, como lo confiesan en sus ideas Canetti y Thomas: con la muerte no se puede lidiar.

Si uno repasa lo que sucede en las salas de terapia intensiva, coincidirá que es más común no ayudar moralmente al enfermo que lo contrario. Salas con aparatos por doquier, tubos que impiden hablar, focos y líneas luminosas inertes, drogas que velan la conciencia, ausencia de tiempo; en síntesis, atmósfera en donde la voz no se oye, donde las microdosis cuentan más que la persona. No desconozco, por supuesto, la importancia primigenia de la tecnología y bien sé que muchas vidas son rescatadas de la muerte gracias a ella. Lo que no comprendo es el *quid* ni los motivos por los cuales la tecnología ha sustituido al hombre. Norbert Elías lo dice mejor:

En la actualidad, las personas allegadas o vinculadas con los moribundos se ven muchas veces imposibilitadas de ofrecerles apo-

yo y consuelo mostrándoles su ternura y su afecto. Les resulta difícil cogerles la mano o acariciarlos a fin de hacerles sentir una sensación de cobijo y de que siguen perteneciendo al mundo de los vivos. El excesivo tabú que la civilización impone a la expresión de sentimientos les ata muchas veces manos y lengua.

He escrito varias veces, en los párrafos previos, las palabras modernidad y tecnología con cierto dejo de menosprecio. La razón fundamental es que, en forma inversa a su desarrollo, el diálogo y el calor que se requieren al morir han disminuido. En su libro *Western Attitudes Toward Death*,¹⁴ Philippe Ariés comenta que en la Edad Media se hablaba con más frecuencia y más abiertamente de la muerte y del morir de lo que se hace en la actualidad. De igual forma, es conocido el hecho de que en el pasado, la mayoría de los seres fallecían en casa y generalmente acompañados por familiares y seres cercanos. Hoy todo ha cambiado: se muere en hospitales, lejos del calor familiar.

De los estudios de Ariés y Elías es posible inferir que, en otros tiempos, el morir era un asunto mucho más público que en la actualidad. Los reúno y resumo: “no podría ser de otro modo empezando porque entonces era más desacostumbrado para las personas estar solas”.¹⁵ Entiéndase lo anterior como otra de las malas herencias de la civilización: los humanos se han alejado entre sí. Los datos previos permiten concluir que lo que antaño fue verdadero diálogo y familiaridad, hoy no es más que fantasmas. La muerte es un fenómeno que separa y no que une. Los moribundos ahondan el silencio y no avivan el calor. Signo de nuestros tiempos.

La última pregunta de mis cuestionamientos iniciales intenta exponer las razones, usualmente opuestas cuando de eutanasia y muerte se habla. Motivos que ejemplifico con tres casos actuales de la medicina estadounidense que recibieron amplia publicidad.

14 Ariés, P., *Western Attitudes Toward Death*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1974.

15 Elías, N., *op. cit.*, nota 13.

El primero es el de Karen A. Quinlan, joven de 21 años de edad quien en 1975, tras la ingesta de diversas drogas y alcohol, quedó en coma profundo por causas no bien precisadas, estableciéndose el diagnóstico de daño cerebral irreparable pero no muerte cerebral. Sus padres solicitaron que se le retirase el respirador, situación a la que se opusieron los médicos quienes argüían que tal acto equivaldría a homicidio. Tras varias requisiciones en diversas cortes, las cuales repetidamente fallaban en favor de los médicos, los padres de la enferma acudieron a la Suprema Corte de Justicia de New Jersey, instancia que finalmente acordó que se retirase el respirador. La enferma permaneció en coma y falleció diez años después. Su caso es históricamente crítico, ya que abrió las puertas para establecer las directrices médico-legales para el cuidado de este tipo de enfermos, y las discusiones de ahí emanadas sembraron la base para la creación de los testamentos en vida (*living wills*).¹⁶

El caso del bebé K (*baby K*)¹⁷ ilustra una posición diametralmente opuesta. Bebé K nació en 1992 por medio de cesárea. Desde los primeros meses del embarazo se había diagnosticado anencefalia. La madre, a pesar de los consejos del obstetra y del neonatólogo, decidió continuar el embarazo. A partir de su nacimiento fue conectado a un respirador, por lo que sus médicos la instaron a no continuar con estos procedimientos ya que no contribuían a ningún tipo de propósito, ni terapéutico ni paliativo. Debido a la insistencia de la madre en mantener vivo al bebé, y después de varias reuniones de profesionistas, religiosos y familiares, el caso llegó a la corte. El juez dictaminó en favor de la madre arguyendo que “retirar el respirador al bebé K... permitiría a los hospitales negar tratamiento de emergencia a numerosos pacientes, tales como accidentados, aquellos con cáncer terminal o SIDA, bajo el concepto de que eventualmente perecerán

16 Angell, M., “After Quinlan: the Dilemma of the Persistent Vegetative State”, *N Engl J Med*, vol. 330, 1994, pp. 1534 y 1535.

