



PRÁCTICA Y ÉTICA DE LA EUTANASIA

ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO



CIENCIA, TECNOLOGÍA, SOCIEDAD

PRÁCTICA Y ÉTICA DE LA EUTANASIA

Comité de Selección

Dr. Antonio Alonso C.
Dr. Héctor Nava Jaimes
Dr. León Olivé
Dra. Ana Rosa Pérez Ransanz
Dra. Rosaura Ruiz
Dr. Elías Trabulse

ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO

PRÁCTICA Y ÉTICA DE LA EUTANASIA



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

Primera edición, 2005

Primera edición electrónica, 2014

D. R. © 2005, Fondo de Cultura Económica
Carretera Picacho-Ajusco, 227; 14738 México, D. F.
Empresa certificada ISO 9001:2008

Diseño de portada: Vicente Rojo Cama



www.fondodeculturaeconomica.com

Comentarios:

editorial@fondodeculturaeconomica.com

Tel. (55) 5227-4672

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, sea cual fuere el medio. Todos los contenidos que se incluyen, tales como características tipográficas y de diagramación, textos, gráficos, logotipos, iconos, imágenes, etc., son propiedad exclusiva del Fondo de Cultura Económica y están protegidos por las leyes mexicana e internacionales del copyright o derecho de autor.

ISBN 978-607-16-1924-2 (mobi)

Hecho en México - *Made in Mexico*

A ISAAC
y a mis preciosas, ELE y ADRIS

ÍNDICE

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

INTRODUCCIÓN

I. QUÉ SE ENTIENDE POR EUTANASIA

1. Un poco de historia
2. La diversidad de significados
3. Una definición de la práctica actual
4. Otras definiciones y clasificaciones
 - 4.1. Eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria
 - 4.2. Eutanasia activa y eutanasia pasiva
 - 4.3. Suicidio (medicamente) asistido
 - 4.4. Muerte médicamente asistida
5. La diversidad de situaciones
6. La buena muerte

II. MARIE DE HENNEZEL: SÍ A LOS CUIDADOS PALIATIVOS; NO A LA EUTANASIA

1. Aportes y excesos de una interpretación
2. ¿Es legítimo elegir la muerte?
3. Cierta intolerancia
4. Una opción a la eutanasia
5. Aciertos y desaciertos de una crítica

III. RONALD DWORKIN: TOMAR EN SERIO EL VALOR SAGRADO DE LA VIDA

1. Lo sagrado, ¿intocable?
2. ¿Por qué morir antes?
3. Diversidad de situaciones
 - 3.1. Personas conscientes y competentes
 - 3.2. Personas inconscientes

- 3.3. Personas conscientes, pero incompetentes
4. Los principios y la ley. Limitaciones y contradicciones
5. Compromisos y responsabilidades

IV. LAS POSICIONES DEL CATOLICISMO FRENTE A LA EUTANASIA

1. La prohibición en su contexto histórico
2. La moral católica actual
3. La Iglesia oficial
4. Principios y conceptos. Superaciones y excepciones
 - 4.1. Principio de la santidad de la vida
 - 4.2. Principio de doble efecto
 - 4.3. Principio de totalidad
 - 4.4. Medidas ordinarias y extraordinarias
 - 4.5. Principio de administración
5. Una posición intermedia
 - 5.1. Javier Gafo
 - 5.2. José Vico Peinado
6. La eutanasia como opción para los católicos
 - 6.1. Un alegato por la responsabilidad
 - 6.2. Los derechos de los vivos al final de su vida
7. La aportación de esta revisión

V. LA EXPERIENCIA NEERLANDESA

1. Los pasos hacia la legalización
 - 1.1. 1973-1983
 - 1.2. 1984-1993
 - 1.3. 1994-2002
2. Los temas del debate actual
 - 2.1. Pacientes con sufrimiento mental sin enfermedad física
 - 2.1.1. Los casos llevados a juicio
 - 2.1.2. La autonomía en el paciente psiquiátrico
 - 2.1.3. La consulta al psiquiatra
 - 2.1.4. Los límites de una práctica
 - 2.2. Terminación activa de la vida sin solicitud expresa
 - 2.2.1. El caso de los neonatos e infantes
 - 2.2.2. Pacientes que no piden la terminación de su vida
3. Otras decisiones médicas al final de la vida

4. Una comparación con otros países
 - 4.1. Diferentes soluciones
 - 4.2. Controversias y pendientes

VI. LOS ELEMENTOS DEL DEBATE

1. El derecho a la muerte voluntaria
2. Eutanasia y suicidio. Semejanzas y diferencias
3. La elección en cuestión
4. La muerte médicamente asistida
 - 4.1. ¿Tiene derecho un paciente a decidir la terminación de su vida?
 - 4.2. ¿Tiene derecho a pedir ayuda a su médico un paciente que quiere morir?
 - 4.3. ¿Tiene el médico el deber de responder a la petición de ayuda para morir?
 - 4.4. ¿El Estado debe respaldar los derechos del paciente y el deber del médico?
5. Argumentos en favor y en contra de la legalización
6. Cuidados paliativos y eutanasia
7. Eutanasia pasiva y eutanasia activa, ¿qué tan diferentes?
8. Algunos testimonios
9. El debate impostergable

VII. ¿QUÉ CONCLUIR?

ANEXOS

1. Modelo de voluntad anticipada (antes testamento vital)
2. Declaración de pedido de eutanasia
3. El procedimiento de notificación de eutanasia en los Países Bajos
4. Modelo de notificación de eutanasia en los Países Bajos
5. Frecuencia de eutanasias y otras decisiones médicas al final de la vida en los Países Bajos
6. Relación de casos incluidos

EPÍLOGO A LA EDICIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

BIBLIOGRAFÍA

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

Han pasado ocho años desde la aparición de *Práctica y ética de la eutanasia*, el libro que comunica los resultados de la tesis que realicé para obtener el grado de doctora en ciencias por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en el campo de bioética. Después de haber estado concentrada por más de dos años en el estudio de la eutanasia, con la tesis concluida pensé que me vendría bien descansar del tema y ocuparme de otro, también relacionado con la bioética. No pude. La información sobre la eutanasia seguía produciéndose continuamente (sobre todo internacionalmente), tanto en publicaciones especializadas como de difusión; lo mismo para ahondar en la reflexión ética que para dar a conocer la opinión de diferentes sectores de la población, iniciativas de ley para permitirla o casos de personas que solicitan un permiso especial con el que recibirán ayuda para morir. Las diferentes fuentes de información que me habían mantenido actualizada para investigar sobre la eutanasia estaban abiertas y, aunque mi tesis había concluido, yo seguía recibiendo alertas sobre nuevas publicaciones y noticias, las cuales no podía dejar de leer porque, como pronto reconocí, el tema no había dejado de interesarme. En realidad, seguía con gran curiosidad todo lo relacionado con la eutanasia, el suicidio asistido y otras decisiones médicas sobre el final de la vida, tanto en el mundo como en México. Dado que me sentía muy comprometida con el tema, quería seguir investigando y publicando para contribuir a que se entendiera mejor y se avanzara en la discusión sobre la conveniencia de legalizar la muerte asistida. Decidí también que estaría disponible para ofrecer información o conversar sobre las opciones al final de la vida cuando alguien lo necesitara de manera personal.

En todos estos años, el tema de la eutanasia (que siempre va relacionado con otras decisiones médicas sobre el final de la vida) ha sido central en mi trabajo como profesora e investigadora de la Facultad de Medicina de la UNAM. De junio a noviembre de 2012, realicé una estancia sabática en el Joint Centre for Bioethics de la Universidad de Toronto trabajando en el proyecto “Análisis ético y legal de las diferentes modalidades de muerte asistida” (con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Conacyt, núm. 186359, y de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, DGAPA, de la UNAM). Estaba informada de que en los últimos años había una importante discusión sobre la conveniencia de despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido en Canadá, la cual se reforzó con la sentencia que tuvo lugar a principios de junio de 2012, en que una juez de la Suprema Corte de British Columbia declaró inconstitucional la prohibición del suicidio asistido. A partir de este hecho, el tema acaparó la atención en los medios, en el

ámbito académico y político. En lo personal, esto significó una espléndida oportunidad para analizar, comentar y reflexionar sobre los argumentos en favor y en contra de la muerte asistida. De particular interés fue discutir el tema con Wayne Sumner, autor de *Assisted Death. A Study in Ethics and Law*, quien participó en el caso de British Columbia como testigo para opinar sobre los aspectos éticos implicados. También fue muy productivo el intercambio de opiniones con la organización Dying with Dignity, con sede en Toronto, y cuyo objetivo es buscar la mejor calidad en el final de la vida de las personas, lo cual incluye extender sus opciones para que puedan elegir la muerte asistida, si así lo quieren. Finalmente, fue un privilegio trabajar con Lawrence Librach, médico especializado en cuidados paliativos y director del Joint Centre for Bioethics, quien fue mi tutor durante mi estancia sabática. Orientamos nuestro trabajo en dos direcciones: 1) el análisis de la controversia que surge del hecho de que, por un lado, la sociedad en general considera que deben ser médicos quienes participen en la muerte asistida (que debe permitirse sólo a personas muy enfermas), y por otro, que sean éstos quienes principalmente se oponen a que se permita esta práctica, y 2) el desarrollo de un programa de enseñanza dirigido a profesionales que conforman equipos de cuidados paliativos, para apoyarlos en la conducción de las solicitudes de muerte asistida que reciben; no para que la apliquen mientras sea ilegal, pero sí para que entablen una comunicación que permita comprender y atender el sufrimiento de quienes la solicitan.

Tener la experiencia de seguir en forma directa la discusión sobre la muerte asistida en otro país, así como la oportunidad de intercambiar opiniones y vivencias con interlocutores diferentes de los que estaba acostumbrada, enriqueció enormemente mi investigación y mi perspectiva sobre el tema.

Al regresar a México, una vez finalizada mi estancia en Toronto, recibí el ofrecimiento del Fondo de Cultura Económica de publicar *Práctica y ética de la eutanasia* en versión electrónica. Puesto que el objetivo del libro es aportar elementos para comprender mejor un tema que no ha dejado de ser controvertido, su difusión en los medios electrónicos puede ayudar al debate que se requiere en nuestro país para que llegue un momento en que las personas que lo deseen tengan la tranquilidad de contar con la eutanasia como una última elección que puede liberarlas del sufrimiento.

Como es lógico suponer, desde la publicación de este libro en 2005, ha habido muchos sucesos relacionados con la eutanasia y el suicidio asistido, y esto debería haber obligado a realizar muchos cambios al contenido. Decidí no hacerlo porque entonces sería otro libro, y los capítulos que conforman éste, en lo esencial, siguen siendo vigentes y aportan los elementos para comprender en qué consiste la muerte asistida y entender en qué consiste la discusión sobre ella. Por eso, me limité a realizar algunas correcciones y precisiones a lo largo del texto, y preferí elaborar un epílogo en el que reúno la información más relevante de lo sucedido de 2005 a la fecha: aclaraciones sobre algunos conceptos y reflexiones relacionadas con la experiencia de los lugares en que se permite la muerte asistida y con los principales temas del debate actual.

Un cambio que notará el lector es que escribí la primera versión de *Práctica y ética de la eutanasia* en la primera persona del plural, lo cual podía dar la impresión de que

había más de un autor en cuestión. Ahora preferí usar la primera persona del singular para escribir el prólogo y el epílogo. Quizá, porque asumo con más confianza la responsabilidad por lo expresado, no sólo en esas secciones, sino también en el resto del libro.

Abril, 2013

INTRODUCCIÓN

La premeditación de la muerte es premeditación de la libertad. Quien ha aprendido a morir ha olvidado la servidumbre. Saber morir nos libra de toda sujeción y obligación.

MONTAIGNE¹

ESTE LIBRO TRATA SOBRE LA VIDA, sobre la muerte, y especialmente sobre las decisiones que preceden a esta última. Trata también sobre la dignidad y la libertad. De la combinación de estos elementos se desprende el tema de la eutanasia, eje central de la investigación que ahora presentamos. A esta práctica la consideramos una opción de terminación de vida, por medio de la cual un individuo puede mantener su capacidad de elegir hasta el último momento.

Para alguien que ha reflexionado en la muerte y ha aceptado que ésta es una parte inevitable de la vida, saber que su fin está próximo no es necesariamente lo más temido. Para muchas personas es peor el miedo de llegar a ese momento en condiciones que impliquen un terrible sufrimiento o una situación de indignidad que las obligue a llevar una vida contraria a los valores que siempre han defendido. Pero el hecho es que en la época en que vivimos, los avances de la medicina y la tecnología permiten alargar la vida, mucho más allá de lo deseable, a quienes padecen gravísimas limitaciones físicas causadas por enfermedades o por la simple ancianidad.

¿Qué queremos al final de *nuestra* vida? Por mucho que prefiramos no pensar en la muerte, deberíamos asumir la responsabilidad de decidir qué queremos y qué no queremos para cuando estemos cerca de ella. Ni siquiera podemos confiar en hacerlo cuando llegue el momento, porque la realidad nos enseña que no hay ninguna garantía de que entonces estemos conscientes o mentalmente capacitados para tomar decisiones. Es necesario plantearnos la pregunta cuando todavía tenemos tiempo de responderla, y aunque quizá los principales beneficiados seríamos nosotros mismos, también quitaríamos a otros el peso de tomar decisiones espinosas, y sólo así podrán hacerlo basándose en voluntades explícitas.

Por las publicaciones médicas y noticias provenientes de otros países, nos damos cuenta de que día con día crece la preocupación por asegurarse “una muerte digna”. Sin duda, éste es un concepto del que se ha abusado y del que se habla con demasiada facilidad, como queriendo negar la degradación corporal inevitable con la vejez y con ciertas enfermedades. Tiene razón Sherwin Nuland al señalar que este ideal funciona, especialmente hoy, como un mito con el que intentamos superar el temor que sentimos

ante la muerte, temor que crece en la medida en que lo mantenemos oculto. Este médico ha tenido un contacto extenso y directo con la muerte a lo largo de su vida profesional y personal, y no es que piense que deba abandonarse el ideal de una muerte digna, pero sí cree que hay que buscarle sustento en la realidad. Esto es posible si se tiene un conocimiento de los aspectos de la muerte que más nos asustan, lo cual nos permitirá elegir, en cierta medida, la muerte que queremos.²

Vista así, la dignidad al morir puede relacionarse con la posibilidad de ejercer la libertad hasta el final de la vida para mantener la coherencia con los valores en los que hemos creído. Las asociaciones que apoyan el derecho a morir con dignidad saben muy bien qué defienden, porque sus miembros han conocido de cerca la indignidad al presenciar la forma de morir de otras personas, en algunos casos las de sus propios padres, a quienes vieron sometidos a tratamientos que habrían rechazado si sus médicos hubieran tenido en cuenta su voluntad. Acaso nosotros mismos hemos tenido alguna experiencia similar con algún familiar cercano o hemos sabido de la muerte de conocidos que vivieron sus últimos días en condiciones que *deberían haberse evitado*. En eso consiste una muerte indigna. No son tanto las circunstancias que rodean una muerte así, sino el hecho de que podrían haberse evitado si se hubiera tenido en cuenta la voluntad de quien moría. Porque lo que realmente debe importar es lo que cada persona considera indigno para sí misma, lo cual varía enormemente entre los individuos. Vivir dependiendo por completo de otros, padecer dolores insoportables, estar conectado a máquinas para sobrevivir, tener incontinencia, sentirse inútil, todos éstos son ejemplos de formas de vida que diferentes personas querrían evitar por considerarlas indignas, e incluso hay individuos que viven la etapa final en estado inconsciente o privados de toda memoria y conciencia de una vida anterior. Sin embargo, debe tenerse presente que cada una de estas condiciones podría ser aceptable si la persona encontrara algún sentido en vivir así y, por tanto, no le parecerían indignas.

La voluntad de las personas de cara a la muerte varía entre dos extremos. Por un lado, están quienes desean aferrarse a la vida aun cuando ésta vaya acompañada de sufrimiento y grandes limitaciones y, por otro, quienes encuentran en la eutanasia la única salida aceptable. El problema para estas últimas es que no hay acuerdo sobre la moralidad de esta práctica, y que es ilegal en la mayoría de los países, a excepción de los Países Bajos y Bélgica.³ Fuera de estos lugares, las personas que desean la eutanasia deben recurrir a ella de manera clandestina. En otros casos, los enfermos (o sus familiares, si ellos no pueden hacerlo) buscan una solución mediante la solicitud de un permiso judicial para recibir la muerte asistida sin que los participantes sufran las consecuencias penales por su colaboración.⁴ Además de todo el peso emocional que estos procesos conllevan, los solicitantes corren el riesgo de que les nieguen el permiso, lo cual dificulta mucho obtener ayuda para terminar con su vida (o la de un familiar), por el hecho de que la atención pública está puesta en ellos. Aun así hay que reconocer que, gracias a estos procesos judiciales, diferentes países han avanzado en el debate sobre el tema, porque la sociedad adquiere conciencia de los problemas que cualquier persona puede enfrentar al final de la vida.

Quizá en México no hayamos tenido conocimiento de casos similares, pero eso no significa que no se practique la eutanasia, pues se aplica de manera clandestina. Esto implica que muchos enfermos que quisieran esta ayuda no pueden recibirla, que los médicos que aceptan ayudar a morir tienen que asumir los riesgos de actuar fuera de la ley, y finalmente, que no se puedan establecer controles adecuados para una práctica cuando la política imperante es hacer como que no existe.

Creemos que esta situación debe cambiar y que en nuestro país se necesita hacer una profunda revisión y reflexión sobre los diferentes problemas que los enfermos enfrentan al final de su vida, y sobre las decisiones de los médicos en esas situaciones. Sin duda son temas difíciles de encarar, especialmente el de la eutanasia, ya que intervienen valores personales, morales, religiosos, legales, culturales y, por si fuera poco, intensas emociones. Pero en la medida en que afrontemos estos temas iremos logrando que las personas mueran mejor y que puedan, en lo posible, elegir la muerte que quieren. Si bien competen al ámbito médico, legal y académico, es importante que se hagan extensivos a la sociedad, para que ésta exprese su opinión sobre lo que quiere que se permita y lo que quiere que se prohíba. Después de todo, las leyes están para respaldar lo que la sociedad considera más conveniente en un momento dado.

Lo cierto es que sólo se puede opinar de lo que se conoce, y con más razón quisiéramos que así fuera para un problema tan delicado como el que nos ocupa. El debate sobre la eutanasia requiere opiniones reflexionadas, y para ello es necesario que los participantes tengan un conocimiento claro de lo que es esta práctica. Esta obra pretende ser una contribución en ese sentido, pues ofrece una aproximación que permite entender cuándo una acción que pone fin a una vida es una eutanasia y, muy importante también, cuándo no. Por ello, dedicamos el [capítulo I](#) a la revisión del concepto, tarea que nos parece imprescindible cuando se trata de iniciar una investigación sobre cualquier problema, pero doblemente necesaria cuando existen significados tan distintos sobre el mismo. Con este fin analizamos los diversos usos del término *eutanasia* en la actualidad y a través de la historia, con lo cual también podemos tener una idea de cómo han ido cambiando las actitudes ante esta práctica. Proponemos una definición específica de la eutanasia que permita asegurarnos de que hablamos de lo mismo cuando nos referimos a ella, aun cuando existan otras prácticas relacionadas con la terminación de la vida que también nos interesan y de las cuales también nos ocupamos.

En los siguientes capítulos nos basamos en algunos autores para ofrecer un panorama de los principales temas relacionados con el hecho de si la eutanasia es aceptable o no desde el punto de vista ético y legal. Además de los ejemplos que los autores incluyen para mostrar las situaciones en que las personas toman decisiones sobre el final de su vida (o la de un ser querido, cuando éste ya no puede hacerlo), añadimos otros casos de petición de muerte asistida por parte de personas cuya situación conocimos a través de los medios mientras realizamos nuestra investigación. Representan la mejor prueba de la necesidad de encontrar pronto soluciones a problemas como los que en ellos se exponen.

El [capítulo II](#) se organiza en torno al libro que Marie de Hennezel dedica a la eutanasia, y fueron principalmente dos las razones para hacerlo así. La primera, la

afinidad profesional con esta autora, psicóloga y psicoanalista, con quien compartimos la preocupación por dar un lugar privilegiado a la palabra del enfermo, y de manera mucho más especial cuando éste vive la confrontación con el final de su vida. La segunda razón, su valiosa labor al acompañar a pacientes terminales y ayudarlos a encontrar serenidad, lo cual la autoriza, de manera especial, a hablar de un tema relacionado con el sufrimiento y la muerte. Al encontrarnos con su libro *La tentación de la eutanasia*, pensamos que era una lectura obligada que nos permitiría conocer argumentos de peso en contra de esta práctica, y en la medida en que avanzamos en ella nos pareció interesante establecer una especie de diálogo con De Hennezel en el que hiciéramos participar también a otros autores. El capítulo cumple dos propósitos. Por un lado, presenta la posición de esta psicoanalista respecto a la eutanasia, lo que permite reconocer tanto su solidez como sus puntos débiles al argumentar contra esta forma de terminación de la vida. Por otro lado, el capítulo muestra el importante papel que desempeñan los cuidados paliativos en la atención del enfermo terminal.

En el [capítulo III](#) es el jurista y filósofo Ronald Dworkin quien nos da la oportunidad de reflexionar en torno al concepto del valor sagrado de la vida, el cual constituye uno de los argumentos que con más frecuencia se utilizan para condenar la eutanasia. La idea central de este capítulo es que, al defender el valor “sagrado” de la vida, éste debe comprenderse en un sentido que va más allá de la existencia biológica. No se trata de defender en abstracto cualquier forma de vida humana, sino de defender la vida personal, la que vive cada individuo, para que sea él quien, en función de sus valores, determine si quiere o no prolongar una vida en la que predomina el sufrimiento o la incapacidad. Desde esta perspectiva se puede entender que algunas personas, en ciertas circunstancias, elijan acelerar su muerte, pero también que otras personas, en las mismas circunstancias, prefieran seguir viviendo. En el capítulo se analizan tres situaciones, ejemplificadas con casos, en las que se toman decisiones sobre la propia muerte, o la de otros: 1) cuando las personas están conscientes y competentes; 2) cuando están inconscientes, y 3) cuando están conscientes, pero incompetentes.

En el [capítulo IV](#) revisamos las posiciones del catolicismo frente a la eutanasia. Como la religión tiene una gran influencia en las valoraciones morales de las personas, y al mismo tiempo representa una respuesta ante la angustia que suscita la muerte, teníamos claro que debíamos considerarla en la investigación de la eutanasia, práctica sujeta a valoración moral precisamente por provocar la muerte. Elegimos la religión católica por su predominio en la población mexicana, por su importante presencia en los debates y publicaciones de bioética y, finalmente, porque la Iglesia católica también pretende imponer sus preceptos en los que no son creyentes y se siente autorizada a intervenir en la vida política de los países, oponiéndose a la legislación de prácticas como la eutanasia. Tan sólo por este afán de dominio merece ser examinada de manera crítica, sobre todo si se tiene en cuenta que la historia demuestra que la Iglesia se ha equivocado en sus condenas; así, tendría que considerar si no le está pasando lo mismo al prohibir la eutanasia. Aunque éste es el punto de vista de algunos católicos y la posición oficial del Vaticano, también hay otros representantes católicos que se mantienen ambivalentes

hacia la eutanasia, y otros que se oponen abiertamente al Vaticano por considerar que esta práctica debe ser una opción válida para los católicos. Conocer estas otras posiciones puede ayudar a los creyentes a preguntarse y a reflexionar sobre el tema para tener una opinión personal (como muchos lo han hecho al adoptar medidas anticonceptivas prohibidas por el papa).

El [capítulo V](#) se dedica a la experiencia de los Países Bajos, por tratarse de un país que lleva más de 30 años reflexionando y discutiendo cómo enfrentar el problema de las decisiones médicas al final de la vida. Aunque es una región con la que México tiene notorias diferencias culturales, religiosas, económicas y en cuanto al sistema de salud, podemos aprender mucho de esta sociedad en la que se privilegió el debate abierto sobre la eutanasia, en lugar de limitarse a prohibirla y permitir que siguiera realizándose de manera clandestina. Gracias a esa decisión, el gobierno neerlandés cuenta con datos bastante aproximados de la frecuencia y de la forma en que se aplican las diversas modalidades de muerte médicamente asistida. Esta información, junto con la que proporcionan los casos llevados a juicio, ha sido la base para revisar y ajustar las leyes de acuerdo con lo que se considera más adecuado desde la perspectiva ética y legal. Además de revisar brevemente los pasos que llevaron a permitir legalmente la eutanasia, incluimos los temas más importantes del debate actual: 1) la terminación de la vida de personas con sufrimiento mental sin enfermedad física, 2) de neonatos graves, y 3) de pacientes que están incapacitados para pedirla ellos mismos. Quienes se oponen a la eutanasia, dentro y fuera de los Países Bajos, han utilizado casos relacionados con estos temas para probar que la eutanasia es una práctica abusiva, pero los médicos que han participado en tales casos justifican éticamente su actuación. Al final del capítulo hacemos una comparación con la situación legal de la eutanasia en otros países, entre ellos México.

En la medida en que avanzamos en la investigación del tema y nos basamos en las contribuciones de diferentes autores, identificamos los puntos principales del debate sobre la eutanasia, los principales argumentos en favor y en contra de ésta, y formulamos las preguntas que, desde nuestro punto de vista, son esenciales para revisar el sustento ético de tales argumentos: 1) si un paciente tiene derecho a decidir la terminación de su vida; 2) si tiene derecho a pedir esa ayuda a un médico; 3) si éste tiene algún deber de responder a esa petición, y 4) si el Estado debe respaldar los derechos del paciente y el deber del médico. En el [capítulo VI](#) analizamos todo este material y planteamos nuestro punto de vista personal sobre la aceptabilidad y conveniencia de legalizar esta práctica. Revisamos otras cuestiones polémicas, tales como la relación entre eutanasia y suicidio, la aparente oposición entre eutanasia y cuidados paliativos, la supuesta diferencia entre eutanasia pasiva y activa, y el tema de la legalización. Incluimos cinco casos de muerte médicamente asistida, uno de ellos de México.

Por último, queremos mencionar que este trabajo significa un paso más en un recorrido que decidimos emprender hace años para encontrar respuestas al enigmático y angustiante tema de la muerte. Cuando concluimos la tesis de maestría *Muerte y subjetividad. Una experiencia de investigación*,⁵ fue muy satisfactorio descubrir que ante la presencia amenazadora de la muerte se pueden abrir posibilidades para estar

mejor si en lugar de negarla sabemos aceptarla. De esta manera se puede hablar de lo que tanto angustia, resolver pendientes, despedirse o, simplemente, estar acompañado por otros. Ahora queremos llamar la atención sobre la diferencia que significa el poder elegir, incluso ante la muerte, y reafirmamos lo que entonces apenas intuíamos: no podemos cambiar nuestro destino mortal inevitable, pero sí podemos influir sobre nuestra vida, y por eso debemos decidir cómo queremos que ésta sea, aun cuando los márgenes para movernos se estrechen más de lo que quisiéramos. En este sentido, la eutanasia también es una opción de vida mediante la cual se decide cómo no se quiere vivir.

Por supuesto, las respuestas que hemos ido encontrando durante este largo proceso de investigación siempre llevan a nuevas preguntas, las cuales originan nuevos proyectos de trabajo que forman parte de nuestra vida y nos ayudan a vivir mejor *a pesar de la muerte*. Por ahora presentamos el que realizamos en el periodo comprendido entre noviembre de 2001 y diciembre de 2003.⁶

¹ Montaigne, “Que filosofar es prepararse a morir”, en *Ensayos*, México, Conaculta/Océano, 1999.

² S. Nuland, *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Madrid, Alianza Editorial, 1995, pp. 16-17.

³ En los Países Bajos la eutanasia se despenalizó desde 1994, y a partir de abril de 2002 se aprobó una ley para regular su práctica. En Bélgica esta práctica está regulada legalmente desde el 23 de septiembre de 2002. En Oregón, Estados Unidos, el suicidio médicamente asistido se permite legalmente desde 1997. En Suiza, la ayuda al suicidio se permite legalmente desde 1941, y existe una asociación, *Dignitas*, que en los últimos años ha extendido esta ayuda a enfermos extranjeros que llegan al país en busca de la última posibilidad de morir con dignidad.

⁴ En el siguiente capítulo revisamos la definición de *eutanasia* y aclaramos que en algunos casos es más pertinente hablar de muerte asistida o muerte médicamente asistida. En un sentido restringido la eutanasia se refiere sólo a la muerte médicamente asistida que se produce por petición expresa del enfermo que fallece.

⁵ A. Álvarez, *Muerte y subjetividad. Una experiencia de investigación*, tesis de maestría, Facultad de Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.

⁶ Esta obra se realizó bajo los auspicios del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), por medio de la beca de registro 153879.

I. QUÉ SE ENTIENDE POR EUTANASIA

LA REVISIÓN de un tema tan polémico como la eutanasia debe empezar por poner en claro qué debe entenderse cuando se habla de ella. Esto es especialmente importante porque existen distintas acepciones del término (algunas completamente opuestas entre sí), y porque en muchas ocasiones las personas toman una posición en favor o en contra de esta práctica sin darse cuenta de que se basan en ambigüedades o imprecisiones conceptuales.

No es raro escuchar a personas que condenan la eutanasia porque se oponen a que existan médicos autorizados a terminar con la vida de gente hospitalizada, o muy anciana o muy enferma, que querría seguir viviendo. Quienes opinan así ignoran que muchos defensores de la eutanasia rechazarían tal actitud sobre personas que nunca han manifestado intención alguna de poner fin a su vida. El problema aquí radica en llamar *eutanasia* a un acto que en realidad es un homicidio.

El punto es que cada opinión que se emite sobre el tema importa porque influye en otras, y porque cada una contribuye al proceso de debate y revisión que el tema necesita. Es deseable que cada vez sea mayor la participación de la sociedad en este debate, pero al estar en juego la valoración moral, social y legal de esta práctica, es fundamental que exista precisión en los conceptos y se aclaren los diferentes usos de la palabra *eutanasia*. Ésta sería la condición para estar seguros de que al argumentar en favor o en contra de ella, la acción que se está valorando sea efectivamente la eutanasia y no otra acción con la que se pone fin a una vida. Así como un mal uso de la palabra ha llevado a abusos condenables de la práctica, una comprensión inadecuada de ésta puede llevar a su prohibición injustificada.

La misma claridad que esperamos de la sociedad, dispuesta a opinar y debatir sobre el tema, la aplicamos a nuestra tarea. Al proponernos una investigación sobre la eutanasia consideramos imprescindible partir de una revisión del concepto que incluya un análisis de los diversos usos del término, una explicación de sus cambios a través de la historia, y una presentación de las diferentes definiciones y clasificaciones existentes. Y así como nos ocupamos de las variantes de la eutanasia, habrá que considerar esas otras acciones que no corresponde denominar así, pero que guardan relación con ella por referirse a situaciones en las que debe decidirse sobre la terminación de una vida.

1. UN POCO DE HISTORIA¹

El término *euthanasia*, compuesto por las raíces griegas *eu* y *thanatos*, que significan “bueno” y “muerte”, respectivamente, ha sido utilizado desde el tiempo de la cultura grecorromana para referirse a una muerte fácil, tranquila y sin dolor. Al parecer, el primer registro de su uso se encuentra en la obra del historiador romano Suetonio (ca. 69-125 d.C.), *La vida de los doce césares*, en la que relata que César Augusto tuvo una muerte dulce, a la medida de sus deseos, según lo que había expresado siempre que escuchaba que alguien moría rápidamente y sin dolor. Por eso pedía para él y su familia una similar *euthanasia*.²

Desde luego, el hecho de que el término fuera acuñado en ese tiempo no significa que la práctica no existiera desde antes. Como señala Diego Gracia, en los pueblos primitivos han existido muchos tipos de prácticas eutanásicas que consisten en acciones o rituales realizados con el fin de dejar morir a miembros de la comunidad por diferentes razones: su edad avanzada, su invalidez, su incompetencia, o por padecer una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores. Estas prácticas las realizaban familiares, chamanes o hechiceros, e incluían lo mismo ayudar a morir, en el sentido de acompañar en el paso de la vida a la muerte, que acelerar la muerte misma. En Grecia, con la llegada de la medicina científica, la práctica quedó a cargo de los médicos: fue el momento de la medicalización de la eutanasia.³

Según este autor, es equivocada la idea tan extendida de que la medicina siempre se ha opuesto a la eutanasia porque ésta va en contra del objetivo de defender la vida. En realidad, existe evidencia de que la medicina occidental ha sido eutanásica desde su origen. Para demostrarlo recuerda a Platón en la *República*, donde señala que la medicina debe dirigirse sólo a los seres con una constitución sana para librarlos de alguna enfermedad, y no a personas crónicamente enfermas o inútiles que son una carga para la sociedad.⁴ La posición de Platón coincide con la de los médicos hipocráticos, quienes consideraban que no había que tratar las enfermedades incurables, y que había que dejar morir a las personas débiles. De acuerdo con Gracia, esta idea de no tratar lo que no es tratable corresponde al desahucio, práctica que se seguía porque se comprendía que la medicina no debe tratar de curar lo que no puede curar.⁵

Se entiende que hay una diferencia entre el desahucio y la muerte rápida y dulce que requiere la ayuda de un médico. La primera práctica consistía en no tratar de curar lo incurable, mientras que la segunda debía incluir la administración de alguna droga para conseguir que la muerte se produjera a la brevedad y sin dolor. Es una distinción que podría corresponder a la que existe en la actualidad entre eutanasia pasiva y eutanasia activa. Lo cierto es que no puede haber duda de que se practicaba la eutanasia activa, pues sólo así se explica que el juramento hipocrático prohibiera expresamente a los médicos administrar a sus pacientes un fármaco mortal, aunque así lo pidiesen.⁶

Con la influencia del cristianismo, la eutanasia fue condenada, lo mismo que el suicidio. Por un largo periodo de casi 12 siglos, que se inició alrededor del siglo III, imperó la idea de que Dios era el único que podía disponer de la vida de las personas. Se aceptaba que tanto la vida como el sufrimiento formaban parte de los planes divinos, por

lo que se prohibía toda acción encaminada a acelerar la muerte de alguien, por muy dolorosa que fuera su agonía.⁷

A partir del siglo XIV cambiaron las actitudes hacia el suicidio y la eutanasia. Con el Renacimiento, los valores griegos y romanos adquirieron otra vez importancia y se dieron las condiciones para pensar en la “muerte fácil” como opción.⁸ En el siglo XVII, el término *euthanasia* fue introducido al inglés por el filósofo Francis Bacon,⁹ quien consideraba necesario que los médicos auxiliaran a los enfermos próximos a morir para que tuvieran una muerte tranquila. En su obra *El avance de la ciencia* distinguía esta forma de eutanasia “externa”, concebida como una ayuda del médico para acelerar la muerte, de la eutanasia entendida como asistencia que prepara el alma para tener una buena muerte.¹⁰

A partir de entonces se escucharon más voces que reivindicaron la eutanasia, lo mismo de filósofos y escritores, que de médicos. Una importante obra en favor de la eutanasia fue *Medical euthanasia*, que Karl F. H. Marx publicó en 1826, y en la cual expone la necesidad de enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos que están cerca de su muerte.¹¹ En las siguientes décadas se dieron otras recomendaciones en el mismo sentido, como las del doctor Frank E. Hitchcock, quien instaba a los médicos a reconocer las necesidades de sus pacientes terminales y acabar con su sufrimiento.¹²

En la primera mitad del siglo XX, tanto en América como en Europa se discutía la conveniencia de legalizar la eutanasia, y entonces surgieron las primeras asociaciones en defensa del derecho a una muerte digna. Sin embargo, este proyecto se vio ensombrecido por el terrible genocidio que por esos años los nazis presentaron como proyecto eutanásico.

También vino la guerra con sus propios horrores y una presencia invasora de la muerte, pero con ella se dieron notables progresos médicos como consecuencia de la masiva y urgente necesidad de asistir a los heridos. La segunda mitad del siglo XX se caracterizó, sobre todo en las últimas décadas, por un acelerado avance de la tecnología médica, que produjo cambios muy significativos en la atención de los pacientes, tanto en la forma de morir como en el concepto mismo de muerte. El debate sobre la eutanasia se intensificó a causa del creciente número de personas que se encontraron en situaciones en las que se consideraba deseable poner fin a sus vidas, así como por el creciente número de casos llevados a juicio, acusados de homicidio por haber ayudado a morir a algún familiar para terminar con su sufrimiento.

Desde las últimas décadas del siglo pasado se han incrementado las enfermedades crónicas como el cáncer, el sida, y ciertas condiciones neurodegenerativas que pueden llegar a producir un sufrimiento físico y moral que resulta intolerable para muchos enfermos. Por otra parte, gracias a las grandes posibilidades tecnológicas han aumentado los casos de personas que viven en estado inconsciente de manera irreversible. Estas situaciones, cada vez más frecuentes, plantean la necesidad de considerar la alternativa

de acelerar la terminación de la vida. Por esta razón se hizo impostergable la revisión de los argumentos éticos y legales sobre la eutanasia.

2. LA DIVERSIDAD DE SIGNIFICADOS

Con voces en favor y en contra, el tema que nos ocupa, al mismo tiempo que adquiría mayor relevancia, atrajo la atención de diferentes sectores de la sociedad. Sin embargo, el término *eutanasia* se siguió utilizando con diferentes sentidos.

De acuerdo con la *Encyclopedia of Bioethics*¹³ existen cuatro significados de *euthanatos* que se han usado a lo largo de la historia: 1) inducir la muerte a quienes están sufriendo; 2) terminar con la vida de quienes son indeseables; 3) dar atención a los moribundos, y 4) dejar morir a las personas. Llama la atención que Harold Vanderpool,¹⁴ autor del apartado correspondiente a la definición en dicha enciclopedia, aclare que los dos primeros sentidos corresponden a las definiciones y al uso común de la actualidad. Nuestra opinión es que todos los sentidos coexisten, aun cuando correspondan a acciones que entre sí mantienen diferencias muy importantes. Así, vemos que el primer sentido, “inducir la muerte a quienes están sufriendo”, se refiere a un acto motivado por compasión, si bien en esta definición falta especificar quién toma la decisión de poner fin a la vida, aspecto decisivo a la hora de juzgar la moralidad de esta práctica. En cambio, en el segundo sentido, “terminar con la vida de quienes son indeseables”, se describe un acto completamente diferente, pues está motivado por la discriminación. En este caso, lo que nos parece más preocupante es que haya sujetos que se atribuyan el poder para decidir cuáles personas indeseables deben ser eliminadas.

