

RELATORÍA

Fernando CANO VALLE*

El doctor Arnoldo Kraus nos menciona:

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 médico. 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.

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”.

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.

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”.

* Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Kraus planteó la primera cuestión que 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 el famoso juramento hipocrático, que dice: “Nunca suministraré una droga letal a pesar de que se me solicite ni tampoco sugeriré esta posibilidad”.

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.

Más adelante Kraus llamó la atención:

Dejo en el aire la siguiente cuestión: ¿eluden los médicos el tema de la muerte con sus pacientes por no poder confrontar ellos mismos tan 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*, 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 un 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.

Continúa Kraus:

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*, 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 mueren en hospitales, lejos del calor familiar.

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. 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 a 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*).

El caso del bebé K (*baby K*) ilustra una posición diametralmente opuesta. Bebé K nació en 1992 por medio de cesárea. Desde los primeros meses del embarazo se le 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 a 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 parecerán como consecuencia de sus enfermedades por lo que el tratamiento de emergencia será ‘fútil’”.

Ejemplo diferente es el de Jamie Martin, mujer joven quien quedó 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 médicas y públicas. 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.

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:

- a) El interés del público por la eutanasia y el suicidio asistido se han incrementado.
- b) Lo anterior puede indicar que los médicos deben mejorar los cuidados del paciente terminal.
- c) La muerte no equivale a fracaso.

Desde el punto de vista de Kraus:

...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 otra parte, entre las razones a favor de la eutanasia podemos enlistar las siguientes:

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

La eutanasia activa, o el suicidio asistido después de Kevorkian, ha reunido a moralistas, eticistas y a 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 se han sugerido los incisos siguientes:

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

El doctor García Romero, en su intervención, comentó que:

El médico y en general el equipo de salud tienen el privilegio y el deber de cuidar la vida, valor considerado como el más excelso del ser humano, ya que sin él no es posible concebir los de-

más valores. Tiene también que enfrentarse a la muerte, con criterio científico, y sobre todo con un sentido humano que permita ayudar a los pacientes hasta el último momento de su existencia. La muerte es comúnmente el punto final de la evolución de una enfermedad y el proceso de morir en su mecanismo biológico.

Como tal, es algo siempre triste, pero no necesariamente terrible si aprendemos a aceptarlo. En ocasiones la muerte puede convertirse en algo necesario e inclusive deseable. Jonathan Swift nos relata cómo Gulliver, en uno de sus viajes, encontró una isla en la que un pequeño grupo de personas nacían con el signo de la inmortalidad. Este grupo lejos de ser feliz vivía una vida miserable, llena de achaques y sin entender a los demás en sus costumbres y aun en su lenguaje, apartados de la sociedad e incomprendidos. Aquí el costo de no morir era terrible. Lo mismo ocurre con algunos pacientes en los que el no morir representa prolongar una vida con dolores, sufrimientos y angustias.

La eutanasia constituye uno de los problemas éticos importantes que debe resolver el personal de salud. La opinión de la población general es un reflejo del criterio prevaleciente en un área geográfica o en un país.

En 1998 realizamos en la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado una encuesta a 3021 empleados del gobierno federal, aparentemente sanos, que asistieron a la institución para un estudio médico preventivo integral. Se les solicitó información sobre sus datos socioeconómicos y sobre su opinión acerca de diversos tipos de eutanasia, presentándoles casos concretos similares a los que se tiene que enfrentar el personal de salud ante enfermos terminales con intensos sufrimientos y sin posibilidades de alivio.

En esta investigación se consideró como eutanasia pasiva la suspensión de los medios que mantienen vivo a un paciente, tales como apagar un respirador artificial, suprimir la aplicación de aminas que mantienen la presión arterial del enfermo o suspenderle la alimentación. En el cuestionario se interrogó a los encuestados sobre su aceptación o rechazo de dos situaciones de eutanasia pasiva:

1) Suspensión de todas las medidas médicas en un paciente en estado vegetativo de quien varios médicos afirmaron que las posibilidades de recuperar su vida de relación eran prácticamente nulas.