17 Annas, G. J., “Asking the Courts to Set the Standard of Emergency Care. The Case of Baby K”, *N Engl J Med*, vol. 320, 1994, pp. 1542-1545.

como consecuencia de sus enfermedades por lo que el tratamiento de emergencia será ‘fútil’¹⁸

Ejemplo diferente es el de Jamie Martin, mujer joven quien quedo parapléjica a consecuencia de un accidente. Después de haber presentado muchas complicaciones como resultado de su invalidez y sin ninguna esperanza de recuperación física, solicitó de su marido, quien la había atendido y cuidado por años, que la matase. El marido cumplió y fue condenado a la pena máxima por homicidio.

Los casos de Quinlan, bebé K y Martin ilustran actitudes distintas de las opiniones médica y pública. Esquematizan, además, argumentos y razones no sólo difíciles de reconciliar, sino imposibles de analizar bajo una misma lógica. Quisiera enfatizar que, sobre todo en los casos de Quinlan y Martin, la eutanasia subraya la obligación de respetar la autonomía del paciente o de la familia para recibir o no tratamiento médico.

IV. MÉDICOS Y ÉTICA

Los argumentos anteriores ilustran, además, que hablando de eutanasia, son múltiples las preguntas y las áreas grises. Los casos comentados, entre otros, han condicionado tres premisas que, amén de ser materia de diálogo, deberán dilucidarse a futuro.

Estas son:

1) El interés del público por la eutanasia y el suicidio asistido se han incrementado.

2) Lo anterior puede indicar que los médicos deben mejorar los cuidados del paciente terminal.

3) La muerte no equivale a fracaso.

Encuestas en diversos países han demostrado interés creciente de las opiniones pública y médica en relación a la eutanasia. Así, mientras que en 1982 en Estados Unidos, 68% de la opi-

18 *Idem.*

nión pública consideró que la eutanasia era adecuada, en 1991 la proporción se incrementó a 81%. En Inglaterra las cifras son similares: 79% está a favor. En cuanto a suicidio asistido, 64% de los norteamericanos lo apoyan.¹⁹ Como dato interesante, la gran mayoría de los jóvenes está en favor de dicho procedimiento, mientras que sólo uno de dos ancianos la considera opción adecuada.²⁰ Debo destacar que, en 1945, sólo el 36% de la opinión pública de Estados Unidos veía con buenos ojos la eutanasia.

Al realizarse estudios similares en la población médica²¹ se encontró que el 77% acepta la eutanasia pasiva, mientras que el 68% consideró que es moralmente justificable el suicidio asistido. Sin embargo, sólo el 6% declaró que estaba dispuesto a participar activamente.

Consideraciones interesantes indican que las experiencias previas con enfermos terminales inclinan la balanza en favor de la eutanasia. Así, uno de los estudios comentados²² concluyó que la mayoría de los estadounidenses que habían tenido vivencias previas en los últimos cinco años, en relación a familiares o conocidos que padecían enfermedades terminales o estados de coma irreversible, veían con buenos ojos la eutanasia. Primero, fue claro que aun cuando no fue significativa la realización de testamentos en vida en comparación con el resto de la población, la mayoría había charlado en más de una ocasión con familiares y amigos en relación a sus deseos en caso de padecer alguna enfermedad terminal o situaciones afines. En segundo término, la mayoría estaba seguro que sus familiares y/o amigos respetarían y apoyarían sus deseos de no someterse a tratamientos que mantengan la vida artificialmente.

19 Blendon R. J. *et al.*, "Should Physicians aid Their Patients in Dying? The Public Perspective", *JAMA*, vol. 267, 1992, pp. 2658-2662.

20 *Idem.*

21 Caralis, P. G. y Hammond, J. S., "Attitudes of Medical Students, Housestaff, and Faculty Physicians Toward Euthanasia and Termination of Life-Sustaining Treatment", *Crit Care Med*, vol. 20, 1992, pp. 683-690.

22 Blendon, R. J. *et al.*, *op. cit.*, nota 19.

Otro punto de interés y conflicto merece unas líneas. La cuestión es la siguiente: ¿son diferentes las actitudes de los médicos hacia la eutanasia según su subespecialidad?²³ Recientemente, en Holanda, se llevaron a cabo entrevistas con 405 médicos quienes atendieron en los últimos años a 7,000 enfermos que habían fallecido por diversas causas.

Fueron varios los hallazgos interesantes. Primero, se encontró que dos terceras partes de las solicitudes para que se practicase eutanasia no se llevaron a cabo, pues los galenos ofrecían otras alternativas. Segundo, muchos de los médicos que habían intervenido en suicidio asistido juzgaron que preferirían no verse involucrados nuevamente en estos casos, a menos que fuese indispensable. Tercero, la mayoría de los profesionistas consideraron que se requieren sólidas ligas emocionales para llevar a cabo la eutanasia activa, lo que puede explicar las causas por las cuales la mayoría de tales acciones son llevadas a cabo por médicos generales. En el mismo tenor, son los hematólogos y oncólogos quienes más se opusieron a la eutanasia pasiva o activa, mientras que los psiquiatras fueron quienes más la favorecieron.²⁴

Las razones de tales conductas son obvias. Los psiquiatras tienen poco contacto con pacientes terminales.