Según el mismo autor, el tercer significado, “dar atención a los moribundos”, coincide con el de Francis Bacon quien, ya hemos mencionado, afirmaba que los médicos debían ayudar a los enfermos a tener una muerte tranquila. Sin embargo, este sentido resulta demasiado amplio porque no aclara en qué consiste esta ayuda ni a qué fin se dirige, si a aminorar los dolores del cuerpo o los del alma. Por su parte, el cuarto significado, “dejar morir a las personas”, corresponde, para Vanderpool, a la llamada eutanasia pasiva. No cabe duda de que existe una relación con esta forma de eutanasia, pero creemos que el dejar morir no debe asimilarse del todo con ella.

Si bien la *Encyclopedia of Bioethics* incluye un extenso desarrollo sobre aspectos relevantes de la eutanasia, no se ocupa de precisar una definición. Sucede algo similar al revisar un libro dedicado al tema de la muerte: la *Encyclopedia of Death*.¹⁵ Joseph Richman, el autor del apartado correspondiente, menciona que el significado etimológico es “una buena muerte, tranquila y sin dolor”, y propone como definición: “los procedimientos para conseguir esa forma de muerte”. Asegura que éste es el aspecto realmente polémico del tema, y comenta que la misma palabra se emplea para referirse tanto a una forma de muerte deseable (cualquier forma de “buena muerte”), como a una que algunos consideran moralmente inaceptable. Por otra parte, el autor está convencido

de que el tema de la eutanasia es ineludible en el contexto actual de la medicina, cuyos avances nos enfrentan con nuevos dilemas éticos relacionados con la terminación de la vida.

3. UNA DEFINICIÓN DE LA PRÁCTICA ACTUAL

Con lo expuesto hasta aquí nos damos cuenta de que la práctica de facilitar la muerte es muy antigua, pero también de que el término *eutanasia*, que ha servido para referirse a ella, es difícil de aprehender por la diversidad de sentidos con que ha sido utilizado. El origen etimológico que alude a una buena muerte es demasiado general y se presta a incluir interpretaciones muy distintas. Lo mismo se refiere a la muerte, tranquila y sin dolor, que requiere la ayuda de un médico, que a la muerte que llega sin luchar contra ella, la cual puede no garantizar la ausencia de dolor, pero que se considera deseable porque evita el sufrimiento inútil que se produce al intentar curar lo incurable. También se ha utilizado para definir el cuidado que se tiene hacia los enfermos para ayudarlos a morir en paz, haciendo énfasis en el sentido espiritual. Finalmente, se ha llegado a utilizar el término para designar una práctica por medio de la cual la sociedad elimina miembros que considera inútiles e inferiores. Así como en su tiempo los griegos y romanos consideraron beneficioso para el Estado poner fin a la vida de niños y adultos con malformaciones o invalidez, con la misma intención eugenésica¹⁶ se justificó en la Alemania nazi el exterminio de miles de personas.

De manera que tenemos una palabra que favorece la ambigüedad y confusión, lo cual tiene consecuencias importantes cuando se busca hacer una valoración moral de una práctica para discutir la conveniencia de permitirla y legalizarla. Por ello se demuestra cuán necesario es contar con una definición mucho más precisa de la eutanasia que permita distinguirla de otras prácticas que de alguna manera se relacionan con ella.

Encontramos una respuesta al consultar *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*.¹⁷ Aun así, los autores del apartado sobre eutanasia en esta obra advierten que es prácticamente imposible dar una definición con la que todos estén de acuerdo y con la que nadie se ofenda. Wimpert Hart y A. J. Overbeke, ambos neerlandeses, proponen una definición que coincide en gran medida con la que aporta su país: “la terminación intencional de la vida o la interrupción intencional de los procedimientos destinados a prolongar la vida, por un médico”. Esta definición —dicen ellos— presupone que el paciente debe estar capacitado mentalmente, por lo que excluye toda acción dirigida a recién nacidos, niños o adultos mentalmente incompetentes. El carácter intencional al que alude la definición se refiere a la acción del médico, pero se entiende que esta acción se da en respuesta a la libre determinación del paciente. Una característica interesante de esta definición es que comprende y especifica las dos formas en que se realiza la eutanasia, tanto la activa como la pasiva, con lo cual se supera la distinción que, en lo que se refiere a la valoración moral, suele hacerse entre ambas.

Sin duda, en los Países Bajos es donde se han realizado los debates más profundos en torno a la eutanasia, y éstos han sido abiertos a toda la sociedad. Como su gobierno ha tenido el objetivo de establecer las mejores condiciones para permitir aplicarla de manera controlada, ha sido una tarea prioritaria contar con una definición satisfactoria de esta práctica. Por eso, vale la pena analizar los elementos que la componen.

De acuerdo con Henk Ten Have, la definición de eutanasia que suele utilizarse en su país es: “la finalización intencional, por parte de un médico, de la vida de un paciente, a petición de éste”.¹⁸ Son tres las características que resalta el autor: la intención, la solicitud del paciente y el papel del médico:

La *intención* es un elemento intrínseco de toda acción y en este caso se refiere a la intención del médico de terminar activa y directamente con la vida del paciente porque se busca poner fin a su sufrimiento.

La *petición por parte del paciente* es una justificación moral que siempre ha estado presente en los debates sobre el tema en los Países Bajos. Esta petición debe ser voluntaria, explícita y repetida. Si no existe esta solicitud, no se considera eutanasia el procedimiento que pone fin a la vida de un enfermo.

El *médico* es a quien corresponde realizar la eutanasia y se descarta a cualquier otro profesional sanitario para hacerlo; si esta condición no se cumple no se puede hablar de eutanasia, sino de homicidio.¹⁹

La Asociación Médica Mundial propone una definición aproximada de eutanasia, pero la califica como una práctica que va contra la ética: “el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, *incluso* ante la petición de éste”.²⁰ Con todo, parece que se reconoce la importante diferencia que introduce el hecho de que exista una solicitud explícita del enfermo. Si bien no se hace referencia a la participación del médico, esto puede explicarse como un sobreentendido al tratarse de una comunicación entre médicos: una asociación médica se dirige a médicos para definir su posición sobre la eutanasia.

Por último, podemos mencionar la definición de eutanasia que proporciona Diego Gracia, la cual no sólo considera la participación del paciente, sino que incluye otras precisiones interesantes sobre las intenciones de la acción: “el hecho de provocar directa y voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno (bajo los supuestos de autonomía, desarrollo de la personalidad y consentimiento libre y voluntario del paciente)”.²¹

Después de revisar diferentes definiciones, tenemos elementos suficientes para proponer una que nos sirva de referencia común. Igual que en los Países Bajos, apoyamos la idea de favorecer el sentido restringido del término para evitar la ambigüedad. Así, al hablar de eutanasia se hará referencia a una práctica que no puede aplicarse contra la voluntad de la persona cuya vida termina.

Después de las consideraciones anteriores proponemos la siguiente definición: *La eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte*

de un paciente, sin dolor, y a petición de éste.

Esta definición delimitada obliga a buscar otras expresiones para referir otras prácticas que también nos interesan, porque son acciones relacionadas con la terminación de la vida en el contexto médico. Por ejemplo, para esos casos en que el paciente no ha podido expresar su voluntad podría decirse que, siguiendo la distinción utilizada en los Países Bajos, se trata de una “terminación de la vida sin solicitud expresa”.²²

4. OTRAS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

La eutanasia, entendida en el sentido limitado en que la hemos definido, sólo incluye las situaciones en que es el mismo paciente quien la solicita. Por tanto, se sobrentiende que la eutanasia es voluntaria y que, en sentido estricto, no debería hablarse de eutanasia no voluntaria ni de eutanasia involuntaria. Sin embargo esta clasificación se utiliza, por lo que vale la pena revisar bajo qué consideraciones.

4.1. Eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria

Eutanasia voluntaria es la terminación de la vida de un paciente en respuesta a la petición de éste expresada libremente.

Eutanasia no voluntaria es la terminación de la vida de un paciente sin que el afectado lo solicite expresamente, por encontrarse incapacitado para hacerlo.

Eutanasia involuntaria es la que se lleva a cabo en contra del deseo o decisión del enfermo.²³

Esta clasificación merece algunas reflexiones. La primera definición se sitúa en el contexto de la relación médico-paciente: un paciente solicita a un médico que ponga fin a su vida, y éste, en respuesta, provoca intencionalmente su muerte. En esta situación se enfatiza el hecho de que la solicitud es voluntaria; por tanto, al considerar la característica de una muerte sin dolor queda claro que la “buena muerte” se da desde la perspectiva de quien muere.

En cuanto a la eutanasia no voluntaria; ésta puede entenderse como una extensión necesaria de la eutanasia voluntaria para aquellos casos en que es necesario interpretar la voluntad de un enfermo que se encuentra incapacitado para expresarla. En muchas ocasiones hay que tomar una decisión sobre la terminación de la vida de una persona para resolver una situación que no tiene por qué prolongarse (como es el caso de las personas que han perdido la conciencia de manera irreversible). Puede ser que en tales circunstancias sea inevitable aceptar un margen de incertidumbre sobre lo que en realidad

querría el paciente si pudiera expresar su voluntad. Como ya señalamos, en los Países Bajos, para diferenciarla de la eutanasia propiamente dicha, llaman “terminación activa de la vida sin petición expresa” a la acción que pone fin a la vida de un enfermo que no está en posibilidades de pedir que se le ayude a morir. Personas en coma irreversible, personas mayores dementes o bebés con graves incapacidades son ejemplos de pacientes que no pueden ejercer su voluntad.²⁴

La incertidumbre sobre la voluntad de un enfermo puede reducirse bastante con un documento que dé testimonio de los deseos expresados por él cuando estaba capacitado para manifestarlos. Este tipo de documento se llama *testamento vital*, y sirve para que el firmante exprese su voluntad acerca de las atenciones médicas que desea recibir o rechazar en caso de padecer una enfermedad que le impida expresarse por sí mismo y participar en las decisiones sobre su tratamiento.²⁵ Aun cuando no se ha regulado legalmente en muchas partes, su valor reside en el hecho de que facilita las decisiones de quienes representan al enfermo, y puede ser prueba decisiva cuando se debe acudir a los tribunales para reclamar el cumplimiento de la voluntad de un enfermo.²⁶

Por su parte, la eutanasia involuntaria conlleva una contradicción de principio al considerar la terminación de una vida en contra de la voluntad de la persona que muere. A diferencia de lo que sucede con la eutanasia no voluntaria, en que la persona no puede expresar su voluntad, en la eutanasia involuntaria el paciente sí tiene la capacidad de expresarla.²⁷ También, a diferencia de lo que sucede en la eutanasia no voluntaria, en que la muerte sigue siendo buena muerte desde la perspectiva de quien muere (si bien interviene la interpretación de otros), en la eutanasia involuntaria la buena muerte lo es, en todo caso, para otro distinto de quien muere. Y como es a otro a quien conviene esa muerte, no hay ninguna justificación para este tipo de práctica, y en realidad sería un homicidio o asesinato.

Sin embargo, como lo demuestra Laura Lecuona, podríamos encontrar algunas situaciones en las que cabría considerar la posibilidad de aplicar una eutanasia involuntaria. Pensemos en el caso que esta autora nos plantea. Una persona establece, libre y voluntariamente, que si llega a padecer una enfermedad que la incapacite mentalmente, desea que se termine con su vida. Esa misma persona, al llegar a la incompetencia prevista, expresa que quiere seguir viviendo. Si se respeta la voluntad anticipada se estaría quitando la vida a una persona en contra de su voluntad actual. Como señala Lecuona, más allá de ponerse de acuerdo sobre la terminología más apropiada para referirse a una práctica que, en una situación como la descrita, respete la voluntad anticipada, hay que analizar cuáles serían sus implicaciones morales.²⁸

Podemos pensar esta hipotética situación a la luz del caso de Janet Adkins, la primera mujer a la que el controvertido doctor Jack Kevorkian ayudó a morir. Independientemente de que existan diferencias entre la eutanasia y el suicidio asistido (las cuales definiremos más adelante), y sin ignorar las críticas que ha recibido este médico por su forma particular y desafiante de actuar, lo que interesa revisar aquí es la situación de esta enferma, su decisión de pedir ayuda para terminar con su vida, y la respuesta de

Kevorkian de ayudarla a morir. A esta mujer le habían diagnosticado la enfermedad de Alzheimer y se informó de todas las consecuencias que eso implicaba; consciente de que empezaba a perder sus capacidades, decidió que no quería vivir tal deterioro. Por su parte, el médico no desconocía que sería objeto de innumerables críticas si respondía al pedido de Janet, pero consideró válida su decisión de poner fin a su vida, en la cual la apoyaron su marido y sus hijos. Kevorkian aceptó ayudarla a morir utilizando su invento, el Mercitron, una máquina con la que la misma paciente puso en marcha el dispositivo para quitarse la vida.²⁹

La respuesta a Janet Adkins pudo haber sido diferente. Se le podría haber asegurado, para tranquilizarla, que cuando perdiera sus facultades se le ayudaría a morir, y así no viviría la situación que tanto temía. También podría haber sucedido que Janet, al encontrarse en la situación imaginada por Lecuona, estuviera feliz en su nuevo estado y no expresara el mínimo deseo de morir. Nuevamente, estaríamos de acuerdo en que, en este caso, quitarle la vida contra su voluntad sería un acto brutal de homicidio. Sin embargo, de ello no se sigue que haya sido moralmente incorrecta la acción con la que Kevorkian respondió a la solicitud libre y responsable de la mujer que le expresó sus razones para poner fin a su vida.

El punto clave sigue siendo la voluntad de la persona, y hay que tener en cuenta que ésta puede cambiar. Y si esto es así, ¿qué puede esperarse cuando surge una enfermedad que cambia a la persona misma? Quienes sufren Alzheimer u otros tipos de demencia de alguna forma dejan de ser las personas que fueron. Por tanto, las decisiones que tomen respecto a su vida y a su terminación serán muy distintas de las que pudieron haber tomado antes de enfermar. Janet Adkins no sufrió un deterioro que la convirtiera en otra persona, pero en el caso que supone Lecuona sí sucedería ese cambio. En el mismo cuerpo físico podrían identificarse dos personas distintas: una antes y otra después de la enfermedad. Más adelante retomamos el tema del cambio de personalidad y la incompetencia de los pacientes que padecen demencia, y los difíciles dilemas éticos que plantean las decisiones que deben tomarse con ellos.³⁰

4.2. Eutanasia activa y eutanasia pasiva

Ésta es otra clasificación ampliamente utilizada que es importante conocer y analizar:

Eutanasia activa es la finalización deliberada de la vida por medio de una acción encaminada a procurar la muerte (como sería la administración de una droga).

Eutanasia pasiva es la que provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida.³¹

La distinción que se establece entre estas dos formas de eutanasia merece una discusión más amplia que retomaremos en otros capítulos. Por lo pronto, señalamos que la

eutanasia pasiva tiene mayor aceptación desde el punto de vista legal, religioso y para la opinión pública en diferentes países, incluido el nuestro. Se podría decir que plantea menos problemas de conciencia, porque se considera que es la naturaleza la que acaba provocando la muerte del sujeto que rechaza un tratamiento. Éste es el aspecto que subraya Diego Gracia al distinguir la forma pasiva de la eutanasia de la forma activa. Esta última implica la acción transitiva del médico y se equipara a la acción de matar, con lo cual se lesiona el principio ético de no maleficencia.³² La eutanasia pasiva, por el contrario, se toma como una forma de terminación de vida que evita muchas muertes inútilmente dolorosas causadas por el uso indiscriminado de la tecnología médica. La eutanasia pasiva pretende recuperar la capacidad para decidir el momento en que es conveniente dejar que sobrevenga la muerte de un enfermo.³³

Si bien la eutanasia pasiva puede asimilarse en algunos casos a la muerte que no se prolonga inútilmente, la distinción entre esta forma de eutanasia y la eutanasia activa debe revisarse, pues desde otra perspectiva no es tan evidente que exista entre ambas una diferencia en términos morales. Si las dos buscan que sobrevenga la muerte para evitar o poner fin a un sufrimiento intolerable, no debería implicar un juicio moral el hecho de que se distingan porque en una se requiere hacer y en otra dejar de hacer. Que se recurra a una u otra opción depende de la situación física del paciente, de la evolución de su enfermedad y de la respuesta a los tratamientos que haya recibido. Parece una contradicción el hecho de que sólo se considere válido ayudar a morir a quien pide dejar de sufrir cuando esto supone abstenerse de dar tratamiento, y que no sea válido dar esa ayuda cuando no haya nada que quitar o dejar de hacer para que la persona muera. Cuando no se da el caso, por ejemplo, de que haya una neumonía que se deje sin atender (eutanasia pasiva). También sería absurdo apegarse estrictamente a la idea de que lo permitido es no hacer o sustraer algo que se está administrando, y limitarse, por ejemplo, a retirar un respirador artificial que provocaría una muerte muy angustiada, cuando lo que supuestamente se busca es terminar con el sufrimiento de un enfermo. Por ello, James Rachels argumenta que una vez que se toma la decisión de no prolongar una agonía es preferible aplicar la eutanasia activa más que la pasiva, porque así se consigue la muerte de manera rápida y sin dolor.³⁴

Aun cuando se aceptara que sólo es relativa la distinción entre eutanasia activa y pasiva, no hay duda de que en la práctica se refleja la diferencia y se dan muchos más casos de eutanasia pasiva que de activa. Sin embargo, habría que revisar en cuántas de esas situaciones en que se aplica la eutanasia pasiva se responde al pedido explícito de un enfermo (cuando puede hacerlo), o si no es, más bien, una decisión que toma el médico según lo que él o los familiares establecen que es mejor para el paciente. De ser así, estrictamente hablando, y remitiéndonos a la definición propuesta, no correspondería llamar eutanasia a esa forma de terminación de vida.

Al revisar lo que sucede en los Países Bajos nos damos cuenta de que la evaluación sobre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva no funciona de la misma manera. De acuerdo con Henk Ten Have,³⁵ la definición de eutanasia en su país se refiere sólo a la

eutanasia activa, en que se administran fármacos letales para poner término a la vida del paciente. Reconocen otros tipos de “decisiones médicas relacionadas con el final de la vida”,³⁶ mucho más frecuentes que la eutanasia activa, entre ellas la decisión de suprimir o retirar un tratamiento médico o abstenerse de darlo cuando se considera que no tiene objeto, según los estándares médicos. La muerte que sobreviene en esta situación se considera natural, si bien también ha sido llamada *eutanasia aparente*.³⁷ Otra decisión muy frecuente es la de proporcionar medicación para aliviar el dolor aun sabiendo que esto acelerará la muerte del paciente, la cual también se considerará natural y corresponde a lo que en muchos países se ha denominado *eutanasia indirecta* o *doble efecto de la medicación paliativa*.³⁸

4.3. Suicidio (médicamente) asistido

Como se ha visto, la eutanasia es una práctica que se da en el contexto de la relación médico-paciente. Sin embargo, una parte importante de la polémica acerca de esta práctica gira en torno al hecho de que se quiera legitimar la capacidad de los médicos para terminar con la vida de un paciente, y son precisamente los médicos quienes cuestionan que se quiera depositar en ellos la responsabilidad de una acción así. De ahí que se promueva como una opción preferible la fórmula del suicidio asistido, en que la acción última que provoca la muerte la realiza el mismo paciente:

El suicidio (médicamente) asistido es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia. Se distingue de la eutanasia voluntaria en la que el médico, además de proporcionar los medios, es el agente real de la muerte en respuesta a la solicitud del paciente.³⁹

El problema de esta opción es que deja sin respuesta a todos aquellos enfermos incurables que, siendo competentes para elegir la muerte, están imposibilitados para moverse o tragar, de manera que no pueden poner fin a su vida por sí mismos. Aun cuando muchos médicos que defienden el suicidio médicamente asistido reconocen esta limitación, establecen una diferencia categórica entre éste y la eutanasia voluntaria activa. Timothy Quill es uno de ellos, y considera que dentro del continuo de opciones de la atención paliativa, que incluye la suspensión de tratamientos de sostenimiento de vida y medidas agresivas para aliviar el dolor, debe estar la opción del suicidio médicamente asistido, por si fracasan los esfuerzos para disminuir el sufrimiento del enfermo.

Sin embargo, este médico piensa que la eutanasia no debe formar parte de ese continuo porque se podría caer en la coerción, el abuso o el error. Estos riesgos se darían porque recaerían sobre el médico las dos acciones, tanto la que provee los medios para

terminar con la vida, como la final que produce la muerte.⁴⁰ Quill no es muy explícito para explicar por qué se daría la coerción, el abuso o el error. Da la impresión de que se refiere al hecho de que el médico pueda tener motivos para querer terminar con la vida de un paciente por diversas razones, como puede ser el hecho de que le resulte intolerable presenciar su sufrimiento o aceptar la propia impotencia para evitar la muerte. Por alguna de estas causas, el médico puede verse inclinado a ser él mismo quien sugiera la eutanasia y no el propio paciente. Teniendo en cuenta que aquél tiene una posición de poder sobre el enfermo, sería factible que influyera en éste para convencerlo. En cuanto al abuso, podría referirse al hecho de que se aplique la eutanasia en casos en que no se justifique. En lo que toca al error, tal parece que lo dice en el sentido de que habría situaciones en que podría ser incorrecto el pronóstico del médico sobre la incurabilidad de la enfermedad.

En este argumento llama la atención que Quill establezca una distinción tan tajante entre la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido, como si en éste quedara eliminada la posibilidad de error. Aunque es indeseable en ambas prácticas, hasta cierto punto es inevitable el error. En cuanto a la coerción y al abuso, es posible que el suicidio asistido los minimice, pero tampoco los evita del todo. Conocer estos riesgos sirve para hacer lo posible por que se eviten, pero no parecen razones suficientes para prohibir una práctica (que es la única solución para algunos enfermos) que se considera moralmente aceptable.⁴¹

4.4. Muerte médicamente asistida

Nos parece conveniente incluir el término de muerte médicamente asistida para referirnos, en un sentido general, a la ayuda que da un médico a un paciente para terminar con su vida, ya sea que lo haga mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.⁴²

5. LA DIVERSIDAD DE SITUACIONES

Así como existe polémica en torno al papel del médico en la eutanasia, también se analiza qué características debe tener la situación del enfermo para considerar aceptable la terminación intencional de su vida. En principio, la eutanasia se considera una opción para los pacientes con enfermedad terminal que padecen un sufrimiento intolerable y para quienes no hay alternativas de tratamiento. Se entiende que a ellos simplemente se les acelera la muerte que de todas formas llegaría en un tiempo breve. No obstante, hemos señalado que existen situaciones en que no se puede hablar ni de enfermedad terminal ni de sufrimiento, sino que es otra la condición que plantea la necesidad de considerar la terminación de la vida, como el caso de los pacientes en coma irreversible.

Por otra parte, están las personas que tampoco se encuentran en situación terminal ni padecen sufrimiento físico, pero que exigen el derecho a la eutanasia porque desean terminar con una vida que no quieren vivir por la invalidez en que se encuentran, como el caso de las personas tetraplégicas.⁴³ Existen aun otros pacientes que se encuentran en un estado general aceptable, pero saben que padecen una enfermedad que los incapacitará en un tiempo breve; es lo que sucede con los enfermos de Alzheimer. Algunos de ellos quieren terminar con su vida antes de llegar a una situación en que, de alguna manera, habrán muerto como la persona que antes fueron; éste es el caso de Janet Adkins, a quien Kevorkian ayudó a morir. Finalmente, se ha planteado la necesidad de valorar si el sufrimiento psíquico puede ser una razón suficiente para justificar la eutanasia en los casos en que no existe una enfermedad física.⁴⁴

6. LA BUENA MUERTE

Antes de concluir este capítulo nos parece importante insistir en una de las características ya mencionadas de la eutanasia, presente en el origen etimológico de la palabra: la que la relaciona con una *buena muerte*, supuestamente fácil y sin dolor. Este aspecto excluye toda acción violenta que provoque una muerte dolorosa, como mediante un disparo o un salto suicida. Es también por esta característica de muerte apacible por la que algunos médicos sienten el compromiso de ayudar a los pacientes que quieren poner fin a sus vidas. Consideran que un enfermo que ha reflexionado lo suficiente como para determinar que su vida no vale la pena está decidido a quitársela de cualquier manera, pero que existe cierto riesgo de que fracase. Si prefiere dejar de vivir precisamente por el sufrimiento causado por la enfermedad, lo que menos quiere (y merece) es morir violentamente o arriesgarse a fallar. Por esto también se ha llamado a la eutanasia *muerte piadosa*,⁴⁵ porque es la que se provoca por compasión cuando han fracasado otros intentos para evitar la muerte y el sufrimiento.

El caso de los heridos de guerra en el siglo XVI, relatado por Ambroise Paré, está documentado como un ejemplo de eutanasia piadosa. Este famoso cirujano del Renacimiento cuenta su experiencia al encontrarse con unos soldados gravemente heridos, quemados con pólvora, y por los que no podía hacer nada para mejorar su condición. Un soldado se acercó a Paré y le preguntó si habría forma de ayudarlos. Cuando Paré le dijo que no, el soldado se acercó a ellos y los degolló. Cuando el cirujano lo acusó por su crueldad, el soldado dijo que él rogaba a Dios por que hubiera alguien que hiciera lo mismo por él si llegaba a encontrarse en la misma situación de los heridos.⁴⁶

De algún modo, hay un aspecto del sentido etimológico de la eutanasia, presente en el concepto de la muerte piadosa, que orienta a comprender esta práctica. Se trata de considerar que quien anticipa el final de su vida como inevitable y cercano, y se ve sometido a un gran sufrimiento, debe tener una opción de buena muerte. Lo esencial es

asegurar que la bondad de la muerte esté desde la perspectiva de quien muere. Según Philippa Foot, ésta es la primera condición que debe cumplirse al hablar de eutanasia. No basta hablar de muerte tranquila y sin dolor, pues bien podría ser ésta la manera en que se realiza un asesinato en contra de la voluntad de la víctima.⁴⁷

La valoración moral de la eutanasia y la conveniencia de legalizarla son temas cuya reflexión y debate no pueden postergarse. Es posible que el estado actual del debate fuera muy distinto en todo el mundo de no haberse pretendido disfrazar como prácticas eutanásicas los terribles exterminios que se cometieron en el siglo XX. Sin embargo, así como ese capítulo de la historia ha sido utilizado como argumento para oponerse a la eutanasia, hoy existe un elemento de gran importancia para defenderla: la autonomía del individuo y, en específico, la del paciente en el contexto de la atención médica. Respetarla no sólo es un argumento en favor de la aceptación de la eutanasia, sino una garantía de que no se cometan abusos en su nombre, pues esta práctica, *por definición* (de acuerdo con el sentido limitado que proponemos seguir), implica el libre consentimiento del paciente.

¹ Para una revisión detallada de la historia de la eutanasia, véase D. Humphry y A. Wickett, *The right to die*, Oregón, Helmcock Society, 1990; W. T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1, edición revisada, Nueva York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, pp. 554-563.

² S. Urraca, “Eutanasia: concepto y contexto”, en S. Urraca (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, pp. 43-66.

³ D. Gracia, “Historia de la eutanasia”, en S. Urraca (ed.), *op. cit.*, pp. 67-91.

⁴ Platón, *República*, 407/408d.

⁵ D. Gracia, art. cit.

⁶ Para consultar el juramento hipocrático véase *Bioética. Temas y perspectivas*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1990, p. 221 (Publicación científica, 527).

⁷ D. Humphry y A. Wickett, *op. cit.*, pp. 5-8.

⁸ *Idem.*

⁹ W. T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1, edición revisada, Nueva York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, p. 554.

¹⁰ Citado por D. Gracia, art. cit., p. 80.

¹¹ Este médico, Karl F. H. Marx (1796-1877), no debe confundirse con el mucho más conocido filósofo y economista Karl Marx (1818-1883). La cita de la obra sobre la eutanasia es: Karl F. H. Marx, “Medical euthanasia”, en *Ethics in medicine. Historical perspectives and contemporary concerns*, editado por Stanley Joel Reiser, Arthur J. Dyck y William J. Curran, Cambridge, Mass, 1977 [1826], pp. 495-497. MIT Press. Véase W. T. Reich (ed.), *op. cit.*, vol. 1, pp. 558 y 562.

¹² D. Humphry y A. Wickett, *op. cit.*, p. 11.

¹³ W. T. Reich (ed.), *op. cit.*, vol. 1, p. 554.

- ¹⁴ Gavelstone, University of Texas, 1995.
- ¹⁵ R. Kastenbaum y B. Kastenbaum, *Encyclopedia of Death*, Nueva York, Avon Books, 1993, pp. 114-119.
- ¹⁶ *Eugenesis* es un término acuñado en 1883 por el científico inglés Francis Galton, quien tomó las raíces griegas *eu* y *gen* para denominar el “buen nacimiento”. Con este término llamó a la ciencia dedicada a perfeccionar la raza humana. Véase W. T. Reich (ed.), *op. cit.*, vol. 2, p. 765.
- ¹⁷ S. Lock *et al.*, *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*, Oxford, Oxford University Press, 2001, p. 292.
- ¹⁸ H. Ten Have, “Eutanasia: la experiencia holandesa”, en VV. AA. *Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1996, pp. 38-53.
- ¹⁹ *Ibid.*, pp. 40-41.
- ²⁰ World Medical Association, *Declaration on euthanasia*, 1987, en *Los Angeles Times*, 12 de octubre de 1987, citada por P. Singer, *Rethinking life and death*, Nueva York, St. Martin’s Griffin, 1994, p. 157. (El subrayado es nuestro.)
- ²¹ S. Urraca, art. cit. p. 45.
- ²² A. van Kalmthout, “La eutanasia, ayuda al suicidio y terminación activa de la vida sin solicitud expresa en los Países Bajos”, en J. L. Díez y J. Muñoz (eds.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1995, pp. 318-324.
- ²³ A. Kraus y A. Álvarez, *La eutanasia*, México, Conaculta, 1998, p. 6.
- ²⁴ Estos tres ejemplos plantean consideraciones diferentes que se analizan a lo largo del documento. Veremos que puede justificarse la terminación de la vida para el caso de las personas en coma irreversible y para bebés neonatos con muy graves incapacidades, pero no el de personas dementes en las que el avance de la enfermedad les impide tomar decisiones. En el [capítulo III](#) revisamos la situación de las personas en coma irreversible (inconscientes) y de las personas dementes (conscientes, pero incompetentes), y en el [capítulo V](#), además de estas situaciones, el caso de neonatos con graves incapacidades.
- ²⁵ P. Rodríguez, *Morir es nada*, Barcelona, Ediciones B, 2002, pp. 177-184. Como aclara este autor, el testamento vital no podría ir más allá de lo que las leyes vigentes permiten, por ejemplo, en materia de eutanasia.
- ²⁶ También se llama a este documento voluntades anticipadas. En inglés, *living will*, porque expresa la voluntad (*will*) del individuo y se realiza mientras éste todavía está en vida (*living*). Véase R. Kastenbaum y B. Kastenbaum, *op. cit.*, pp. 175-176. Incluimos un ejemplo de este tipo de documento al final, en el apartado Anexos.
- ²⁷ La eutanasia involuntaria se da cuando se aplica en una de estas situaciones: 1) contra la voluntad del paciente, expresada o implícita; 2) sin preguntar al paciente sus deseos, aun cuando esté capacitado para expresarlos. Véase G. Seay, “Do physicians have an inviolable duty not to kill?”, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, núm. 1 (2001), pp. 75-91.
- ²⁸ L. Lecuona, “Eutanasia: Algunas distinciones”, en M. Platts (ed.), *Dilemas éticos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica, 1997, pp. 115-117.
- ²⁹ Una vez que Kevorkian le practicó una punción en la vena para gotear solución salina, la enferma accionó el Mercitron y activó la administración de los otros medicamentos: el tiopental, que causa coma profundo en unos 30 segundos, y el cloruro de potasio, que paraliza el músculo cardíaco sin dolor. Véase J. Kevorkian, *Eutanasia. La buena muerte*, Barcelona, Grijalbo, 1991, pp. 243-245, en el que Kevorkian describe la invención del Mercitron, y pp. 259-270, en donde relata cómo conoció y ayudó a morir a Janet Adkins.
- ³⁰ [Capítulo III](#), apartado 3.3, “Personas conscientes, pero incompetentes”.
- ³¹ A. Kraus y A. Álvarez, *op. cit.*, p. 7.
- ³² El principio de no maleficencia obliga a no hacer daño intencionadamente. En la ética médica este principio está íntimamente relacionado con la máxima *primum non nocere*: “en primer lugar no hacer daño”. Véase T. L. Beauchamp y J. F. Childress, *Principios de ética biomédica*, 4a. ed., Barcelona, Masson, 1998, p. 179.

- ³³ D. Gracia, “Eutanasia. Estado de la cuestión”, en S. Urraca, *op. cit.*, pp. 285-286.
- ³⁴ J. Rachels, “Active and passive euthanasia”, *New England Journal of Medicine*, vol. 292, núm. 2 (1975), pp. 78-80.
- ³⁵ H. Ten Have, *op. cit.*
- ³⁶ Medical Decisions Concerning the End of Life (MDEL). Revisamos estas decisiones médicas en el [capítulo V](#), dedicado a la experiencia neerlandesa.
- ³⁷ A. van Kalmthout, *art. cit.*, pp. 318-319.
- ³⁸ *Idem.*
- ³⁹ T. Quill, *Death and dignity. Making choices and taking charge*, Nueva York/Londres, Norton & Company, 1994, p. 158.
- ⁴⁰ *Ibid.*, p. 160.
- ⁴¹ Retomaremos este debate más adelante, especialmente en el [capítulo VI](#).
- ⁴² En los Países Bajos no existe una distinción, en términos morales, entre eutanasia y suicidio médicamente asistido. Si existe un pedido voluntario del paciente, se considera eutanasia la ayuda del médico, independientemente de la forma en que la dé, ya sea produciendo directamente la muerte o proporcionando los medicamentos para que el enfermo se provoque la muerte.
- ⁴³ Paráliticas de los cuatro miembros. Se distinguen de las personas parapléjicas que están paráliticas de la mitad inferior del cuerpo.
- ⁴⁴ En el [capítulo V](#) revisamos este tema y profundizamos en el caso de una mujer con sufrimiento mental, sin enfermedad física, llevado a juicio en los Países Bajos.
- ⁴⁵ También *homicidio por compasión*, mucho más utilizado por los anglosajones como *merci killing*.
- ⁴⁶ Citado por D. Gracia, “Historia de la eutanasia”, *op. cit.*, p. 73.
- ⁴⁷ P. Foot, *Las virtudes y los vicios*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-Universidad Nacional Autónoma de México, 1994, pp. 49-77.

II. MARIE DE HENNEZEL: SÍ A LOS CUIDADOS PALIATIVOS; NO A LA EUTANASIA

MARIE DE HENNEZEL, psicóloga y psicoanalista francesa, dedicada por más de 15 años al cuidado de personas que se encuentran cerca de su muerte, se declara en contra de la eutanasia. Considera que es una solución que aplican algunos médicos en lugar de recurrir a otras posibilidades de atención y acompañamiento que permitirían a muchos enfermos llegar en paz al momento de su muerte. Ésta es la idea que sustenta a lo largo de su libro *La tentación de la eutanasia*,¹ en el que incluye reflexiones, entrevistas y argumentos basados en un conocimiento profundo de las necesidades de los enfermos terminales, adquirido a lo largo de los años en que ha formado parte de un equipo de cuidados paliativos. Ha visto cómo numerosos enfermos, que han perdido toda posibilidad de curación, pasan de la angustia y desesperanza a un estado de serenidad y alivio cuando reciben una atención cálida y personal. Esta experiencia la ha llevado a alertar al público en general, y a médicos y personal de salud en particular, del riesgo de confundir la petición de ayuda de los enfermos con una solicitud de eutanasia.

Es interesante detenerse en el título original del libro en francés: *Nous ne nous sommes pas dit au revoir* (No nos hemos despedido todavía), ya que se refiere a un argumento central para la autora: el error de precipitar la muerte mediante la eutanasia como si ésta fuera la única opción para poner fin al sufrimiento. De Hennezel piensa que es un terrible error porque niega al enfermo la oportunidad de despedirse de su vida y de las personas que forman parte de ella, privación lamentable porque el adiós es tan importante para quien muere, como para quienes sobreviven a ese ser querido.

Según De Hennezel, se pueden encontrar diferentes causas que explican esta práctica apresurada de la eutanasia. Una de ellas es la escasa formación que tienen los médicos en cuanto a cuidados paliativos, lo cual impide que los brinden a muchos enfermos que los requieren. Sin esta preparación, los médicos se encuentran sin elementos para reconocer cuándo deben suspender las acciones médicas dirigidas a la curación y a encauzar los esfuerzos para aliviar el dolor, los otros síntomas físicos desagradables y el sufrimiento moral. Por falta de una preparación adecuada, muchos médicos ignoran que cuando la curación de un paciente es imposible, el compromiso con él debe consistir en buscar la mejor calidad de vida.

Esta deficiencia en la formación y atención paliativa señalada por la autora está íntimamente relacionada con una situación que ella identifica como una de las principales causas por las que se recurre a la eutanasia de manera injustificada: la incapacidad de

darle un lugar a la muerte. Como lo hizo en su libro anterior, *La muerte íntima*,² De Hennezel señala que al pretender negar la muerte, lo que realmente se impide es la posibilidad de hablar de ella, recurso que permitiría disminuir la aflicción que provoca. La muerte angustia porque nos confronta con lo que esta autora llama “las últimas preguntas”, no sólo porque son realmente importantes, sino también porque son esas preguntas las que se van postergando a lo largo de la vida, y cuando el final está próximo, queda poco tiempo para contestarlas. Esto hace que cada momento sea muy valioso como para desperdiciarlo fingiendo que no está sucediendo lo que precisamente suscitan las preguntas. En otras palabras, si se pretende ocultar que la muerte está presente, que es una realidad cercana e inevitable, se obstaculiza el dar y recibir la ayuda que se requiere para pasar por ese proceso indispensable que quizá conducirá a encontrar las respuestas que se necesitan. Quien se aproxima a su muerte requiere contar con alguien dispuesto a acompañarlo y a escuchar lo que quiera decir de esa experiencia que tiene mucho de insoportable.