2) A solicitud directa y repetida de una paciente paralítica durante ocho años, suspensión de la alimentación que recibía a través de una sonda nasogástrica.

Se considero como eutanasia activa a la aplicación de medios que provocan la muerte inmediata de personas con sufrimiento físico o mental sin probabilidades de alivio. Se cuestionó a las personas estudiadas sobre la aceptación o rechazo de dos situaciones de eutanasia activa:

- a) Aplicación de un medicamento letal a un paciente que padecía de cáncer de páncreas con metástasis, para el que no había ya ningún tratamiento y le provocaba intensos dolores continuos.
- b) Aplicación de medicamentos para terminar la vida de un paciente con un profundo y prolongado trastorno psicológico sin solución, que le producía depresión y angustia.

De la población encuestada, el 30% aceptó la realización de la eutanasia pasiva en ambas condiciones, y el 48% no la aceptó en ningún caso. El 22% restante admitió sólo una de las situaciones.

Los cambios que a diario se presentan en las ciencias biomédicas exigen un replanteamiento del valor mismo de la vida humana. Ya se han dado pasos adelante con la aceptación de los trasplantes de órganos y el concepto de muerte cerebral; incluso la famosa afirmación del Papa Pío XII, que en un individuo moribundo no hay obligación de mantener medidas extraordinarias para conservarle la vida si ésta no ofrece la posibilidad de regresar a una relación social normal, plantea ya el concepto de calidad de vida.

La muerte es la última fase de la vida y, como tal, debe ser considerada como parte integrante de ella. La ciencia, con todos sus alardes, no ha podido modificar este hecho, y en su búsqueda sin sentido de lograr lo más cercano a la inmortalidad en este mundo, sólo ha conseguido aumentar la angustia y la desilusión ante lo que no puede cambiar.

Volviendo a los resultados de la encuesta, el 19% de la población aceptó las dos condiciones de la eutanasia activa, el 24% sólo una de ellas, y el 57% las rechazó.

Antiguamente el moribundo generalmente moría con una infección aguda que rápidamente acababa con su vida. Actualmente el paciente va cayendo en insuficiencias múltiples que el médico y la institución tratan de ir corrigiendo, aun con la firme convicción de que la muerte es inevitable. Lo único que se logra es prolongar un sufrimiento a veces terrible y sin esperanza.

En la investigación realizada, 37% de los encuestados aceptaron que se mantenga al paciente terminal sedado, sin alimento hasta su fallecimiento. Los que lo admiten incluyen 40% de las mujeres y 34.7% de los hombres.

En muchos centros hospitalarios en el mundo, en las unidades de terapia intensiva es práctica común el empleo de narcóticos que quitan el dolor y sedan al paciente, y suprimen los reflejos respiratorios, lo que en un corto lapso produce la muerte. Sin embargo, esto se hace a espaldas de la ley, y no deja de ser un riesgo para el personal de salud. La ayuda que muchos médicos prestan a los pacientes para morir sin sufrimientos aumentaría si, en alguna forma, se legalizara la sedación intensa del enfermo, aunque esto acorte su vida, con las restricciones necesarias de la ley para evitar abusos. Encuestas recientes en Estados Unidos muestran que el 65% de la gente está a favor de cambios en la legislación que permitan terminar con la vida de un desahuciado.

En una encuesta (1997) que se realizó a 114 médicos y estudiantes de medicina por el Centro de Investigaciones en Bioética, en León, Guanajuato, el 32% estuvo de acuerdo con la eutanasia pasiva y el 20% con la eutanasia activa, a pesar de que el 92% afirmó que la vida es sagrada e intocable.