Como ya se ha comentado, es muy probable que los médicos no tengan la preparación adecuada para hablar de eutanasia. Si uno revisa el currículum de diversas escuelas de medicina, concluirá conmigo que hay grandes deficiencias en este campo. De hecho, es infrecuente que se estudie el tema de la eutanasia o del suicidio asistido, y más raro aún que los educadores médicos transmitan la idea de que el paciente debe ser parte activa de sus

23 Van der Mass, P. J. *et al.*, “Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life”, *Lancet*, 1991, vol. 338, pp. 669-674; Cohen, J. S. *et al.*, “Attitudes Toward Assisted Suicide and Euthanasia Among Physicians in Washington State”, *N Engl J Med*, vol. 331, 1994, pp. 89-94.

24 Cohen, J. S. *et al.*, “Attitudes Toward Assisted...”, *cit.*, nota anterior.

tratamientos.²⁵ Por lo anterior, amén de que es imperativo que se refuercen las materias ligadas a la ética médica, todo galeno que confronte a enfermos que soliciten morir, deberá entender que la responsabilidad hacia el doliente se inicia con el nexo que se establece desde que uno deposita la confianza en el otro y que deberá incluir charlas oportunas sobre el tema de la muerte y las vías para llegar a ésta en caso de padecer alguna patología terminal. Lo anterior sólo se comprende cuando el médico conoce el bagaje cultural, moral y socioeconómico de su enfermo.

Crítico es también, cuando se platica con pacientes terminales, tener la certeza de que no existen alternativas para salvar al enfermo y que, al momento de tomar las decisiones cruciales, el doliente no se encuentre confuso, y que la depresión que vive no sea de tal magnitud como para no poder permitirle concluir adecuadamente si desea o no que se le ayude a bien morir.

Confrontar al paciente con su deseo de morir, evidentemente requiere madurez de ambas partes. Inquieta sobremanera que el médico tenga solidez y que sea capaz de analizar prudentemente el caso. Debe advertirse que aun hoy en día, y a pesar de los avances en el tratamiento del dolor y otras agravantes de las enfermedades terminales, no son raros los pacientes en quienes el sufrimiento es insoportable. Es así cuando toda la ciencia y toda la tecnología han fracasado, solo queda la arquitectura y la figura que se encierran tras la bata y la humanidad del médico. Sin embargo, debo acotar que, a pesar de los mejores esfuerzos por ayudar a bien morir, no es raro que este tipo de discusiones y decisiones sean muy complejos aun para el clínico más avezado.²⁶ Lo que los médicos debemos saber es que muchos pacientes tienen temor a ser abandonados en el momento final.

A pesar de que es difícil aseverarlo, pienso que algunos (o varios) médicos “abandonan” o pierden interés en sus pacientes

25 Wanzer S. H. *et al.*, “The Physician’s Responsibility Toward Hopelessly ill patients”, *N Engl J Med*, vol. 330, 1989, pp. 844-849.

26 Quill, T. E., “Doctor, I Want to Die. Will You Help Me?”, *JAMA*, vol. 270, 1993, pp. 870-873.

cuando la enfermedad ha superado las posibilidades terapéuticas. Es por eso imprescindible que quien vive con y de la enfermedad y la muerte, comprenda que la muerte no equivale necesariamente a fracaso. Al respecto, es importante aceptar que, a pesar de que la labor primaria del médico es preservar la vida, esta acción no debe ser a costa de sufrimientos intolerables o en contra de la autonomía del enfermo. En este sentido, el suicidio asistido puede ser mejor medicina que continuar tratamientos yermos.²⁷

Cito a Brody:²⁸

La medicina moderna considera la muerte del paciente como un fracaso... pero, eventualmente todos nuestros pacientes fallecerán, por lo que es una obstinación ver a la muerte como un signo de fracaso médico. Más bien, debería considerarse fracaso cuando los estragos de la enfermedad o intervenciones médicas inadecuadas producen una mala muerte.

En este sentido, una buena muerte equivale a éxito médico.

V. ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA EUTANASIA

Desde mi punto de vista, son cuatro los principales argumentos en contra de la eutanasia:

- 1) Religiosos.
- 2) Culturales.
- 3) El peligro de sesgo.
- 4) El probable abuso (“*slippery slope*”).

Por razones de espacio, comentare brevemente los argumentos religiosos y culturales en conjunto. Son dos los principales: primero, la vida humana es considerada el valor supremo y, segundo, la eutanasia conlleva el peligro de erosionar el respeto

²⁷ Brody, H., “Assisted Death. A Compassionate Response to a Medical Failure”, *N Engl J Med*, vol. 327, 1992, pp. 1384-1388.

²⁸ *Idem*.

hacia la vida.²⁹ Aunque existen algunas atenuantes, todas las religiones prohíben el suicidio asistido —Dios da la vida y solo Él puede quitarla—;³⁰ en aquellos casos terminales algunas son más laxas para facilitar el retiro de apoyo. Sin embargo, estas decisiones son personales y son responsabilidad exclusiva del consejero religioso.