De Hennezel considera que los médicos deben aprender a dar un lugar a la muerte, a aceptar los límites de la medicina y a tolerar el sufrimiento del paciente para poder permanecer a su lado, pues aunque no sea posible curarlo, todavía se puede hacer mucho por él. Lo importante es saber identificar cuál es la parte del sufrimiento que puede ser aliviada y cuál no. Así, por ejemplo, se puede ayudar a mitigar la aflicción que provoca el aislamiento que suele imponerse al paciente, el cual lo priva del reconocimiento y acompañamiento que necesita para seguir sintiéndose vivo. En muchas ocasiones el pedido de eutanasia surge porque los pacientes se sienten muertos socialmente. La tentación de la eutanasia, como solución precipitada, se da cuando un paciente solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene nada más que ofrecerle.³

1. APORTES Y EXCESOS DE UNA INTERPRETACIÓN

Uno de los grandes aportes del libro de De Hennezel es que brinda elementos para comprender mejor las solicitudes de eutanasia y las necesidades de los enfermos. Esta autora considera primordial distinguir qué hay detrás de una solicitud de eutanasia, qué piden en realidad los pacientes, más allá de lo que aparentemente dicen. Sus ejemplos invitan a la reflexión a médicos y personas que están cerca de enfermos que ven próximo su final y padecen los estragos de la enfermedad: “¡Doctor, quiero morir, ya es suficiente!, ¡esto no es vida!” Como indica la autora, hay que reconocer aquí el sufrimiento subyacente: el deterioro insoportable, la rebeldía, la lasitud, la soledad y el temor de ser un peso para los otros. “Se trata de reconocer la demanda de amor que se nos hace, la tentativa desesperada de que los atendamos en su vulnerabilidad, sin duda, para sentirse menos solos.” Según De Hennezel, una vez que estas necesidades son

reconocidas y atendidas, el pedido de la eutanasia desaparece. Todo el que esté dispuesto a escuchar e iniciar un diálogo con el enfermo puede desarrollar esta capacidad de comprender más allá del significado inmediato de lo que exprese el paciente.⁴

Y no sólo es cuestión de saber escuchar a los enfermos; también tiene una gran importancia que quienes los atiendan sepan escucharse a sí mismos. De Hennezel afirma que, en ocasiones, el hecho de que el paciente le pida al médico que termine con su vida es una respuesta inducida por la impotencia del médico. Es de suponer que en el paciente existe el deseo de poner fin a su vida, pero a éste se suma el deseo de ofrecer una solución al médico, de quien percibe el sentimiento de una impotencia insoportable. El médico accede a ayudar a morir a su paciente porque desea poner fin al sufrimiento de éste, pero también porque siente que no tiene nada más que ofrecer para conseguir alivio. De Hennezel señala que el desenlace podría ser otro si el médico estuviera advertido de sus propios sentimientos, y supiera que puede ofrecer algo más a su paciente, aunque sólo fuera demostrarle que seguirá acompañándolo y que puede tolerar su situación. La autora señala, además, que, al aceptar la solicitud de terminar con la vida de un paciente que se encuentra en esa situación, lo que el médico hace es confirmar a ese enfermo que su vida ya no tiene valor.⁵

Vale la pena referir un caso que De Hennezel presenta como ejemplo de esta situación en que, según ella, de alguna manera el médico induce en el paciente la petición de eutanasia. La enferma es una mujer que padece un grave deterioro físico y siente que ha perdido toda dignidad. Su médico es el doctor Julius Hacketal, de nacionalidad alemana, quien ayudó a morir a esta mujer con cáncer en el rostro.⁶ Así lo ha hecho con otros enfermos que le han pedido esta ayuda, porque consideran que no tiene sentido su vida. Este médico juzga válida la petición, pues cree que de esa manera respeta el libre albedrío de sus pacientes, y afirma que así trataría a su mejor amigo.

A De Hennezel le interesa cuestionar lo que sucede en un filme en que aparece la entrevista entre el doctor Hacketal y la paciente (filme distribuido por el mismo doctor). En él se ve a una mujer con el rostro totalmente deformado que dice sufrir día y noche y que expresa haber llegado al límite de lo que puede soportar. Dice también que los otros, los médicos, no toleran verla así, y que uno le ha dicho que ya no pueden hacer nada más por ella. Leemos entonces las palabras textuales de la paciente repitiéndole a Hacketal lo que aquel médico le dijo: “No es posible continuar realizando esa carnicería con usted, no podemos reconstruirle el rostro, ¡a nuestro pesar!”⁷

Según De Hennezel, en ningún momento hay en el filme una solicitud de la paciente de que “se le mate”, pero el doctor Hacketal le dice que cumplirá su promesa esa tarde. No hay —se nos comenta— ni palabras, ni miradas, ni gestos de compasión; lo que hay —dice De Hennezel— es manipulación por parte del médico. De Hennezel insiste en que el médico podría haber dado alguna respuesta que la hubiera hecho sentir que seguía significando algo importante para los demás. Algún tipo de comunicación que le permitiera saber que, a pesar de su apariencia y su terrible estado, ocupaba un lugar en el

mundo de los vivos, y que seguiría recibiendo cuidados y compañía del médico y de su equipo hasta el final.⁸

Ateniéndonos al relato de De Hennezel podemos estar de acuerdo en que hubiera hecho falta que el médico diera una respuesta a la paciente que la ayudara a no sentirse como una persona cuya presencia era insoportable. Pero lo cierto es que no puede saberse si la hubo en otro momento, puesto que De Hennezel sólo nos habla de lo que aparece en un filme y de su interpretación sobre lo que vio. Por tanto, puede servirnos acudir a otro texto en donde se habla de este médico y se incluye un fragmento de una entrevista con él en la que habla de cómo ayuda a morir a sus enfermos. El libro en cuestión es *Morir con dignidad*,⁹ y su autor es otro médico, Jean-Pierre Soulier. La entrevista que incluye para presentar a Hacketal es la que le hizo un periodista de la televisión francesa, también citado por De Hennezel.¹⁰

Volvemos a leer que el médico alemán dice que trata a cada uno de sus pacientes como a su mejor amigo y, por eso, cuando se da cuenta de que no puede darles más alivio, o que no vale la pena que sigan viviendo, los ayuda a morir si éstos se lo piden. Aclara Hacketal que al recibir una petición así, pregunta al paciente la razón, y que hace todo lo posible por disuadirlo y ayudarlo a recobrar el deseo de vivir. Si a pesar de eso el enfermo sigue pensando que su situación es intolerable, el médico lo ayuda a morir siempre y cuando se dé una serie de condiciones: que esté seguro de que el paciente realmente quiere terminar con su vida, que su enfermedad sea incurable, que él mismo sea su médico para poder juzgar lo anterior, que estén otros médicos como testigos, que se informe a un fiscal y que no se cobren honorarios.

Hacketal explica que la regla fundamental es el libre albedrío del paciente, mientras su petición no vaya contra las convicciones del médico. Por otra parte, está convencido de que puede haber más razones, además del dolor, para desear morir. Finalmente, el periodista le plantea a Hacketal una pregunta que toca el mismo punto crítico que De Hennezel cuestiona: “¿No será que la eutanasia es la consecuencia de lo insoportable que es para un médico ver sufrir al enfermo, como lo es para éste continuar viviendo?” Hacketal responde que ésa es la razón por la que no es el médico quien decide, sino el enfermo, después de haberlo reflexionado durante mucho tiempo. Lo que toca preguntarse a los médicos —añade— es si tienen derecho a no intervenir y dejar que sea el mismo paciente quien se provoque la muerte, la cual, muy probablemente, conseguirá de manera indigna o violenta (ahorcándose, tirándose por una ventana, electrocutándose), y con el riesgo de fallar y terminar en un establecimiento psiquiátrico luego de ser reanimado.

En otro momento de la entrevista, el médico habla del citado filme y de la paciente que ayudó a morir. Tenía en video la conversación con la paciente, para estar protegido jurídicamente en caso de que se alegara que la enferma estaba mentalmente incapacitada o que no había pedido la ayuda para morir. Comenta que antes de ese último encuentro con la enferma, ésta lo había llamado por teléfono varias veces para pedirle que cumpliera la promesa que le había hecho al salir de su clínica: que la ayudaría a morir cuando ya no pudiera soportar su estado. Hacketal no aceptó de inmediato, pues quería

reflexionar al respecto. Cuando decidió citar a la enferma se dio cuenta de que había empeorado y aceptó ayudarla, como lo atestigua el filme.

Cuestionado sobre una serie de comentarios que suscitó el video, los cuales relacionaban la ayuda a morir que dio este médico alemán con la “eutanasia” practicada por los nazis, Hacketal es categórico: “No hay relación alguna entre ellas, pues los nazis mataban a los minusválidos contra su voluntad. Para mí, prevalece la voluntad del paciente.”¹¹

Al comparar estas dos versiones sobre el comportamiento del doctor Hacketal, lo primero que llama la atención es que una misma acción, una misma entrevista y las motivaciones de una misma persona puedan ser interpretadas para llegar a conclusiones muy diferentes. Esto nos alerta sobre un aspecto muy importante en el debate de nuestro tema: cuando se toma de antemano una posición, en favor o en contra de la eutanasia, puede ser que interpretemos los acontecimientos y los argumentos de manera sesgada, por la necesidad de reforzar nuestro punto de vista. En este ejemplo, el doctor Hacketal es duramente criticado por De Hennezel, quien sugiere que fue el médico quien indujo a la paciente a que pidiera la eutanasia, lo que le sirve para argumentar en contra de esta práctica. Por su parte, Soulier presenta al médico alemán de manera más favorable, pues muestra que éste se limitó a dar la ayuda que había prometido a la paciente. Hay que tener en cuenta que este autor apoya la despenalización del suicidio médicamente asistido (no de la eutanasia activa), pues considera que las voluntades de los pacientes sobre el final de su vida deben respaldarse legalmente, lo cual no le impide considerar que es de gran importancia (coincidiendo con De Hennezel) continuar el desarrollo de los cuidados paliativos.

Volvamos ahora a la argumentación de De Hennezel sobre cómo influyen los médicos en las solicitudes de eutanasia de sus pacientes. De entrada, encontramos una importante discrepancia entre Hacketal y De Hennezel en lo que consideran la responsabilidad del médico frente a los pacientes en situación terminal. En esencia, lo que De Hennezel reclama a este médico es que no haya hecho más por evitar que la enferma quisiera morir, como si este deseo dependiera exclusivamente de los otros, y de una manera particular, del médico. La autora tiene mucha razón al señalar que en la relación entre un enfermo incurable que sufre, y un médico confrontado con las limitaciones de la medicina, puede pesar mucho para el enfermo darse cuenta de que su médico no soporta su sufrimiento. Como esto suele transmitirse de manera no verbal e inconsciente, es muy difícil que se pueda aclarar esta percepción y, en este sentido, De Hennezel acierta al subrayar la responsabilidad que puede tener el médico cuando un enfermo pide la eutanasia. Sin embargo, la autora va demasiado lejos al no admitir el hecho de que un enfermo pueda querer dejar de vivir y tomar, por sí mismo, la decisión de poner fin a su vida, aun cuando cuente con alguien que lo acompañe en su sufrimiento. La diferencia es que Hacketal sí admite esta posibilidad y considera que también tiene la responsabilidad de ayudar a un paciente suyo a realizar esa decisión.

A pesar de los excesos de su interpretación, la aportación de De Hennezel es demostrar la responsabilidad que tiene todo aquel que está cerca de una persona

confrontada con la proximidad del final de su vida, por el simple hecho de que en sus manos está hacerle sentir que, como persona, no vale menos con su enfermedad. Pensemos en la situación de la mujer con cáncer en el rostro, cuán importante habría sido para ella sentir que la deformidad de su cara no la disminuía como persona ante los demás. Y así como es posible transmitir a un enfermo el sentimiento de que sigue siendo importante, también se le puede transmitir lo contrario, se le puede hacer sentir (y quizá confirmar su temor) que ya no vale como persona y que en realidad no importa si sigue vivo. Esta responsabilidad frente al enfermo es crucial, porque para éste significa la diferencia entre decidir por voluntad propia terminar con la propia vida o verse obligado a hacerlo por la miseria que supone vivir sabiendo que uno ya no significa nada más que una carga para los otros.

2. ¿ES LEGÍTIMO ELEGIR LA MUERTE?

En el debate sobre la eutanasia es central preguntarse si se considera legítimo que una persona decida el momento de terminar con su vida. A ella se agregan otras preguntas igualmente importantes: si es válido involucrar a otros en esa decisión y si debe protegerse tal acción con la ley, por mencionar dos esenciales. Pero el caso es que, si no se reconoce que existe el derecho a decidir la terminación de la propia vida, queda cerrado el resto de la discusión y se descarta la legitimidad de la eutanasia.

Al respecto, De Hennezel parece dejar una puerta abierta, a pesar de su clara oposición a la eutanasia. Piensa que hay una proporción muy baja de casos (entre 5 y 10% del total de demandas de eutanasia, aunque no explica cómo calcula este dato) de personas que exigen lo que ella llama “reivindicaciones existenciales de eutanasia”. Se trata de personas que quieren controlar y dominar hasta el final las condiciones de su muerte antes de encontrarse disminuidas, y piden ayuda para morir, de manera clara y repetitiva.¹²

Hay que señalar que estas personas enfrentan un gran problema. Si bien buscan una muerte planeada que incluya la despedida de los seres queridos y excluya la precipitación y la clandestinidad, la condición de ilegalidad que conlleva esta decisión los obliga a actuar en secreto y a tomar todas las precauciones posibles para evitar consecuencias legales indeseables para quienes los ayuden. Esta contradicción entre lo que desean y lo que se ven obligados a hacer nos parece un argumento en favor de la despenalización de la eutanasia, para no obligar ni a la soledad ni a la clandestinidad a quienes han decidido libremente poner fin a sus vidas. Sería deseable que pudieran encontrar su muerte en un ambiente de tranquilidad y con la compañía de personas importantes para ellas.

Pero De Hennezel plantea las cosas de otra manera. Para ejemplificar esta modalidad de eutanasia existencial expone los casos de dos hombres, ambos decididos a poner fin a sus vidas. Ellos pidieron ayuda para morir y tuvieron la oportunidad de hacer una ceremonia de adiós antes de su muerte. El primer caso se trataba de un hombre de 86

años al que se le aplicó la eutanasia; el segundo, de un hombre de 28 años que padecía sida y que murió por suicidio asistido. Si bien la autora reconoce el carácter privilegiado de la forma de morir de estas personas que dieron tanta importancia al momento final de su vida, cuestiona que sea necesario pedir ayuda para morir anticipadamente y vivir la muerte de esa manera tan lúcida y humana. Tal parece que considera inadmisibles el que algunas personas elijan morir de esa forma, sólo por el hecho de que otras, incluida ella misma, no consideren hacerlo así.

En el primero de los dos ejemplos anteriores hay un aspecto que De Hennezel señala y que motiva a la reflexión porque se relaciona con una de las preguntas antes mencionadas: las implicaciones de involucrar a otros cuando uno decide poner fin a su vida. Este caso se lo relató Henrie Caivallet, antiguo ministro y senador de Francia, quien fuera presidente de la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad¹³ en ese país. Este firme defensor de la eutanasia cuenta cómo él y su hermano, farmacéutico de profesión, ayudaron a morir a su padre. Éste, a sus 86 años, se sentía solo, sin proyectos y ya no quería vivir. Ellos sabían que él estaba decidido a acabar con su vida por sí mismo si ellos no lo ayudaban, y por ello, después de pensarlo y discutirlo casi durante ocho meses, acordaron una fecha para hacerlo. Ese día comieron juntos en una reunión que recuerdan muy alegre, y antes de “dormirlo”, estando tomados de la mano, el padre les agradeció sonriente: “yo sabía que ustedes me amaban”.¹⁴

Al comentar este relato, del cual supo a través de una entrevista personal con Caivallet, De Hennezel llama la atención sobre el sentimiento mezclado que dejó en él ese acto. Aunque no está arrepentido, le confía que vivió una situación terrible. Y es que, así como hubo esa última palabra de amor que marcó el recuerdo de ese momento, la acción también representó algo muy difícil de sobrellevar, al grado de que Caivallet está seguro de que no podría pedirles a sus hijos que hicieran algo similar. Reconoce también que no pudo dar la misma ayuda a su madre.

Esta revelación transmite de una manera muy clara el enorme peso que debe suponer comprometerse en el acto de ayudar a morir a alguien, más aún si se trata de una persona querida. Es una responsabilidad tan dolorosa que el mismo Caivallet, a quien su padre agradeció ese acto como una prueba de amor, confiesa que le fue imposible hacerlo con su progenitora. No sabemos en qué situación se encontró su madre, ni si ésta le hizo una petición similar a la del padre. Por lo que dice Caivallet podría pensarse que así fue, y que no pudo ayudar a morir por segunda vez.¹⁵ De Hennezel recuerda las palabras de Caivallet: “¡La mujer que me dio la vida! ¡Eso no es posible!” Tiene razón la autora al comentar que la vida debe tener algo de “sagrado”, que se impone en una situación así.¹⁶

No puede negarse que el acto de ayudar a morir representa una responsabilidad muy difícil de asumir, quizá porque va en contra de un mandato firmemente adquirido desde una edad muy temprana. Al respecto es interesante mencionar la entrevista que hizo la televisión francesa a Aycke Smook, un médico neerlandés defensor de la eutanasia desde tiempo atrás y comprometido en los esfuerzos para su legalización. Cuando el periodista le preguntó qué había sentido la primera vez que él, como médico, aplicó la eutanasia,

respondió: “¡Horrible, no pude dormir en toda la noche!”¹⁷ Debe resultar todavía más difícil cuando se trata de ayudar a una persona cercana y significativa, porque es una manera de colaborar para que suceda lo que uno menos quisiera: la separación definitiva de ella. Sin embargo, en el relato que De Hennezel presenta se hace referencia a la demostración de amor que significó llevar a cabo un acto así, y esto nos hace recordar un testimonio referido por Soulier quien, nuevamente, al hablar del mismo tema, muestra las cosas de manera distinta a De Hennezel.

Ese relato lo encontramos en el mismo libro anteriormente citado, en el apartado que el autor dedica al suicidio asistido que realizan personas que no son médicos. En él comenta la serie de dificultades prácticas que tales personas enfrentan al estar dispuestas a ayudar a morir a un familiar en su casa. Aunque los problemas se reducen cuando los familiares cuentan con la ayuda de un médico que receta o facilita los medicamentos que producirán la muerte, no se pueden evitar todos los riesgos. Por ello, afirma que se requiere mucho valor y entrega para ayudar a un ser querido a terminar con su vida, y cuenta el caso de una mujer que debió comparecer en los Países Bajos, a comienzos de los ochenta, por haber ayudado a morir a su madre. El fiscal le preguntó por qué no había hecho lo mismo con su padre, quien había sufrido una enfermedad incurable y había estado en una situación similar a la de su madre. Ella, sin dudar, respondió: “¡No lo quería lo bastante para eso...!”¹⁸

En el caso de Caivallet, es el padre que va a morir quien afirma que reconoce en ese acto una prueba de amor de sus hijos. En el caso de la mujer que ayudó a morir a su madre, es la hija quien asegura que pudo hacerlo por el gran amor que sentía por ella. Son dos testimonios que evidencian una demostración de amor en su experiencia de ayudar a morir. Hay una diferencia al presentar las declaraciones de estas dos personas. A De Hennezel le interesa demostrar la terrible carga que representa el acto de ayudar a morir, para lo cual subraya que Caivallet no fue capaz de ayudar a su madre de la misma manera (a quien suponemos que también amaba). Por su parte, a Soulier le interesa señalar que se necesita sentir mucho amor por alguien para tener el valor de ayudarlo a morir cuando así lo pide. Sin duda, los dos señalamientos son acertados.

Queda claro que en el debate sobre la eutanasia, además de considerar si es legítimo o no anticipar la propia muerte, debe revisarse si es legítimo involucrar a alguien más a que dé esta ayuda. Aquí habrá que añadir la cuestión de si corresponde a los médicos ser los encargados de dar la ayuda y aplicar la eutanasia, o si esa responsabilidad debe recaer en otros que no sean médicos. Si bien estas preguntas las retomamos más adelante, nos parece conveniente adelantar una reflexión sobre ellas.

Si ayudar a morir es un acto que resulta difícil por las consideraciones intelectuales y emocionales que hemos señalado, esta dificultad se complica aún más en la mayoría de los países por tratarse de un acto ilegal que debe realizarse de manera clandestina. No sólo significa un mayor peso correr los riesgos de cometer un acto considerado ilegal, también afecta el hecho de no contar con la ayuda ni el respaldo de otros. Si hubiera facilidades, disminuiría el peso de una acción tan trascendental. Con la ilegalidad se hace más difícil superar esa censura inscrita en lo más profundo de nuestra conciencia, que

dicta que quitar la vida es malo; a esta valoración deben sobreponerse quienes piensan que, en algunos casos, ayudar a morir es una acción éticamente aceptable, sustentada en la razón y el sentido humano.

De Hennezel reconoce que hay casos muy aislados en los que la eutanasia se justifica, pero defiende la idea de que se mantenga como una práctica ilegal, convicción que comparte Soulier aun cuando éste apoya abiertamente el derecho de una persona a decidir sobre la terminación de su vida.¹⁹ Ambos sostienen que la eutanasia debe considerarse en casos excepcionales, y en ellos, el médico que la aplique debe aceptar que se trata de una transgresión a la ley y, aunque se justifique desde el punto de vista ético, debe asumir los riesgos y responsabilidades que conlleva.²⁰ Estos autores justifican su interés de evitar que la eutanasia se vuelva una acción trivial y normal, pero pensamos que piden demasiado a un médico que, siguiendo su propia ética, responde a una solicitud de ayuda (que otros reconocen legítima) sin tener ningún respaldo para evitar las consecuencias que enfrentaría si llegara a ser denunciado y procesado como homicida.

Por el contrario, quienes defienden que debe permitirse legalmente la eutanasia subrayan dos aspectos: 1) que se reconozca el derecho de una persona a decidir poner fin a su vida, y 2) que se proteja a quien participe para dar esa ayuda.²¹ Coincidimos con esta idea, en primer lugar, porque pensamos que no es justo dejar al médico con el riesgo que implica actuar fuera de la ley cuando se considera ética su acción. En segundo lugar, porque podría significar un serio riesgo social proponer que se actúe fuera de la ley y que cada persona se guíe por una ética propia (que puede variar mucho), lo cual podría favorecer que se cometieran crímenes encubiertos como eutanasias.²²

3. CIERTA INTOLERANCIA

El 12 de enero de 1999 el periódico francés *France-Soir* publicó un manifiesto de desobediencia cívica que defendía el derecho a la muerte digna, con libertad de elegir el momento y la manera de morir, firmado por 132 personas, entre las que figuraban intelectuales conocidos. En su declaración admitían que habían ayudado a morir a una o más personas que así lo habían pedido y que estaban dispuestas a recibir la misma ayuda.²³

De Hennezel deduce que este grupo de personas tienen dificultad para integrar la muerte en la vida. Nos sorprende su conclusión porque nos parece que se trata de todo lo contrario. El hecho de haber reflexionado lo suficiente sobre la muerte en general, y sobre la suya, inevitable, en particular, los ha llevado a adoptar una postura que considera legítimo elegir cómo morir.

La autora señala que le produce un gran asombro que personas a las cuales admira hayan firmado este desplegado, entre ellas Hubert Reeves, quien en sus escritos expresa su elogio a la paciencia, lo que De Hennezel encuentra incompatible con el hecho de que esté a favor de precipitar la muerte. No comprendemos su extrañamiento. Lo que estas

personas desean es “apropiarse” de su muerte, lo cual indica que tienen una visión de la vida que admite la aceptación de la muerte y, además, que dan tanto valor a la vida, que saben distinguir muy bien cuando ésta lo pierde, al menos desde su punto de vista.

Al entrevistar a algunos de los firmantes del desplegado, De Hennezel se dio cuenta de que apreciaban el valor de los cuidados paliativos, pero que eran muy conscientes de sus limitaciones: ni evitan el sufrimiento en todos los casos ni todas las personas pueden recibirlos. Es un punto de vista que concuerda con el de Salvador Pániker, filósofo, escritor y presidente de la Asociación por el Derecho a Morir Dignamente, de España, quien, al comentar la aprobación de la última ley que regula la eutanasia en los Países Bajos, señaló que los cuidados paliativos y la eutanasia no sólo no se oponen, sino que se complementan. Según él, no debe haber eutanasia sin cuidados paliativos previos, así como tampoco cuidados paliativos sin una posible eutanasia. Y añade que el simple hecho de saber que existe la posibilidad de la eutanasia tiene un efecto benéfico y tranquilizador, porque los enfermos saben que al llegar a ciertos límites el horror puede detenerse.²⁴ Por el contrario, De Hennezel considera que la opción de la eutanasia excluye los cuidados paliativos, los que proporciona el equipo al que ella pertenece.

Ahora somos nosotros quienes proponemos una interpretación: la autora simplemente no concibe que alguien elija una opción diferente a la ayuda que ella ofrece. Le molesta la posición de quienes defienden el derecho a terminar con la vida propia y “vivir su muerte” (en lugar de sufrirla pasivamente) para mantenerse libres hasta el final. “¿Por qué —pregunta— nos hacen creer que la única manera de vivir la muerte, y no permitir que nos la arrebaten, es escogiendo uno mismo el momento en que esto ocurra?”²⁵ Nada más lejos, en las personas que cita, que esta pretensión de imponer en otros su idea de la muerte “ideal”, cosa que, a nuestro parecer, sí intenta hacer De Hennezel. Esto le impide ver que hay personas que reconocen la importancia de los cuidados paliativos, que defienden la necesidad de desarrollarlos mucho más, pero que, al mismo tiempo, exigen el derecho a adelantar la propia muerte.

4. UNA OPCIÓN A LA EUTANASIA

Ya hemos mencionado que De Hennezel admite que existen casos excepcionales en que la solicitud de eutanasia se da como una “reivindicación existencial” legítima. En ellos, las personas reflexionan cuidadosamente y expresan con claridad su intención de mantener el control sobre su vida hasta el momento de su muerte.

Como también señalamos, De Hennezel acepta que en situaciones muy especiales, en que han fracasado todos los intentos para aliviar el sufrimiento, se justifica éticamente la aplicación de la eutanasia. Sin embargo, sostiene enfáticamente que en esos casos el médico debe asumir la responsabilidad de realizar una acción con la cual infringe la ley.

Según esta autora hay otra manera de ayudar a los pacientes que se encuentran en esas situaciones. Se trata de una acción médica mediante la cual se induce a los enfermos

a dormir. Este sueño provocado se consigue mediante la administración de tranquilizantes, como las benzodiazepinas. Maurice Abiven y Hervé Mignot son dos médicos citados por De Hennezel que consideran que ésta es la única respuesta éticamente aceptable ante el sufrimiento intolerable del enfermo: dormir su conciencia. Según Abiven, de este modo se consigue calmar la angustia de la persona y frenar la constatación de su deterioro; no se trata de un sueño mortífero, ya que el enfermo puede despertar, pero tampoco se descarta que sobrevenga la muerte mientras permanezca dormido, puesto que la enfermedad continúa su evolución.²⁶

De acuerdo con Mignot, esta medida está indicada en dos situaciones. La primera, cuando el paciente corre el riesgo de tener una desgracia respiratoria o una hemorragia cataclísmica, por lo cual se encuentra terriblemente angustiado. Entonces le resulta muy tranquilizador saber que será dormido si llega a ser necesario. La otra situación es cuando la aflicción moral o la angustia son tan grandes que el paciente expresa su deseo de morir o, al menos, de dormir para no pensar más. Antes de que se les provoque el sueño, algunas personas piden que ya no las despierten, pero otras despiertan en un estado más tranquilo y desean morir conscientes.²⁷

De Hennezel aclara que esta intervención para provocar el sueño siempre se hace con el consentimiento del paciente. Si bien se presenta como una intervención diferente de la eutanasia, encontramos algunas similitudes con ella que no parecen reconocer ni De Hennezel ni los médicos citados.

Quizá se trata de una forma de acción intermedia entre la eutanasia voluntaria activa y esa otra forma de muerte que se produce como consecuencia de la aplicación de medicamentos que buscan aliviar el dolor, también llamada eutanasia indirecta. Con el sueño provocado se busca dormir la conciencia, pues en la medida en que la persona espera la muerte sin conciencia se evita el sufrimiento que padecería si estuviera despierta. Una de las grandes diferencias con la eutanasia es que en el sueño provocado se da la oportunidad de que el paciente despierte y pueda volver a decidir si quiere seguir durmiendo o no (aunque no en todos los casos despierta).

De Hennezel misma responde a las críticas que consideran esta práctica como una eutanasia disimulada o una eutanasia lenta; sin embargo, no logra convencer. Primero señala que comprende el riesgo de que el sueño provocado se prescriba a la ligera, como una solución fácil que evitaría el seguir acompañando al enfermo. Con este argumento equipara esta intervención con la eutanasia, de la cual precisamente ha advertido el grave riesgo de que se utilice como una solución trivial y precipitada (riesgo que busca evitar cualquier defensor de la eutanasia). Cuando menciona una serie de recomendaciones antes de inducir el sueño repite las mismas advertencias que hacen quienes apoyan la eutanasia (activa y voluntaria) y reconocen los peligros de su abuso: asegurarse de que el sufrimiento del enfermo sea intolerable, de que no pueda aliviarse, de que el paciente haya podido hablar de su situación, de que no se tome con urgencia la decisión y de que el paciente la entienda y apruebe.²⁸

Su segunda respuesta sí deja ver una diferencia que, no obstante, es mínima. De Hennezel sostiene que la diferencia entre la eutanasia y el sueño provocado es el hecho

de que la primera busca “desconectar” al paciente para hacerlo morir, mientras que la segunda pretende aliviar el sufrimiento, haciendo todo lo posible por mantener una relación con él.²⁹ Desde nuestra perspectiva, ambas intervenciones buscan aliviar el sufrimiento del enfermo; ambas buscan, de algún modo, “desconectar” al paciente. Se podría decir que la eutanasia pone a dormir al paciente en forma definitiva, mientras que el sueño provocado no necesariamente..., pero tampoco se descarta que así sea. Acaso, en esta posibilidad abierta se localiza un aspecto crucial: en la eutanasia la intención de acelerar la muerte es clara y directa, mientras que en el sueño provocado la intención se diluye y se deja un tanto al azar.

Además de las diferencias señaladas, la eutanasia cancela toda comunicación con el paciente (respondiendo al deseo de éste de que así sea), mientras que el sueño provocado permite una forma de relación con el paciente que, según De Hennezel, se ha demostrado posible, aun durante un estado de coma. Para ella, el sueño provocado es aceptable desde una perspectiva ética justamente porque mantiene al enfermo vivo con la posibilidad de percibir la presencia de otras personas.

A pesar de los cuestionamientos señalados, no podemos negar que el tema del sueño provocado nos parece de gran interés. A partir de las referencias de esta autora, nos damos cuenta de que ha sido tema de reflexión e investigación de autoridades en la atención de pacientes terminales. Además de los médicos Maurice Abiven y Hervé Mignot, antes mencionados, podemos añadir el nombre del bioeticista Patrick Verspieren y el de Zbigniew Zylicz, médico neerlandés especializado en cuidados paliativos, al que nos referiremos más adelante. Por lo mismo, consideramos importante tener en cuenta esta opción de ayuda, a la vez similar a la eutanasia y distinta de ella.³⁰

5. ACIERTOS Y DESACIERTOS DE UNA CRÍTICA

La trayectoria de De Hennezel explica su posición frente a la eutanasia. Por más de 15 años se ha dedicado a la atención de pacientes terminales y está convencida de cumplir así con un deber humano, social y profesional. Ha comprobado la diferencia que representa para los enfermos recibir apoyo para recuperar esperanza y sentido en la etapa final de su vida. Frente a este proyecto, la eutanasia se considera un atentado a la opción de ayuda que ella ofrece. Los argumentos contra la eutanasia que encontramos en su libro incluyen reflexiones muy acertadas, pero también inexactitudes significativas.

De Hennezel tiene razón al denunciar que se utilice la eutanasia como una solución precipitada antes de haber agotado otras posibilidades de ayuda al enfermo. Desaprueba que se responda a una demanda de eutanasia sin comprobar antes que no se trata de un llamado desesperado del enfermo para recibir atención; que se ignore que una persona puede llegar a decir que quiere morir porque no tolera la soledad e indiferencia en que vive; que se desconozca que un paciente sufra porque siente que los demás han dejado de verlo como un individuo vivo con deseos y necesidades. De Hennezel critica

duramente a las personas, y particularmente a los médicos, que olvidan que la dignidad de los enfermos depende de la mirada de los otros. Si esto no se reconoce se puede caer en el gravísimo error de aceptar aplicar la eutanasia para confirmar al enfermo lo que más teme: que su vida es indigna para los demás.

Pero el gran error de De Hennezel es que esta lucidez para reconocer las necesidades más profundas de los enfermos se desvanece cuando pretende encontrar las mismas motivaciones en todas las situaciones. Entonces pierde de vista la diferencia entre una decisión que toma una persona que juzga por sí misma indigna la vida que le queda, y la decisión que toma una persona movida por la idea de que los demás no toleran su sufrimiento. Tampoco parece reconocer que no se puede llamar igual a la terminación de la vida que responde a la solicitud reflexionada de un enfermo y a la que se realiza sin el conocimiento de quien muere.

En resumen, podemos decir que estamos de acuerdo con De Hennezel en su condena a la eutanasia como tentación precipitada que sustituye e impide para siempre la ayuda que merece recibir un enfermo (en realidad, lo más cuestionable es llamar *eutanasia* a esa forma de solución). Sin embargo, sí nos parece defendible el que un médico termine intencionalmente la vida de un enfermo que así lo ha solicitado después de una auténtica elección, forma de ayuda que tanto le cuesta admitir a la autora.

¹ M. de Hennezel, *La tentación de la eutanasia*, México, Nueva Imagen, 2001.

² M. de Hennezel, *La muerte íntima*, Barcelona, Plaza & Janés, 1996.

³ M. de Hennezel, *La tentación...*, *op. cit.*, pp. 49-66.

⁴ *Ibid.*, pp. 91-95.

⁵ *Ibid.*, pp. 100-104.

⁶ De Hennezel primero señala que el doctor Hacketal practicó la eutanasia a pesar de ser ilegal en su país, pero más adelante aclara que lo que hizo fue proporcionar cianuro de potasio al yerno de su paciente. En Alemania, el auxilio (activo) al suicidio está permitido aun cuando sigue considerándose una alternativa jurídicamente problemática. Véase en J. L. Díez y J. Muñoz (eds.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1995, p. 247.

⁷ M. de Hennezel, *La tentación...*, *op. cit.*, pp. 101-102.

⁸ *Idem.*

⁹ J. Soulier, *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*, Madrid, Temas de Hoy, 1995, pp. 175-180.

¹⁰ El periodista es Bernard Martino, autor de la obra *Voyage au bout de la vie* (Viaje al fin de la vida). Véase J. Soulier, *op. cit.*, p. 175.

¹¹ J. Soulier, *op. cit.*, p. 180.

¹² M. de Hennezel, *La tentación...*, *op. cit.*, p. 117.

¹³ Jacques Pohier, quien también ha dirigido esta asociación, define así el objetivo principal de la misma: “Un movimiento de opinión que busca hacer evolucionar las ideas, los comportamientos, los reglamentos y, con el tiempo, las leyes, para que los seres humanos puedan morir en las condiciones que ellos juzguen las mejores para sí mismos.” Véase J. Pohier, *La mort opportune*, París, Éditions du Seuil, 1998, p. 319.

¹⁴ M. de Hennezel, *La tentación...*, *op. cit.*, p. 118.

¹⁵ *Ibid.*, p. 119.

¹⁶ *Ibid.*, p. 131.

¹⁷ J. Pohier, *op. cit.*, p. 273. Smook, amigo de Pohier, le contaría años más tarde otra experiencia en la que ayudó a morir a alguien, esta vez marcada por sentimientos diferentes. En esta ocasión estaban presentes los familiares y amigos del paciente, a solicitud de éste. Una vez que le dijeron adiós, Smook aplicó la eutanasia, después de lo cual se le acercaron los familiares y amigos para abrazarlo y agradecerle su ayuda. Smook considera que la eutanasia es el último tratamiento médico que debe a los pacientes que se la piden. Después comentó a Pohier: “Nunca había realizado un acto médico que me valiera ser felicitado y abrazado por tanta gente desconocida.” Véase J. Pohier, *op. cit.*, p. 274.

¹⁸ J. Soulier, *op. cit.*, pp. 194-195.

¹⁹ *Ibid.*, p. 277.

²⁰ M. de Hennezel, *La tentación...*, *op. cit.*, pp. 215-221.

²¹ J. Pohier, *op. cit.*, p. 243.

²² Al permitir legalmente la eutanasia se establecen las condiciones precisas en que podría aplicarse y a las cuales todos deberían apegarse. Se evita el riesgo de dejar la decisión a una ética propia que puede ser muy variable y, de esta manera, se protege a los pacientes del riesgo de que se les prive de la vida sin haberlo solicitado, y a los médicos, porque comparten la responsabilidad de su acción. Mientras la práctica esté prohibida, no se evitará la eutanasia. Los pacientes que la soliciten confiarán en que existan médicos dispuestos a correr el riesgo de aplicarla, y a la sociedad no le queda más que confiar en la ética de los médicos.

²³ M. de Hennezel, *La tentación...*, *op. cit.*, pp. 126-135.

²⁴ *El País* (13 de mayo de 2001).

²⁵ M. de Hennezel, *La tentación...*, *op. cit.*, p. 135.

²⁶ *Ibid.*, pp. 251-254.

²⁷ *Idem.*

²⁸ *Idem.*

²⁹ *Idem.*

³⁰ El sueño provocado parece corresponder a la *sedación terminal* que en los Países Bajos se considera una actividad médica normal que debe distinguirse de la eutanasia y que, por tanto, no debe estar sujeta a los mismos controles que ésta. Quizá la diferencia con la opción descrita y propuesta por De Hennezel es que en la sedación terminal se excluye la posibilidad de que el paciente despierte. Reflexionamos sobre la ambigüedad inevitable entre la eutanasia y otras acciones médicas, incluida la sedación terminal, en el [capítulo V](#), apartado 3, “Otras decisiones médicas al final de la vida”.

III. RONALD DWORKIN: TOMAR EN SERIO EL VALOR SAGRADO DE LA VIDA

RONALD DWORKIN, filósofo y jurista, profesor de derecho en las universidades de Nueva York y Oxford, describe las principales controversias sobre el aborto y la eutanasia en los Estados Unidos y otros países en su libro *Life's dominion* (El dominio de la vida).¹ Al tiempo que revisa los aspectos legales, morales, teológicos, sociales y políticos que intervienen en la valoración de estas dos prácticas, el autor intercala casos, algunos de ellos llevados a juicio, que ejemplifican la complejidad de las situaciones en que se toman decisiones en relación con la terminación de la vida.