En la encuesta de Alducín y Asociados del 28 de agosto de 1998 realizada en México a 417 personas, se encontró que el 50% de 109 médicos acepta “terminar con la vida de un desahuciado”, porcentaje superior a la respuesta del resto de los entrevistados, que fue de 42%. La relación fue similar ante la aceptación de que un desahuciado se quite por sí mismo la vida, que fue de 60% y de 50% respectivamente.

El doctor Benigno Licea González señaló:

...en ocasiones, se cruzan los caminos del derecho y la medicina; sea para que éste ilustre a aquél en el recorrido de algún laberinto, sea para que el derecho descifre otros hechos. Los cierto es que el infortunio de la práctica médica o de la investigación científica lleva a los profesionistas de bata blanca ante los profesionales de toga negra en el estrado de los tribunales y, desde luego, el tópico de la eutanasia no es la excepción.

En suma, el suicidio no es ni debe ser un delito ni cuando se consuma ni cuando se frustra. En la legislación mexicana, por ello, está desprovisto de penalidad; la muerte que se causa una persona voluntariamente o las heridas que de alguna manera se infiere, no constituyen los delitos de homicidio o lesiones, ya que estas figuras delictivas requieren como constitutiva necesaria un acto externo, esto es, de un tercero, privatorio de la vida ajena o que altere la salud del individuo.

El artículo 312 del Código Penal Federal establece que: “el que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”. De igual forma el artículo 313 de mismo ordenamiento legal ya invocado con antelación, se refiere a la penalidad agravada en atención a la minoridad o enajenación mental del sujeto pasivo. Al efecto, el numeral precitado establece: “Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o lesiones calificadas”.

Sin embargo, cuando un sujeto priva de la vida por piedad a un enfermo de grave, doloroso e incurable mal, de una enfermedad terminal y ante el incesante requerimiento de éste, compartimos la opinión de Luis Jiménez de Asúa, en el sentido de “otorgar al juez facultad de perdonar o en su caso, de imponer sanciones francamente atenuadas”, y la repercusión de su postura se refleja hoy claramente en las legislaciones sudamericanas como las de Colombia o el Perú, en los artículos 177 y 157 de sus respectivos códigos punitivos.

Resulta pertinente comentar que en el caso que nos ocupa y de acuerdo con la legislación nacional, cuando un médico, enfermera, practicante, ayudante del equipo médico en general, siguiendo instrucciones del profesional responsable comente actos de omisión en el tratamiento restaurador de la salud y que produce como consecuencia la pérdida de la vida o el deterioro de la salud del paciente, les será imputable el delito de responsabilidad médica y técnica consistente en homicidio o lesiones según el daño que se cause al enfermo.

En efecto, el artículo 228 del Código Penal Federal establece que:

Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se le aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia, y

II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

Así, la actuación del médico o de los miembros integrantes del equipo de salud pueden incurrir en estas dos fundamentales figuras punitivas del homicidio y de lesiones, siendo la primera figura citada como la infracción más grave, precisamente porque la vida humana es un bien-interés eminentemente social, público, y porque la esencia, la fuerza y la actividad del Estado residen primordialmente en la población, formada por la unión de todos los individuos. A mayor abundamiento, el numeral 302 del Código Penal Federal establece que: “Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro”.

Conviene resaltar que uno de los principales argumentos utilizados para negar la existencia del derecho a disponer de la vida por su titular es la ausencia de su reconocimiento por el orden jurídico.

Actualmente, eutanasia significa la provocación de una muerte fácil y sin dolor a un paciente que está próximo a morir por una enfermedad terminal. En ocasiones, el mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Puede ser provocada por otros a petición del enfermo o con su consentimiento. En todos estos casos estaremos frente a la eutanasia voluntaria.

Si se causa la muerte contra la voluntad del paciente o sin su consentimiento, hablaremos de eutanasia involuntaria.