Así, por ejemplo en la religión judía, Maimónides en su celebre código legal escribe: “El moribundo debe ser visto bajo todos los aspectos como una persona viviente”. En otras fuentes más recientes como el Código de Leyes Judías (1927) se señala: “Aun cuando a alguien se le prolongue la agonía y esto cause aflicción al paciente y a su familia, permanece la prohibición de acelerar su muerte”.³¹

Pérez Valera³² comenta que “difícilmente podrá encontrarse otra organización religiosa que haya con más empeño y constancia defendido la vida y rechazado la eutanasia como la iglesia católica”. De acuerdo al mismo autor, el documento más importante sobre eutanasia es la Declaración de la Doctrina de la Fe publicada en 1980. En algunos de sus párrafos el documento dice: “Nadie puede atentar contra la vida de un inocente sin oponerse a Dios y sin violar un derecho fundamental e inalienable de la persona”.

En el contexto de este ensayo, he denominado sesgo a la interpretación que se pueda dar de algunas situaciones del enfermo y que puedan conducir a abusos, tanto de la sociedad como del individuo. Por ejemplo, ¿cómo definir sufrimiento intolerable?, ¿cómo evidenciar que la conducta terapéutica ha sido óptima?, ¿cómo aseverar que la depresión del paciente no confunde la interpretación de los datos?, ¿cómo estar convencidos que la solicitud del paciente ha sido cavilada profundamente? Los pun-

29 Angell, M., “Euthanasia”, *cit.*, nota 7.

30 Misbin, R. I., “Physicians’ aid in Dying”, *N Engl J Med*, vol. 325, 1991, pp. 1307-1311.

31 Pérez Varela, V. M., *op. cit.*, nota 3.

32 *Idem.*

tos anteriores esquematizan algunas dificultades que enfatizan lo que es el “lenguaje blando” o impreciso, así como la urgencia de definir conductas adecuadas para situaciones complejas.

La idea del abuso de la eutanasia se basa en el “*slippery slope*” o la pendiente resbalosa, término acuñado para referirse a la eutanasia nazi en la que, como es sabido, se liquidaba a quienes tenían desventajas físicas por pequeñas que fueran. En la actualidad, y debido a las presiones económicas de una medicina sumamente costosa, se piensa que la aplicación inadecuada de la eutanasia podría producir muertes en viejos, alcohólicos, drogadictos, enfermos con SIDA, niños con malformaciones, aquellos que pertenecen a minorías, etcétera. Hay quien señala el ejemplo de China, en donde por la preocupación de que siga expandiéndose la población, los neonatos anormales son abandonados.³³

A su vez, quienes se oponen a la eutanasia, consideran que es inadecuada pues viola tres leyes médicas fundamentales, a saber:

- 1) La del cuidado “profundo” del enfermo terminal.
- 2) Modifica el concepto básico de que el médico cura.
- 3) Cambia la esencia de la medicina.

Peter Singer, experto en ética,³⁴ dice que el movimiento de hospicio ha demostrado que manejar el dolor apropiadamente y permitirle a los pacientes el control sobre las medidas que mantienen la vida, reducen la necesidad de la eutanasia.³⁵

De acuerdo al mismo Singer, existen otros argumentos en contra de la eutanasia. De hecho, comenta que la eutanasia mal entendida puede transformarse en eutanasia involuntaria. La clasifica de la forma siguiente:

33 Benrubi, G. I., “Euthanasia. The Need for Procedural Safeguards”, *N Engl J Med*, vol. 326, 1992, pp. 197-199.

34 Singer, P., *op. cit.*, nota 5.

35 *Id.* y Siegler, M., “Euthanasia. A Critique”, *N Engl J Med*, vol. 322, 1990, pp. 1881-1883.

- a) “Criptanasia”.
- b) Eutanasia “sugerida”.
- c) Error diagnóstico.
- d) Lasitud médica.

La criptanasia (“eutanasia secreta”) acaece cuando a algunos pacientes vulnerables se les induce a solicitar ayuda para morir. Aun cuando no se ha comprobado, se piensa que, al menos en Holanda, esto ocurre. La eutanasia sugerida (*encouraged euthanasia* de acuerdo con Singer) puede presentarse cuando enfermos crónicos o pacientes gravemente enfermos son presionados para que pidan se les aplique la eutanasia, y con eso disminuir el estrés en sus familiares y la carga económica.³⁶ De hecho, algunas investigaciones han concluido que “la mayoría de los residentes en asilos holandeses temen ser sujetos de eutanasia involuntaria”.³⁷ En cuanto a la posibilidad de cometer algún error diagnóstico, es bien sabido que la medicina no es una ciencia perfecta, por lo que la probabilidad de equivocarse el diagnóstico o pronóstico no debe desecharse. En esencia, la lasitud médica se refiere al relajamiento en la continuación y el vigor del tratamiento en aquellos enfermos en quienes la evolución ha sido mala, por lo que en lugar de concentrarse en el manejo, algunos médicos, para disminuir su sensación de fracaso, podrían sugerir la eutanasia.

VI. ARGUMENTOS EN FAVOR DE LA EUTANASIA

Por otra parte, entre las razones en favor de la eutanasia podemos enlistar las siguientes:

³⁶ *Idem*; Singer, P. A., “Should Doctors Kill Patients?”, *Can Med Ass J*, vol. 138, 1988, pp. 1000 y 1001; Reichel, W. y Dyck, A. J., “Euthanasia: a Contemporary Moral Quandary”, *Lancet*, vol. 2, 1989, pp. 1321-1323.