Según Dworkin, tanto el aborto como la eutanasia son temas que, al analizarlos, suscitan un clima de gran violencia porque los valores que se defienden están cargados de emociones muy intensas. Si bien puede parecer imposible llegar a acuerdos cuando una acción como la eutanasia es considerada por unos un asesinato y por otros un derecho, Dworkin cree que en los países en que la libertad tiene un valor primordial debe ser posible encontrar una solución política que puedan aceptar personas con diferentes criterios, sin sentir que traicionan sus principios y creencias. Su obra constituye una valiosa contribución al debate público de estos temas morales de indudable importancia política práctica.

Siguiendo a este autor, para avanzar en la comprensión y el diálogo sobre la eutanasia es importante distinguir dos tipos de argumentación: la que defiende el carácter sagrado de la vida como un valor intrínseco e inviolable en cualquier circunstancia, y la que defiende los intereses y derechos de las personas, incluso por encima del valor sagrado de la vida. De acuerdo con esta diferenciación, al juzgar la eutanasia,² algunas personas consideran que el Estado debe tener el poder para prevenir el suicidio de personas competentes y así defender el valor sagrado de la vida, incluso si la persona que busca su muerte está convencida de que es lo mejor para ella. Pero otras opinan que el Estado debe permitir la eutanasia, respaldando así el derecho de una persona a decidir libremente terminar su vida cuando ésta se vea seriamente limitada por una enfermedad o incapacidad física.

Dworkin considera fundamental reconocer y entender cómo influye la idea del valor sagrado de la vida en el debate sobre la eutanasia, porque es una idea ampliamente compartida tanto por las personas religiosas como por las que no lo son. Aun cuando el concepto tiene una connotación innegablemente religiosa, también se utiliza de forma secular. Por otra parte, el autor comenta la situación particular que se observa en los

Estados Unidos, pues aunque es uno de los países más religiosos del mundo occidental, al mismo tiempo mantiene una actitud muy ambivalente hacia la religión. Por un lado se defiende la separación entre el Estado y la Iglesia, y por otro, siguen siendo valores religiosos, como la santidad de la vida,³ los que influyen en las decisiones políticas sobre prácticas como la eutanasia.

1. LO SAGRADO, ¿INTOCABLE?

La defensa del valor sagrado de la vida se puede concebir de diferentes maneras. Si bien la mayoría de la gente comparte la idea de que terminar una vida es esencialmente malo, no hay acuerdo respecto a cuál tipo de vida debe ser defendida siempre y cuál no, porque esto depende de las diferentes formas en que las personas entienden el valor intrínseco de la vida humana. En función de éstas definen su posición ante la eutanasia.

Dworkin utiliza de manera intercambiable los conceptos de “valor sagrado de la vida”, “valor intrínseco de la vida”, “inviolabilidad de la vida” y “santidad de la vida”.⁴ Para entender mejor en qué consiste el valor intrínseco de algo, lo compara con el valor instrumental y el valor subjetivo. El valor instrumental depende de la utilidad que algo tenga, y el valor subjetivo, de que sea deseado por alguien y no necesariamente por otros. El valor intrínseco de la vida humana se entiende como un valor que es independiente del valor instrumental o subjetivo, es decir, que su valor no depende de que sirva o sea deseada por otros: la vida humana vale por el hecho de que existe, y una vez que existe, importa que perdure. A esto se añade que puede servir e importar a otros, con lo cual vemos que la vida humana tiene los tres tipos de valor.⁵

Al tratar de identificar qué subyace en la idea del valor intrínseco de la vida nos queda la impresión de que no hay una definición del todo precisa. Dworkin compara este valor con el que se atribuye al arte, como producto de la creatividad del hombre; también con el valor que adquieren las especies animales en extinción. Tanto la destrucción de una obra de arte como la de un animal que está por extinguirse se consideran actos que violan algo creado por el hombre o por la naturaleza, cuya existencia importa por sí misma a la humanidad, aun cuando es evidente que mucha gente no comparte esta valoración y le es indiferente la desaparición de una obra de arte o de una especie animal.

Así, por un lado, la creación es algo que aporta valor, y por otro, el formar parte de la naturaleza. La vida humana tiene valor como creación, sea de Dios o de la naturaleza, y además, por formar parte del regalo y milagro de la vida, bien se diga esto en sentido religioso o metafórico.⁶ Y aunque tengamos la sensación de que no puede explicarse del todo el concepto, podemos entender a qué se refiere Dworkin, quizá porque se trata de un concepto profundamente arraigado en la mentalidad colectiva, más emocional que racional, y con un origen esencialmente religioso.

Ahora bien, Dworkin señala que a la defensa del valor intrínseco de la vida humana corresponde una respuesta de horror cuando ésta se destruye voluntariamente. Por eso

se explica que muchas personas no tomen en cuenta las circunstancias en que esto sucede ni las motivaciones por las que tal acción se realiza. Incluso quienes consideran que en algunos casos ayudar a morir a alguien puede ser una acción válida, reconocen que al hacerlo violentan algo interno y deben superar una especie de censura inscrita de manera profunda. En ese sentido se expresaban algunas personas cuyo testimonio incluimos en el capítulo anterior.⁷

Sin embargo, Dworkin también nos hace ver que, aunque algunos pretenden defender incondicionalmente el valor intrínseco de la vida, resulta imposible en la realidad. Ésta impone la necesidad de tomar decisiones complejas en las cuales no es suficiente orientarse por este valor. Por ejemplo, en el caso de un embarazo por violación, ¿cómo se demuestra más respeto al valor intrínseco de la vida?, ¿cuál vida merece más ese respeto: la del feto o la de la madre violada? O en el caso de un embarazo que pone en riesgo la vida de la madre, ¿cuál vida debe salvarse? Sin duda, se dividen las opiniones a la hora de responder estas preguntas.⁸

Las diferentes respuestas dependerán de cómo se conciba el valor intrínseco de cada vida humana en particular, de que se tenga o no en cuenta, además de la vida biológica de cada persona, todo lo que humanamente se ha añadido a esa vida a través de las relaciones, la cultura y la persona misma. A esta distinción se refiere Albert Calsamiglia cuando señala que al hablar del valor de la vida debe aclararse si nos referimos al hecho natural biológico o a algo más, como son los objetivos y conductas que se alcanzan a través de ella y que corresponden al aspecto artificial de la vida.⁹ De acuerdo con esta distinción, según Dworkin, se puede reconocer una oposición entre una postura conservadora que considera siempre mejor la muerte que tarda más en llegar, y una liberal que admite que en algunos casos es preferible la muerte prematura. En la primera postura, el valor de la vida está localizado en su aspecto biológico, mientras que en la segunda se consideran más importantes las decisiones y los compromisos personales. Muchas veces la postura conservadora va acompañada de creencias religiosas que consideran que la vida es sagrada porque le pertenece a Dios, quien, en consecuencia, es el único que puede disponer de ella.¹⁰

Más adelante revisaremos el punto de vista que tiene el catolicismo ante la eutanasia; por ahora, cabe mencionar que dentro de una misma religión las posiciones pueden variar mucho porque sus preceptos son interpretados de diferente manera. Así, por ejemplo, la idea de que nadie puede disponer de su vida porque no le pertenece es incuestionable para muchos católicos. Otros, en cambio, consideran que así como Dios da la vida a los hombres, da la libertad y la responsabilidad para vivirla hasta el último momento y, por tanto, que su Iglesia debería permitir la opción de la eutanasia.¹¹

De la misma manera, existen discrepancias al juzgar situaciones en que los enfermos han perdido las capacidades que esencialmente caracterizan la vida de los seres humanos, como son la intelectual, la volitiva y la espiritual. Michael Panicola analiza el debate que persiste dentro de la Iglesia católica sobre la alimentación e hidratación médicamente asistida a pacientes en estado vegetativo persistente,¹² y señala que resulta contradictorio

que sean posiciones religiosas las que defienden la preservación de la vida biológica en tales condiciones. Para este autor, aun cuando el debate siga abierto, hay dos elementos que la Iglesia ha defendido a lo largo de los siglos y que deben seguir orientando al respecto: que la vida humana es un bien limitado y que, al prolongarla, debe ofrecerse un beneficio y una esperanza razonables. Por otro lado, la responsabilidad de fijar límites a las acciones médicas debe ser correlativa al inmenso poder de la medicina para postergar la muerte.

Teniendo en cuenta todo esto, Panicola considera paradójico que a la vez que se cree en una vida eterna se defienda la preservación artificial de una vida biológica en la que se ha perdido toda capacidad de conciencia, de relación y de vida espiritual. Piensa que hace falta más congruencia con las creencias fundamentales de la religión católica, que los bienes espirituales están por encima de los temporales, que la vida humana biológica tiene un límite que debe aceptarse y que la muerte significa el paso a la vida eterna en que continuará la deseada comunicación con Dios.¹³ En otras palabras, diríamos que habría que localizar lo sagrado de la vida más allá de su dimensión biológica.

En esta postura, Panicola coincide con una de las grandes contribuciones del análisis de Dworkin: mostrar que hay otra manera de entender y respetar el valor intrínseco de la vida para no caer en el absurdo de defender su santidad prolongando una vida que es considerada intrínsecamente mala por quien la vive. El valor sagrado de la vida de cada persona debe definirse de acuerdo con lo que cada una encuentra que da valor a su vida.

2. ¿POR QUÉ MORIR ANTES?

Dworkin subraya la importancia de entender que cada persona puede pensar diferente respecto a lo que considera que es lo mejor para el final de su vida. Algunos, bajo ciertas circunstancias, prefieren adelantar su muerte, y otros, en la misma situación, desean seguir viviendo. Para avanzar en el debate de la eutanasia es necesario comprender las motivaciones de algunos individuos para rechazar la idea de vivir en un estado puramente biológico, así como las de aquellos que desean permanecer en tales condiciones.

Para empezar, el autor recomienda desechar la idea de que existen mejores o peores experiencias. Es evidente que no es mejor ni peor experiencia estar inconsciente que muerto, pues en ningún caso se tiene conciencia de la experiencia. Sin embargo, independientemente de que alguien llegue a experimentar de ese modo el final de su vida, puede ser muy importante para esa persona, mientras esté viva y consciente, la idea de ese final, pues el cierre de su vida da un significado retrospectivo a lo vivido en su totalidad. Por ello, habrá personas que consideren que su vida será peor, en su conjunto, si pasan por un periodo de inconsciencia o demencia, así como habrá otras que encuentren que su vida será peor si pierden la oportunidad de prolongarla todo lo posible, sin importar en qué condiciones.¹⁴

De esta manera, tomar decisiones sobre el final de la vida se vuelve un asunto que se relaciona con la idea del valor sagrado de la vida, pero no en sentido abstracto, sino encarnado en cada vida en particular y en cada vida en su totalidad, incluyendo el final. El valor sagrado de la vida adquiere otra dimensión y uno sería responsable de hacer que la propia vida valiera la pena, de darle un valor sagrado a *su* vida. Pensar en la vida lleva a pensar en la muerte, y a la inversa, pensar en la muerte remite a cierta concepción de la vida. Las decisiones sobre el final de la vida reflejan una idea de lo que consideramos bueno para nuestra propia vida. Para entender la importancia que tiene para alguien el final de su vida, Dworkin sugiere pensarlo de manera similar a como se concibe el final de una obra literaria, el cual la define en su totalidad. A una buena obra corresponde un buen final.¹⁵

Dworkin señala los elementos para responder la pregunta clave: ¿por qué le importa a alguien la forma en que va a morir? Señala que existen al menos dos razones. En primer lugar, porque cada parte de nuestra vida interesa por sí misma, incluida la última. En segundo lugar, porque la manera en que termina la vida da significado a su totalidad y representa la última posibilidad para expresar los propios valores. Es posible que una persona que anticipa la pérdida de control sobre su propio cuerpo a causa de una enfermedad neurológica quiera decidir y adelantar el momento de su muerte para mantener alguna forma de dominio sobre su vida. Una persona que considera la posibilidad de caer en un estado vegetativo persistente que la llevaría a perder los valores que daban sentido a su vida quizá decida no permanecer en ese estado, porque la pura vida biológica no significa nada para ella. Pero también habrá personas que en cualquiera de estas dos situaciones decidan seguir vivas porque consideran que la vida en sí misma vale, ¡y sólo se vive una vez!

El caso es que las personas quieren diferentes finales en sus vidas porque de esa manera expresan lo que Dworkin llama sus intereses *críticos*, distintos de los que llama *experienciales*. Los intereses críticos representan juicios, convicciones y valores personales, como la integridad y la dignidad, conformando así la idea de lo que es bueno para la vida personal. Los intereses experienciales se refieren a la satisfacción o el placer que se obtiene de hacer algo, por lo que no podrían explicar por qué para alguien es crucial decidir sobre una situación que no va a experimentar o, por el contrario, cómo es que alguien decide vivir en una condición en la que padece un dolor enorme.¹⁶

La base para respetar las decisiones de una persona sobre el final de su vida está en valorar estos intereses críticos, los cuales varían notablemente entre los individuos. Por eso, no se justifican las decisiones colectivas uniformes, impuestas por el Estado; debe promoverse que la gente tome previsiones sobre lo que quiere y, en el caso de que sea necesario, deberán tomar decisiones por una persona (que no lo hizo a tiempo y que ya no puede hacerlo), quienes mejor la conozcan. Como señala Dworkin, esta opción es mucho más deseable que basarse en conceptos teóricos, universales y abstractos que sirven a fines políticos o a grupos con intereses particulares.¹⁷

3. DIVERSIDAD DE SITUACIONES

Si algo pone en evidencia el análisis de Dworkin es la importancia de tomar conciencia de las condiciones de vida que podríamos encontrar en un futuro: 1) tener la posibilidad de considerar la conveniencia de adelantar nuestra muerte; 2) no estar capacitados para tal consideración, por lo que otros tendrían que hacer valer las instrucciones de lo que habremos establecido sobre qué querríamos y no querríamos en determinados casos; 3) encontrarnos en una situación en la que otros sean los que deban tomar decisiones sobre el final de nuestra vida, sin apoyarse en disposiciones previas explícitas. Muchas personas se encuentran en alguna de estas situaciones: unas, por padecer una enfermedad terminal; otras, por encontrarse incapacitadas para llevar a cabo actividades por sí mismas, parcial o completamente y de manera irreversible; otras más, por estar en estado inconsciente definitivo; finalmente otras, cuyo estado físico es aceptable, por sentirse obligadas a tomar medidas antes de que el progreso de su enfermedad las incapacite. Quizás unas tengan apoyo de vida artificial, pero otras no. Con toda esta serie de variables presentes Dworkin establece tres tipos de situaciones en que se deben tomar decisiones sobre la propia muerte o sobre la de otros: 1) cuando las personas están conscientes y competentes; 2) cuando están inconscientes; 3) cuando están conscientes, pero incompetentes.¹⁸

3.1. Personas conscientes y competentes

Muchos pacientes padecen una enfermedad que les impide o les impedirá vivir como hubieran querido y conciben como un consuelo la idea de controlar su propia muerte. Puesto que el suicidio no es un crimen en la mayoría de los países occidentales, es una opción para tales personas. Sin embargo, muchos enfermos se ven privados de la alternativa de adelantar su muerte porque se encuentran incapacitados para hacerlo por sí mismos, y porque la mayoría de los países prohíbe dar ayuda directa para morir.¹⁹ Aunque las personas pueden rechazar un tratamiento como la alimentación o la hidratación artificial, no tienen derecho legal a interrumpirlo una vez que lo reciben, porque esto implicaría la ayuda de otros para suicidarse.²⁰ Desde luego, esto no impide que en la práctica existan muchos médicos dispuestos a dar esta ayuda de manera clandestina cuando así lo solicitan pacientes que están por morir.²¹

La otra opción es que los pacientes consigan el permiso judicial para que se les retire la ayuda médica que los mantiene con vida. Fue lo que sucedió en el caso de la señorita B, que se difundió a través de los medios (su nombre se mantiene en el anonimato por razones legales). Se trataba de una mujer británica de 43 años, trabajadora social, que quedó tetraplégica como consecuencia de la ruptura de un vaso sanguíneo del cuello, que afectó su espina dorsal.²² Desde febrero de 2001 vivió conectada a una máquina para respirar, a pesar de que ella, con anterioridad, había establecido por escrito que no

deseaba recibir tratamiento en caso de verse en una condición que pusiera en riesgo su vida o de quedar mentalmente incapacitada o inconsciente. La paciente pidió a los médicos que retiraran el respirador, a lo cual se negaron alegando razones éticas y porque además consideraban que la señorita B cambiaría de opinión. Como no sucedió así, ella recurrió a la justicia. Mediante un circuito cerrado de televisión, la paciente se comunicó directamente desde la cama del hospital con la juez Elizabeth Butler-Sloss, presidenta de la División Familiar de la Corte Suprema del sistema judicial inglés, quien decidió su caso desde Birmingham, cuando estaba en contacto con el resto de los jueces reunidos en el Tribunal Supremo de Londres.

En marzo de 2002 la juez falló a favor de la paciente, pues consideró que la señorita B estaba totalmente capacitada para decidir la interrupción del tratamiento, con lo cual se produciría su muerte. Señaló que se trataba de una decisión que debía permitirse a personas con discapacidades tan severas, para quienes vivir así podría significar algo peor que la muerte. Añadió que la decisión previa de la paciente debería haber sido respetada por el hospital, lo que hubiera evitado el sufrimiento adicional que padeció.²³

Sin duda, juicios como el de la señorita B sientan precedentes para futuros casos y favorecen un proceso de revisión permanente de las leyes. Éste fue especialmente importante por ser la primera vez que alguien mentalmente capaz pedía y recibía el permiso para que se le retirara el apoyo de vida artificial. En casos anteriores se habían encausado solicitudes de familiares de pacientes en estado vegetativo persistente.²⁴ No hubo detalles sobre el desenlace que tuvo la señorita B, pues un requerimiento judicial prohibió la publicación de cualquier información que pudiera identificarla, pero se supo, a través del Departamento de Salud, que murió tranquilamente dormida una vez que se le retiró el ventilador, aproximadamente un mes después de que recibiera la autorización de la juez.²⁵

Este juicio también suscita preguntas que deben ser motivo de reflexión, pues tocan aspectos que están en la base del debate sobre la eutanasia y la muerte asistida. Por ejemplo, resulta muy controvertido el hecho de que la paciente no hubiera estado dispuesta a apagar por sí misma la máquina, como se lo ofrecieron los médicos. Ella explicó que no quería suicidarse porque era creyente y porque no quería dejar esa marca como despedida entre sus amigos y familiares. No queda claro cómo es que la señorita B hubiera podido desconectar por sí misma el aparato, pero la juez la interrogó directamente al respecto, manejando el supuesto de que hubiera un mecanismo para que ella pudiera hacerlo. La paciente reiteró su negativa y sus razones. Lo que parece cuestionable es que la paciente pidiera a otros que realizaran una acción para poner fin a su vida, cosa que ella misma no estaba dispuesta a realizar. Puede comprenderse que se prefiera que sea otro quien se encargue de la acción última que determina la propia muerte, pero al mismo tiempo resulta problemático que se delegue en otros un acto de tanta responsabilidad, concerniente a la vida de un individuo, cuando este mismo podría realizarlo.

En este caso de la señorita B está presente uno de los principales argumentos en que se basan algunos médicos para defender el suicidio médicamente asistido, al que

consideran una opción legítima; estos médicos rechazan la eutanasia, pero también reconocen que los enfermos físicamente incapacitados quedan excluidos de la posibilidad de adelantar su muerte. Afirman que es de vital importancia el hecho de que la responsabilidad del acto final que causa la muerte recaiga en la persona que muere.²⁶ Según la declaración de la señorita B, ella quería evitar precisamente eso: ser ella misma quien realizara la acción que provocaría su muerte, porque le interesaba que no pareciera suicidio. Desde luego, si desde un principio los médicos hubieran respetado su voluntad, según lo que la paciente había establecido previamente por escrito, y no la hubieran conectado a un respirador, se hubiera producido su muerte como consecuencia de su incapacidad para respirar, y los médicos no se habrían visto confrontados con la petición de desconectar la ayuda, contraria a sus principios éticos. Pero también cabe preguntarse si fueron suficientemente claras las indicaciones de la señorita B, y si los médicos hubieran estado legalmente protegidos de haberlas seguido. De no haber sido así, se puede entender su acción para procurarle la respiración mediante el ventilador.

La resolución de la juez Butler-Sloss fue importante porque defendió el derecho de una persona a elegir la muerte digna por encima de una vida que había dejado de tener valor para la paciente. A la señorita B se le permitió recurrir a la eutanasia pasiva. Con este caso se demuestra que no es tan simple recurrir a esta forma de muerte, ni es tan “pasiva” como a veces se supone, a pesar de que bajo la ley inglesa los pacientes mentalmente competentes para tomar decisiones sobre su tratamiento no pueden ser obligados a seguir ninguno en contra de su voluntad.²⁷ Es posible suponer que en la decisión favorable de la juez haya influido el hecho de que se tratara de retirar algo que mantenía con vida a la paciente, y no de aplicar algo para terminar su vida, petición mucho más problemática.²⁸

Como lo señala Dworkin, la diferencia que legalmente existe entre eutanasia pasiva y eutanasia activa puede implicar contradicciones. Es posible que se permita provocar la muerte de una forma dolorosa y lenta, como consecuencia de dejar de alimentar al paciente o de retirarle un respirador (medidas catalogadas como eutanasia pasiva), pero se prohíbe la muerte que sobreviene de manera rápida y sin dolor por la aplicación de una inyección letal (lo que corresponde a la eutanasia activa).²⁹ Ejemplos horribles de esta irracionalidad los encontramos en algunas decisiones médicas con recién nacidos que tienen síndrome de Down y, además, nacen con el intestino obstruido, defecto que puede repararse fácilmente con cirugía. Ha sido frecuente que, por instrucciones de los padres, no se realice la operación y se les deje morir de hambre de manera lenta y dolorosa. Mientras que esto se considera moralmente correcto, muchas personas calificarían como un crimen el que los médicos produjeran la muerte de los niños de manera rápida y sin dolor.³⁰

En los Países Bajos no se dan estas contradicciones. El doctor Peter Admiraal, citado por Pierre Soulier, se declara en contra de los procedimientos que producen una muerte lenta y dolorosa. Opina que si se trata de provocar la muerte para evitar un sufrimiento intolerable, le parece mucho menos hipócrita recurrir a la eutanasia activa para que el

enfermo caiga rápidamente en coma y la muerte sea inmediata y sin dolor. En caso de decidir la interrupción de las medidas que mantienen la vida, habría que dar al mismo tiempo dosis elevadas de morfina para evitar el dolor y, en tal caso, la actitud no sería de ninguna manera pasiva.³¹ Nosotros creemos que sería necesario dejar planteada una pregunta al respecto. Además de la gran diferencia, en cuanto al sufrimiento, que puede evitarse al optar por la eutanasia activa en lugar de la pasiva, ¿existe realmente entre ambas una diferencia en lo que respecta a la moralidad?

Lo cierto es que no todos los médicos piensan que ayudar a morir va en contra de la esencia misma de su profesión, que es curar y prolongar la vida. Algunos consideran que la responsabilidad hacia sus pacientes incluye intentar aliviarlos hasta el final, y que la eutanasia activa podría ser la solución, aun cuando esto implique actuar fuera de la ley, con todos los riesgos que ello supone. Éste fue el caso del médico que ayudó a morir a Lilian Boyes, en 1992, con una inyección de cloruro de potasio cuando ella así se lo pidió. La había atendido durante 13 años y la conocía muy bien, porque mantenía con ella una relación cercana. Este médico británico consideró su deber cumplir la promesa de no dejarla sufrir, pero el juez que llevó su caso vio las cosas desde otra perspectiva (el médico fue denunciado por una enfermera católica que leyó el informe de la inyección). El juez cuestionó que el médico hubiera permitido que la compasión por su paciente se impusiera sobre su deber profesional, y consideró que su acción, además de criminal, había sido una traición a su obligación médica. Inicialmente el doctor fue sentenciado a un año de prisión, pero se suspendió el castigo y se le permitió seguir trabajando con la condición de que lo supervisara otro médico.³²

3.2. Personas inconscientes

En la práctica se presentan diversas situaciones en las que es preciso decidir si se dan, se continúan o se interrumpen tratamientos para mantener con vida a pacientes que no pueden expresar su voluntad porque se hallan en estado inconsciente. Estas situaciones son muy diversas. Incluyen desde casos de personas con fallas cardíacas (entre las cuales también pueden variar mucho las probabilidades de que tengan una recuperación exitosa si se aplican algunas medidas médicas de urgencia), hasta casos en los que se ha producido tal daño en los individuos, que la posibilidad de volver a tener una vida consciente queda totalmente descartada. Para esta diversidad de situaciones existen algunas guías que pueden orientar para tomar decisiones. Así, por ejemplo, en los hospitales se establecen de manera formal e informal políticas que sirven para definir en qué casos se aplican medidas de resucitación cardiopulmonar, según se considere que vale la pena o no la supervivencia que se conseguirá en cuanto a tiempo y calidad. Algunas veces son los mismos pacientes los que especifican qué querrían en caso de que se presentara este tipo de situación.³³

De todos modos, es un hecho que tales políticas son insuficientes y que las voluntades de los pacientes son desatendidas con frecuencia porque los médicos, enfermeras y técnicos, muchas veces responden automáticamente, de acuerdo con un precepto adquirido a lo largo de su formación, y arraigado por su práctica, que establece que su deber es salvar vidas antes que nada. Sherwin Nuland reflexiona sobre la dramática y crítica situación que vive el personal médico cuando realiza procedimientos de reanimación. Él mismo participó innumerables veces en ellos, en ocasiones dirigiéndolos, e irónicamente los describe como “encarnizadas luchas emprendidas por toda una tropa médica”. Reconoce el indudable beneficio que representa este recurso tecnológico, pero también los inconvenientes que puede introducir cuando se aplica indiscriminadamente. La dificultad radica en que cada caso es singular y cada situación es terriblemente crítica, porque debe actuarse contra el tiempo para evitar un daño irreversible en el cerebro. Por eso, se diga o no abiertamente, en muchas ocasiones los que intervienen en una resucitación cardiopulmonar lo único que saben es que luchan no sólo contra la muerte, sino también contra sus propias incertidumbres y preguntas: “¿estamos haciendo lo que debemos?, ¿vale la pena o deberíamos dejar a esta persona tranquila?”³⁴

Y así como hay pacientes que piden no ser reanimados, hay otros que exigen que se haga todo para mantenerlos con vida el mayor tiempo posible, sin importar que estén agotadas sus probabilidades de recuperación. Éste es el caso que señala Dworkin de una mujer viuda de 76 años que después de una operación de corazón abierto sobrellevó crisis tras crisis sin poder abandonar la unidad de cuidados intensivos. Cuando sufrió un paro respiratorio, ya conectada a un ventilador, la hija negó su consentimiento a la sugerencia de los médicos de que no se aplicara la resucitación a su madre, pues se apegó a una tradición familiar según la cual tenía que luchar hasta el final.³⁵

Pero en este apartado, a Dworkin le interesa principalmente analizar los dilemas que plantean casos de pacientes inconscientes que no están próximos a morir, pero que nunca van a recuperar la conciencia. Son enfermos que se encuentran en estado vegetativo persistente: no piensan ni sienten y pueden vivir por mucho tiempo si reciben hidratación y alimentación por entubación. Según Dworkin, se calcula que hay entre 5 000 y 10 000 pacientes en tal condición en los Estados Unidos,³⁶ dato que difiere bastante del que da Peter Singer basándose en un estudio de 1994 que calcula que son entre 10 000 y 25 000 adultos, y entre 4 000 y 10 000 niños, los que se encuentran en esta condición. Singer comenta la diferencia que existe respecto a Gran Bretaña, en donde el cálculo del total de pacientes en tal estado fluctúa entre 1 000 y 1 500.³⁷ Si se considera la diferencia poblacional entre ambos países, la proporción de pacientes en estado vegetativo persistente es mucho mayor en los Estados Unidos,³⁸ lo que en parte puede explicarse por el hecho de que en este país existe una mayor resistencia entre los médicos a decidir, de manera discrecional, el retiro del equipo que mantiene artificialmente la vida, lo que hace que los casos sean llevados a las cortes, donde tienden a fallar por la prolongación de la vida.³⁹

A propósito de estos datos, resulta interesante comparar las resoluciones que se dieron en los dos países ante dos casos, más o menos contemporáneos, de jóvenes en estado vegetativo persistente. Ambos conservaban la capacidad para respirar por sí mismos, pero requerían hidratación y alimentación artificial. Se trata de Nancy Cruzan, en los Estados Unidos, y Anthony Bland, en Gran Bretaña.

En 1983, Nancy Cruzan, de 26 años, sufrió un accidente automovilístico a consecuencia del cual quedó sin capacidad respiratoria. Una vez que se atendió y restableció su respiración, se determinó que había una lesión cerebral irreversible debido al tiempo que había permanecido sin oxígeno. Aunque en las primeras semanas fue capaz de ingerir algunos alimentos oralmente, después se le implantó un tubo para alimentarla e hidratarla. Una vez que resultó evidente que Nancy no tenía ninguna posibilidad de recobrar sus facultades mentales, los padres solicitaron que se le retirara la alimentación artificial. Estaba claro que al hacerlo se produciría su muerte, por lo que el personal del hospital se negó a actuar sin una orden judicial.⁴⁰ De ese modo se inició un proceso legal que duraría siete años, hasta que los padres consiguieron el permiso para dejar morir a su hija. Un primer juez de Misuri había consentido que se retirara la alimentación artificial con base al derecho, garantizado por la constitución estatal y federal, de rehusar un procedimiento para prolongar la vida. Se apoyaba en el testimonio de los padres de que su hija había expresado en diversas ocasiones que no hubiera querido que la mantuvieran viva en tal condición. Sin embargo, el defensor asignado a Nancy sintió la responsabilidad de apelar, y la Suprema Corte de Misuri determinó que la ley de ese estado no permitiría que se retirara el apoyo a menos que hubiera pruebas claras de que la paciente hubiera querido eso, para lo cual tendría que haber dejado un testamento de vida firmado por ella en el que expusiera su voluntad. De no contar con un documento probatorio, el Estado estaba obligado a preservar la vida de Nancy por el deber que tenía de respetar la santidad de la vida. La corte consideraba que la comunidad de Misuri tenía razones legítimas para mantenerla viva, aun cuando eso fuera en contra de los derechos e intereses de ella misma, ya que era intrínsecamente malo que alguien muriera deliberada y prematuramente.⁴¹

Los padres apelaron a la Suprema Corte de la Nación argumentando que su hija tenía el derecho constitucional para que se le permitiera morir, pero la Suprema Corte no decidió si debía permitirse el retiro del tratamiento, sino que respaldó a la corte de Misuri en su derecho de tomar decisiones propias y de pedir la evidencia que demostrara la voluntad de Nancy. Unos meses más tarde de esta decisión, el estado de Misuri concedió a Nancy el derecho a morir al aceptar como evidencia el testimonio de unos amigos que declararon que ella había indicado que preferiría morir antes que verse en la situación en que estaba. En su tumba, junto con el día de su nacimiento, en 1957, están grabadas otras dos fechas: una de 1983, “El día que se fue”, y la de 1990, “El día que descansó en paz”.⁴²

Anthony Bland era un muchacho de 17 años, apasionado del fútbol, que en 1989 asistió a la semifinal en que jugaba su equipo favorito en Sheffield, Inglaterra. Cientos de aficionados intentaron entrar cuando el partido empezó, lo cual produjo un terrible

accidente en el que murieron 95 personas. Anthony fue aplastado por la multitud y sus pulmones y cerebro quedaron sin oxígeno tanto tiempo que cayó en estado vegetativo persistente.⁴³ Ni la familia de Anthony, ni el médico a su cargo, ni el médico consultado por éste, ni el mismo hospital, veían algún beneficio en alimentar artificialmente al muchacho para mantenerlo vivo. De no ser porque se estaban investigando judicialmente las muertes causadas por el desastre del estadio, se hubiera procedido como es común en Gran Bretaña cuando todos los involucrados están de acuerdo: se hubiera retirado el tratamiento y se hubiera esperado que sobreviniera la muerte una o dos semanas después. Sin embargo, el médico responsable consideró prudente informar al investigador del accidente, quien le advirtió que corría riesgos de ser acusado de homicidio, a pesar de coincidir con él en que no tenía sentido prolongar la existencia de Anthony.

El juez al que se acudió para decidir el caso confirmó el riesgo que habría corrido el médico pues, aunque ha sido costumbre que los médicos, basándose en su propio juicio y la ética médica, tomen decisiones para interrumpir tratamientos que prolongan innecesariamente la vida, ha habido doctores y enfermeras que creen en la santidad de la vida por encima de todo, por lo que denuncian tales hechos a la policía.⁴⁴ Fue necesario llevar este caso hasta la Cámara de los Lores,⁴⁵ porque el defensor que nombró el Estado para garantizar los derechos de Anthony se opuso a la decisión de los jueces que autorizaron a los padres a retirar el tratamiento, primero en la División Familiar y luego en la Corte Suprema inglesa.⁴⁶ Aun cuando el defensor estaba de acuerdo en que el muchacho nunca recobraría la conciencia, se oponía a que se le dejara morir, porque legalmente eso correspondía a un homicidio.⁴⁷

En la Cámara de los Lores, lord Hoffmann, basándose en lo que pudo conocer de Anthony Bland a través de quienes estuvieron más cerca de él, determinó que debía admitirse que, si fuera posible que el muchacho eligiera, hubiera preferido morir y no vivir en las condiciones en que se encontraba. A pesar de que el respeto a la santidad de la vida aconsejaba mantenerlo vivo, el respeto al principio de autodeterminación justificaba que la ley le permitiera morir.⁴⁸ Al describir la condición de este joven, lord Hoffmann concluyó con una reflexión que siempre debería tenerse en cuenta al juzgar peticiones como la de los padres de Anthony: “Su cuerpo está vivo, pero no tiene vida en el sentido en que la tiene incluso el ser humano más lamentablemente incapacitado que sí tiene conciencia. Pero los avances de la medicina moderna podrían mantenerlo en ese estado por años, incluso por décadas.”⁴⁹ Como señala Singer, los jueces tuvieron la sensibilidad de encontrar una solución legal que permitiera poner fin a una tragedia que, de por sí, era terrible.⁵⁰

Ambos casos fueron de gran relevancia en sus países respectivos por el precedente que sentaron. La petición para interrumpir la vida de Nancy Cruzan fue la primera que se solicitó ante la Suprema Corte de los Estados Unidos,⁵¹ y sirvió para reconocer que las personas competentes tienen un derecho constitucional a que se les retire el mantenimiento de vida artificial en caso de caer en estado vegetativo persistente. Con la

experiencia de este caso, en los hospitales se crearon políticas para que los pacientes pudieran dejar directivas para prever el caso de que quedaran en esa condición.⁵²

El caso de Anthony también sentó un precedente histórico. Sin duda, significó un dolor adicional para los padres el hecho de que una solución que hubiera podido tomarse fácilmente tuviera que posponerse y decidirse judicialmente. Pero la importancia del caso radica en que se cuestionó en el sistema legal británico (muy influyente en países como Canadá, Australia y Nueva Zelanda) el apoyo médico artificial en casos de pacientes en estado vegetativo persistente, y que se otorgó el permiso legal para que los médicos dejaran morir a tales pacientes.⁵³

Ahora bien, es necesario señalar que no todos los familiares de pacientes en estado vegetativo persistente son de la opinión de que se retire el soporte que los mantiene con vida. Helga Wanglie, una mujer activa de 85 años, después de sufrir una severa anoxia a causa de paros cardio-pulmonares durante el tratamiento por rotura de cadera, cayó en estado vegetativo persistente. El centro médico sugirió suspender el tratamiento (sin que influyeran en esa recomendación los costos del tratamiento, pues éstos eran cubiertos por un seguro), pero el marido rechazó esta opción y la juez que atendió el caso respaldó su decisión por considerarlo un tutor competente para defender los intereses de su esposa.⁵⁴

Cabe mencionar que el costo económico tampoco fue una variable que influyera en la solicitud de los padres de Nancy Cruzan ni en los de Anthony Bland, cuyos tratamientos corrían a cargo del gobierno. Sin embargo, el costo económico a que asciende el apoyo médico de pacientes en estado vegetativo persistente no puede ignorarse. Al estado de Misuri le costó 130 000 dólares al año mantener a Nancy con vida.⁵⁵ Hablamos de cifras muy altas si pensamos en la insuficiencia de los recursos de salud para cubrir necesidades de otras personas. Raanan Gillon sugiere que en un sistema de salud con recursos limitados lo más apropiado sería, después de un tiempo establecido, interrumpir el tratamiento a pacientes en estado vegetativo persistente. Señala que llegará el día en que una autoridad de salud acuda a la corte para que le permitan retirar un tratamiento de mantenimiento artificial de vida cuyos costos serían injustificados en un contexto de recursos escasos.⁵⁶ ¡Los tiempos cambian!⁵⁷

3.3. Personas conscientes, pero incompetentes

Es la situación de personas con demencia, un síndrome progresivo con declive de las funciones cognitivas, especialmente de la memoria, acompañado de un deterioro en el control emocional, en el lenguaje y en la conducta social. Ocurre principalmente en la enfermedad de Alzheimer, pero también en los trastornos cerebrovasculares y en otras condiciones que afectan al cerebro. Aunque puede empezar en cualquier edad, se presenta más frecuentemente en las personas mayores y no existe curación. Como lo único que puede lograrse es retrasar un poco el deterioro, las personas con demencia, de manera inevitable, se vuelven gradualmente incapaces de valerse por sí mismas.⁵⁸

En los últimos estadios de la enfermedad de Alzheimer, que puede durar entre cuatro y 12 años, los pacientes pierden prácticamente toda la memoria, no tienen conciencia de una vida anterior y sólo ocasionalmente reconocen y responden a otros, aun cuando se trate de las personas más cercanas. Los enfermos apenas pronuncian alguna palabra, tienen incontinencia, se caen y no pueden caminar ni comer.⁵⁹ Éste es el cuadro al que sabe que va a enfrentarse una persona informada de que padece esta enfermedad en sus primeras etapas, y en esta situación se vio una mujer a la que nos referimos anteriormente, Janet Adkins, famosa por haber sido la primera persona a la que el polémico doctor Jack Kevorkian ayudó a morir.⁶⁰

También Dworkin se basa en el caso de esta mujer de 54 años para reflexionar sobre las consecuencias que acarrearán las decisiones relacionadas con la terminación de la vida en personas conscientes, pero incompetentes. Para entender su complejidad es muy útil conocer la situación que vivió Janet Adkins, quien no llegó a la incompetencia porque prefirió morir antes de que avanzara el deterioro intelectual y quedara impedida para tomar una decisión.⁶¹ Janet Adkins podría haber disfrutado algún tiempo más de vida si hubiera tenido la seguridad de que no se le dejaría llegar a la situación que tanto temía, pero éste es el dilema ético que Dworkin plantea: ¿cómo hacer valer la decisión que toma una persona competente respecto al final de su vida para que se aplique en el futuro, cuando ésta sea incompetente?, ¿cómo se podría dar efecto a la voluntad de terminar con la vida de una persona que está consciente y da muestras de querer seguir viviendo? (lo que suele suceder con las personas que llegan a estadios avanzados de la enfermedad de Alzheimer).⁶²

Con estas preguntas en mente hay que analizar la decisión de Janet Adkins, que en principio podría parecer precipitada. De hecho, así la han calificado diversos autores que critican a Kevorkian, sobre todo por el hecho de que la primera paciente a la que ayudó a morir se encontraba apenas en una etapa temprana de la enfermedad de Alzheimer. También se ha criticado que este médico, siendo patólogo y no clínico, haya actuado sin el conocimiento ni la experiencia necesarios para juzgar adecuadamente otras alternativas médicas para los enfermos que le solicitaron ayuda, o para valorar si lo hacían influidos por un estado depresivo. Se le ha censurado, además, por haber ayudado a morir a personas con las cuales no tenía una larga y profunda relación, por no revisar toda la información disponible sobre sus enfermedades, y por haber estado dispuesto a ayudar a enfermos a suicidarse cuando los médicos expertos dudaban de su pronóstico.^{63, 64}

Sin embargo, estas críticas no parecen fundadas en el caso de Janet Adkins cuando se revisa el relato que hace el mismo Kevorkian desde que tuvo el primer contacto telefónico con el esposo, a finales de 1989. Éste describe a Janet como una mujer extraordinaria, hábil, activa, esposa, madre, abuela, amiga muy querida, música, escaladora y amante de la vida al aire libre. Ella sabía lo que suponía el diagnóstico que le habían dado y había decidido que no viviría para experimentar el horror de un final semejante. Kevorkian apoyó la decisión que ella tomó primero de entrar a un programa experimental para probar un fármaco nuevo, porque era importante que agotara toda

intervención médica potencialmente beneficiosa. En la siguiente comunicación, en abril de 1990, los Adkins le informaron que el programa se había interrumpido por la poca efectividad del medicamento y le solicitaron el suicidio asistido mediante el aparato que había inventado. Kevorkian estaba consciente de que Janet no era una enferma terminal, y aunque sabía que sería blanco de críticas, consideró que el deterioro que ella estaba sufriendo justificaba su solicitud; además estaba consciente de que el tiempo apremiaba. Revisó su expediente y consultó con el médico de Janet, quien se opuso a la idea del suicidio y manifestó que su paciente todavía podría estar bien un año más, lo cual no coincidía con los datos que ella y su marido aportaban a Kevorkian. Éste se dio cuenta, en las entrevistas con Janet, de que ella aún era mentalmente competente y que no estaba deprimida, pero su memoria fallaba muchísimo y le afligía no recordar aspectos del tema sobre el que conversaban.⁶⁵ La nota final de Janet Adkins, escrita la mañana de su muerte, en junio de 1990, testificada por su marido y su mejor amiga, confirma la valoración de Kevorkian:

He decidido quitarme la vida por las siguientes razones. Ésta es una decisión tomada en estado mental normal y profundamente meditada. Tengo la enfermedad de Alzheimer y no quiero dejarla progresar más. No quiero que mi familia ni yo misma tengamos que soportar el sufrimiento de esta terrible enfermedad.⁶⁶

Veamos ahora la situación de personas conscientes e incompetentes en quienes la enfermedad progresa hasta el grado de convertirlas en individuos que no tienen una idea de lo que fueron ni de lo que son. Dworkin nos habla de Margo, una mujer de 54 años que padecía la enfermedad de Alzheimer. Vivía en su departamento, y un asistente la cuidaba y la vigilaba para que no se escapara y deambulara en camisón. El estudiante de medicina que la conoció y le habló a Dworkin de ella le comentó que algunas de las actividades en que ella se ocupaba eran leer sentada en una mecedora (en realidad sólo veía y pasaba desordenadamente las páginas de un libro), pintar una y otra vez el mismo dibujo y comer sándwiches de mantequilla de cacahuete, lo cual disfrutaba enormemente. Por un lado, al estudiante le parecía lamentable que la mujer no pudiera retener nada en la memoria, pero también se sorprendía porque parecía una de las mujeres más felices que hubiera conocido.⁶⁷

Supongamos ahora, como nos propone Dworkin, que Margo, antes de su enfermedad, consciente y racional, hubiera establecido que en caso de quedar demente no debería recibir tratamiento si padeciera una condición de riesgo, y que, incluso, hubiera pedido que se terminara su vida de manera rápida y sin dolor. ¿Cómo podría respetarse esa decisión, si la persona a la que habría de quitarle la vida se veía tan feliz? Se podría responder que no sería posible respetar tal decisión porque no son válidas las decisiones que hace una persona sobre una condición que no ha experimentado. Además, se puede argumentar que la autonomía no puede obedecerse cuando ha desaparecido, como sucede con los dementes.