...el testamento vital es el documento en el que el interesado expresa su voluntad sobre atenciones médicas que desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya llevado a un estado de salud que le impida expresarse por sí mismo. Puede realizar su propio testamento vital personalizado, con las indicaciones que estime prudentes. Existen fundaciones en muchos países que asesoran a cualquier persona sobre este aspecto, de acuerdo con las leyes vigentes de cada país. El testamento vital es, entonces, el instrumento en el que cada persona establece cuánto tratamiento desea que se le administre y qué procedimientos de mantenimiento de vida rechaza en la etapa final de su existencia.

El doctor César Rivera Benitez comentó:

La frecuencia, la intensidad y el reconocimiento de dilemas éticos en medicina clínica han aumentado en los últimos años como consecuencia de los profundos cambios en la medicina y la sociedad. Estos cambios han inducido un crecimiento sin precedentes en el conocimiento científico y la tecnología médica; una relación más igualitaria entre pacientes y médicos, nuevos esquemas de organización en la práctica médica y una elevada sensibilización a los principios éticos en medicina por parte del público y de la profesión médica.

En las últimas décadas, la relación entre pacientes y médicos ha evolucionado desde la forma paternalista tradicional, en la cual los médicos decidían las opciones para sus pacientes, hasta una relación más igualitaria, en la que la toma de decisiones es compartida, a la vez que los médicos proporcionan información

y consejo que permiten que el paciente adulto competente elija las opciones posibles. El proceso por el cual los médicos y los pacientes toman decisiones en conjunto se llama “consentimiento informado”, que se basa en el principio ético de la autonomía individual y del derecho legal a la autodeterminación.

El consentimiento informado consta de tres componentes: información, competencia y voluntad. La *información* consiste en que el médico informe al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios de las opciones del tratamiento propuesto. *Competencia* se refiere a que el paciente es capaz de comprender la información, apreciar la situación y sus consecuencias, manejar racionalmente la información y comunicar su elección del tratamiento propuesto. *Voluntad* significa que el paciente elige con libertad, sin ningún otro tipo de coerción indebida por parte del médico ni de ninguna otra persona.

De acuerdo con las pautas éticas, legales y políticas, los deseos del paciente deben de gobernar en uso de los tratamientos para sostén de la vida. En los estudios realizados, los factores asociados con la expresión escrita de las órdenes de no reanimación incluyen a los ancianos, pacientes con enfermedad de gravedad creciente, estado mental anormal, cáncer, SIDA, etcétera.

En algunas encuestas, del 77% al 82% de los pacientes ancianos ambulatorios expresan que desearían reanimación cardiopulmonar en su estado de salud actual, pero únicamente del 21% al 38% manifiesta que optaría por reanimación cardiopulmonar si tuviera demencia grave, accidente cerebrovascular, coma irreversible o cáncer terminal. Pero en la práctica, sólo el 15% de los pacientes deja una orden escrita.

Los pacientes competentes no requieren de este tipo de órdenes, puesto que están en condiciones de discutir el uso de los tratamientos para el sostén de la vida; sin embargo, los estudios indican que el paciente está implicado sólo del 13% al 43% de las decisiones de no reanimación, ya que en el momento de la toma de decisiones se encuentran incompetentes.

Los cuidados paliativos son otra medida para tratar el dolor y otros síntomas en enfermos terminales, pero nunca serán un sustituto de la eutanasia, si bien ayudan a muchos pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, algunos dolores terminales y algu-

nos otros síntomas estresantes no pueden ser controlados completamente con los mejores cuidados. Sin embargo, es la calidad de vida, más que el dolor, la razón más frecuente por la que el paciente solicita la ayuda para morir. ¿Por qué tendremos que forzar a algunos a vivir los últimos días o semanas de su vida en esas condiciones; no es indigno? La eutanasia voluntaria, ante todo, es una elección personal.

Quizá lo más importante para un individuo al tomar la decisión de la eutanasia, más allá de un aspecto ético, legal o religioso, es que el enfermo terminal que elige la eutanasia voluntaria tiene la elección de decidir el final de su vida, por lo que es un debate emocional y profundamente individual y no únicamente un debate llanamente académico sobre el derecho de elegir una muerte sin dolor y digna.