³⁷ Reichel, W. y Dyck, A. J., *op. cit.*, nota anterior.

- a) Es humana (evita sufrimiento).
- b) Respeta la autodeterminación del enfermo.
- c) Puede ser parte de una buena relación médico-paciente.

No tengo duda que el principal argumento en favor de la eutanasia es abolir sufrimientos no controlables y episodios que laceran y erosionan profunda e irreversiblemente la integridad y la vida del enfermo terminal. Desde esa perspectiva, la eutanasia pasiva o activa es más humana que la continuación del tratamiento a enfermos sin esperanza. Asimismo, quienes favorecen la eutanasia afirman que respetar la autonomía del enfermo, intensifica, en lugar de disminuir, el respeto hacia la vida humana. Finalmente, estoy convencido que si se establecieron los lazos mágicos que deben caracterizar la relación médico-paciente, y bajo el entendido de que el conocimiento del doliente y de sus circunstancias es profundo, la eutanasia, cuando lo solicita el interesado, es una herramienta terapéutica invaluable.

Otros argumentos en favor de la eutanasia incluyen, sobre todo, las múltiples incertidumbres y temores del enfermo. No es infrecuente que quien sufre se martirice al preguntarse cuándo y cómo será su muerte; en forma paralela, la pérdida de la independencia, mezclada con una profunda sensación de desesperanza, aumentan la agonía mental que en los enfermos terminales es, en ocasiones, peor que la física. Otros fenómenos agregados son el temor que no pocas veces se convierte en terror hacia la muerte, así como la inminente distorsión de las relaciones humanas, que no traduce más que el concepto de aislamiento y soledad por el que atraviesan los moribundos, tal y como lo expresó Elías.³⁸ Asimismo, aun cuando sea obvio, vale repetir que es el médico el único que puede llevar a cabo la eutanasia y así abreviar la larga lista de menoscabos que sufren los enfermos en la última etapa.

38 Elías, N., *op. cit.*, nota 13.

Con los postulados aludidos planteo la siguiente interrogante: ¿puede ser la eutanasia una vía terapéutica? Aunque entiendo que dentro de la misma cuestión queda implícita una aparente contradicción, terapéutica por un lado, y dejar morir o incluso acelerar la muerte por el otro, considero que la cuestión es válida. Y es que cuando la incurabilidad, el dolor intolerable y la denigración paulatina opacan toda esperanza, la muerte puede ser la solución.

VII. EUTANASIA. OTROS PROBLEMAS

Deben considerarse otros avatares de la eutanasia. Dentro de éstos, sobresale la posibilidad de que médicos incompetentes comentan errores y que se aplique, como ya se dijo, cuando las presiones económicas que acarrear las enfermedades crónicas y las cuentas hospitalarias pesen demasiado sobre la familia. En otras palabras, la eutanasia puede (mal) sugerirse exclusivamente por cuestiones monetarias. En este mismo contexto, el del mundo de problemas a dilucidar o definir, hay otra interrogante de muy compleja respuesta: si la eutanasia se aplica a pacientes mentalmente competentes, ¿por qué no hacer lo mismo con aquellos que sufren enfermedades similares pero que mentalmente no son capaces? La misma pregunta, a la cual no ofrezco respuesta, es la decisión a tomar con aquellos neonatos que nacen con malformaciones graves. Aunque evidentemente, en este último caso, son los padres quienes deben decidir, es indudable que la asesoría médica debería ser baluarte. Quiero subrayar que los dos últimos ejemplos, el de los enfermos mentalmente incompetentes y el de los neonatos malformados, representan una de las nociones más complejas que enfrenta cualquier médico.³⁹ De hecho, hay quien opina que cualquier movimiento encamina-

39 “Euthanasia. Conclusions of BMA Working Party Set Up to Review the Association’s Guidance on Euthanasia”, *Brit Med J*, vol. 296, 1988, pp. 1376 y 1377.

do a liberar la eutanasia en niños malformados presagiaría cambios serios e incalculables en el *ethos* de la medicina.⁴⁰

Otro problema que debe confrontarse gira en torno a si la eutanasia, así como se aplica a enfermos terminales, puede extenderse a aquellos con padecimientos incurables, como lo serían la enfermedad de Alzheimer o la esclerosis lateral amiotrófica. En estas entidades, bien sabido es que la muerte sobrevendrá después de muchos años y que por la naturaleza del mal, en ocasiones es imposible que los enfermos tomen la iniciativa de suicidarse. Esta pregunta queda también como tema a cavilar.⁴¹

Quisiera hacer un breve paréntesis después de las preguntas que he formulado para resaltar dos hechos importantes. El primero, y que indirectamente debe considerarse como pionero o vanguardia de la eutanasia, es la política de algunos hospitales de “no resucitar”. Aun cuando este tipo de decisiones se ha incorporado a la mayoría de las mentalidades de quienes tratan enfermos, debo subrayar que sólo se lleva a cabo desde 1976. Lo mismo sucede con la idea de retirar apoyo de tipo alimenticio y otros similares.⁴² Quiero también comentar brevemente acerca de los testamentos en vida (“*living wills*” para los estadounidenses). Esta idea, sin duda, es resultado del incremento en la conciencia pública de los derechos del paciente moribundo, y, como lo indica el nombre del documento, le permite al individuo sano decidir qué es lo que desea en caso de sufrir una enfermedad prolongada. Tal situación implica también que la relación médico-paciente debe ser sana y profunda pues, por necesidad obliga a ambas partes al diálogo. Lamentablemente, en México nada se ha hecho con relación al testamento en vida.