Cuando ya no existe la capacidad para tomar decisiones racionales, el derecho a la autonomía le da su lugar al de beneficencia. Por una parte, el criterio que guía las

acciones para tratar a personas en esta condición es la defensa de sus intereses, los cuales ciertamente se limitan a los que Dworkin llama experienciales, puesto que los críticos ya no están presentes. Por otra parte, quien queda demente debe ser tratado con dignidad, un derecho común a todos los seres humanos, correlativo al valor intrínseco de la vida humana y que merece todavía más respeto en quien no tiene manera de exigirlo.⁶⁸

Todos éstos son buenos argumentos para considerar moralmente adecuado oponerse a apresurar la muerte que una persona demente hubiera solicitado en el pasado, antes de enfermar. Sin embargo, no puede ignorarse, como lo señala Dworkin, que de esa manera, más que respetar la autonomía, se vulnera.⁶⁹ David Degrazia se ocupa también del problema que plantea obedecer lo que se conoce como directivas adelantadas⁷⁰ en el caso de pacientes con demencia muy avanzada. Lo llama “el problema de algún otro”, porque en un sentido significativo el individuo demente, severamente dañado, es diferente de la persona que era antes del trastorno. El estado de demencia causa la pérdida de la personalidad, es decir, de lo que da identidad a una persona como tal. Por ello, es muy cuestionable validar que lo que alguien quería para sí mismo se aplique a “algún otro”.

La decisión de Janet Adkins motiva diversas reflexiones. Es del tipo de personas a las que les importa tanto la forma de vivir el tiempo final de su vida como la forma de morir, motivo por el cual piden ayuda para terminar con su vida. Sin embargo, el respeto a la voluntad de los enfermos que establecen bajo qué circunstancias no quieren vivir sólo parece factible para los pacientes conscientes y competentes y para los que se encuentran en estado inconsciente de manera irreversible, a pesar de que para estos últimos todavía existe controversia al respecto. Parece imposible, desde el punto de vista ético, respetar la voluntad de alguien que pide que se termine con su vida cuando esté consciente e incompetente, como sucede en un estado avanzado de demencia. La única salida viable para quien sabe que padece una enfermedad que progresará hacia la demencia, y que quiere asegurarse de que no vivirá y morirá como demente, es la que eligió Janet Adkins: morir estando competente, aun cuando todavía querría seguir viviendo.

En el caso de Janet Adkins, más que cuestionar si fue apresurada su decisión, surgen interrogantes por el hecho de que haya solicitado ayuda para realizar un acto que parecería que ella misma podría haber llevado a cabo. Con frecuencia se argumenta que quien quiere suicidarse no tiene por qué comprometer a otros. Pero habría que entender que alguien que decide morir porque rechaza la forma de vida y de muerte que le impone una enfermedad, quiere hacerlo sin sufrimiento y asegurarse de no fallar, para lo cual necesita la ayuda de un médico, de alguien que le dé asesoría y facilidades para conseguir los fármacos necesarios. Janet sabía que no iba a obtener esa ayuda de su médico y por eso decidió recurrir a Kevorkian.

Es interesante mencionar que estudios recientes acerca de la información que dan los médicos a sus pacientes con demencia muestran que hay una gran tendencia a ocultar el diagnóstico y el pronóstico, muchas veces a petición de los familiares.⁷¹ No cabe duda de que la atención médica a personas con demencia plantea preguntas muy difíciles sobre

los límites de la autonomía individual y del paternalismo médico. Se puede argumentar que no tiene caso dar un diagnóstico y un pronóstico cuando no se puede ofrecer ninguna alternativa de curación, pero de esa manera se impide que los pacientes tomen decisiones sobre su vida cuando aún están en condiciones de hacerlo, como sucede en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer. Es posible que una de las razones por la que médicos y familiares prefieren ocultar este diagnóstico sea el temor de verse enfrentados a decisiones tan trascendentales como la de Janet Adkins.

Quizás una de las ideas más perturbadoras que suscita su caso es saber que en la medida en que aumenta la esperanza de vida también son mayores las posibilidades de encontrarnos, nosotros mismos, en una situación similar a la de esta mujer. Desde luego, podemos esperar que al mismo tiempo avance el conocimiento científico y existan opciones reales de tratamiento para la enfermedad de Alzheimer. Aun así, cuando llegue a superarse lo que ahora se padece como una enfermedad incurable y terrible, serán otras condiciones las que nos plantearán la misma necesidad de considerar algunas decisiones para el final de la vida. Con todas las limitaciones que hemos señalado, ésta es una confrontación que no deberíamos obviar para asegurar que ese desenlace inevitable sea, en lo posible, coherente con lo que hemos querido para nuestra vida.

4. LOS PRINCIPIOS Y LA LEY. LIMITACIONES Y CONTRADICCIONES

Después de ver la diversidad de situaciones en las que puede plantearse la necesidad de tomar decisiones sobre el final de la propia vida o de la vida de otros, nos damos cuenta de que no hay una regla o un principio que por sí solo sirva para saber qué corresponde hacer en cada circunstancia. Ni la autonomía, ni los mejores intereses, ni la santidad de la vida son suficientes, porque cada situación es única y exige analizar los elementos que la definen para encontrar la mejor solución. Los diferentes principios pueden verse, equivocadamente, como si fueran irreconciliables cuando entran en conflicto. Pero también pueden ser complementarios. En lugar de enfrentar la autonomía, o los mejores intereses de un individuo, con la santidad de la vida, se puede entender que alguien decida adelantar su muerte precisamente porque le concede un valor sagrado a su vida y no desea postergar un final cuando la vida que tanto aprecia ha perdido sentido. Desde luego, esto significa aceptar que las decisiones de las personas difieren entre sí, y que lo que para unos son los mejores intereses, para otros no.

Igual que Dworkin, creemos que el respeto a la libertad personal es un requisito indispensable en una sociedad democrática, aun cuando admitamos que no siempre se obtienen soluciones perfectas y aceptemos ciertas limitaciones para defender la autonomía. Todavía más inquietante es reconocer las contradicciones de la ley, explicables por el hecho de que su interpretación y los fallos judiciales que de ella derivan no pueden verse exentos de la subjetividad que influye en toda decisión humana. Cuando se tiene que solicitar el permiso judicial para buscar el respaldo legal de lo que se considera un derecho, el azar interviene en cierta medida, pues la decisión depende de

quién sea el juez responsable. Así lo vimos al revisar el caso de Nancy Cruzan, en el que aparecieron contrasentidos que otro juez podría haber evitado.

Al comparar su caso con el de Anthony Bland, el otro joven en estado vegetativo persistente, encontramos diferencias significativas. En Gran Bretaña se consideró más que suficiente el testimonio de los padres y de las personas cercanas a Anthony para determinar cuál hubiera sido su elección de haber podido expresarla en la situación en que se hallaba, y se permitió interrumpir el tratamiento porque se impuso el criterio de calidad de vida sobre el de santidad de la vida. En los Estados Unidos, el testimonio de los familiares y amigos se consideró insuficiente, a pesar de que con esos datos se podía tener una idea de la personalidad de Nancy y saber que ella no hubiera querido vivir en el estado en que se encontraba. Se insistió en exigir como prueba convincente un documento firmado por ella, a falta del cual se consideró que el Estado debía defenderla y prolongar su vida.

En el caso de Nancy Cruzan, los padres no tuvieron más opción que recurrir a la ley, pues los médicos del hospital se negaron a suspender el tratamiento. Sin embargo, tuvieron que enfrentar el hecho de que en el estado de Misuri la ley defendía algo que no eran los derechos e intereses de su hija, sino una idea abstracta del valor sagrado de la vida. En el juicio hubo jueces que analizaron de diferente manera los elementos y discreparon, aunque respetaron la sentencia del presidente de la Suprema Corte. Así que el resultado hubiera sido diferente y Nancy no hubiera vivido tantos años en estado vegetativo, si la conformación de la corte hubiera sido otra.⁷²

El juez Brennan consideró que no se respetó la autonomía de Nancy Cruzan y que se le había forzado a vivir la vida que ella había temido. También desaprobó que se ignorara el hecho de que personas como Nancy repudian la idea de una muerte innoble y una existencia caracterizada por la decrepitud física, y expresó que sí tenía consecuencias cometer el error de no retirar un tratamiento, porque eso le había importado a la persona cuando estaba consciente. Personas que sin la ayuda de la tecnología estarían muertas pueden llegar a convertirse en sujetos pasivos cuyos derechos no cuentan. Según este juez, lo más paradójico de la situación era que, en nombre de Nancy, el tribunal desatendió precisamente la voluntad de Nancy.

Por su parte, el juez Stevens planteó que no siempre coincide la defensa del derecho a la vida con la defensa de la libertad, y que cuando no se acepta esta realidad se cae en contradicciones inadmisibles, a tal grado que la sentencia de la corte equivalió a entregar a la ciencia el cuerpo de Nancy sin el consentimiento de ésta. Según este juez, el error de Misuri fue separar la vida (de Nancy) de la persona que la había vivido. La vida que decía defender el Estado había acabado cuando dejó de servir a los intereses de Nancy, pero en nombre de la santidad de la vida se negó la individualidad personal de esta joven, pues no se respetó su idea de cómo quería ser recordada después de su muerte.⁷³

Sin duda, este juicio implicó un dolor adicional para la familia de Nancy y debió despertar una gran desconfianza en los habitantes de Misuri que desearan que su voluntad fuera respetada cuando ya no estuvieran en condiciones de exigirlo. Pero el proceso demostró algo importante: lo equivocada que es la suposición de que, ante la

posibilidad de cometer un error, siempre es mejor impedir la muerte de una persona para evitar un daño que sería irreversible. Hay ocasiones en que la manera de evitar un daño es consintiendo la muerte. Esto debe tenerse presente al considerar la legalización de la eutanasia: puede haber daños tanto al legalizarla como al no legalizarla y en ambos casos deben considerarse los riesgos.⁷⁴

5. COMPROMISOS Y RESPONSABILIDADES

Es necesario que la sociedad avance en un análisis que permita al Estado revisar y definir su papel ante las decisiones de los individuos que desean adelantar su muerte, considerando el hecho de que en la actualidad la vida puede prolongarse en condiciones indeseables. Estas decisiones son la expresión de la autonomía personal que considera un derecho elegir la propia muerte ante la perspectiva de llevar una vida de sufrimiento y carente de sentido. El contexto de esta discusión es la atención médica, y su mayor complejidad radica en el hecho de que en estas decisiones están implicados otros, principalmente médicos, pero también familiares. Una de las riquezas del análisis de Dworkin es que se apoya en una variedad de casos que muestran lo que sucede en la vida actual. Así demuestra su preferencia de conectar la teoría con la práctica en un sentido que procede de “adentro para afuera”. Es decir, parte de los problemas prácticos que enfrentan las personas que tienen razones para querer adelantar su muerte (con el consecuente cuestionamiento de si la ley debe permitir la eutanasia y en qué circunstancias), hasta llegar a los argumentos filosóficos y teóricos para resolverlos. Descarta el otro sentido de “afuera para adentro” que toman las teorías generales de justicia, de ética o de la naturaleza humana, que después se aplican, generalmente de manera muy forzada, a los problemas concretos que enfrentan las personas.⁷⁵

En el proceso de revisión y análisis que requiere el tema de la eutanasia es fundamental reconocer que las emociones desempeñan un papel muy importante en las ideas de las personas. Dworkin refiere que cuando se retiraron los tubos que hidrataban y alimentaban a Nancy Cruzan hubo enfermeras que protestaron y lloraron, una reacción que responde a una idea que comparten muchas personas: siempre está mal el hecho de que se adelante la muerte de alguien, sin importar en qué situación se encuentre.⁷⁶ Si las enfermeras hubieran reflexionado más profundamente sobre la situación de la joven, podrían haber comprendido que lo verdaderamente triste había ocurrido muchos años antes, cuando Nancy perdió la conciencia, y que era todavía más triste impedir que los padres lloraran su pérdida.

Al intentar definir el valor sagrado o intrínseco de la vida dijimos que se trata de un concepto que comparte la sociedad, aun gente no religiosa, cuya raíz se localiza más en las emociones que en la razón. Por ello, en la polémica sobre la eutanasia es primordial que quienes intervengan en ella —idealmente toda la sociedad— revisen en su interior la

idea que tienen del valor sagrado de la vida, para evitar que influya en sus opiniones y actitudes sin ni siquiera estar conscientes de ello.

Todo lo que contribuya a comprender los elementos que intervienen en uno de los temas más controvertidos de la actualidad ayudará a alcanzar lo que Dworkin considera un objetivo esencial: que las responsabilidades individuales relacionadas con el final de la vida sean consideradas muy seriamente en la política.

¹ R. Dworkin, *Life's dominion. An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*, Nueva York, Vintage Books, 1994.

² Dworkin se refiere a la eutanasia en un sentido amplio, incluyendo las distintas formas en que se actúa para terminar con la vida de un paciente, tanto la voluntaria como la no voluntaria, en la que el paciente no está capacitado para solicitarla expresamente.

³ Por otra parte, resulta bastante contradictorio que en los Estados Unidos se proclame esta defensa de la santidad de la vida y se siga aplicando la pena de muerte.

⁴ Algunas citas de su libro son: "human life has inherent *sacred* value", "the idea of life's *intrinsic* value", "I shall call the latter sacred or *inviolable* values", "the *sanctity* of each human life". Véase *ibid.*, pp. ix, 69, 70, 81. (El subrayado es nuestro.)

⁵ *Ibid.*, pp. 69-72.

⁶ *Ibid.*, pp. 72-78.

⁷ El testimonio de Caivallet, quien ayudó a morir a su padre, y del médico holandés Aycke Smook, cuando relata sus sentimientos en la primera eutanasia que practicó.

⁸ *Ibid.*, pp. 70 y 84.

⁹ A. Calsamiglia, "Sobre la eutanasia", en R. Vázquez (ed.), *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, Instituto Tecnológico Autónomo de México/Fondo de Cultura Económica, 1999, pp. 151-175.

¹⁰ R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 90 y 92.

¹¹ J. Pohier, *La mort opportune*, París, Éditions du Seuil, 1998, p. 341.

¹² Se refiere a un estado en que el paciente ha perdido irreversiblemente la función de la corteza cerebral, normalmente como resultado de un traumatismo craneoencefálico. Algunos autores lo consideran equivalente a la muerte cerebral, pero otros discrepan por el hecho de que existe función del tronco cerebral. En este desacuerdo coinciden muchas consecuencias: la obligación de dar o no dar tratamiento para mantener la vida, como la hidratación y la alimentación; la posibilidad de usar o no usar los órganos de estos enfermos para trasplantes, y el elevado costo económico y de recursos humanos que supone la atención de estos enfermos. Véase J. Colomo, *Muerte cerebral. Biología y ética*, Pamplona, EUNSA, 1993, pp. 72-96.

¹³ M. Panicola, "Catholic teaching on prolonging life: Setting the record straight", *Hastings Center Report*, vol. 31, núm. 6 (2001), pp. 14-25, y M. Panicola, "Letter. Catholic views of life", *Hastings Center Report*, vol. 32, núm. 3 (2001), p. 5.

¹⁴ R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 208-213.

¹⁵ *Ibid.*, p. 27.

¹⁶ *Ibid.*, pp. 201-202.

¹⁷ *Ibid.*, p. 213.

- ¹⁸ *Ibid.*, pp. 183-190.
- ¹⁹ Mencionamos en la Introducción que los Países Bajos, Bélgica, Oregón (en los Estados Unidos) y Suiza, son una excepción. En el [capítulo V](#) revisamos la experiencia de los Países Bajos, sus cambios legales, así como los problemas que enfrenta y las soluciones que ha encontrado.
- ²⁰ Un argumento que demuestra que la llamada eutanasia pasiva no lo es tanto, pues implica una acción.
- ²¹ *Ibid.*, pp. 183-184.
- ²² En 1999 tuvo una hemorragia a consecuencia de un aneurisma de una arteria cercana a la médula espinal, de la que se recuperó casi por completo, pero se volvió tetrapléjica en febrero de 2001, a causa de un sangrado mayor. Véase C. Dyre, “Woman makes legal history in right to die case”, *BMJ*, vol. 324 (2002), p. 629.
- ²³ *El País* (7 y 23 de marzo de 2002).
- ²⁴ CNN.com, 22 de marzo de 2002.
- ²⁵ Z. Kmietowicz, “Woman who won right to refuse treatment dies”, *BMJ*, vol. 324 (2002), p. 1055.
- ²⁶ Es la posición de Timothy Quill, a quien citamos en el [capítulo I](#), y de Pierre Soulier, mencionado en el [capítulo II](#).
- ²⁷ C. Dyre, “Woman makes legal history in right to die case”, *BMJ*, vol. 324 (2002), p. 629.
- ²⁸ Contemporáneo a este juicio fue el de Diane Pretty, de 43 años, que padecía esclerosis lateral amiotrófica. Solicitó a los tribunales, primero británicos y después europeos, permiso judicial para que su marido la ayudara a terminar con su vida sin que éste corriera riesgo penal. Paralizada del cuello a los pies, dependiente de ayuda para todas sus necesidades e impedida para quitarse la vida por sí misma, quería evitar la angustiante experiencia de morir de asfixia pulmonar. No lo consiguió; la justicia le negó el derecho al suicidio asistido argumentando que el deber del Estado era proteger el derecho a la vida, el cual se debilitaría si respaldaba el derecho a la muerte. Véase *El País* (21 de agosto; 11 y 19 de octubre; 2 de noviembre de 2001; 24 de enero; 30 de abril; 13 y 14 de mayo de 2002).
- ²⁹ R. Dworkin, *op. cit.*, p. 184.
- ³⁰ *Ibid.*, p. 254. Debe quedar claro que quienes consideran preferible que se produzca la muerte de esos niños de manera rápida y sin dolor no lo proponen por el hecho de que sean niños con síndrome de Down, sino por el hecho de que sus padres ya han decidido que mueran (desde el momento que determinan que no se les opere de la obstrucción intestinal con que nacieron). Puesto que se sabe que esos niños van a morir, se trata de evitar que lo hagan de manera lenta y dolorosa. Javier Gafo, a quien revisamos en el próximo capítulo, también se refiere a la decisión de los padres de niños con síndrome de Down que niegan la intervención quirúrgica que les resolvería la obstrucción intestinal. Sin desconocer el efecto que causa en los padres el saber que su recién nacido tiene este síndrome, le parece inhumano que, por considerar indigna la vida del bebé, se le deje morir y no se le aplique una intervención que se haría a un niño normal, siendo que los niños con Down pueden alcanzar niveles importantes de relación interhumana. En este sentido, el caso de los niños anencefálicos se juzgaría de diferente manera, porque para ellos es imposible la más mínima relación interhumana. Véase J. Gafo, “Eutanasia y el derecho a morir en paz”, en J. Gafo *et al.*, *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1984, pp. 130-131.
- ³¹ J. Soulier, *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*, Madrid, Temas de Hoy, 1995, p. 214.
- ³² R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 184-185.
- ³³ *Ibid.*, p. 186.
- ³⁴ S. Nuland, *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Madrid, Alianza Editorial, 1995, pp. 53-55.
- ³⁵ R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 186-187.
- ³⁶ Este cálculo es para 1993, año en que se publicó por primera vez el libro de Dworkin.

³⁷ P. Singer, *Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics*, Nueva York, St. Martin's Griffin, 1996, p. 59.

³⁸ Se calcula que en 2003 la población en Gran Bretaña ascendió a 59.2 millones de habitantes, mientras que la de los Estados Unidos ascendió a 291.5 millones de habitantes. En comparación, los Estados Unidos tienen casi cinco veces más habitantes que Gran Bretaña, una relación mucho menor a la de los casos de pacientes en estado vegetativo persistente. Véase www.data.worldpop.org/datafinder.htm.

³⁹ P. Singer, *op. cit.*, p. 59.

⁴⁰ "Missouri contra Cruzan", en R. Baird y S. Rosenbaum, *Eutanasia: los dilemas morales*, Barcelona, Alcor, 1992, pp. 191-233.

⁴¹ R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 11-12.

⁴² P. Singer, *op. cit.*, pp. 61-62.

⁴³ R. Dworkin, *op. cit.*, p. 188.

⁴⁴ P. Singer, *op. cit.*, pp. 58-59.

⁴⁵ La Cámara de los Lores es la corte más alta en el sistema judicial británico.

⁴⁶ *High Court*, por encima de la cual está *The House of Lords*.

⁴⁷ P. Singer, *op. cit.*, p. 60.

⁴⁸ R. Dworkin, *op. cit.*, p. 188.

⁴⁹ P. Singer, *op. cit.*, p. 58.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 64.

⁵¹ El famoso caso de Karen Quinlan, quien en 1976 cayó en estado vegetativo persistente después de una sobredosis, no pasó de la corte de Nueva Jersey. Los padres, que eran católicos, sólo pidieron permiso para retirar el respirador artificial (considerado medida extraordinaria, a diferencia de la alimentación artificial, considerada medida ordinaria, distinción muy controvertida, sin duda). Para sorpresa de todos, Karen empezó a respirar por sí misma cuando se retiró el respirador y vivió 10 años más. Véase P. Singer, *op. cit.*, pp. 61-62 y 70-72, y D. Humphry y A. Wickett, *The right to die*, Oregón, Helmcock Society, 1990, pp. 107-108. Nos referimos a este caso en el siguiente capítulo.

⁵² R. Dworkin, *op. cit.*, p. 188.

⁵³ Peter Singer considera histórica para la ley británica la resolución del caso de Anthony Bland, porque respalda judicialmente lo que la práctica pone en evidencia: la necesidad de una revisión de la ética tradicional frente a las decisiones médicas al final de la vida. Véase P. Singer, *op. cit.*, p. 1.

⁵⁴ R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 188-189.

⁵⁵ P. Singer, *op. cit.*, p. 62.

⁵⁶ R. Gillon, "Persistent vegetative state, withdrawal of artificial nutrition and hydration, and the patient's 'best interests' ", *Journal of Medical Ethics*, vol. 24 (1998), pp. 75-76.

⁵⁷ Sin embargo, no queda tan claro en qué sentido han cambiado los tiempos en los Estados Unidos desde el caso de Nancy Cruzan. Cuando estamos por concluir este documento, la noticia del caso de Terry Schiavo nos hace dudar de que en este país se haya avanzado en materia de decisiones sobre la muerte de personas inconscientes. Terry Schiavo es una mujer de 39 años que lleva 13 en estado vegetativo persistente. Su esposo y representante legal obtuvo el permiso judicial para retirarle la alimentación artificial alegando que ella así lo hubiera deseado. Pero los padres de Terry no están de acuerdo con esa decisión y sostienen que la rehabilitación de su hija es posible, a pesar de que los médicos han descartado esa posibilidad. El caso se ha complicado mucho más desde que el gobernador de Florida, Jeb Bush, consiguió que se aprobara una ley con la cual ordenó volver a conectar a Terry. Se desató un debate para determinar quién debería decidir en casos así; pero también surgió una protesta, sobre todo de legisladores, cuestionando la acción del gobernador, que es considerada inconstitucional por muchos de ellos. El caso no termina de resolverse, pues mientras el abogado del esposo busca que se desestime la ley que llevó a reconectar a Terry, los padres han solicitado a un juez que dictamine que el esposo

sea sustituido por la hermana o el hermano de Terry para representarla legalmente. Véase *El País* (16 y 23 de octubre de 2003), *The Associated Press* (7 de noviembre de 2003). No podemos dejar de sorprendernos e indignarnos ante situaciones como ésta en que el destino de esta mujer (o el cuerpo con vida de esta mujer) se ha convertido en el objeto de discusión de un creciente número de interesados en decidir si debe o no mantenerse con vida. Lo único bueno que ha dejado este caso es que ha despertado la conciencia del público en general acerca de la importancia de reflexionar, elegir e informar por escrito sobre lo que se quiere y no se quiere para el final de la vida, tanto para los familiares como para los médicos personales.

⁵⁸ M. Marzansku, “Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 26 (2000), pp. 108-112.

⁵⁹ R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 218-219.

⁶⁰ Comentamos el caso en el [capítulo I](#), en el apartado 4.1, “Eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria”.

⁶¹ R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 189-190.

⁶² *Ibid.*, p. 190.

⁶³ T. Quill, *Death and dignity. Making choices and taking charge*, Nueva York/Londres, Norton & Company, 1994, pp. 124-125.

⁶⁴ Desde abril de 1999, Jack Kevorkian cumple una sentencia en la cárcel de un mínimo de 10 y un máximo de 25 años por asesinato en segundo grado. En septiembre de 1998 Kevorkian inyectó una droga letal a Thomas Youk, un enfermo terminal que le había solicitado ayuda para morir. Antes de este caso, Kevorkian se había limitado a practicar el suicidio asistido, pero esta vez, además de aplicar una eutanasia, grabó el procedimiento en un video que exhibió el programa *60 minutes*. Véase *El País* (14 de abril de 1999). (Jack Kervorkian fue indultado el 1º de junio de 2007 y murió el 3 de junio de 2011. [E.]

⁶⁵ J. Kevorkian, *Eutanasia. La buena muerte*, Barcelona, Grijalbo, 1991, pp. 259-270.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 267.

⁶⁷ R. Dworkin, *op. cit.*, pp. 220-221.

⁶⁸ *Ibid.*, pp. 226-237.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 229.

⁷⁰ *Advance directives*. Corresponden al testamento de vida que definimos en el [capítulo I](#). Son ampliamente aceptadas como base para tomar decisiones médicas en beneficio de pacientes que anteriormente fueron competentes. Estos documentos se reconocen como una extensión razonable de la autoridad que los enfermos tenían entonces. Véase D. Degrazia, “Advance directives, dementia, and ‘The someone else problem’ ”, *Bioethics*, vol. 13, núm. 5 (1999), pp. 374-391.

⁷¹ M. Marzansku, art. cit.; G. Pinner, “Truth-telling and the diagnosis of dementia”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 176 (2000), pp. 514-515.

⁷² “Missouri contra Cruzan”, en R. Baird y S. Rosenbaum, *op. cit.*, pp. 191-233.

⁷³ *Idem*.

⁷⁴ R. Dworkin, *op. cit.*, p. 198.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 29.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 193. Por otra parte, no puede ignorarse el efecto que produce ver a un individuo que está en estado vegetativo persistente o con muerte cerebral. El hecho de que parezca dormido porque su cuerpo sigue con vida (aunque sólo sea biológica) hace más difícil aceptar que en realidad está muerto como persona.

IV. LAS POSICIONES DEL CATOLICISMO FRENTE A LA EUTANASIA

TRADICIONALMENTE, las religiones han representado una influencia muy significativa en las valoraciones morales de los individuos. Aun cuando se vaya perdiendo este dominio en la medida en que las sociedades funcionan cada vez más secularmente, las convicciones religiosas subyacen de diferentes maneras en la mentalidad de los individuos y siguen presentes, en cierto modo, en el debate ético y legal que realizan las sociedades sobre diversos temas. Por otra parte, a lo largo de la historia, las religiones se han caracterizado por tratar de dar respuestas a los seres humanos para enfrentar el misterio y el terror que representa la muerte. Precisamente porque sirve de consuelo para superar la angustiada situación que significa acercarse al final de la vida, quienes profesan una religión no son indiferentes a lo que ésta señala respecto a la eutanasia.

En el apartado anterior, siguiendo las ideas de Ronald Dworkin, analizamos el papel que desempeña una idea de origen religioso (*el valor sagrado de la vida*) en las opiniones sobre la muerte médicamente asistida. En esta sección profundizamos en la posición de la religión católica respecto a la eutanasia, con el propósito de comprender mejor su influencia cuando se trata de opinar sobre el tema.

De todas las religiones, elegimos la católica por su predominio en la población de nuestro país, que corresponde al 88%.¹ Hay que tener en cuenta que dentro de esta mayoría se incluye una alta proporción de médicos y otros profesionales de la salud, quienes directamente enfrentan el problema en su práctica y se ven influidos por sus creencias al considerar la moralidad de la eutanasia.² Por otra parte, desde finales del siglo XIX la moral católica ha constituido una aportación cuantitativa y cualitativa muy importante en las publicaciones dedicadas a la reflexión de temas de ética médica.³ En el caso concreto de la eutanasia, la mayor oposición que han enfrentado los intentos por legalizarla en todo el mundo proviene de la Iglesia católica.⁴ Aun cuando su doctrina se basa en el mensaje contenido en la Biblia, pretende extender sus exigencias éticas a todos los hombres (sean católicos o no). Desde luego, cada vez es más cuestionada esta pretensión y se exige a los teólogos católicos que aclaren los razonamientos de sus contribuciones al discurso bioético, pues de otra forma resultan esotéricos para muchos y sólo aplicables a quienes comparten las mismas creencias.⁵

Las raíces de la posición católica respecto a la eutanasia se encuentran en el Antiguo Testamento, particularmente en el quinto mandamiento, que prohíbe matar. Este *No*

matarás ha sido utilizado para condenar el homicidio, el suicidio y, de manera extensiva, el aborto y la eutanasia.⁶ Es claro que el mensaje de la Biblia está sujeto a interpretación, y se debe tener presente el contexto histórico de la época a la que corresponde. Se entiende que la interpretación puede cambiar cuando se analiza el mensaje desde una perspectiva social diferente a la que prevalecía en el tiempo en que se escribió. Por otra parte, como veremos a lo largo de este capítulo, en una misma época puede haber enormes discrepancias entre diversas interpretaciones.

1. LA PROHIBICIÓN EN SU CONTEXTO HISTÓRICO

La prohibición de matar en el relato bíblico del Antiguo Testamento aparece en un contexto en el que el tema de la violencia ocupa un lugar importante que se traduce muchas veces en acciones homicidas. Dios mismo se manifiesta en ocasiones con una imagen violenta que impone castigos despiadados; a veces los ejerce él mismo y otras veces da órdenes de venganzas sin misericordia. La misma guerra aparece con un significado religioso. Según Javier Gafo, esta violencia puede comprenderse mejor si consideramos que estamos frente a un pueblo que debe luchar para sobrevivir.⁷ Pero además, se trata de una violencia que evoluciona paralelamente a la conciencia moral de Israel. En el Génesis se establecía: “por un cardenal⁸ mataré a un hombre”, mientras que en el Éxodo se ordena que el castigo no sobrepase al delito: “ojo por ojo, diente por diente... y cardenal por cardenal”. De manera que la ley del talión ya representa un avance, y éste va a ser mayor cuando, a partir del Deuteronomio, se prohíba la venganza que ya sólo le corresponde ejercer a Dios, hasta llegar a la exhortación de amar al prójimo como a uno mismo.

Y así como el hombre debe aprender a dominar su violencia, también la ira de Dios evoluciona: ya no surge por la irracionalidad, sino por motivos éticos. Al comparar la conciencia moral y la legislación de Israel con las de los pueblos vecinos, sobresalen su nivel ético y su humanismo, que se influyeron mutuamente y transformaron la imagen de Dios. “Se podría decir que Dios humaniza al hombre y el hombre humaniza a Dios.”⁹

Al revisar el Nuevo Testamento todavía se encuentra un elemento de violencia que es necesario entender. Con la dominación romana de Judea y Samaria, a Jesús le tocó vivir un clima de intensa agitación sociopolítica y de continuas sublevaciones. Muchos lo han considerado un provocador político que llegó a incitar a la fuerza, aunque al mismo tiempo sobran evidencias de que predicaba la paz y el amor entre los hombres.¹⁰ Según Hans Küng, se necesita tergiversar demasiado los relatos evangélicos para presentar a Jesús como un guerrillero, pues su objetivo fue proclamar la gracia y la misericordia de Dios. Pero eso no impide admitir que su mensaje fue revolucionario, porque intentaba cambiar la situación que imperaba y trataba de que se impusiera el orden divino sobre el mundo.¹¹

En los primeros años del cristianismo el homicidio fue condenado sin ninguna excepción, ni siquiera cuando se trataba de legítima defensa. Sin embargo, se admitieron algunas salvedades en relación con la terminación de la propia vida y se alabó la actitud de los mártires que adelantaban el momento de su muerte con acciones que corresponden al suicidio. A medida que avanzó la difusión del cristianismo, se admitió la fuerza como método de coerción para imponer la nueva religión a los paganos. Con Constantino se justificó el uso del poder por parte de la Iglesia, el cual se intensificó durante la Edad Media legitimando la guerra y defendiendo, desde san Agustín, la pena de muerte para los herejes. Esto no impidió que voces como la de Raimundo Lulio exhortaran a convertirse al cristianismo a través del amor y la oración.¹²

A partir de las primeras doctrinas cristianas se fue elaborando la moral católica, en la que prevaleció la tradición tomista que defiende el valor de la vida humana y mantiene la prohibición de matar, proveniente del Antiguo Testamento. Ésta se entiende como una prohibición de dar muerte al inocente (por oposición a lo que sería matar a un enemigo de guerra o a alguien culpable de delito). En cuanto al suicidio, Gafo afirma que son tres los argumentos clásicos por los que la moral católica ha condenado esta acción: 1) porque atenta contra la inclinación natural y la caridad hacia uno mismo; 2) porque atenta contra las obligaciones que el ser humano tiene para la sociedad de la que es parte; 3) porque viola los derechos de Dios, pues no le toca al hombre decidir el paso de esta vida a otra más feliz.¹³

2. LA MORAL CATÓLICA ACTUAL

Al revisar la moral católica sobre la eutanasia en la época actual encontramos que no hay una posición unánime. Por un lado, está la doctrina oficial de la Iglesia, representada por el Vaticano, la cual busca ponerse al día para establecer la verdad sobre lo que Dios espera del hombre al final de su vida, especialmente cuando sufre y se siente débil. Esta actualización de la postura eclesial se apoya en la idea de que es necesario defenderse de una cultura en favor de la muerte, pues debilita la espiritualidad y la moralidad, y se ve reflejada en quienes pretenden extender la práctica de la eutanasia.