La posibilidad de apertura de espacios y foros para discutir lo relacionado con una muerte digna y sin sufrimientos, nos coloca en el umbral de ser una sociedad que es capaz de discutir temas que nos competen como individuos en nuestro desarrollo mental y espiritual con una pluralidad de ideas, y que al cabo de algún tiempo serán tomadas decisiones en un contexto de apertura de ideas.

El tema es muy difícil y controversial, pero está dado y pasarán muchos años más en que se siga discutiendo, y será necesario que se legisle para evitar abusos; y como todas las decisiones que el hombre ha tomado en las que se conjugan ideas filosóficas, religiosas, legales, culturales, sociales y políticas, al principio tendrán su contraparte aparentemente no benéfica, pero se irán mejorando hasta que satisfagan las necesidades de la sociedad.

El doctor Hugo Fernández de Castro nos explica:

Hoy la muerte es uno de los grandes dilemas de la ética, de la filosofía, de la ciencia y de la medicina y de la enfermería y hay un debate intenso sobre las facultades humanas y el derecho que tiene el hombre para reclamarla cuando él quiera —y no cuando la naturaleza o su reloj biológico lo establezcan— y esperar que le sea concedido su deseo, adicionado todo con un ingrediente

nuevo: legalidad de la petición tanatófila de quien ya no quiere vivir, y falta casi absoluta de punibilidad para quien la satisface.

Entonces, retomando el hilo conductor del discurso, si el nacimiento es un hecho lleno de vida, de alegría y de esperanza, igual para el recién nacido que para su familia y hasta para los profesionales de la salud que lo trajeron al mundo, y si la muerte es un drama lleno de oscuridad y olvido eternos, tristeza y horror ¡cómo es posible que haya un ser humano que pida la muerte y otro ser humano dispuesto a concederle su deseo!

Pero fue Francis Bacon —en su libro *Novum Organum*, 1620— quien, en pleno Renacimiento, incluyó por vez primera el término eutanasia, con raíces griegas pero de cuna británica.

Hoy en día, la llamada *buena muerte* es un problema y un fenómeno aflictivo e irresoluto que, por muchos antecedentes que haya, no deja de ser hija de la crisis de *valores* del siglo que acaba de terminar.

Un punto de vista muy personal es que *eutanasia* —en su sentido etimológico, esto es, la *buena muerte*— es sólo un eufemismo que trata de ocultar una aberración monstruosa como lo es el hecho asaz, simple, de terminar con el dolor, la angustia agónica y la agonía angustiante mediante la terminación de la vida pero, dicho sea ahora sin subterfugios ni argucias, la eutanasia es al unísono... un monstruo mítico y real —*quimera*— ya que la muerte causada a un ser vivo —y más si es del género humano— no debería dejar (salvo casos verdaderamente excepcionales) buen sabor de boca y menos de conciencia, ni a quien la permite o la causa con su omisión o su acción ni a quien recibe los efectos de tal abstención, supresión o acción.

Otro aspecto muy importante es el de la *información*: debe ser *completa*, *veraz* y apegada a la *realidad*, pero no en el sentido de que sólo lo científico, lo académico, lo lógico o lo técnico sea lo único que haya que tomar en cuenta, soslayando o despreciando *a priori* lo que provenga del mito, de la creencia popular o de la analogía.

También la información debe ser proporcionada y sin *coacción* —externa— alguna por parte del médico, la enfermera o el establecimiento de atención de la salud con el fin de que el paciente disponga de libertad absoluta para decidir, pero asimismo

significa que éste deberá abstenerse de introducir *coacción interna* o prejuicios en la toma de decisiones.