Encuentro frontal y de muy difícil respuesta es definir, siempre y cuando se considere que la eutanasia es un procedimiento humano y adecuado, si existe diferencia en cuanto a eficacia y

40 *Idem*.

41 Miller, F. G. *et al.*, “Regulating Physician-Assisted Suicide”, *N Engl J Med*, vol. 331, 1994, pp. 119-125.

42 Wanzer, S. H. *et al.*, *op. cit.*, nota 25.

quizás calidad entre la eutanasia pasiva y la activa. Desde el punto de vista finalista y práctico, cuando la enfermedad es terminal, el sufrimiento no tolerable y la dependencia del individuo hacia la tecnología aumenta, y, sobre todo, si éste ha optado por solicitar que se acelere su muerte, seguramente la eutanasia activa resolverá en forma más adecuada los momentos finales, sobre todo porque evitará que se prolongue, sin motivo, la agonía. Podría incluso decirse, en este sentido, que la eutanasia activa es más humana que la pasiva. Sin embargo, hay quienes plantean que existen diferencias morales importantes entre la eutanasia activa y pasiva pues, desde el punto de vista humano, es más grave matar a alguien que permitirle morir.⁴³ En el contexto de la realidad, considero que lo anterior es equivocado pues quien sufre lo que desea es acabar cuanto antes con su situación. De hecho, Rachels y otros filósofos utilitarios consideran que no hay divergencias morales entre permitirle a un enfermo terminal que muera o matarlo.⁴⁴

VIII. SUICIDIO ASISTIDO

La eutanasia activa, o el suicidio asistido después de Kevorkian, ha reunido a moralistas, eticistas y una amplia gama de médicos interesados en este tópico para elaborar los criterios indispensables para que este procedimiento se lleve a cabo. Como se verá posteriormente, este enlistado es similar a los criterios holandeses.

Para el suicidio asistido, se han sugerido los incisos siguientes:⁴⁵

- a) Que el paciente lo solicite.
- b) Que el juicio del paciente sea adecuado.

43 Rachels, J., "Active and Passive Euthanasia", *N Engl J Med*, vol. 292, 1975, pp. 78-80.

44 *Idem*.

45 Quill, T. E., *op. cit.*, nota 26.

- c) Que la enfermedad sea incurable y el sufrimiento intolerable.
- d) Que el sufrimiento no sea secundario a cuidados inadecuados.
- e) Que el suicidio asistido sea dentro del contexto de una relación médico-paciente óptima.
- f) Que se obtenga una segunda opinión.
- g) Que todo lo anterior se documente.

Como se comprenderá, los puntos anteriores sirven como guía para que tanto médicos como pacientes sepan cómo lidiar con decisiones tan delicadas. Si bien no se requiere satisfacer todos los puntos, es comprensible que la resolución será mejor entre más requisitos se cumplan.

Obvio es que, a pesar de que se satisfagan los incisos anteriores, sobran los problemas. Es probable que algunos embrollos puedan suavizarse o disminuirse si, insisto, se llevan a cabo discusiones oportunas con los pacientes, si se cuenta con los testamentos en vida, e incluso, si entre médico y enfermo se llega a un acuerdo en donde se firmen documentos apropiados. Todo lo anterior, huelga decirlo, prevendría problemas si la enfermedad progresa y el paciente pierde su capacidad para decidir. De igual forma, ocasionalmente el enfermo no desea que sus familiares se enteren de decisiones tan críticas como el suicidio asistido, por lo que el galeno podría tener problemas en caso de que no existan los documentos firmados.⁴⁶

Otras nociones problemáticas, cuando de suicidio asistido se habla, son las que conciernen al enfermo.⁴⁷ En primer término, y esto puede ser problema serio si no se dilucida adecuadamente, es que los dolientes, y sobre todo los que se encuentran en condiciones muy delicadas o terminales, son susceptibles a cualquier sugerencia. En ocasiones, incluso les resulta difícil discriminar entre un “buen” consejo y uno “malo”. De hecho, el enfer-

⁴⁶ Wanzer, S. H. *et al.*, *op. cit.*, nota 25.

⁴⁷ Orentlicher, D., “Physician Participation in Assisted Suicide”, *JAMA*, vol. 262, 1989, pp. 1844 y 1845.

mo puede optar por el suicidio no porque realmente se encuentre cansado de la vida, sino porque considera que otros se encuentran fastidiados de ellos.⁴⁸ Por lo anterior, es indispensable que para que la postura del enfermo se valore adecuadamente, ésta se haga sin los efectos de los fármacos y antes de que la enfermedad haya mermado su capacidad intelectual.