Por otro lado, existe una posición que, aunque acepta los lineamientos del Vaticano, los cuestiona. Se trata de representantes de la Iglesia católica (teólogos y filósofos) comprometidos con la reflexión y difusión de su moral. Se guían por el mensaje evangélico y buscan orientar a la sociedad ante las influencias culturales negativas. Los valores católicos que defienden (la dignidad del ser humano, la inviolabilidad de la vida humana, la libertad, el amor, la solidaridad y la verdad) coinciden con los de otras concepciones laicas con las que esperan compartir un discurso racional ético.¹⁴

En el otro extremo de la posición oficial (aunque compartiendo mucho con la posición intermedia) se encuentran algunos teólogos que declaran que los argumentos basados en la fe, en verdades bíblicas o en revelaciones *ex cathedra* forman parte de un

discurso que tiene sentido sólo para los creyentes. Pero lo radical de su postura está en considerar que la eutanasia es una opción con la que deben contar los católicos. Según estos teólogos, hace falta revisar la interpretación de la palabra revelada, de manera que haga más justicia a la idea de un Dios que respeta la libertad del hombre y considera el amor un valor fundamental.

3. LA IGLESIA OFICIAL

La Iglesia ha seguido de cerca el debate que se ha desarrollado en las últimas décadas en torno a la eutanasia, y ha manifestado su preocupación por las expresiones y los movimientos sociales que la apoyan y piden su legalización. Con el fin de contrarrestar esta influencia, la Iglesia ha transmitido diversos comunicados y documentos en los que manifiesta una postura basada en una reflexión cuidadosa sobre el tema, asesorada por médicos y especialistas que le han ayudado a conocer con profundidad las necesidades de los enfermos terminales.

En 1980 el Vaticano publicó la *Declaración sobre la eutanasia*,¹⁵ en donde condena esta práctica en cualquier caso por considerarla un homicidio.¹⁶ Por otra parte, reconoce el dolor que sufre un enfermo terminal y, aunque enaltece el valor cristiano del sufrimiento, aprueba el uso de medicinas para aliviarlo, aun si éstas abrevian la vida. También desaprueba el encarnizamiento terapéutico¹⁷ y acepta el derecho a morir con dignidad, siempre que esto no implique provocar la muerte.

La *Declaración* introduce la terminología “medidas proporcionadas y desproporcionadas” para sustituir la de “medidas ordinarias y extraordinarias”, que solía utilizarse para determinar la obligatoriedad de las acciones médicas al final de la vida. Ésta se volvió inapropiada en la medida en que los avances tecnológicos convirtieron en “ordinario” lo que antes se consideraba “extraordinario”. Ahora se propone definir una medida como proporcionada o desproporcionada, teniendo en cuenta todas las condiciones físicas y morales del enfermo y las circunstancias que lo rodean: el grado de dificultad de la terapia que se le proporcionaría, el riesgo que conlleva, los gastos, y las posibilidades de conseguir un resultado beneficioso. Si se determina que las medidas son desproporcionadas, se considera lícito dejar de aplicarlas, decisión que corresponde a la *ortotanasia*. Ésta es la opción legítima de dejar morir en paz, renunciando a tratamientos que sólo prolongarían la existencia, siempre y cuando no se interrumpan las “curas normales” que requiere el enfermo. Finalmente, recomienda que las solicitudes de eutanasia de los enfermos se entiendan únicamente como peticiones angustiantes de ayuda, y no como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia.

En 1995 el papa Juan Pablo II dio a conocer la encíclica *Evangelium vitae*,¹⁸ con la cual ratificó la postura de la Iglesia sobre las prácticas médicas permitidas y las prohibidas al final de la vida, expuesta en la *Declaración* de 1980. Este “evangelio de la vida” hace hincapié en la necesidad de que la Iglesia defienda la vida contra todas las amenazas que

existen en el mundo. Entre ellas ubica al aborto y a la eutanasia, en el mismo conjunto en que sitúa al homicidio y al genocidio. Si bien se trata de una comunicación dirigida en primera instancia a los católicos, el papa espera que tenga eco en los demás individuos. Mientras que a los primeros los insta a revalorar la dimensión sobrenatural de la vida y entender los límites terrenales de ésta, a los segundos les pide reconocer, mediante la razón, el valor sagrado de toda vida humana. Es un llamado para insistir en que la protección del derecho a la vida es una obligación de todos, especialmente hoy, cuando éste se vulnera tan fácilmente en nombre de la libertad y, peor aún, con la pretensión de obtener el apoyo del Estado para dar muerte a personas, lo mismo al principio que al final de sus vidas.

El capítulo tercero de la encíclica se titula “No matarás. La ley santa de Dios”, y dedica un apartado específico a las prácticas médicas al final de la vida, con el subtítulo: “Yo doy la muerte y doy la vida (Dt. 32, 39): el drama de la eutanasia”. En él se condenan la eutanasia y el suicidio asistido, actos calificados como graves violaciones a la ley divina porque, se asevera, atentan contra la prohibición de matar que proviene tanto de la ley natural como de la palabra de Dios. El papa critica duramente que tales intervenciones se quieran justificar como actos compasivos que buscan terminar con el dolor y el sufrimiento, pues afirma que están motivados por una piedad falsa y pervertida. Según él, dar la muerte, como se hace en la eutanasia y el suicidio asistido, es un síntoma alarmante de un oscurecimiento de las conciencias y de una “cultura de la muerte”¹⁹ que no sabe soportar el sufrimiento y se rige por criterios utilitaristas que desechan a quienes se considera inútiles, débiles e improductivos. La verdadera compasión debe limitarse a acompañar a la persona en el proceso que vive al acercarse a su muerte, y aliviar en lo posible su padecimiento.

Al retomar el tema del dolor para el cristiano, el papa reconoce el comportamiento “heroico” de quienes renuncian al uso de analgésicos, pero reafirma que no es obligatorio y recomienda el apoyo de los cuidados paliativos y la supresión del dolor para que los enfermos estén en condiciones de atender las obligaciones morales, familiares y espirituales en un momento tan trascendental como el final de la vida. Igual que la *Declaración*, la encíclica reconoce legítima la administración de calmantes para aliviar los dolores, aunque éstos acorten la vida, pues de acuerdo con el principio de doble efecto, la muerte sería la consecuencia indeseable e indirecta de actuar para aliviar el dolor, objetivo buscado en primer término.²⁰ Desaprueba, en cambio, que se prive al enfermo de la conciencia “sin grave motivo” porque ello le impediría prepararse al encuentro con Dios. Es lícito renunciar a las medidas extraordinarias o desproporcionadas, decisión que debe distinguirse de la eutanasia y del suicidio, y entenderse como expresión de la aceptación de la condición mortal del hombre.

Aun cuando la encíclica plantea la importancia de partir de una definición clara de la eutanasia, opta por una poco precisa: “Por eutanasia, en un sentido verdadero y propio, debe entenderse una acción o una omisión que, por su naturaleza y en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.²¹ Esta definición no reconoce una diferencia por el hecho de que exista la petición por parte del enfermo de que se termine

con su vida. Simplemente considera una violación a la ley divina “todavía más grave” cuando se practica a una persona que no la pidió y nunca dio su consentimiento.²² En segundo lugar, se presenta la eutanasia como una decisión completamente trivial que se emplea para eliminar “cualquier dolor”.

El contenido de la encíclica coincide en gran medida con el de la *Declaración*, pero al resaltar la necesidad de defender la vida humana de las amenazas contra ella, el papa divide a la humanidad en aquellos que lo siguen y pertenecen a la “cultura de la vida”, y aquellos que lo desafían y que pertenecen a la “cultura de la muerte”.²³ El acierto que debe reconocérsele está en sus recomendaciones para asistir al enfermo terminal de manera solidaria y fraternal, respetando su vida, su dignidad y sus valores. También aplaudimos que resalte el carácter relacional de los seres humanos, rasgo por el cual nos definimos como seres esencialmente sociales que necesitamos dar y recibir de otros, de manera mucho más especial al final de la vida.²⁴

Desde la publicación de la *Declaración* hasta la fecha actual se han difundido otras comunicaciones que expresan la postura oficial del Vaticano sobre la eutanasia, junto con otras recomendaciones para la atención de las personas al final de su vida.²⁵ En todas ellas se transparenta el interés de contraponerse a los movimientos que apoyan la legitimidad y legalización de la eutanasia. Con esta intención se había publicado en 1993 un documento que condensa la doctrina de la Iglesia sobre esta práctica y que buscaba promover la reflexión sobre el tema, lo mismo entre católicos que entre los ciudadanos en general, especialmente entre quienes participan de manera directa en los cambios legislativos. *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*²⁶ ofrece una información general, clara y sencilla sobre el tema, siguiendo el mismo formato de una obra anterior dedicada al aborto. Pretende dar una perspectiva objetiva de los argumentos en favor y en contra de la eutanasia, pero no deja de ser un esfuerzo destinado a evitar su legalización, objetivo más importante después de que no pudo impedirse en España la despenalización parcial del aborto.

Más recientemente, en enero de 2003, el cardenal Joseph Ratzinger, prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe,²⁷ publicó la *Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política*, con lineamientos para que los políticos católicos intervengan en la vida social de sus países con el fin de preservar la cultura católica y defender la vida, lo cual significa rechazar el aborto, la eutanasia y la investigación con embriones.²⁸

4. PRINCIPIOS Y CONCEPTOS. SUPERACIONES Y EXCEPCIONES

La Iglesia se basa en la palabra revelada por Dios para establecer lo que está permitido y lo que está prohibido, pero busca la forma de incluir sus preceptos dentro de una ética objetiva, de manera que una serie de principios y conceptos sirvan para justificar racionalmente la moral católica.

4.1. Principio de la santidad de la vida

Este principio está relacionado con la idea de que Dios es el único que puede decidir el fin de la vida humana, razón por la cual la Iglesia prohíbe la eutanasia. Sin embargo, esta institución ha establecido excepciones en las que es legítimo terminar con la vida: 1) cuando se quita la propia vida o la de otro por inspiración divina²⁹ o de manera indirecta; 2) cuando se quita la vida en defensa propia, atendiendo al orden jurídico o en caso de guerra; 3) cuando se mata al tirano que carece de legítima autoridad.³⁰

4.2. Principio de doble efecto

Este principio ha tenido gran importancia en la moral católica. Se basa en el hecho de que las acciones humanas suelen tener uno o más efectos, y entre éstos pueden coexistir los positivos con los negativos. Una acción que produce más de una consecuencia se valora de acuerdo con aquella que la voluntad busca directamente. Será moralmente buena si el efecto directo es positivo, aunque de manera indirecta se produzca algún efecto negativo porque la voluntad no lo busca, sino que simplemente lo tolera. Con el principio de doble efecto la Iglesia justifica tanto la muerte que se produce como consecuencia de proporcionar medicamentos que sirven para aliviar el dolor, como la eutanasia pasiva. Sin embargo, existen dificultades para aplicar este principio, pues en muchas ocasiones la complejidad de las acciones humanas no permite distinguir cuál es el efecto que se busca provocar y cuál el que se tolera.³¹

A pesar de sus inconvenientes, reconocidos por el papa Pío XII en los años cincuenta, se ha seguido utilizando este principio. El *Catecismo de la Iglesia católica* de 1992³² recurre a él para justificar la muerte en defensa propia tal como lo hacía santo Tomás de Aquino. La acción de defender la propia vida tiene como efecto negativo la muerte del agresor, pero la legítima defensa es un derecho porque el amor a sí mismo constituye un principio fundamental de la moralidad, y puede llegar a ser un deber cuando uno es responsable de la vida de otros, del bien común de la familia o de la sociedad.³³ Resulta de interés revisar los argumentos que utiliza la Iglesia para aceptar la muerte en defensa propia, así como la pena de muerte, ya que estas acciones tienen en común con la eutanasia el hecho de provocar la muerte a una tercera persona, pero en la eutanasia (activa) no se aplica el principio.³⁴ Por lo que toca a la pena de muerte, el

Catecismo menciona el derecho y el deber de la legítima autoridad pública para aplicar penas proporcionadas a la gravedad del delito, sin excluir la que implica poner fin a la vida del agresor. Más adelante aclara que es preferible utilizar medidas incruentas, más conformes con la dignidad de las personas, cuando sean suficientes para proteger la seguridad de la sociedad.³⁵

Al valorar la pena de muerte, el *Nuevo catecismo holandés para adultos*³⁶ presenta una visión más crítica frente al hecho de que la Iglesia ha considerado lícita la pena de muerte. Admite el argumento de que la sociedad tiene derechos que no posee el individuo, pero cuestiona que se considere cristiano quitar la vida a un criminal. Que Cristo no haya abolido ni la guerra ni la pena de muerte (puesto que no está consignado explícitamente en el Evangelio) no significa que aprobara tales prácticas. Tampoco abolió otras formas de sometimiento como la esclavitud, porque no fue su tarea cambiar las estructuras de una sociedad que todavía debía madurar en lo moral, en lo espiritual y en lo relativo a su organización. Este catecismo señala que deben extraerse conclusiones del hecho de que Cristo dejó una doctrina basada en el amor—incluso a los enemigos—, que sirve de base para continuar haciendo los cambios necesarios. Considera que la Iglesia, al solidarizarse con el orden estatal establecido, ha fallado en diversas ocasiones al no hacer todo lo que estaba en sus manos para humanizar la legislación penal.³⁷

4.3. Principio de totalidad

Si bien este principio se utiliza poco en la valoración de la eutanasia, nos parece interesante presentarlo porque ejemplifica la necesidad que tiene la Iglesia de revisar y sustituir los principios utilizados para respaldar racionalmente sus valoraciones morales. El principio de totalidad, establecido por Pío XII, plantea que la parte existe para el todo y, por consiguiente, el bien de la parte queda subordinado al bien del todo. Se aplica, por ejemplo, para legitimar la amputación de un miembro del cuerpo que, de otra manera, amenazaría la integridad del organismo. La aplicación de este principio no siempre resulta clara, sobre todo al considerar distintas relaciones entre la parte y el todo.³⁸ Así, por ejemplo, el papa consideraba su aplicación subordinando el orden somático al orden psíquico, entendiendo al primero como la parte y al segundo como el todo, bajo el entendido de que el bien superior del ser humano es la finalidad espiritual que define a la persona como tal.³⁹

En la misma década en que se estableció este principio se convirtió en un impedimento para el revolucionario tratamiento de trasplante de órganos que estaba desarrollándose. Entonces, además de la sangre y de las córneas procedentes de cadáveres, los únicos órganos que se podían donar provenían de personas vivas que quisieran dar uno de sus riñones a un familiar cercano.⁴⁰ Aunque el papa Pío XII elogiaba la donación de córneas de cadáveres, prohibía la de órganos de donantes vivos, porque implicaba la mutilación personal del propio cuerpo por el bien de otra persona.

Fue necesario que diversos teólogos, con suficiente reconocimiento dentro de la comunidad católica, hallaran el modo de superar ese obstáculo justificando teológicamente que la obligación de la caridad debía estar por encima del principio de totalidad. De ese modo se permitió que las personas vivas donaran uno de un par de órganos, como es el caso de los riñones. Señalaban los teólogos que la prohibición de Pío XII debía entenderse en el contexto histórico en que se daba, como una protección hacia las personas expuestas a los abusos de la experimentación médica nazi, en la que los intereses del Estado se impusieron sobre los derechos de los individuos e ignoraron el valor de su integridad física.⁴¹ Por otra parte, era lógico que se diera la polémica sobre la legitimidad de la donación, incluso fuera de la Iglesia. Como señala Diego Gracia, en esa época la extracción de un órgano a una persona en buen estado de salud era una mutilación que se consideraba delito. Fue necesario revisar la ética médica de la época para justificar moralmente la donación de órganos de personas vivas bajo ciertas condiciones, y Gracia llama a esa revisión la “ética de la mutilación”.⁴²

4.4. Medidas ordinarias y extraordinarias

La sustitución de la terminología “medidas ordinarias y extraordinarias”, por la de “medidas proporcionadas y desproporcionadas” para actualizar los criterios de obligatoriedad de las acciones médicas sobre el final de la vida representa un avance, pero no evita la ambigüedad cuando hay que tomar decisiones sobre lo que debe hacerse y lo que debe evitarse.

Gafo señala, con toda razón, que una misma acción puede ser proporcionada o desproporcionada, en función del conjunto de condiciones que conforman la situación del enfermo. Así, por ejemplo, ante el problema frecuente que representa decidir la terminación de la vida de niños que nacen con anomalías, será decisivo considerar las posibilidades que tienen los recién nacidos de establecer niveles mínimos de relación interhumana. Será muy diferente la decisión en el caso de un niño con síndrome de Down que en el de un niño anencefálico. Al primero no debería negársele la aplicación de las mismas atenciones médicas que se proporcionarían a un niño “normal”, mientras que se consideraría una medida desproporcionada dárselas a un niño anencefálico para mantenerlo con vida, no por las acciones médicas que deben realizarse, sino por los motivos por los cuales se decidiría prolongar la vida a un niño para quien está excluida la posibilidad de alcanzar niveles mínimos de relación interhumana.⁴³

La dificultad para distinguir entre medidas proporcionadas y desproporcionadas, de acuerdo con la moral católica, se manifiesta al tomar decisiones sobre los pacientes en estado vegetativo persistente. En el capítulo anterior mencionamos en una nota el caso de Karen Ann Quinlan, la joven de 21 años que en 1975 quedó en este estado⁴⁴ por haber ingerido una sobredosis de pastillas combinada con alcohol. Gracias a la atención nacional que recibió el proceso judicial (en particular por la aflicción que significó para

sus padres adoptivos), su caso marcó un hito en la historia de los derechos de los pacientes comatosos, y el principio de la aceptación de la idea de que el apoyo de vida artificial puede discontinuarse cuando la situación de la persona es intratable e irreversible. Aunque no fuera lo más importante del caso, a todos sorprendió el hecho de que al retirarle el respirador artificial la joven siguiera respirando por sí sola y permaneciera en coma (alimentada por tubos). Murió en 1985, 10 años después de sufrir el accidente.⁴⁵ A pesar de que hayan pasado tantos años, sigue siendo un caso ejemplar para ilustrar los conflictos éticos que perduran en muchos católicos al tener que definir cuáles son las medidas ordinarias (o proporcionadas) y cuáles las extraordinarias (o desproporcionadas).

A los tres meses del accidente de su hija, los padres de Karen (que eran católicos) pidieron a los médicos que le retiraran el respirador artificial, al cual consideraban una medida extraordinaria, pero no la alimentación artificial, por ser una medida ordinaria. Los padres estaban convencidos de que actuaban de acuerdo con la voluntad de Dios, pero los médicos del hospital se negaron a retirar el respirador, objetando que sería un acto de homicidio, razón por la cual los padres solicitaron permiso judicial. Un primer juez de Nueva Jersey se lo negó argumentando que existía el deber de mantener el apoyo de vida artificial, porque Karen no cumplía los criterios de muerte cerebral que establecía el Comité de Harvard.⁴⁶ Fue necesario acudir a la Suprema Corte de Nueva Jersey, en donde se concedió el permiso para desconectar el respirador con base en el derecho constitucional a la privacidad, que permite a los familiares de un paciente incompetente discontinuar apoyos de vida artificial.⁴⁷

Al comentar este caso, Javier Gafo señala que la desconexión del respirador era legítima, pero no lo hubiera sido la interrupción de la alimentación artificial (que no fue solicitada por los padres), pues ésta es una necesidad primaria, aun si se hace con un procedimiento artificial, el cual, por otra parte, se ha vuelto bastante “ordinario”.⁴⁸ Gafo comenta que consideraría legítimo que a Karen no le hubieran tratado una infección pulmonar si ésta se hubiera presentado, lo cual habría causado su muerte. Yendo todavía más lejos, Gafo se pregunta si realmente existe tanta diferencia entre estas decisiones (desconectar el respirador y no tratar una infección pulmonar) y administrarle una sobredosis de morfina. Le interesa dejar claro que las diferencias entre cada una de estas acciones son graduales, por lo que es difícil dar valoraciones morales diferentes. Sin embargo, y aun admitiendo que las evidencias morales no son como las evidencias matemáticas (que se imponen a la conciencia sin ninguna duda), afirma que hay situaciones que deben distinguirse en términos morales. De manera que piensa que es aceptable la decisión de no utilizar medidas desproporcionadas, y la considera diferente, en términos morales, a la aplicación de una inyección letal a una persona en estado inconsciente, la cual le parece inaceptable. “La vida de un ser humano constituye un valor tan personal e intransferible que repugna la capacidad de poder disponer de ella sin poder saber cuál sería la voluntad del individuo.”⁴⁹

Por su parte, Peter Singer, al referirse al mismo caso, señala la falta de acuerdo para distinguir entre medidas desproporcionadas y proporcionadas. Se ha dicho que es éticamente aceptable retirar las primeras, porque son una carga adicional para el paciente, y porque la intención, al suspender ese tratamiento, es liberar al paciente más que producir la muerte (aun cuando sea previsible que esto sucederá, pues se considera un efecto indeseado conforme al principio de doble efecto). Singer señala que si Karen no tenía ninguna conciencia de lo que le pasaba, resulta claro que no se trataba de quitarle una carga (que no percibía), sino de provocar su muerte. La corte no lo consideró así y permitió que le retiraran el tratamiento (muerte que sorpresivamente no sucedió, puesto que Karen siguió respirando por sí sola).⁵⁰

Más que establecer la diferencia entre las medidas proporcionadas y desproporcionadas (antes ordinarias y extraordinarias), Singer considera necesario que las decisiones para aplicar o interrumpir un apoyo de vida artificial se basen en juicios sobre la calidad de vida de los pacientes. El obispo de Nueva Jersey, quien participó en el juicio de Karen, consideró que el uso de un respirador artificial era una medida extraordinaria, pero podría ser indispensable (ordinaria) en otra situación en la que el paciente tuviera un coma temporal y hubiera esperanzas razonables de recuperación. Estaría indicado también en una condición incurable en la que el enfermo estuviera consciente y necesitara la respiración artificial permanente para realizar y disfrutar otras actividades.⁵¹

4.5. Principio de administración

Que el hombre no es dueño de su vida, sino su administrador, es un principio de la moral católica por el cual se limita el poder del individuo para disponer de su cuerpo y de su existencia. Este principio impedía, junto con el principio de totalidad, la donación de órganos vivos antes de que los teólogos decidieran imponer sobre ambos principios el de la caridad para permitirlos.⁵² El principio de administración está muy ligado al principio de la santidad de la vida y, aplicado al tema de la eutanasia, establece que el hombre, aun cuando puede asumir decisiones sobre su vida, no puede tomar la última y definitiva: poner fin a su existencia.⁵³

Este principio cumplió una función muy importante en el pasado para evitar los abusos de los poderosos hacia los débiles, cuyas vidas no valoraban. Por eso se estableció que la vida era un bien del que sólo Dios podía disponer. Sin embargo, algunos teólogos cuestionan que se quiera mantener este principio en la actualidad, porque disminuye la autonomía del hombre al no permitirle asumir las últimas decisiones sobre su vida.⁵⁴

5. UNA POSICIÓN INTERMEDIA

Dentro de la Iglesia hay un movimiento que cuestiona la posición oficial, aun cuando no llega a distanciarse mucho de ella. Sus representantes son teólogos y filósofos que desean una bioética basada en principios cristianos en la que la fe no sustituya a la razón, sino que la ilumine. Al considerar el tema de la eutanasia, algunos de ellos coinciden con el Vaticano en la condena de esta práctica, y otros parecen dispuestos a aceptarla para casos excepcionales.

5.1. Javier Gafo

Ya hemos citado a este jesuita y teólogo,⁵⁵ quien considera que la eutanasia adquiere un sentido específico en la actualidad cuando se refiere al acto de poner fin a la vida de una persona enferma para quien no existen esperanzas de vivir en condiciones humanas. A diferencia del papa, marca una distinción con el homicidio, que sería el acto de quitar la vida a una persona cualquiera,⁵⁶ pero coincide con él al señalar que muchos enfermos piden la eutanasia porque no han recibido la ayuda que merecen. Esto lo explica por la influencia cultural que impide aceptar la muerte y tener una relación con los enfermos que están cerca de su fin.⁵⁷

Este autor piensa que es inadecuado condenar la eutanasia de manera definitiva, pues en ciertas situaciones no hay criterios suficientes para determinar por qué algunas decisiones sobre la terminación de la vida son válidas y otras no, por qué se permite la eutanasia pasiva y no la activa cuando a veces son poco claras las diferencias entre las situaciones en que se aplica una y otra. Aun así, Gafo se define en contra de la eutanasia activa y, si bien acepta que puede haber solicitudes de eutanasia activa conscientes y responsables, sólo acepta la muerte que sobreviene como consecuencia de administrar calmantes. Está convencido de que las cosas funcionan de diferente manera para quienes creen y para quienes no creen, ya que los primeros encuentran en el mensaje del Evangelio razones suficientes para no recurrir a la eutanasia y aceptar el final de la vida como un acto de obediencia y confianza en Dios.⁵⁸

Aun cuando Gafo admite que estas razones no sirven a los que no son católicos, piensa que éstos deberían considerar los riesgos sociales que traería la despenalización o la legalización de la eutanasia, que podrían llevar al abuso de la práctica. En primer lugar, porque habría una presión psicológica sobre las personas enfermas y viejas, quienes se sentirían obligadas a recurrir a una solución disponible para liberar a los demás de los costos económicos y emocionales que supone la atención de su enfermedad. En segundo lugar, porque daría lugar a la llamada “pendiente resbaladiza”, que llevaría a aplicar esta práctica a los débiles y discapacitados.⁵⁹ Según este autor, antes que pensar en la eutanasia como solución, habría que aprender a ayudar a los enfermos para que murieran de la mejor forma posible, mediante una atención integral y en compañía de las personas cercanas a ellos. Para lograr esto es necesario superar el terror que nos inspira la muerte, el mismo que nos impide dialogar con quienes se encuentran en el final de su vida.

5.2. José Vico Peinado

Este sacerdote y profesor de ética se ocupa extensamente del tema del dolor y la muerte desde la perspectiva de la teología católica en su libro *Dolor y muerte humana digna*.⁶⁰ Al final de esta obra revisa el tema de la eutanasia, ofrece una interesante valoración crítica de la postura católica tradicional sobre esta práctica, y cuestiona el hecho de que la Iglesia la condene en cualquier caso, sin tener en cuenta el contexto en el que se decide. Vico Peinado sostiene que el debate sobre la eutanasia debe ubicarse dentro de un conjunto de problemas más amplio, que es la atención del paciente al final de su vida. No sólo hay que considerar la calidad de vida, sino también la calidad de la muerte para que el enfermo se encuentre con ella en las mejores condiciones humanas.

Hoy en día se reconoce el derecho a morir dignamente, pero este reconocimiento exige aceptar también la responsabilidad de la sociedad hacia los enfermos que están cerca de su fin, quienes requieren cuidados de sus médicos, de la institución hospitalaria y de sus familiares. Todavía muchas personas se encuentran con la muerte en condiciones de frialdad y angustia en las unidades de cuidados intensivos, en donde se da una rigurosa supervisión técnica, pero se priva a los enfermos de estímulos sensoriales, de atención emocional y de comunicación.

Ayudar a morir humanamente implica definir los límites más allá de los cuales no se debe intentar prolongar la vida. En la práctica esto puede resultar muy difícil, ya que se dispone de una tecnología médica que ofrece una diversidad de posibilidades para sustituir las funciones vitales. Las decisiones médicas al final de la vida son diversas y para ellas se han creado nuevos términos. *Distanasia*, cuando se tiende a alejar lo más posible la muerte y la vida se prolonga utilizando medidas extraordinarias, sin que haya esperanzas de recuperación.⁶¹ *Adistanasia*, cuando se decide no prolongar la vida, para lo cual se omiten los medios y tratamientos que mantendrían vivo al paciente. Según Vico Peinado, el término *ortotanasia*,⁶² antes citado, se refiere a la justa relación entre la *distanasia* y la *adistanasia* (entre lo desproporcionado y lo proporcionado), para la cual existe una serie de criterios éticos católicos que de alguna manera hemos mencionado.⁶³

El cuestionamiento de Vico Peinado a la posición de la Iglesia se dirige al hecho de que ésta considere la eutanasia una acción intrínsecamente mala que sólo puede ser válida para los no católicos. Piensa que éste es un tema que debe discutirse en la bioética teológica para revisar si no hay situaciones en las que sería éticamente correcto aplicar la eutanasia activa, sin alejarse del mensaje cristiano. Es necesario reconocer el conflicto que se da en ocasiones entre el valor de la vida humana y el valor de morir dignamente. Por ello, debe dejarse abierta la pregunta sobre la legitimidad de la eutanasia en lugar de ignorar el tema. En algunos casos excepcionales, la única manera de lograr que haya una muerte digna es mediante la ayuda activa para morir. La Iglesia no ha dado una argumentación suficiente para explicar por qué siempre sería condenable la eutanasia.⁶⁴

La argumentación de Vico Peinado se centra en el valor de la muerte digna, y por tanto, le interesa distinguir esta práctica del homicidio y del suicidio. En la eutanasia se

trata de acortar un proceso de muerte ya iniciado que inevitablemente se va a dar, pero que, mientras llega, atenta contra el derecho del enfermo a morir dignamente. El acto de alguien que responde a una solicitud de eutanasia, expresada de manera libre por alguien que considera que ésa es la única forma de morir con dignidad, no puede equipararse al acto de alguien que quita la vida a un tercero en circunstancias diferentes y en contra de la voluntad del que muere. Según este autor, tampoco puede compararse la eutanasia con el acto de quien se suicida, pues mientras que en este último caso hay una pérdida de valores, éstos están presentes en un enfermo que pide ayuda para morir porque sobrepone el valor de la muerte digna al valor de la vida física.⁶⁵

Al revisar los diferentes argumentos que ha dado la Iglesia para condenar la eutanasia, Vico Peinado cuestiona la diferencia que ella establece entre la eutanasia pasiva, permitida, y la eutanasia activa, prohibida. Al permitir la eutanasia pasiva en determinadas circunstancias, la Iglesia reconoce que la obligación de conservar la vida no es absoluta y, por tanto, que puede ser éticamente correcto terminar con ella. Si el fin que se busca con los dos tipos de eutanasia es el mismo (permitir la muerte digna), no parece haber un argumento ético que justifique que ocurra la muerte digna sólo mediante la omisión y no mediante la acción.⁶⁶

Otro argumento que revisa este sacerdote, y que se utiliza con mucha frecuencia, es el que afirma que corresponde a Dios quitar la vida y que debe respetarse su voluntad, la cual se identifica con el proceso físico y biológico del hombre y su naturaleza.⁶⁷ Según esta idea, intervenir en el proceso de muerte para acelerarla equivale a poner en las manos del hombre lo que le corresponde hacer a Dios. Sin embargo, el autor comenta que, al postergarla, también se interviene en ese sentido, y que la medicina lo hace todo el tiempo.⁶⁸ En cuanto al trillado argumento de la pendiente resbaladiza, según el cual aceptar la eutanasia en unos casos llevaría a aplicarla de manera abusiva en otros, le parece que es un razonamiento que tiene peso psicológico, pero que carece de base teórica. La ética es cuestión de conocer dónde se establecen los límites, y ante acciones diferentes (como la eutanasia y matar a un discapacitado) hay que mantener juicios morales diferentes.⁶⁹

Frente al argumento de que el médico nunca debe poner fin a la vida porque esto llevaría a modificar profundamente su vocación y atentaría contra la confianza a los médicos, Vico Peinado señala que no debe olvidarse que la opción de la eutanasia se considera en casos en que entran en conflicto el valor de la vida y el de la dignidad. La tarea del médico no sólo es curar y favorecer la vida; cuando ésta ya no puede conservarse, el médico tiene el deber de aliviar y favorecer una muerte digna. Lo que no puede hacer el médico es actuar por cuenta propia; eso sí generaría una gran desconfianza.⁷⁰

Este autor concluye diciendo que la Iglesia católica debe revisar los argumentos que utiliza para condenar la eutanasia y tener presentes los de algunos teólogos que se alejan de la posición oficial. Es el caso de P. Sporken, quien considera que la eutanasia activa es éticamente aceptable en casos determinados y excepcionales en los que se tiene el

consentimiento del individuo para adelantar su muerte, y que es lo último que se puede hacer para ayudarlo.⁷¹ Sin embargo, Vico Peinado no llega tan lejos y prefiere dejar abierto un debate que para él apenas ha comenzado. Propone reservar el término *eutanasia* para situaciones en las que no haya conflicto entre el mantenimiento de la vida y el valor de una muerte digna, porque considera que una teoría de la moralidad no debe permitir excepciones. Aunque la eutanasia sea comprensible desde el punto de vista subjetivo, es mejor que siga siendo inaceptable para los católicos. En cambio, para esas otras situaciones de conflicto de valores, prefiere ampliar el concepto de *ortotanasia*, de manera que esta decisión médica se refiera tanto a la práctica por omisión, como a la acción médica para terminar activamente con la vida de un paciente.⁷²

6. LA EUTANASIA COMO OPCIÓN PARA LOS CATÓLICOS

Algunos teólogos católicos impulsan el debate sobre la eutanasia con el objeto de que sea una forma de muerte a la que puedan recurrir los creyentes sin que esto atente contra la tranquilidad de conciencia que necesitan especialmente al final de su vida.

6.1. *Un alegato por la responsabilidad*

Hans Küng es teólogo y catedrático suizo, además de ser actualmente director de la Fundación Ética Mundial, dedicada a la investigación intercultural e interreligiosa en favor de una ética mundial. Siempre ha mantenido una postura crítica ante la normativa establecida por el Vaticano, y no hace una excepción ante lo que éste opina sobre la eutanasia. En el libro *Morir con dignidad*, del que es coautor con Walter Jens,⁷³ reflexiona sobre el tema cuestionando los diferentes argumentos que ha dado la Iglesia para invalidar esta práctica. Küng se basa en la defensa de la libertad como atributo que Dios ha dado al hombre para hacerlo responsable de sus elecciones a lo largo de su vida, incluyendo el acto de morir. Contrariamente a lo que sostiene la Iglesia, piensa que si el único medio de lograr la entrega responsable de la propia vida es la eutanasia *activa*,⁷⁴ el hombre debe tener la libertad de considerar esa opción.⁷⁵

Küng defiende su idea de morir con dignidad porque cree en otra vida después de la muerte, razón por la cual morir representa llegar a la plenitud. Pero al mismo tiempo considera que la eutanasia no tiene por qué seguir siendo una opción que sólo puedan considerar los que no sean católicos, y por ello examina esta práctica en su modalidad activa, desde la perspectiva teológica. En la Biblia no hay argumentos contra la muerte voluntaria o el suicidio; al contrario, se narran con aprobación casos de suicidios como el de Sansón, y el martirio es elogiado en los primeros siglos del cristianismo. No queda claro por qué la Iglesia permite la muerte voluntaria en algunos casos y la prohíbe para

los enfermos que consideran que viven una vida que ha dejado de ser humanamente digna.