Hay una tendencia a justificar la eutanasia involuntaria si —se dice— existieran las condiciones que siguen en cuanto a las peculiaridades de un individuo para que se le considere apto para recibir la muerte sin haberla pedido o sin su consentimiento expreso:

- Padecimiento en fase terminal, irreversible.
- Sufrimiento biológico, psíquico o social, intenso en calidad, cantidad y tiempo.
- Calidad de vida deteriorada, categoría en la cual se incluyen abandono o soledad.
- Incapacidad del enfermo para expresar sus intereses vitales: insuficiencia o ausencia de facultades racionales, físicas, familiares o sociales.
- Evaluación de la vida —sobrevivencia— del paciente en consonancia con su estado real y actual en cuanto a daños orgánicos o psíquicos y la pérdida de bienestar y de la dignidad de ser humano o, en su caso y mejor aún, de la categoría de persona.
- Existencia de antecedentes fidedignos que prueben, incuestionablemente, que el paciente desahuciado —cuando libre, capaz y poseedor de información absoluta— habría elegido la opción de no seguir viviendo en condiciones —irreversibles— indignas, inhumanas o dolorosas.

La *distanasia* es el polo situado en el extremo contrario de la eutanasia y, con justificación y acierto, se le conoce también con el nombre de ensañamiento terapéutico, porque su rasgo distintivo es la prolongación de la vida —y de la agonía— mediante la prolongación del sufrimiento físico y mental del enfermo, así como del padecer de la familia y del cuerpo social.

La ortotanasia es el punto medio —el equilibrio— tan predicado y ensalzado por Platón y Aristóteles; es una muerte digna y a tiempo para quien los hados y las circunstancias han decretado ya el término de la vida, no a destiempo como la eutanasia, pero

tampoco una continuación del dolor físico y psíquico para quien aún vive y todavía no muere.

La ortotanasia es la procuración de cuidados diversos al doiente, sean por medio de los trabajadores del equipo profesional de salud que lo atiende, sean por su familia o bien por las damas voluntarias que en cada hospital o asilo prodigan su solidaridad y esmero a quien lo requiere.

¡Hay tanto que hacer por un paciente terminal, por un moribundo, por un anciano, un niño o por cualquier ser humano que padece algún dolor físico, moral, mental o social, sufre por amibiciones bastardas, mercenarias o por coacción en su contra, o bien resiente falta de información adecuada y congruente o soledad, abandono o aislamiento!

A un ser humano que sobreviva en cualesquiera de esas condiciones de vida se le pueden dar entre otros cuidados y atenciones:

- Aseo y limpieza, varias veces al día, de su cuerpo, cama, cuarto.
- También de su alma y ánimo: *psyché* y *thymos*.
- Asistencia —amable, solícita y hasta cariñosa— para que arregle o armonice sus asuntos pendientes en su conciencia o con sus parientes, compañeros y amigos, así como para que finiquite sus problemas financieros, laborales, legales o testamentarios conforme sus deseos más íntimos y originales, pero en consonancia con los afanes ajenos, cuando legítimos.
- Asistencia religiosa llevándole un sacerdote, ministro o rabino de la fe de su devoción o, si es ateo o agnóstico, al contrario: permitirle y respetarle su carencia, abstención o insuficiencia de fe y dejarlo sin la presencia de un religioso aunque, como le respondió el venerable Pío XII a un soldado soviético cuando éste le dijo —con desdén insolente— que no necesitaba su bendición, ¿a quién le hace daño que un anciano lo bendiga?
- Calmarle los dolores.
- Cambiarle la posición de su cuerpo, en su cama o en su silla o sillón; masajes.

- Compañía: oír su plática, sus temores, sus recuerdos, sus esperanzas, sus deseos.
- Darle los alimentos, golosinas o refrescos que le agraden y le sean médicamente permitidos, si es que tiene la posibilidad de elegir e ingerir.
- Lectura de libros, revistas o periódicos.
- Mejorar su entorno poniendo la música de su preferencia o los programas de radio o televisión que lo entretengan o gusten, si así lo pide.
- Procurarle la temperatura —en su cama, en su cuarto— que le agrade.