Algunas consideraciones que no se pueden olvidar son las vías por medio de las cuales el médico colabora o se involucra en el suicidio asistido. Por una parte, puede proveer la droga letal mientras que, por la otra, ser él mismo quien lleve a cabo el acto. Al respecto, aun cuando diversas encuestas han demostrado que la mayoría de los galenos apoyan el suicidio asistido, sólo una minoría está dispuesta a llevarlo a cabo.⁴⁹ En general, por razones obvias, y siempre y cuando el enfermo esté en condiciones de hacerlo, es preferible que él se suicide, lo cual, no es por evitarle al médico la “labor sucia” de llevar a cabo el suicidio,⁵⁰ sino porque así se le permite al enfermo decidir el tiempo adecuado para llevar a cabo el proceso. Por otra parte, dado que los médicos casi nunca se ven involucrados en este tipo de actos, es muy probable que lo hagan inadecuadamente, mientras que la ingesta de barbitúricos o medicamentos afines por el mismo enfermo es más fácil.⁵¹ Los puntos anteriores sugieren que debe ampliarse el diálogo en cuanto a los mecanismos para llevar a cabo el suicidio asistido.⁵² Es prudente aquí comentar brevemente que, en la gran mayoría de los casos, Kevorkian optó por aplicar monóxido de carbono, ya que no fue capaz de instalar la venoclisis. No sobra reiterar que la solicitud del paciente

48 Kamisar, Y., “Some Non-Religious Views Against Proposed ‘Mercy-killing’ Legislation”, *Minn Law Rev*, vol. 42, 1958, pp. 969-1042.

49 Angell, M., “Euthanasia”, *cit.*, nota 7; Caralis, P. G. y Hammond, J. S., *op. cit.*, nota 21.

50 Brody, H., *op. cit.*, nota 27.

51 *Idem.*

52 Quill, T. E. *et al.*, “Care of the Hopelessly Ill. Proposed Clinical Criteria for Physician-Assisted Suicide”, *N Engl J Med*, vol. 327, 1992, pp. 1380-1384.

para que el médico colabore en un suicidio es uno de los retos más complicados a los que puede enfrentarse un galeno. Así, y de acuerdo a las líneas anteriores, es deseable que la droga letal sea ingerida en presencia del médico; asimismo, es aconsejable que el enfermo esté acompañado durante el momento del deceso, de preferencia por familiares y personal médico.

IX. EUTANASIA EN HOLANDA

Imposible no dedicar algunas líneas a Holanda. El movimiento holandés pro-eutanasia se inició en 1971⁵³ cuando la madre de la doctora Geertruida Postma sufrió una hemorragia cerebral que la dejó paralizada, sorda y muda. Tal lesión produjo que la enferma viviese en una casa para ancianos amarrada a una silla. Escribió la doctora Postma: “Cuando veía a mi madre, sólo quedaban de ella unos restos humanos que colgaban de la silla. No podía tolerar más esa imagen”. Por lo anterior, la doctora le inyectó morfina y la mató. Postma informó de su acto al director del asilo quien llamó a la policía. A pesar de que se le declaró culpable, tan sólo se le aplicó una sentencia simbólica. Quiero también aquí enfatizar que, desde mi punto de vista, la moral holandesa es y ha sido una de las más altas en la historia de la humanidad. Debe recordarse que durante la ocupación alemana, los médicos holandeses se opusieron a los programas alemanes. Comento lo anterior porque, erróneamente, hay quien ha señalado que en Holanda se lleva a cabo la eutanasia con libertad por ser un país que carece de normas morales.

A pesar de que no hay cifras oficiales, se calcula que en Holanda entre 2,000 y 10,000 casos son sometidos anualmente a eutanasia activa.⁵⁴ Los datos son inexactos por diversas razones. Primero, porque los permisos para enterrar o cremar se obtienen

53 Pence, G. E., “Do Not Go Slowly into the Dark Night: Mercy Killing in Holland”, *Am J Med*, vol. 84, 1988, pp. 139-141.

54 “Doctors and Death Row”, *Lancet*, vol. 341, 1993, pp. 209 y 210.

sólo cuando el galeno llena el certificado de defunción especificando que la muerte fue por causas naturales. En segundo término, para evitar confrontaciones con la policía y proteger a la familia de interrogatorios, los médicos llenan los documentos aseverando que la muerte fue natural.⁵⁵ Pienso también, que dado que la eutanasia activa no es aprobada por toda la población médica, algunos galenos prefieren no confrontar a sus colegas. Asimismo, y en contra de lo que muchos creen, la eutanasia no ha sido legalizada en Holanda.

A continuación, enumero los requisitos para llevar a cabo la eutanasia activa en Holanda:⁵⁶

- a) Sólo los médicos pueden aplicarla.
- b) La solicitud debe ser hecha por enfermos competentes.
- c) La decisión debe ser documentada, repetida y libre de duda.
- d) El médico debe pedir una segunda opinión.
- e) La decisión del enfermo debe ser libre de toda presión.

Existen otras dos normas, que de acuerdo a los expertos holandeses son más vagas:

- f) Que el paciente experimente sufrimiento insoportable sin posibilidades de cambio.
- g) No existen medidas o procedimientos que mejoren las condiciones del paciente o que hagan su sufrimiento soportable.