Si hoy vivimos una situación básicamente nueva por el hecho de que se ha conseguido retrasar la muerte gracias al avance de la medicina y la higiene, no es válido ir simplemente a la Biblia en busca de recetas. Una ética que quiera ser fiel a las Escrituras y a la época debe repensar su posición respecto al control de la natalidad y a la eutanasia y esforzarse por hallar una vía que reconozca la responsabilidad del hombre sin excluir la última fase de la vida humana. El control activo “artificial” de la natalidad fue condenado por muchos teólogos morales y obispos que hoy desaprueban la eutanasia activa. Ese control es aceptado hoy por muchos de ellos (aunque no por el papa) porque reconocen que el comienzo de la vida lo ha confiado Dios a la responsabilidad humana. ¿Por qué no lo sería también su final?⁷⁶

Para Küng, detrás de los argumentos tradicionales de la teología se encuentra una imagen distorsionada de Dios: un Dios creador, señor y propietario del hombre, amo absoluto, juez y finalmente verdugo. No hay nada del Dios comprensivo que reconoce a los débiles, que cuida al hombre y, además de ser solidario con él, lo quiere como interlocutor libre y responsable. No necesita su sufrimiento ni le interesa que viva el purgatorio sobre la tierra para purificarse ni que participe en la pasión de Cristo, como lo promueven todavía algunos teólogos.⁷⁷ El punto de vista de Küng es que la ética de un católico no debe basarse en las prohibiciones, sino en una configuración responsable de la vida, desde el comienzo (entonces a cargo de los padres) hasta el final.⁷⁸

Para este teólogo, un debate serio y responsable sobre la eutanasia debe empezar por dejar a un lado la equivalencia que se ha hecho entre esta práctica y el homicidio. Estar en favor de la eutanasia no significa estar en favor de matar.⁷⁹ El respeto a la vida es un principio compartido por toda persona con convicciones éticas; es la expresión positiva del mandamiento “No matarás”, que se establece en las grandes y antiguas tradiciones religiosas. Por él se determina que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la integridad corporal y al libre desarrollo de su personalidad. Ningún ser humano tiene derecho a maltratar física o psicológicamente a otro, y menos a matarlo. Así se manifestó la Declaración del Parlamento de las Religiones Mundiales sobre una Ética Mundial de Chicago en 1993. En esa ocasión se dejó a un lado el tema de la eutanasia, porque se consideró que era necesario comprender con claridad esta práctica para llegar a un consenso sobre su valoración moral.⁸⁰ De lo que no cabe duda es de que hay una diferencia abismal entre la eutanasia y el homicidio: la primera es resultado de la autodeterminación y expresa el deseo de la persona afectada de tener una muerte digna. El homicidio es una agresión a una vida considerada sin valor y resulta en la muerte impuesta desde el exterior.⁸¹

Para Küng, la defensa del derecho del hombre a decidir el final de su vida está limitado al caso del enfermo muy grave. De ninguna manera considera el mismo derecho en alguien sano física y psíquicamente que se siente agobiado por la vida o que ha tenido alguna crisis de tipo amoroso, económico o profesional. Una muerte por esas

circunstancias sería irresponsable para un cristiano y, por lo mismo, moralmente reprobable.⁸² Por otra parte, la solicitud de eutanasia de un enfermo grave no puede considerarse una primera opción, sino la última, cuando se agoten los recursos de la medicina paliativa, la cual ciertamente ha alcanzado progresos muy importantes, pero no llega a evitar que existan personas para quienes son insoportables los últimos días de su vida. Que otras personas en las mismas condiciones quieran seguir viviendo no invalida la petición libre de quienes solicitan morir. No es justo afirmar que la demanda de eutanasia siempre debe entenderse como un pedido de ayuda encubierto. Muchos enfermos han meditado lo suficiente antes de solicitar la eutanasia, por lo cual, cuando se deciden a hacerlo, saben muy bien lo que piden y merecen que su deseo sea tomado seriamente como auténtico.⁸³

Si bien Küng admite que permitir legalmente la aplicación de la eutanasia implica riesgos, considera que éstos no son argumentos para justificar su prohibición. Si el hombre tiene el derecho de decidir sobre el final de su vida, el Estado debe respaldarlo y asegurar que existan leyes claras para garantizar la aplicación de una eutanasia sin que se den abusos en su nombre. Así se disiparán los miedos de muchas personas y se evitarán los conflictos de conciencia de muchos médicos.⁸⁴ Afirma que el hombre tiene una responsabilidad que ni el Estado ni la Iglesia ni el médico ni el teólogo pueden arrebatarse. Por eso cuestiona duramente al papa Juan Pablo II al creerse autorizado a apelar a la autoridad divina para privar a los creyentes de su libertad de conciencia al decidir cuestiones tan íntimas de la vida humana. “Es más un dictador espiritual que un buen pastor.”⁸⁵

Nadie sabe cómo va a morir, y cabe la posibilidad de que la muerte nos llegue de manera repentina, pero Walter Jens piensa que millones de hombres y mujeres (entre los que incluye a Hans Küng y a él mismo) se ocuparían con más tranquilidad de sus quehaceres si supieran que, llegado el momento, van a contar con un médico a su lado que esté dispuesto a liberarlos de los últimos sufrimientos si verdaderamente así lo desean. Para Küng y Jens se trata, en lo fundamental, de confiar en que podremos despedirnos de esta vida con serenidad, consuelo y gratitud, con el apoyo de la gente cercana y de un médico comprensivo.⁸⁶

6.2. Los derechos de los vivos al final de su vida

Jacques Pohier es un teólogo francés comprometido desde 1973 con la defensa del derecho de los católicos a recibir ayuda activa para morir.⁸⁷ Ha sido condenado por el Vaticano por mostrar las contradicciones teológicas de la Iglesia en diversos temas, entre ellos la eutanasia. Sobre ésta, ha mantenido una reflexión personal enriquecida con una experiencia de 11 años en la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (ADMD). En su libro, *La muerte oportuna*, habla de los cambios de la forma de morir a través de la

historia y de la nueva etapa de vida que ha surgido con los avances de la medicina y la higiene. Es la que viven los ancianos y enfermos con padecimientos incurables, a quienes se les puede prolongar mucho el tiempo que antecede a su muerte. Es justo que estas personas vivan esa etapa con inteligencia y ejerciendo su voluntad, la cual debe incluir la opción de terminar con la propia vida.⁸⁸

Como parte de su argumentación en favor de una legalización de la muerte voluntaria, Pohier revisa el sentido que ha tenido el dolor en la sociedad en general y en el cristianismo en particular. Como por muchos siglos se podía hacer muy poco para evitarlo, fue necesario darle un sentido para soportarlo. La idea de encontrar un culpable ha funcionado en el catolicismo, que añadió la creencia de que el dolor es consecuencia del mal, y que el responsable es el hombre. Por esta razón, el hombre debe soportarlo a modo de purificación, contando con el consuelo de que si el dolor no desaparece en esta vida, lo hará en la otra. La cuestión es que en la época actual ya se puede hacer muchísimo por evitar el dolor y no es necesario buscarle sentido. Desde 1957, Pío XII dijo que había que utilizar los medios disponibles para aliviar el dolor, aunque ello implicara adelantar la muerte.⁸⁹

Pohier piensa que hoy se deben decir las cosas tal como son: el dolor degrada al hombre y a la sociedad que lo tolera y debe superarse la inercia con la que, con mucha frecuencia, se descuida el dolor de los enfermos.⁹⁰ Afirma que la atención del dolor debe convertirse en un objetivo prioritario de la medicina y de la sociedad, y que deben desarrollarse al máximo los cuidados paliativos. Sin embargo, dice que no debe olvidarse que éstos son sólo una parte de la solución a los problemas que se enfrentan al final de la vida. El objetivo principal debe ser que las personas puedan *reapropiarse* de su muerte, de manera que cada una sea *el sujeto* de ella y sea quien decida qué tratamiento acepta o rechaza y qué quiere para el final de su vida.⁹¹

Una parte muy significativa del libro de Pohier es la pequeña crónica que incluye sobre las cinco muertes voluntarias en las que participó. Comparte esta experiencia porque cree que la teoría sobre la eutanasia no puede separarse de la práctica. En su caso, el conocimiento que tiene de la muerte asistida se apoya también en lo que vivió al ayudar a suicidarse a cinco personas. Todas ellas eran miembros de la ADMD y fue ahí que conocieron a Pohier. Éste aclara que su acción la asumió personalmente, pues esta asociación se limita a promover el derecho a la muerte asistida, pero no ofrece ayuda para morir, ni mediante la eutanasia ni mediante el suicidio asistido. A excepción de una persona que prefiere dejar en el anonimato, menciona a todas por su nombre y relata la situación en que se encontraban cuando le pidieron ayuda y cómo finalmente se la dio.⁹² De las cinco personas, sólo una estaba en la fase terminal de un cáncer; las demás tenían más de 80 años pero se encontraban físicamente bien en el momento de morir. Tres de ellas decidieron adelantar su muerte para evitar la dependencia y decadencia de la senilidad, y otra para evitar la soledad que significaría vivir en una institución.⁹³

Al reflexionar sobre esta experiencia, Pohier se siente tranquilo de haber actuado correctamente y manifiesta un gran respeto, afecto y gratitud por esas personas.

Respecto a su participación, comenta que ayudó como le correspondía, pues no es médico, ni tiene acceso a medicamentos, ni sabe cómo aplicar una eutanasia. Él se limitó sólo a acompañar, aconsejar y asegurar, en lo posible, que se lograra la muerte esperada (lo que incluyó aplicar una inyección de insulina después de que las personas hubieron tomado los medicamentos para quitarse la vida). Lamenta que, para no correr riesgos, no haya podido ayudar a conseguir los medicamentos necesarios, haya tenido que abandonar a las personas después de su muerte, y no haya podido ocuparse de los cuerpos en los casos en que hubiera sido conveniente. También siente no haber podido hacer lo mismo por muchas otras personas y reconfirma su idea de que todo el que así lo deseara debería tener garantizada una muerte oportuna. Piensa que no sólo los enfermos deben tener el derecho a decidir la terminación de su vida, sino también las personas con grandes incapacidades y las personas mayores.⁹⁴

Según Pohier, se ha “medicalizado” demasiado la eutanasia y de esa manera se ha olvidado que es un problema de la sociedad y no de la medicina. Es necesario que la legislación proteja el derecho del hombre a ejercer su libertad al final de la vida, pero también que la religión no lo obstaculice, razón por la cual le interesa analizar la forma en que la Iglesia ha coartado este derecho. Puesto que coincide en muchos puntos con Hans Küng,⁹⁵ nos limitaremos a presentar los puntos más sobresalientes de la aportación de Pohier al refutar los argumentos que da la Iglesia para condenar la muerte asistida.

Este autor señala que la posición del papa se conoce muy bien, así como el apoyo que recibe de todos los obispos; en cambio, se desconoce que cada vez son más los católicos que deciden no seguir esa posición. Pohier conoce sacerdotes católicos en los Países Bajos que participan en la eutanasia voluntaria, y médicos neerlandeses que practican la eutanasia en hospitales católicos. Hay muchos teólogos que se ven obligados a romper con la Iglesia o deciden callar o tener una actuación discreta.⁹⁶ Según las encuestas, en Francia muchos católicos practicantes tienen opiniones contrarias al Vaticano, y una mayoría está en favor de la despenalización de la eutanasia.⁹⁷ Sucede algo similar en lo concerniente a la contracepción, el aborto, el divorcio o la vida en pareja fuera del matrimonio. La Iglesia explica estas diferencias como desobediencia o falta de fe, pero en realidad son una prueba de que su jerarquía no escucha a sus fieles.⁹⁸

Dentro de los argumentos de la Iglesia contra la eutanasia, Pohier encuentra una de las contradicciones más significativas cuando juzga de diferente manera la eutanasia activa y la pasiva. Al valorar la primera, localiza la relación principal entre el agente de la eutanasia y el acto de la eutanasia. Toma como sujeto de la acción al agente que realiza el acto de eutanasia, el médico, sin tomar en cuenta que hay otro sujeto, que es la persona que la decide y la pide, el enfermo. En este caso la eutanasia se considera homicidio y se condena. En cambio, al valorar la eutanasia pasiva la Iglesia localiza la relación principal entre la persona que solicita la eutanasia para sí misma y el acto de la eutanasia. Toma entonces como sujeto de la acción (o decisión) a la persona que pide la eutanasia, el enfermo, sin tener en cuenta al agente que realiza la acción (suspender un

tratamiento) o asume la omisión, el médico. Esta eutanasia se considera ortotanasia y se aprueba.⁹⁹

Es muy cuestionable el que no se adopte la misma perspectiva para las dos formas de eutanasia y que en la eutanasia activa no se reconozca como elemento determinante la petición de la persona que va a morir. Sin embargo, sí lo reconocen así muchos católicos practicantes que tienen una posición diferente de la del papa y aprueban la eutanasia activa. De hecho, piensan que la eutanasia, propiamente hablando, sólo puede ser voluntaria. Coinciden con la Iglesia al catalogar como homicidio una “eutanasia” en la que no hay solicitud por parte de la persona que muere (aunque en ciertos casos límites justificarían la muerte por misericordia). Además, identifican el punto importante del debate: no se cuestiona el hecho de si un médico tiene derecho a dar muerte a otra persona, lo esencial es preguntarse si una persona tiene derechos sobre su propia muerte que la autoricen a pedir y a recibir una ayuda activa para morir.¹⁰⁰

Pohier también señala las contradicciones teológicas que encuentra en otros argumentos que sirven para condenar la eutanasia:

1) *Dios es fuente de toda vida y por tanto el único amo.* Sin duda, Dios es fuente de toda vida, pero ha dado al hombre el dominio sobre la vida y la muerte de los seres vivos que ha creado. Si la vida humana es parte de esta creación, no tiene por qué quedar excluido el dominio del hombre sobre ella.

2) *Es tan importante la vida humana para Dios que sólo Él puede tener el dominio sobre su muerte.* Es cierto que la vida del hombre es más importante para Dios que la de los animales y las plantas, pero, ¿de dónde se saca que mientras más importante es una realidad para Dios, más debe escapar al dominio del hombre? ¿Qué mejor prueba del papel decisivo que han tenido los hombres que la participación de María para que naciera Jesús, cuando Dios podía haberse reservado para él todo el dominio?

3) *La manera en que Dios da.* Dios da el don excepcional de la vida como expresión de su gran amor. Según la versión del Vaticano es como si Dios dijera al hombre: “Te doy este don excepcional de la vida, pero en realidad no es tuyo, sigue siendo mío”. Puede ser que los hombres den regalos de esa manera, guardándose una parte para sí, pero no hay por qué proyectar la imperfección del hombre a Dios, que es perfecto y da sin condiciones ni reservas.¹⁰¹

Para ser coherente con una perspectiva que ante todo defiende el derecho de los hombres a ejercer su libertad, Pohier considera conveniente aclarar que la eutanasia y el suicidio asistido no son actos moralmente neutros. En algunos casos serán actos justos y en otros no, y así debería reconocerlo la Iglesia. Si la muerte es una etapa natural de la vida, el hombre debe asumirla con libertad, como todas las demás. Si la idea de Dios es de perfección y amor, como lo suponen muchos católicos, es más comprensible que prefiera tener una relación de alianza con el hombre, con todos los riesgos y beneficios que eso conlleva.¹⁰²

7. LA APORTACIÓN DE ESTA REVISIÓN

Ante el problema de la eutanasia no existe una moral católica uniforme, sino varias posiciones asumidas por diversos representantes. Si bien hay una oficial, ésta es cuestionada por quienes consideran que la Iglesia debe reconocer la autonomía del individuo al final de su vida. Aun cuando el papa se opone de manera categórica a la eutanasia, hay otras posiciones católicas: una que la acepta en casos excepcionales, y otra que la defiende como una opción para todos los católicos.¹⁰³

No puede negarse que son muy pertinentes muchos señalamientos del Vaticano al llamar la atención sobre el deber de la sociedad de acompañar y atender las necesidades de los enfermos al final de la vida. Pero son igualmente acertados los análisis de quienes rebaten los argumentos de la Iglesia para condenar la eutanasia en todos los casos. Si a lo largo de la historia la Iglesia ha interpretado la palabra revelada y ha hecho cambios y excepciones en la aplicación de sus principios, no queda claro qué le impide revisar sus argumentos frente a la eutanasia para legitimar esta opción. La Iglesia podría determinar que la libertad y la dignidad al final de la vida pueden estar, en algunas situaciones, por encima de la santidad de la vida. Pretender que este principio se considere absoluto es insostenible cuando ella misma ha establecido excepciones para seguirlo.

La Iglesia debería respetar la libertad de los hombres y permitir que sea una opción la terminación activa de la vida. Si bien es cierto que muchos católicos aceptan la prohibición y quizá prefieren que exista para no comprometerse ellos mismos a decidir, muchos otros desearían la responsabilidad de elegir. Lejos de tolerar la diversidad de elecciones, la Iglesia establece una condena tajante de la eutanasia, recurriendo a argumentos que realmente no resisten la refutación. Es dura la acusación de Hans Küng al llamar al papa “dictador espiritual”, pero no le falta razón al describir así a alguien que priva de la libertad a sus seguidores para decidir sobre el final de sus vidas.

La posición de la Iglesia en el debate sobre la eutanasia es un asunto que interesa principalmente a los católicos, pero también a los que no lo son por el importante papel que ha desempeñado la Iglesia como principal opositor a todo movimiento social y legal en favor de la eutanasia. Si bien en nuestro país no reconocemos todavía un movimiento de este tipo, sabemos que la influencia de la Iglesia se haría patente de inmediato, y de hecho está presente en la mentalidad colectiva que la identifica como un freno importante ante cualquier iniciativa en ese sentido.

En muchos casos la Iglesia ha representado un obstáculo al progreso que ofrecen los avances científicos para dar solución a problemas sociales. No es que todo desarrollo que provenga de la ciencia deba admitirse sin reparo. La tarea de la bioética (la bioética laica, sin compromisos con una doctrina religiosa) consiste precisamente en hacer una valoración moral sobre las consecuencias que pueda tener la aplicación de los adelantos científicos y asegurar, en lo posible, que no se pongan en riesgo los derechos y la dignidad de los individuos.¹⁰⁴ En el caso de la eutanasia no podemos decir que signifique necesariamente un progreso, y menos en el sentido en que se piensa el progreso que resulta de un descubrimiento científico que abre nuevas posibilidades de curación o de

acción. Considerar a la eutanasia como una forma de progreso sería, en todo caso, porque brinda una solución a un problema que en gran medida es consecuencia de avances científicos y tecnológicos, que igual alargan vidas que prolongan agonías.

En cierto modo, el debate sobre la eutanasia se puede resumir por una polaridad de opiniones en la que de un lado están quienes la consideran un progreso, y del otro un retroceso. Al revisar las diversas posiciones de la moral católica vemos que tienen razón quienes defienden la opción de la eutanasia como un derecho que deben ganar todos los hombres por ser individuos esencialmente libres. Sin embargo, también tienen razón quienes afirman que sería un grave error, y en ese sentido un retroceso, pretender solucionar con ella todas las carencias que existen en la atención de los enfermos y ancianos al final de la vida. Pero en este caso, los grandes oponentes sin duda coinciden con defensores tan importantes como Hans Küng y Jacques Pohier.

¹ Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

² En el [capítulo VI](#), apartado 4.1, “¿Tiene derecho un paciente a decidir la terminación de su vida?”, comentamos brevemente la posición del judaísmo, el protestantismo y el budismo ante la eutanasia.

³ J. Gafo, “La tradición católica”, en J. Gafo (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2000, p. 17 (Dilemas éticos de la medicina actual, 13).

⁴ En el Territorio Norte de Australia se legalizó la eutanasia con la aprobación del *Acta del enfermo terminal* en mayo de 1995, pero en 1997 fue revocada por la fuerte oposición que se presentó, sobre todo por parte de la Iglesia católica. Véase A. Kraus y A. Álvarez, *La eutanasia*, México, Conaculta, 1998, p. 38.

⁵ J. Gafo, art. cit., p. 18.

⁶ *Ibid.*, p. 19.

⁷ *Ibid.*, pp. 20-21.

⁸ Entiéndase la mancha de la piel que sale a consecuencia de un golpe.

⁹ *Ibid.*, pp. 22-23.

¹⁰ *Ibid.*, pp. 24-27.

¹¹ H. Küng, *Ser cristiano*, Madrid, Ediciones Cristiandad, 1978, pp. 228-239.

¹² J. Gafo, art. cit., pp. 27-30.

¹³ *Ibid.*, pp. 30-31.

¹⁴ *Ibid.*, pp. 34-36.

¹⁵ Publicada por la Congregación para la Doctrina de la Fe en mayo de 1980 para expresar la postura de la Iglesia católica. Véase *Ibid.*, pp. 40-42.

¹⁶ Cabe aclarar que el documento se refiere a la práctica en un sentido muy amplio: reprueba igualmente la terminación de la vida de un hombre inocente, de niños subnormales, de enfermos mentales, y de enfermos incurables; sanciona lo mismo la muerte que se da a quien no la ha pedido que a quien sí lo ha hecho.

¹⁷ Se refiere a los tratamientos médicos que de antemano se saben inútiles y que sólo sirven para prolongar la vida cuando se sabe que la muerte es inevitable.

¹⁸ *Ibid.*, pp. 44-46. Véase también en internet: *Evangelium vitae*, en http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_sp.html. Carta sobre la defensa de la vida, 25 de marzo de 1995.

¹⁹ Esta expresión fue acuñada en el lenguaje eclesiástico por John O'Connor, antiguo capellán militar y después cardenal de Nueva York. En la "cultura de la muerte" incluía a todos los que tenían una opinión distinta a la del papa en cuestiones de natalidad, aborto y eutanasia. Véase H. Küng y W. Jens, *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Trotta, 1997, p. 88.

²⁰ De ahí que también se llame a esta práctica eutanasia indirecta. Véase J. Gafo, "Eutanasia y el derecho a morir en paz", en J. Gafo *et al.*, *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1984, pp. 135-136.

²¹ www.multimedios.org/docs/d000466/p000004.htm.

²² Como lo hemos señalado desde el capítulo I, dedicado a la definición de la eutanasia, no procede llamar así a la terminación de una vida en la que no hubo tal solicitud del paciente.

²³ H. Küng y W. Jens, *op. cit.*, p. 88.

²⁴ J. Aristondo, *Signos de "cultura de la vida" cuando llega la muerte del ser humano*, Facultad de Teología del Norte de España, sede Vittoria-Gasteiz, discurso inaugural del curso 1998-1999, pp. 32-41.

²⁵ Pueden consultarse en www.vatican.va: *La carta de los agentes pastorales. Una síntesis de ética hipocrática y moral cristiana* (Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, 1995), *Eutanasia, la muerte dulce* (cardenal Dionigi Tettamanzani, 1997), *Respetar la dignidad del moribundo* (Academia Pontificia para la Vida, 2000).

²⁶ Conferencia Episcopal Española, *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1993, pp. 100-101.

²⁷ La Congregación para la Doctrina de la Fe es el nombre actual de la Sagrada Congregación de la Romana y Universal Inquisición, institución a la que Pío X cambió el nombre al de Congregación del Santo Oficio, como se llamó hasta que Paulo VI le puso el nombre actual. Véase Roberto Blancarte, "Notas del inquisidor", *Milenio Diario* (21 de enero de 2003).

²⁸ www.aica.org/aica/documentos_files/Santa_Sede/Congregaciones/doc_Doctrina_Fe_Vida_Política.htm.

²⁹ Un ejemplo es el caso de Sansón, quien para salvar a su pueblo hizo desplomar con su fuerza el edificio que lo sepultó junto con todos sus enemigos (Jueces XVI). Véase E. Díaz Aranda, *Del suicidio a la eutanasia*, México, Cárdenas Editor Distribuidor, 1998, p. 5. También es el caso de los mártires.

³⁰ J. Gafo, "La tradición...", art. cit., p. 32.

³¹ J. Gafo, "La tradición...", art. cit., p. 33. Philippa Foot reflexiona sobre el problema del aborto al mismo tiempo que hace un análisis del uso de la doctrina del doble efecto para mostrar sus limitaciones. La doctrina se basa en la distinción entre lo que una persona prevé como resultado de una acción voluntaria y lo que, en sentido estricto, es su intención. Por tanto, a veces es permisible provocar, por intención oblicua (como una consecuencia no deseada, pero prevista), aquello para lo cual no tenemos una intención directa. La diferencia entre estas dos formas de intención no corresponde exactamente a la distinción entre lo que *hacemos* y lo que *permitimos* (puede ser que uno sea tan responsable de lo que hace como de lo que permite). Muchas veces resulta insuficiente basarse en el principio de doble efecto para tomar la decisión moral correcta, sobre todo por la dificultad de definir cuál es la intención oblicua y cuál la directa. Véase P. Foot, *Las virtudes y los vicios*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-Universidad Nacional Autónoma de México, 1994, pp. 35-48.

³² Concebido como una exposición orgánica de la fe católica cuya publicación ordenó el papa Juan Pablo II.

³³ "La acción de defenderse puede entrañar un doble efecto: uno es la conservación de la propia vida; otro, la muerte del agresor" (s. th. 2-2, 64, 7), véase *Catecismo de la Iglesia católica*, Madrid, Asociación de Editores del Catecismo, 1993, p. 498.

- ³⁴ Se aplica para la eutanasia pasiva, para la eutanasia indirecta, pero no para la eutanasia activa.
- ³⁵ Estas posiciones se conservan en la encíclica *Evangelium vitae* de 1995.
- ³⁶ *Nuevo catecismo para adultos. Versión íntegra del catecismo holandés*, Barcelona, Herder, 1969. Ciertamente controvertido, pero no desautorizado por el Vaticano.
- ³⁷ *Ibid.*, p. 406. Al referirse a la eutanasia, este catecismo establece que no es lícito poner término voluntariamente a la vida humana, sea acortando la vida de los moribundos o de los enfermos mentales, o suicidándose, porque la vida que hemos recibido de manos de Dios no puede suprimirse a nuestro arbitrio. El argumento de que la vida ha perdido sentido y valor a los ojos humanos no puede nunca ser admitido por un cristiano para justificar tales acciones (p. 405).
- ³⁸ J. Gafo, “La tradición...”, art. cit., pp. 33-34.
- ³⁹ Según el cuestionamiento de Michael Panicola, que revisamos en el capítulo anterior, en algunos representantes de la moral católica hay una posición contradictoria al defender la preservación de la vida de un individuo que ha perdido permanentemente la conciencia. En esta defensa de la vida biológica *por encima* de la espiritual, se diría que se subordina el todo a la parte: la vida espiritual a la biológica. Véase el apartado 1 del capítulo III, “Lo sagrado, ¿intocable?”
- ⁴⁰ No se había desarrollado la inmunología para evitar el rechazo en los receptores, ni se había establecido el concepto de muerte cerebral que permitiría años más tarde la donación de órganos de cadáveres gracias a los avances biotecnológicos utilizados para mantener en ellos la circulación, temperatura y oxigenación necesarias. Véase A. Álvarez *et al.*, “Bioética de los transplantes renales”, en G. Gordillo Paniagua *et al.*, *Nefrología pediátrica*, Madrid, Elsevier Science, 2003, pp. 597-605.
- ⁴¹ T. Shannon, “The kindness of strangers: Organ transplantation in a capitalist age”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 11, núm. 3 (2001), pp. 285-303.
- ⁴² D. Gracia, “Transplante de órganos: medio siglo de reflexión ética”, *Nefrología*, vol. 21 (2001), pp. 13-29.
- ⁴³ J. Gafo, “Eutanasia...”, art. cit., pp. 127-131.
- ⁴⁴ La expresión “estado vegetativo persistente” no estaba en uso todavía, por lo que se describió como “coma permanente”. Véase P. Singer, *Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics*, Nueva York, St. Martin’s Griffin, 1996, p. 70.
- ⁴⁵ R. Kastenbaum y B. Kastenbaum, *Encyclopedia of Death*, Nueva York, Avon Books, 1993, p. 115, y D. Humphry y A. Wickett, *The right to die*, Oregón, Helmcock Society, 1990, pp. 107-108.
- ⁴⁶ El Comité de la Escuela Médica de Harvard estableció en 1968 los siguientes criterios para determinar la muerte cerebral: 1) falta de receptividad y respuesta a estímulos externos y necesidades internas; 2) ausencia de movimientos y respiración; 3) un electroencefalograma plano; 4) ausencia de circulación hacia o dentro del cerebro. Véase R. Kastenbaum y B. Kastenbaum, *op. cit.*, p. 34. A pesar de la amplia aceptación de estos criterios, el concepto de muerte cerebral, como criterio de muerte del individuo, se considera un concepto problemático por el hecho de que las posturas que definen los criterios varían notablemente: la muerte cerebral puede ser equivalente a la de la corteza cerebral (responsable de las funciones cognoscitivas), a la del tronco cerebral (responsable de las funciones vegetativas, sensitivas y motoras inconscientes), o a la de todo el encéfalo (corteza y tronco cerebrales). Véase J. Colomo, *Muerte cerebral. Biología y ética*, Pamplona, EUNSA, 1993, pp. 70-80. Peter Singer reflexiona sobre la arbitrariedad inevitable que implica establecer el concepto de muerte cerebral como equivalente de muerte: “Si decidimos marcar la muerte en cualquier momento antes de que el cuerpo esté tieso y frío, estamos haciendo un juicio ético”. Véase P. Singer, *Rethinking life and death...*, *op. cit.*, pp. 20-37.
- ⁴⁷ P. Singer, *op. cit.*, p. 72.
- ⁴⁸ J. Gafo, “Eutanasia...”, art. cit., pp. 133-134.
- ⁴⁹ *Ibid.*, p. 134. ¿Quiere esto decir que consideraría lícita la acción si respondiera a una voluntad conocida?
- ⁵⁰ P. Singer, *op. cit.*, pp. 71-72.
- ⁵¹ *Ibid.*, p. 72.

- ⁵² T. Shannon, *op. cit.*
- ⁵³ J. Gafo, “Eutanasia...”, art. cit., p. 137.
- ⁵⁴ *Idem.*
- ⁵⁵ Javier Gafo fue también filósofo y biólogo y un gran impulsor de la bioética. Fue director de la cátedra de la maestría de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Murió el 5 de marzo de 2001. Véase www.diariomedico.com.
- ⁵⁶ J. Gafo, “Eutanasia...”, art. cit., p. 126.
- ⁵⁷ J. Gafo, “La tradición...”, art. cit., pp. 42-44.
- ⁵⁸ J. Gafo, “Eutanasia...”, art. cit., p. 137.
- ⁵⁹ *Ibid.*, pp. 138-141.
- ⁶⁰ J. Vico Peinado, *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica*, Madrid, San Pablo, 1995.
- ⁶¹ Corresponde al encarnizamiento terapéutico.
- ⁶² Etimológicamente, “muerte correcta”.
- ⁶³ 1) No existe obligación ética de prolongar la vida por el mero hecho de que sea médicamente posible. 2) La vida humana que se prolonga ha de ser una *vida humana*, no una vida simplemente vegetativa (este criterio se refiere a la muerte cortical, pero sigue siendo controvertido qué debe hacerse con el estado vegetativo persistente, y a diferencia de Gafo, Vico Peinado considera que la hidratación artificial sí es una medida que debe catalogarse como extraordinaria o desproporcionada). 3) Debe prolongarse la vida de quien puede esperarse, razonablemente, que tenga una existencia significativa. 4) Debe hacerse un balance entre la prolongación de la vida y los sufrimientos que ésta causaría. 5) Debe prolongarse la vida sólo con medios proporcionados. Véase J. Vico Peinado, 1995, *op. cit.*, pp. 238-250.
- ⁶⁴ J. Vico Peinado, *op. cit.*, pp. 271-278. Véase también M. Vidal, *Eutanasia: un reto a la conciencia*, Madrid, San Pablo, 1994, citado ahí mismo.
- ⁶⁵ *Ibid.*, pp. 280-282.
- ⁶⁶ J. Vico Peinado, *op. cit.*, pp. 283-287.
- ⁶⁷ De esta suposición se alimenta un falso dilema entre lo natural y lo artificial; lo natural como obra divina y lo artificial como obra humana y, por ello, no siempre acorde a la obra divina. Este dilema se ha presentado en medicina entre una tradición de contemplación, de permitir actuar a las fuerzas de la naturaleza, contra otra de intervencionismo, de actuar en contra de ellas. En realidad, es tarea de la medicina intervenir en la naturaleza, si bien es cierto que debe saber reconocer los límites para detenerse, pues la muerte no dejará de ser un acontecimiento natural e inevitable. Como señala Mauro Rodríguez, los trasplantes son un buen ejemplo de intervenciones médicas que van en contra de la naturaleza para alargar la vida y, sin embargo, ya vimos cómo la Iglesia revisó y cambió sus principios para permitirlos, porque no consideró que con ellos se ofendiera a Dios. Rodríguez nos recuerda que, según la Biblia, Dios dota al hombre del poder de dominar la naturaleza y vencer las fatalidades. Véase M. Rodríguez, *La nueva tansia: Libertad y dignidad*, México, Botas, 1989, pp. 37-39. Aun así, hay que admitir que existen avances de la tecnología médica (los mismos trasplantes, las cirugías a corazón abierto, la reproducción asistida) que resultan tan sorprendentes cuando empiezan a desarrollarse que pueden parecer acciones en que el hombre ha alcanzado el poder de Dios, efecto que desaparece en la medida que nos acostumbramos a ellos. Este acostumbramiento no significa que no sea necesario valorar los efectos e implicaciones de cada nueva posibilidad tecnológica para establecer los límites necesarios desde la perspectiva ética; hay que tener presente que no todo lo que se puede hacer se debe hacer.
- ⁶⁸ J. Vico Peinado, *op. cit.*, pp. 289-291, en donde cita a D. Maguire, *La muerte libremente elegida*, Santander, Sal Terrae, 1975, p. 161.
- ⁶⁹ J. Vico Peinado, *op. cit.*, pp. 297-299, en donde cita a D. Maguire, *op. cit.*, p. 154.
- ⁷⁰ J. Vico Peinado, *op. cit.*, pp. 300-301.

⁷¹ *Ibid.*, pp. 303-304, en donde cita a P. Sporken, *Medicina y ética en discusión*, Estella, Verbo Divino, 1974, p. 332.

⁷² J. Vico, *op. cit.*, pp. 304-305.

⁷³ H. Küng y W. Jens, *op. cit.* Walter Jens está considerado uno de los ensayistas más importantes de Alemania.

⁷⁴ Küng comenta que la Iglesia no tiene problema con la eutanasia pasiva porque supuestamente no atenta contra el derecho exclusivo del Creador. Sin embargo, con el acelerado desarrollo de la medicina, cada vez es más gris la zona que divide qué sería eutanasia pasiva y qué eutanasia activa. Lo que se distingue conceptualmente apenas se puede diferenciar en la práctica: la desconexión de un aparato implica una acción y puede tener el mismo efecto que una sobredosis de morfina que se considera una intervención activa. *Ibid.*, pp. 32-34.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 94.

⁷⁶ *Ibid.*, pp. 44-47.

⁷⁷ Si bien es cierto que los documentos del Vaticano permiten las intervenciones médicas para aliviar el dolor, incluso cuando éstas acorten la vida, no puede ignorarse el importante lugar que se le ha dado al sufrimiento en la tradición católica como medio de superación espiritual, al grado de llegar a la autoflagelación. En este sentido, la eutanasia, que busca terminar con el sufrimiento, puede ser considerada por muchos católicos como una acción que obstruye el camino al cielo.

⁷⁸ *Ibid.*, pp. 39-43.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 36.

⁸⁰ *Ibid.*, pp. 43-44. Véase H. Küng y K. Kuschel (eds.), *Hacia una ética mundial. Declaración del Parlamento de las Religiones del Mundo*, Madrid, Trotta, 1994, p. 27, citado ahí.

⁸¹ H. Küng y W. Jens, *op. cit.*, p. 81.

⁸² *Ibid.*, p. 37.

⁸³ *Ibid.*, p. 93.

⁸⁴ *Ibid.*, pp. 49-50.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 89.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 81. En el prólogo de su libro, Küng comenta el malentendido que podría darse en los lectores al ver que dos viejos (Jens y él) escriben sobre la muerte, pues podría parecer que los autores estuvieran realizando una reflexión precipitada sobre el tema, antes de que la senilidad o la misma muerte lo impidieran. Aclara que nada de eso es cierto, pues la pregunta sobre la muerte ha acompañado a los autores desde que se conocen, hace más de 30 años.

⁸⁷ Mencionamos a este autor en el [capítulo II](#), apartado 2, “¿Es legítimo elegir la muerte?” Fue sacerdote dominico de 1949 a 1989. Es miembro y ha sido dirigente de la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad de Francia.

⁸⁸ J. Pohier, *La mort opportune*, París, Éditions du Seuil, 1998.

⁸⁹ *Ibid.*, pp. 90-96.

⁹⁰ El mismo Pohier considera una vergüenza que Francia, su país natal, ocupara, cinco años atrás, el cuarentavo lugar en el mundo en la lucha contra el dolor. *Ibid.*, p. 75.

⁹¹ *Ibid.*, pp. 96-109.

⁹² Dos de estas personas formaban un matrimonio: Gilbert y Edith Brunet. En el número que la revista *Panoramiques* dedicó a la ADMD hay un artículo escrito por los hijos, que hablan de la decisión de sus padres. Desde la perspectiva de los hijos, sus padres tomaron la decisión antes de tiempo, pero la entienden y la respetan por venir de quienes siempre fueron ejemplo de amor y dignidad. Véase L. Brunet, *et al.*, “Le choix de nos parents”, *Panoramiques*, núm. 21 [Pour une mort plus douce] (1995), pp. 151-158.

⁹³ J. Pohier, *op. cit.*, pp. 279-313.

⁹⁴ *Idem.*

⁹⁵ Quizás una de las diferencias significativas que puede haber entre Hans Küng y Jacques Pohier es que el primero se manifiesta como creyente convencido de que existe otra vida después de ésta, mientras que Pohier se considera creyente, pero también refiere que ya no cree más en una vida después de la muerte, revelación que nos sorprendió. *Ibid.*, p. 301.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 334.

⁹⁷ A la pregunta: “¿Debería la ley despenalizar la ayuda activa a una muerte voluntaria?”, 63% de los católicos practicantes regulares respondieron que sí en 1987 y 70% en 1997; 24% que no en 1987 y 18% en 1997; 13% no opinaron en 1987 y 12% en 1997. *Ibid.*, p. 334.

⁹⁸ *Ibid.*, pp. 334-337.

⁹⁹ *Ibid.*, pp. 338-339. Este análisis ya había sido expuesto por Pohier con anterioridad. Véase J. Pohier, “Catholique, je suis pour l’euthanasie volontaire”, *Panoramiques*, núm. 21 [Pour une mort plus douce] (1995), pp. 119-124.

¹⁰⁰ J. Pohier, *op. cit.*, pp. 338-339.

¹⁰¹ *Ibid.*, pp. 342-347.

¹⁰² *Ibid.*, pp. 348-349.

¹⁰³ Es el caso de Mauro Rodríguez, que mencionamos en la nota 67 y cuya propuesta conocimos cuando terminábamos de redactar este documento. Con formación en psicología, historia y antropología, así como una experiencia de años durante su niñez y juventud en un seminario católico, este autor mexicano coincide con Küng y Pohier en defender una opción, compatible con la fe de los creyentes, para decidir la terminación de la propia vida con ayuda médica. Rodríguez prefiere llamar *tanasia* a esta acción y explica su propuesta en su libro: *La nueva tanasia: Libertad y dignidad, op. cit.*

¹⁰⁴ F. Mayor, “Bioética: una reflexión para el nuevo milenio”, *Diálogo*, vol. 23 (1 de abril, 1998), p. 3.

V. LA EXPERIENCIA NEERLANDESA

PUEDE decirse que los Países Bajos han sido el gran laboratorio que ha permitido al resto del mundo analizar y valorar las ventajas y desventajas de autorizar legalmente la eutanasia. Ciertamente, la experiencia neerlandesa es una referencia ineludible en todos los países en que se aborda el tema de la muerte asistida, pero principalmente en aquellos lugares en que se ha dado una discusión abierta sobre la conveniencia de legalizarla. Cuando iniciamos nuestra investigación y señalamos la necesidad de tener una idea clara del concepto de eutanasia, nos remitimos a la definición utilizada en los Países Bajos, por ser ahí donde se ha realizado el debate sobre el tema de manera más abierta y profunda. Cuando el gobierno neerlandés se interesó por establecer las condiciones óptimas para permitir la eutanasia de manera controlada y legal, su primera preocupación fue llegar a un acuerdo sobre la definición más satisfactoria que reflejara los principios en los que se basa esta práctica: “la finalización intencional, por parte de un médico, de la vida de un paciente, a petición de éste”.¹ La especificidad de esta definición es importante para diferenciarla de otras decisiones médicas respecto al final de la vida, también reguladas en los Países Bajos.²

Desde luego, al calificar a los Países Bajos como una referencia para otros países y para todas aquellas personas interesadas en el tema de la muerte asistida, de manera profesional o personal, aclaramos que tiene tanto un sentido positivo como uno negativo. Para unos, la experiencia neerlandesa es un ejemplo del avance en materia de derechos humanos que debe lograrse en otras sociedades, mientras que para otros es un modelo de violación a los principios fundamentales que debe evitarse a toda costa. Uno de los argumentos más utilizados para demostrar el peligro que ocasionaría respaldar legalmente la eutanasia es el de la “pendiente resbaladiza” (*slippery slope*), que asegura que la permisividad de la práctica ha llevado al abuso de su aplicación al poner punto final a la vida de personas vulnerables.³

Curiosamente, los datos que utilizan quienes hacen aseveraciones como ésta los obtienen de investigaciones que el mismo gobierno neerlandés ha encargado con el propósito de conocer, de la manera más aproximada posible, la frecuencia y las condiciones en que se llevan a cabo en este país las acciones médicas para terminar con la vida de un paciente. Estas investigaciones han sido la base para revisar y ajustar las leyes, buscando que la muerte asistida y otras decisiones sobre el final de la vida se den de acuerdo con lo que se considera más adecuado desde el punto de vista ético y legal.