Un último párrafo en relación a eutanasia y Holanda. Como también ya se comentó, se ha elucubrado que, por motivos económicos, discriminatorios u otros, puedan llevarse a cabo excesos eutanásicos. En Holanda lo anterior no sucede pues toda la población tiene acceso libre a la salud, y por ende libre de cos-

55 Watcher, M. A. M. de, *op. cit.*, nota 4; Pence, G. E., *op. cit.*, nota 53.

56 Pence, G. E., *op. cit.*, nota 53.

to, por lo que no existe el temor de que el enfermo solicite se le practique eutanasia para librar a la familia de la carga económica.

X. COROLARIO

Tres puntos finales que he denominado eutanasia y moral, eutanasia y realidad y eutanasia e historia. Es obvio que la eutanasia conlleva demasiadas, si no es que todas, las implicaciones morales existentes. Desde esta perspectiva, es fácil entender las complejidades inherentes a cualquier discusión en donde lo negro puede ser blanco, y lo blanco negro. Sin embargo, dentro del contexto global de la discusión y de la misma moral, me es imposible dejar de mencionar dos puntos. Cuando de moral y eutanasia se habla, ¿cuál es la moral que rige a la sociedad cuando las madres cargadas de hijos abandonan a los más débiles a su suerte? A lo anterior se le ha denominado “eutanasia social” y es un fenómeno muy común en las calles de cualquier país del tercer mundo habitadas por los “niños de la calle”. En segunda instancia, ¿cómo avala la sociedad y la misma profesión médica la participación activa de sus colegas para documentar el deceso de aquellos sometidos a la pena de muerte en los países más civilizados?⁵⁷ La moral no puede tener dos caras: hay que cuestionar, junto con la eutanasia médica, la actitud de galenos que colaboran en la pena de muerte y de la sociedad toda.

En relación a eutanasia y la cotidianidad, o la realidad, o como se le quiera denominar, tengo que apoyar mis cavilaciones en una verdad tal que, por perogrullada, puede semejar una idea absurda: la muerte es un fenómeno biológico inevitable. Si se lograra aceptar abierta e inteligentemente el ocaso de la vida y que la muerte es consecuencia de la misma vida, sería más fácil también comprender que cuando la enfermedad es más poderosa que la ciencia, y el dolor mayor que la esperanza, la eutanasia

57 “Doctors and Death Row”, *cit.*, nota 54.

es una vía terapéutica que no sólo puede ahorrar martirio, sino que puede brindar mejores caminos para despedirse.⁵⁸

De hecho, la profesión médica ha sido parcialmente culpable de la falta de aceptación de la muerte como parte de la vida. En algunas sociedades, sobre todo en Estados Unidos, la comunidad ha dado un paso adelante ya que, con frecuencia, son los enfermos quienes solicitan al galeno su apoyo para conseguir una muerte digna, en lugar de prolongar innecesariamente una vida con sufrimiento.⁵⁹

En este mismo tenor, la capacidad o incapacidad del médico es crucial. Hay quienes dicen, haciendo alusión sobre todo al pasado, que una de las virtudes de la profesión médica era que el médico participaba tanto en las alegrías como en las tragedias de la familia, incluso más que los ministros religiosos. A la hora de la muerte, sobre todo de las muertes prolongadas y que conllevan dolor y destrucción, es fundamental contar con un médico que además de ser profesionista sea amigo. Como escribió Anatole Broyard:

Deseo un médico que sea un lector cuidadoso de la enfermedad y un buen crítico de la medicina... que no sea exclusivamente un médico talentoso, sino que también sea un poco metafísico... que sea capaz de ir más allá de la ciencia y penetrar en la persona... que entienda la soledad del críticamente enfermo... Yo quiero que él sea mi Virgilio, que me lleve a través de mi purgatorio o infierno, y que me señale el camino.⁶⁰

58 Kraus, A., “Eutanasia: ¿cómo mirarte?”, *Jornada Semanal*, México, 26 de septiembre de 1996; *id.*, “Muerte cerebral: dilemas y más dilemas”, *La Jornada*, México, 26 de mayo y 2 de junio de 1993; *id.*, “¿Qué palabras decir a suicidas frustrados?”, *La Jornada*, México, 24 de noviembre de 1993; *id.*, “El paciente terminal”, *La Jornada*, México, 28 de septiembre de 1994.

59 Cassel, C. K. y Meier, D. E., *op. cit.*, nota 11.

60 Broyard, A., *Intoxicated by my Illness*, Nueva York, Fawcett Columbine, 1992.

Finalmente, quisiera decir que al contrario de la muerte animal, la humana sí tiene historia. Agrego también que la enfermedad tiene pasado y presente, y que en el juego de los síntomas, y en el mundo de los signos, del dolor, del olvido, de las sondas, de las noches interminables, de la desesperanza y de tantos y tantos avatares que llegan y van cuando uno, el paciente, sabe que ha de morir, idealmente éste debería caminar paralelamente con quien fundó la historia de su enfermedad, su médico. Médico y amigo que conozca más, mucho más de la vida y de la muerte, de la soledad y del temor que impone el último adiós, que de la misma tecnología biomédica o de la biología de los fármacos. Es mejor traicionar y olvidar a Hipócrates, que leer en el periódico que su enfermo, es decir, su propia historia, falleció al arrojarse al vacío, en la inmensa soledad del dolor y del abandono.