A pesar de que se mencione tan frecuentemente a los Países Bajos al hablar sobre la eutanasia, existe un gran desconocimiento sobre lo que realmente sucede ahí con las decisiones médicas al final de la vida. Se puede tener la idea de que en ese país la eutanasia se aplica de manera muy extendida, que se decide aplicarla con gran ligereza o que existe una gran familiaridad de la mayoría de la gente con la práctica. No es así. En realidad, son pocas las personas que están próximas a morir y que piden que se les aplique la eutanasia; de un total de 135 000 muertes en 1995, sólo 2.4% murió por eutanasia, y esto sucedió generalmente una o dos semanas antes del tiempo en que se esperaba su muerte.⁴

La aplicación de la eutanasia sigue siendo una acción muy especial que la mayoría de los médicos viven con mucha tensión, aun cuando muchos estén dispuestos a aplicarla si se presenta la ocasión. De hecho, se calcula que más de la mitad de los doctores neerlandeses la han realizado alguna vez. Casi 4% de los médicos están completamente en contra de aplicarla, y 8% adicional, que también se oponen, estarían dispuestos a referir a sus pacientes con otros médicos para que éstos la administren cuando sea solicitada. El promedio de solicitudes de eutanasia a las que responde un médico es de una cada dos o tres años.⁵ Es importante considerar la frecuencia de esta forma de muerte en los Países Bajos, en comparación con las otras decisiones médicas relacionadas con el final de la vida. En 1995, según los resultados de la segunda investigación realizada por la Comisión Remmelink,⁶ del total de muertes que hubo en este país, 42% estuvo precedida por alguna de estas decisiones: 3.4%, muerte asistida (eutanasia, suicidio asistido y terminación de la vida sin solicitud expresa); 18.5%, muerte como resultado indirecto del alivio al dolor o a otros síntomas; 20%, decisión de suspender o no dar un tratamiento para prolongar la vida.⁷

Los mismos médicos neerlandeses piensan que en el extranjero no se ha comprendido bien la práctica de la eutanasia en su país y son los primeros en señalar que no la consideran exportable, pues cada nación debe encontrar su propia fórmula para regular las decisiones médicas al final de la vida, según las particularidades de su cultura y su sistema de atención médica.⁸ La manera en que se ha establecido la práctica de la eutanasia en los Países Bajos tiene mucho que ver con el hecho de que ahí todos los miembros de la sociedad tienen asegurada la atención médica, por lo que no hay motivos económicos que consideren al tomar decisiones médicas sobre el final de la vida. A esto se une el hecho de que el sistema de salud da especial importancia a la modalidad del médico familiar, quien conoce al paciente y a la familia a lo largo de su vida. Esto permite que el médico que recibe una petición de eutanasia tenga bastante conocimiento de la situación en que vive su paciente y de sus valores. Finalmente, en los Países Bajos existe un extenso sistema de hogares y clínicas para la población de edad avanzada financiado por los impuestos; en ellos puede descartarse el temor de que la escasez de fondos impulse la aplicación de la eutanasia, como lo demuestran los informes del bajo número de casos en estos lugares.⁹

Ahora bien, el hecho de que en los Países Bajos se haya dado un proceso que ha permitido practicar legalmente la eutanasia tiene que ver también con el hecho de que las leyes reflejan las normas morales y los valores de su sociedad. Según un estudio realizado en 1991, 79% de la población piensa que el significado de la vida se consigue de manera individual, mientras que 19% piensa que lo determina Dios; 66% piensa que lo bueno y lo malo es un asunto de convicción personal, mientras que 50% piensa que lo determina la sociedad, y 26% que se basa en la ley de Dios. La aceptación del derecho para morir tiene que ver con el proceso de secularización que se ha dado en los Países Bajos.¹⁰

Con todas las particularidades que tiene la experiencia neerlandesa, y aunque posiblemente un modelo idéntico sería inaplicable en otros países, no puede negarse que es una contribución muy valiosa para ahondar en el tema de la eutanasia, por la riqueza de elementos teóricos y prácticos que ofrece. Hay mucho que aprender de una sociedad que lleva 30 años reflexionando y discutiendo sobre la mejor manera de regular las decisiones médicas al final de la vida. En lugar de limitarse a prohibir una práctica que se seguiría realizando de manera clandestina y sin posibilidad de conocerla, el país ofreció las condiciones para permitir el debate abierto sobre ella. Las investigaciones encargadas por el gobierno, así como los casos que se llevaron a juicio, han constituido un material invaluable para seguir revisando los alcances y límites de la muerte asistida y definir lo que debe permitirse y lo que debe prohibirse, no según la teoría, sino con base en las situaciones concretas que enfrentan los médicos. Ese valioso material incluye reflexiones sobre preguntas relacionadas con el sentido de la vida, el sufrimiento humano, los límites de la atención médica y el poder del médico, por citar algunos temas. De esta manera, los Países Bajos han integrado el debate más documentado sobre la muerte asistida.

1. LOS PASOS HACIA LA LEGALIZACIÓN

1.1. 1973-1983

En 1973 la doctora Geertrudía Postma fue acusada de haber inyectado una dosis letal de morfina a su madre, una mujer gravemente enferma que había sufrido hemorragia cerebral, a causa de la cual se encontraba paralizada, sorda y casi muda. La señora vivía en un hogar para ancianos, totalmente dependiente de otros, y estaba convencida de que no tenía sentido esa vida, por lo que había pedido de manera repetida a su hija que la ayudara a acelerar su muerte.¹¹ La corte regional de Leeuwarden, que juzgó a la doctora Postma, la declaró culpable, pero le impuso sólo una semana condicional de cárcel. Como este castigo fue más bien simbólico, quedó claro que justificaba la acción de la doctora, pues había respondido a la solicitud de una enferma para quien la muerte era la única alternativa de alivio.^{12, 13}

Este caso representó el principio de un intenso debate nacional sobre la eutanasia y el cambio legal para juzgar esta acción, la cual, desde la promulgación del Código Penal de 1881, era considerada una ofensa criminal. A partir de 1973 quedó establecido por una corte regional el antecedente de que un médico puede prevenir un sufrimiento grave e intolerable, aun cuando esto implique acortar la vida del paciente.¹⁴ Otros casos que siguieron al de Postma fueron juzgados por distintas cortes, y se utilizaron diversos argumentos para absolver a médicos acusados por aplicar eutanasia o por participar en un suicidio asistido.¹⁵

Por otra parte, en 1973 se fundó la Asociación Neerlandesa de Eutanasia Voluntaria que, sin distribuir drogas letales, se encarga de dar información a sus miembros sobre las dos modalidades de muerte médicamente asistida, y además sirve como mediadora entre pacientes y médicos. En 1980 la asociación publicó el libro *Eutanasia justificada*, del doctor Pieter Admiraal, el cual incluye consejos sobre los fármacos más adecuados para practicar la eutanasia y su correcta administración; fue enviado a 19 000 médicos y a 2 100 farmacéuticos.¹⁶

Quienes se oponían a la eutanasia también se organizaron, y las iglesias católica y protestante hicieron un llamado para defender la santidad de la vida ante lo que consideraban la amenaza de una corriente utilitarista cada vez más dominante.

1.2. 1984-1993

De todos los casos que siguieron al caso de la doctora Postma, fue especialmente notable el caso Alkmaar, llamado así por el distrito en que se llevó a cabo el primer juicio. En este caso se juzgó al doctor Schoonheim por haber practicado la eutanasia a una paciente de 85 años gravemente enferma. Caroline B quería morir antes de perder la capacidad para tomar decisiones por sí misma, y desde 1980 había firmado un testamento de vida en el que pedía la eutanasia en caso de que llegara a una situación en la que no tuviera posibilidad de recuperar un estado razonablemente digno. Un año antes de su muerte se fracturó la cadera y quedó obligada a permanecer en cama; más tarde sufrió un accidente neurológico con el cual perdió el oído, la visión y cierta capacidad para hablar y comunicarse, hasta que cayó finalmente en un estado de inconsciencia. Al recuperar la conciencia se horrorizó del futuro que le esperaba y pidió a su doctor que le aplicara la eutanasia. Él discutió el asunto con un colega y el hijo de la paciente y decidió hacer caso a la petición. Aplicó una inyección letal a Caroline, en su casa, el día que ella escogió, y después notificó a las autoridades.¹⁷

Este caso marcó un precedente importante porque se propuso un recurso legal para el médico, diferente del caso de la doctora Postma. Se alegó un conflicto de deberes: entre el deber legal de no matar y el deber del médico de aliviar el sufrimiento intolerable de su paciente. Esta justificación se basa en un concepto de la ley neerlandesa llamado *force majeure*, que reconoce circunstancias atenuantes que permiten eliminar de una acción la

categoría de crimen, de acuerdo con lo establecido en el marco legal. El caso llegó en 1984 a la Suprema Corte de los Países Bajos, porque la absolución que otorgó la corte de Alkmaar fue revocada por una corte de apelación de Ámsterdam. Para entonces, la Real Asociación Médica Neerlandesa¹⁸ reconocía que en la práctica los médicos enfrentan ocasionalmente situaciones en las que se ven moralmente obligados a acelerar la muerte de una persona, y establecía que no debía juzgarse dicha acción como crimen cuando se reunían ciertas condiciones. La misma asociación se encargó de proponer los criterios bajo los cuales se podría permitir a los médicos aplicar la eutanasia, mismos que se han mantenido en lo esencial hasta la época actual:

- 1) Cuando exista una solicitud voluntaria, explícita, competente y persistente del paciente.
- 2) Cuando la solicitud del paciente se base en la información completa sobre su situación.
- 3) Cuando exista una situación de sufrimiento físico o mental intolerable y sin esperanza.
- 4) Cuando se hayan agotado todas las opciones posibles de alivio al sufrimiento.
- 5) Que el médico haya consultado al menos a otro médico.

La Suprema Corte de los Países Bajos consideró estas directrices, pues aunque declaró que en el caso Alkmaar se había cometido el delito de la eutanasia, argumentó que podía justificarse ante ciertas condiciones que confrontaran al médico con un conflicto de deberes.¹⁹ En esta situación, el médico podría alegar como defensa el estado de necesidad, el cual debería ser confirmado mediante una investigación que indicara que había realizado una valoración médica responsable.²⁰ De esta manera, la representación judicial más alta del país estableció una base legal para la eutanasia y, junto con ella, el principio de un sistema de control y de investigación sobre la práctica.

1.3. 1994-2002

El 1 de junio de 1994 entró en vigor una ley para especificar las condiciones en que se despenalizaba la eutanasia y otras formas de terminación de la vida, así como los procedimientos legales que debían seguir los médicos en tales casos. De esta manera se resolvió el debate para decidir cómo debía legislarse al respecto, que en los años anteriores había ocupado a los diferentes partidos políticos. Cuando en 1989 asumió el poder un gobierno formado por socialdemócratas y demócrata cristianos, se encontró con dos anteproyectos de ley contrapuestos y resolvió que la decisión sobre la legislación dependería de los resultados de una investigación nacional que encomendó a la Comisión Rummelink en 1990.

La investigación buscaba estudiar el alcance y la naturaleza de la práctica de la eutanasia en todo el país, para lo cual requería la cooperación de los médicos. Ésta se consiguió gracias a una serie de acuerdos entre la Real Asociación Médica Neerlandesa y el Ministerio de Justicia, con los cuales se aseguraba a los participantes que no habría acciones judiciales en su contra por la información que aportaran. Terminada la investigación, el gobierno neerlandés consideró oportuno otorgar una condición legal al procedimiento de notificación que se utilizara en la investigación, con el fin de tener un mecanismo de control público sobre las acciones médicas que se realizan con pacientes próximos al final de sus vidas. Este procedimiento constituyó la base de esta nueva ley.²¹

En la nueva ley de 1994, a la eutanasia y al suicidio asistido se les seguía considerando delitos, simplemente se formalizó el procedimiento que debían seguir los médicos que realizaran alguna acción que pusiera fin a la vida de un paciente. De esta manera, se podía contar con un informe por escrito con todos los datos necesarios para valorar cada decisión. Los criterios que debían cumplir los médicos para no ser procesados eran los mismos que había establecido la Suprema Corte en 1984. El cambio que se introdujo fue que el procedimiento de notificación consideraba casos en que la terminación de la vida se diera sin la solicitud expresa del paciente. Esta inclusión se debió a uno de los hallazgos de la Comisión Remmelink que más controversia han suscitado: en 0.8% de las muertes en que se administraron drogas letales no había habido solicitud expresa del paciente (casos de pacientes incapacitados, entre los que se incluyen neonatos).²² Con la extensión de la notificación se reconocía que podía haber casos en que la terminación de la vida estaba justificada, aun cuando la decisión del médico no se fundamentara en la solicitud autónoma del paciente, una condición básica para defender la moralidad de la eutanasia. Para esos casos excepcionales se consideraba que no podía dejar de darse la atención requerida, aunque el paciente estuviera incapacitado para solicitarla.²³

En 1995 la Comisión Remmelink realizó una nueva investigación para evaluar el procedimiento de notificación. Esta tarea se la encargó un nuevo gobierno en el que por primera vez en 75 años no estaba presente el partido demócrata cristiano, principal oponente a la legalización de la eutanasia. En general, los resultados encontrados fueron alentadores, pues demostraron que se iba logrando un conocimiento de cómo se aplicaban en la práctica las decisiones médicas con pacientes próximos al final de la vida, y existía una mayor cantidad de médicos que seguían procedimientos de notificación (de 18% en 1990 a 41% en 1995).²⁴ Sin embargo, todavía muchos médicos se resistían a presentar el informe, por el hecho de que, en principio, la eutanasia seguía catalogada como crimen, y el notificarla podría dar pie a que se iniciara una serie de investigaciones legales a la que tendrían que enfrentarse tanto los médicos como los familiares del enfermo fallecido. Era necesario eliminar la categoría de delito a una acción que los médicos realizaban por cumplir su deber profesional.²⁵

En 1997 se aprobó una enmienda a la ley de 1994 para reducir el contexto criminal en el procedimiento de control, y para llevarlo a cabo se estableció que fuera un comité

multidisciplinario el que se encargara de revisar los informes de cada caso de eutanasia.²⁶ El siguiente paso se dio en 2001, cuando se aprobó una nueva ley que despenalizó la eutanasia y estableció su regulación para permitir su práctica. A partir del 1 de abril de 2002 se hizo efectiva la *Ley sobre la comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio*,²⁷ la cual establece que

en el Código Penal se incluya una exigente aplicable al médico que, cumpliendo los criterios de cuidado y esmero profesional establecidos legalmente, haga que termine la vida de un paciente a petición del mismo o preste auxilio para que se realice el suicidio y que, a tal fin, se establezca por ley un procedimiento de notificación y comprobación.²⁸

De acuerdo con esta ley, los criterios que debe seguir el médico son básicamente los mismos que se establecieron desde 1984 respecto a la ayuda a pacientes que expresan una solicitud voluntaria y bien reflexionada. Se incluye, además, el caso de los pacientes que ya no están en condiciones de expresar su voluntad, pero que la expresaron previamente por escrito. Se considera también válida la solicitud de menores de edad, entre 16 y 18 años, cuando los padres o tutores hayan participado cuando los menores tomaron la decisión, así como la solicitud de menores entre 12 y 16 años, cuando los padres o tutores estén de acuerdo con que se ponga fin a la vida del menor. Los comités multidisciplinarios son los que se encargan de juzgar si el médico ha actuado conforme a los requisitos de cuidado establecidos, y están compuestos por un jurista (que funciona como presidente del comité), un médico y un experto en cuestiones éticas.²⁹

2. LOS TEMAS DEL DEBATE ACTUAL

Como cabe suponer, el hecho de que los Países Bajos hayan adoptado una ley que permite la muerte médicamente asistida bajo ciertas condiciones no significa que el total de la población esté de acuerdo con ella. El debate sobre el tema continúa y con él la preocupación de su gobierno por conocer cómo se desarrollan en la práctica los cambios legales que se han introducido a través de los años. Durante 2000 y 2001 disminuyeron los informes médicos en los que se notificaba la aplicación de la eutanasia (2 054 en 2001, comparados con 2 216 en 1999). Las explicaciones se contraponen. Quienes apoyan esta práctica piensan que este cambio pudo haberse debido a una disminución real de eutanasias, a causa de un mejor conocimiento de los cuidados paliativos por parte de los médicos. Los opositores piensan que no todos los médicos dan informes de las eutanasias que aplican, por temor a verse seriamente cuestionados por los expertos de los comités.³⁰ Se espera que los resultados de una nueva investigación a gran escala, que debían publicarse en 2003, ayuden a tener una explicación más fundamentada.^{31, 32}

Los principales temas del debate actual se basan en los complejos problemas que enfrentan los médicos en la práctica cuando no existe una solicitud clara y voluntaria del

paciente, pues estos casos no se ajustan a la definición estricta de eutanasia. En esta situación están los neonatos gravemente enfermos y los pacientes incapacitados para pedir ayuda para terminar con su vida, ya sea porque estén inconscientes o porque no puedan comunicarse; también quedarían incluidas las personas con sufrimiento mental que no necesariamente padecieran una enfermedad física, y de las cuales se cuestiona su capacidad racional para hacer una petición voluntaria. Es importante revisar estos casos por dos razones: porque ilustran los problemas sobre los que se sigue reflexionando en los Países Bajos y porque son utilizados por los opositores que, dentro y fuera del territorio, quieren demostrar los peligros de legalizar la eutanasia, argumentando que irremediablemente se aplicaría de manera abusiva e indiscriminada.

2.1. Pacientes con sufrimiento mental sin enfermedad física

Desde 1994 ha ganado atención el tema de la muerte asistida en la práctica psiquiátrica, especialmente cuando se trata de pacientes cuyo sufrimiento no está causado por una enfermedad física. La polémica que ha generado es fundamental porque toca dos cuestiones centrales, relacionadas entre sí: 1) el sufrimiento mental intolerable, sin enfermedad física, justifica que un médico responda al pedido de un paciente para terminar con su vida; 2) un paciente con trastorno psiquiátrico puede tener juicio autónomo.³³

Si bien los psiquiatras neerlandeses, en la teoría, mantienen una actitud más bien liberal hacia el suicidio médicamente asistido en pacientes psiquiátricos, en la práctica son muy renuentes a aplicarlo. Las solicitudes por parte de los pacientes no son excepcionales, pues se calcula que se presentan 320 por año en una población de casi 15 millones, pero sí son significativamente inferiores a las que se dan en la práctica no psiquiátrica, que llegan a 9 700 (cifras correspondientes a 1995). En la práctica psiquiátrica se calcula que se responde a esta ayuda con una frecuencia de dos a cinco casos por año (casi 2%, comparado con 37% que se da en la práctica no psiquiátrica), y al menos la mitad de ellos son pacientes que, además de la enfermedad psiquiátrica, tienen algún padecimiento físico, con frecuencia en fase terminal.³⁴

2.1.1. Los casos llevados a juicio

Como ya mencionamos, desde 1984 la ley en los Países Bajos exime al médico que termina con la vida de un paciente (o que brinda ayuda para que el paciente lo haga), siempre y cuando se cumpla con una serie de requisitos que le permiten invocar el conflicto de deberes. Se han llevado a juicio casos de muerte asistida a pacientes psiquiátricos, y en ellos se han revisado, desde el punto de vista ético y legal, las condiciones bajo las cuales puede permitirse esta práctica para este tipo de pacientes.

Sjeg Gevers y Johan Legemaate presentan los siete casos comprendidos entre 1991 y 1997: mujeres con anorexia nerviosa, hombres y mujeres con depresión, y un caso de un hombre que había sido condenado a la cárcel por asesinato, desde donde reclamaba el derecho a recibir ayuda para terminar con su vida y poner fin al sufrimiento mental causado por lo que consideraba una sentencia injusta. Este último caso fue el único al que no se dio la ayuda médica al suicidio. En los otros seis sí se dio, y en cinco de ellos se determinó judicialmente que se habían cumplido las condiciones para justificar que el médico ayudara a las personas a terminar con su vida. En uno de los casos se consideró culpable al médico por no haber explorado suficientemente los tratamientos alternativos disponibles para aliviar el sufrimiento que causaba la depresión de su paciente.³⁵

De todos estos casos, el que más polémica suscitó fue el caso Chabot, llamado así por el nombre del psiquiatra que en 1991 ayudó a suicidarse a una mujer de 50 años que quería terminar con su vida porque le resultaba intolerable su sufrimiento mental, pero que no tenía una enfermedad física. La situación de esta mujer (a quien llamaremos simplemente señora X) no puede considerarse un caso psiquiátrico en sentido estricto, porque su sufrimiento no provenía de una enfermedad mental. Lo que se interpretó así provenía del sufrimiento emocional que se acumuló con los acontecimientos trágicos de su vida.

La señora X fue infeliz en su matrimonio desde el principio, pero su situación empeoró cuando en 1986 se suicidó su hijo mayor mientras hacía el servicio militar en Alemania. Los problemas conyugales empeoraron y ella empezó a manifestar el deseo de terminar con su vida, razón por la cual fue internada durante una breve temporada en la sala psiquiátrica de un hospital local. En 1988 abandonó a su esposo y se llevó con ella a su segundo hijo, a quien dos años más tarde se le diagnosticó cáncer y murió al año siguiente. La misma noche de la muerte de su hijo ella intentó suicidarse con los medicamentos que había recibido de su psiquiatra. A partir del fracaso de este intento se obsesionó con la idea de terminar con su vida, y comunicó a las personas más cercanas que deseaba morir de una forma humana, sin afectar a otros. Poco más tarde entró en contacto con el doctor Chabot a través de la Asociación de Eutanasia Voluntaria de los Países Bajos.³⁶ El médico tuvo largas sesiones de plática con la señora X; también habló con la hermana y el cuñado de ella y consultó a siete médicos para analizar el caso. Éstos estuvieron de acuerdo con la conclusión de Chabot de que la paciente presentaba un sufrimiento intolerable sin ninguna perspectiva de mejoría, y que su condición psiquiátrica (trastorno de adaptación con depresión en un contexto de proceso de duelo) no le impedía formular un pedido competente y bien pensado, pues la señora entendía bien su situación y las consecuencias de su decisión. Casi un mes después de su primer encuentro con Chabot, la señora X recibió de él los medicamentos letales que tomó, acompañada por su mejor amiga, el médico y otro médico general, amigo de Chabot.^{37,}
³⁸

Tanto la corte regional de Assen como la corte de apelación de Leeuwarden determinaron en 1993 que Chabot había actuado con el cuidado requerido y que su decisión había sido adecuada, pues no había un tratamiento que realmente hubiera

podido ayudar a la señora X. En 1994 la Suprema Corte utilizó este caso para establecer que el sufrimiento mental intolerable puede justificar el suicidio asistido por el médico en casos excepcionales, aun cuando no haya una enfermedad médica concurrente, y definió una serie de aspectos decisivos:

- 1) Que el psiquiatra actúe con el cuidado más extremo.
- 2) Que se consulte a un experto independiente sobre todo lo relevante del caso y que examine al paciente antes de dar su opinión.
- 3) Que no puede justificarse la ayuda al suicidio si el paciente rechaza una alternativa realista de tratamiento.
- 4) Que debe revisarse la aseveración generalizada e incorrecta de que la solicitud de un paciente psiquiátrico para suicidarse no puede ser voluntaria y competente.³⁹

Sin embargo, la Suprema Corte consideró una deficiencia en este caso: el hecho de que ninguno de los expertos consultados por Chabot hubiera examinado a la paciente antes de dar su opinión, y por esa razón lo declaró culpable, aun cuando no le impuso ningún castigo.^{40, 41}

2.1.2. La autonomía en el paciente psiquiátrico

El debate en torno a la aceptación de la muerte asistida en la práctica psiquiátrica se mantiene abierto. Para algunos sigue siendo cuestionable la premisa de que haya pacientes psiquiátricos que puedan hacer un pedido libre y razonable para que se les ayude a morir. Aun si teóricamente admiten esta posibilidad, muchos piensan que en la práctica es casi imposible distinguir si un deseo de muerte es expresión de la voluntad o de la enfermedad mental.⁴² Se entiende la preocupación de muchos médicos de que el deseo de muerte de una persona forme parte de una condición depresiva que podría desaparecer con un tratamiento, con el tiempo o con algún acontecimiento inesperado. Los psiquiatras que participaron en el estudio antes mencionado afirmaban que, de las últimas solicitudes que habían recibido de pacientes que buscaban ayuda para suicidarse y que no la habían recibido, 63% todavía vivía, y 35% de ellos ya no quería morir (aunque igualmente mencionaron que 16% de los que ya no vivían y que tampoco recibieron ayuda, persistieron en su idea y se habían suicidado solos).⁴³

Es necesario reconocer que puede tener un peso mayor del que se creía el prejuicio ampliamente compartido, tanto por médicos como por los que no son médicos, de que la idea y la intención de suicidarse inevitablemente son una expresión de enfermedad mental y que el psiquiatra siempre debe tratar de evitar el suicidio. Thomas Szasz,⁴⁴ quien defiende la muerte voluntaria como una libertad fundamental que debe ser garantizada legalmente para cualquier persona, sin necesidad de interferencia médica, ha criticado

muy duramente que se pretenda “medicalizar” este derecho y que sean los médicos quienes tengan el poder para apoyar o impedir la decisión de una persona de terminar con su vida.⁴⁵ Con todo lo cuestionable de algunos de sus argumentos, Szasz tiene razón al señalar el uso peyorativo que se le ha dado al término “suicidio”, cargado de valoración moral, y al mostrar cómo este acto ha sido condenado, primero como pecado por la religión, después como delito por la ley y finalmente como enfermedad por la medicina. En realidad, como afirma este autor, matarse uno mismo o matar a otra persona puede ser moralmente correcto o incorrecto en función de las circunstancias y los valores de la persona que juzgue el hecho.⁴⁶

Si bien reconocemos la aportación de Szasz, creemos que la petición de suicidio asistido por parte de un paciente psiquiátrico es un asunto enormemente delicado. En contra de la idea que defiende este autor, el gobierno de los Países Bajos está convencido de que la muerte asistida tiene que ser una práctica controlada, y parte de este control consiste en que sólo pueda ser otorgada por los médicos. Quizás uno de los aspectos más inquietantes, al considerar la aceptabilidad del suicidio asistido en psiquiatría, se relaciona con el hecho de que el paciente psiquiátrico y el paciente que padece una enfermedad terminal viven situaciones muy diferentes. En el caso del enfermo que tiene la certeza de que su muerte está muy cerca, ayudarlo a morir sólo significa adelantar el momento final.⁴⁷ En cambio, en el caso del paciente psiquiátrico que no padece simultáneamente una enfermedad terminal y que podría vivir muchos años más, la decisión del médico adquiere un peso mayor, pues un error en su valoración sería irremediable e implicaría terminar con una vida que debería haber continuado.

Al respecto, uno de los casos presentados por Gevers y Legemaate aporta una reflexión que permite analizar este conflicto desde otra perspectiva. Se trata de una mujer con anorexia nerviosa y depresión que recibió diferentes tratamientos psiquiátricos por más de 13 años y que solicitó ayuda para morir meses después de que murieran tanto su esposo como su madre. Escribió a su psiquiatra que había llegado al límite físico y mental y que ya no tenía la voluntad para seguir viviendo, por lo que pensaba que ya no servía continuar el tratamiento. El psiquiatra que la ayudó a morir declaró que en la situación en que se encontraba la paciente, la continuación de la vida simplemente hubiera significado la prolongación de un enorme sufrimiento. La corte regional que juzgó este suicidio asistido determinó que el médico había actuado con el cuidado requerido.⁴⁸ Si el psiquiatra solamente se hubiera preocupado por asegurarse de no cometer el error de terminar prematuramente una vida, hubiera contribuido a que continuara la vida que su paciente sobrellevaba con un inmenso dolor, lo cual, en ese caso, hubiera sido un error.

Es muy significativo el hecho de que la Suprema Corte de los Países Bajos justificara, en casos excepcionales, que se brindara ayuda a morir a pacientes con sufrimiento mental, sin enfermedad física concomitante. Quiere decir que el punto decisivo que debe tenerse en cuenta al acceder a un pedido de muerte médicamente asistida es el grado de sufrimiento del paciente, independientemente de su causa. La

Suprema Corte coincide con la Real Asociación Médica Neerlandesa al aceptar que, al valorar un pedido de muerte asistida, lo que cuenta es la experiencia de sufrimiento del enfermo, más que su naturaleza (física o psicológica) o su causa (enfermedad somática o mental). El aspecto determinante que debe considerarse es la gravedad del sufrimiento, el hecho de que domine por completo la existencia de la persona, sin dejar lugar a otros sentimientos o experiencias.⁴⁹

Desde luego, hay que ser muy objetivo para analizar el sufrimiento, de manera que no haya duda de que éste sea intolerable para el paciente y justifique atender la petición de muerte asistida. Es cierto que lo que cuenta es la experiencia subjetiva del paciente, pero es necesario que el médico juzgue cierta esa percepción para asegurarse de que actúa de manera ética, profesional y con apego a la legalidad. Y es que el médico siempre actúa buscando el beneficio del paciente; cuando éste considera que lo mejor es morir para terminar con el sufrimiento, el médico tiene que estar convencido de que el paciente está haciendo un pedido bien razonado. Esto se relaciona con otro señalamiento decisivo de la Suprema Corte al juzgar el caso Chabot: hay que aceptar que puede haber pacientes psiquiátricos con la capacidad para solicitar voluntariamente la muerte asistida. El psiquiatra que recibe una petición de muerte asistida de un paciente tiene que ver si éste conserva la capacidad para razonar y decidir, a pesar de la condición de sufrimiento mental en que se encuentra.

Es importante tener presente que dentro de la misma categoría de paciente psiquiátrico pueden agruparse muy diferentes tipos de trastornos, algunos de los cuales implican una seria alteración del funcionamiento y de la capacidad mental del enfermo, como sucede en las psicosis o en las depresiones graves. Pero también se clasifica como pacientes psiquiátricos a personas que tienen lo que sería más correcto llamar sufrimiento moral o emocional, en lugar de mental (como sería el caso de la señora X, a la que Chabot ayudó a morir). El tema se complica mucho porque sabemos que una persona que está deprimida (incluso usando el término en sentido descriptivo y no como diagnóstico clínico) de alguna forma piensa y ve las cosas de diferente manera de como lo haría si no estuviera deprimida. De ahí que sea importante descartar que una decisión tan determinante como la solicitud de terminación de la vida se haga bajo condiciones mentales o sentimentales que muy probablemente cambiarían si el paciente recibiera el tratamiento adecuado o si se modificaran sus circunstancias. Por esta razón, se niega la ayuda cuando el paciente rechaza una opción de tratamiento⁵⁰ y se establece que la petición del paciente debe analizarse con calma y dar tiempo para asegurarse de que no responde a un impulso desesperado del momento.

Con todo, parece inevitable tener la sensación de que persiste cierta zona gris y que no se pueden especificar todos los elementos que permiten garantizar la valoración perfecta de una petición de muerte asistida en la práctica psiquiátrica. Por tal razón, la ley recomienda a los psiquiatras actuar con el cuidado más extremo y analizar cada caso en particular, reconociendo el derecho de cada persona a tomar decisiones sobre su vida, mientras no esté comprometida su capacidad para hacerlo, y admitiendo que uno mismo, en una situación similar, podría pensar de otra manera.⁵¹ Se trata de ofrecer al

especialista una solución que le permita poner fin a una vida de sufrimiento intolerable e intratable, cuando una persona se lo pide de manera realista; al mismo tiempo se exige al médico que se asegure, de la mejor manera posible, de que no está cometiendo un error irreparable.

2.1.3. La consulta al psiquiatra

Señalamos antes que en los Países Bajos es un requisito que el médico que recibe una solicitud de muerte asistida consulte a otro colega antes de responder a ella. Cuando existe duda sobre la competencia mental del paciente, el médico debe consultar, además, a un psicólogo o a un psiquiatra para que le ayude a valorar la autonomía de la solicitud. Según el estudio ya mencionado, que se realizó con psiquiatras, son raras las consultas a estos especialistas con tal propósito. Se calcularon anualmente 310, sólo 3% del número de solicitudes explícitas de los pacientes, lo cual no significa que en los otros pacientes se negaran los aspectos psiquiátricos y psicosociales, sino que éstos fueron considerados por médicos que no eran psiquiatras. En 31% de los casos en que se negó la muerte asistida, la razón de los médicos fue que el paciente tenía depresión u otro trastorno mental.^{52, 53}

Además de consultar al psiquiatra para valorar si hay un trastorno mental que afecte la competencia del paciente, los médicos recurren a este especialista para saber si el fenómeno de transferencia o el de contratransferencia (los sentimientos inconscientes del paciente hacia el médico y del médico hacia el paciente) influyen en el proceso de decisión. Este dato es muy interesante porque indica que los médicos reconocen el papel que pueden desempeñar los sentimientos y la subjetividad en la relación médico-paciente, y en decisiones tan determinantes como las que se relacionan con el final de la vida. Ésta es una respuesta al señalamiento de De Hennezel, quien al cuestionar la legitimidad de la eutanasia denunciaba el peligro de que fueran los médicos quienes atendieran una petición de muerte asistida, por no saber escuchar a los enfermos ni escucharse ellos mismos.⁵⁴

2.1.4. Los límites de una práctica

La señora X escribió al doctor Chabot una carta en la que comenta que, aunque las prácticas de la eutanasia y del suicidio asistido sean el motivo de tanta controversia, agradece que existan porque a veces la vida es insoportable. También reconoce que quedan muchas preguntas difíciles de responder: “¿quién decide cuándo es demasiado el sufrimiento humano?, ¿cuándo puede decirse que se ha intentado lo suficiente?, ¿dónde termina el derecho a determinar el final de tu propio destino?, ¿qué clase de poder se usa, cuándo y por quién?”⁵⁵

Se puede entender que el doctor Chabot considerara justo el pedido de la señora X por diversos factores: porque se trataba de una mujer que sabía lo que quería, lo que pedía, lo que significaba para ella la vida y la muerte; porque sabía las repercusiones que tendría su muerte para otras personas cercanas, como su hermana y su mejor amiga, incluso la responsabilidad que su decisión implicaba para el médico. Con todo, su caso deja preguntas abiertas, todas las que ella misma plantea y en especial una más: ¿se justifica que el médico ayude a morir a una persona por el hecho de que padece un sufrimiento emocional o existencial intolerable?

La señora X no tenía una enfermedad ni física ni psiquiátrica; sin embargo, Chabot la consideró su paciente porque tuvo con ella diversas entrevistas. Al principio el médico buscó establecer un diagnóstico y una relación de confianza, hasta intentó darle una terapia de duelo sin que ella lo advirtiera, pero ella se dio cuenta y le pidió que no lo hiciera, pues no era ésa la ayuda que quería.⁵⁶ Cuando Chabot estuvo seguro de que la señora X no aceptaría otro tipo de ayuda, y él mismo reconoció que existen ocasiones en que ni los antidepressivos ni las psicoterapias curan el dolor causado por las pérdidas de la vida, consideró válido apoyarla. Decidió participar en el suicidio asistido porque era su médico, porque pensó que si le negaba esa ayuda añadiría más sufrimiento al que ella de por sí tenía, y porque lo más probable hubiera sido que ella sola buscara su muerte.⁵⁷ Si bien el criterio del sufrimiento intolerable tiene el inconveniente de ser muy subjetivo, Chabot se basó en otro mucho más objetivo: para la señora X no existían tratamientos que disminuyeran su sufrimiento y esto respondía principalmente al hecho de que no estaba causado por una enfermedad.

Puede resultar paradójico que Chabot ayudara a morir a la señora X apoyándose en el hecho de que era su médico, al mismo tiempo que afirmaba que su paciente no estaba enferma. Pero él mismo aclaró por qué se consideraba su médico, lo cual es totalmente compatible con nuestra idea de que la relación entre el médico y el paciente no se define por la enfermedad del segundo, la cual puede ser curable o incurable, transitoria o crónica, inofensiva o mortal, incluso puede ser real o imaginaria. La relación médico-paciente se establece a partir del momento en que una persona que sufre busca ayuda en quien se presenta profesionalmente preparado para hacerlo, y este último acepta dársela.

No cabe duda de que el caso Chabot ilustra la dificultad que puede llegar a significar, en la práctica, tomar decisiones apegadas a la ley. Ésta, por definición, tiene que ser clara y establecer límites precisos, pero en la vida real muchas veces resulta muy difícil reconocer esos límites. Vemos esta dificultad en un caso polémico reciente publicado en una revista médica neerlandesa, y aunque no está incluido en la revisión de Gevers y Legemaate, también se relaciona con la práctica psiquiátrica. Se trata de una doctora que ayudó a morir a un hombre de 71 años que padecía demencia vascular, y que quedó libre de ser procesada porque se reconoció que el paciente, a pesar de su condición en proceso de deterioro, conservaba la capacidad para hacer una petición lúcida. Desde luego, la resolución resultó polémica porque algunos interpretaron esta decisión como un precedente que abría las puertas hacia el abuso de la eutanasia en pacientes dementes de edad avanzada. La misma doctora aclaró que había respondido a una petición voluntaria

de su paciente, pues ella misma se oponía a la muerte asistida en personas que no podían expresar su voluntad.⁵⁸

2.2. Terminación activa de la vida sin solicitud expresa

Ésta es la expresión con la que se describen en los Países Bajos las acciones médicas para terminar con la vida de una persona que no está capacitada para formular por sí misma el pedido. Así se mantiene una clara distinción con el sentido específico del término eutanasia, que sólo se aplica cuando una persona competente ha pedido de manera explícita y repetida que se termine con su vida. Esta otra categoría incluye pacientes muy diferentes entre sí: 1) los neonatos con grandes discapacidades al nacer, 2) las personas en estado vegetativo persistente, y 3) los pacientes que en algún momento expresaron su deseo de que se les aplicara la eutanasia, aunque en las etapas finales de la enfermedad ya no tengan la posibilidad de expresar su voluntad.

2.2.1. El caso de los neonatos e infantes

Se calcula que en los Países Bajos cada año se termina activamente con la vida de 10 neonatos con graves incapacidades, lo que corresponde a 1% del total de niños que mueren durante el primer año de vida.⁵⁹ Sobre esta práctica existen opiniones muy encontradas: algunos médicos la consideran moralmente justificada, mientras que otros la desaprueban, incluso en aquellos casos en que al neonato se le ha retirado el tratamiento médico que lo mantenía con vida (con la consecuente muerte lenta y dolorosa).⁶⁰ Entre los primeros se encuentra Henk Prins, un ginecólogo que en 1993 aplicó una inyección letal a una bebé que había nacido con varias discapacidades, entre ellas espina bífida⁶¹ e hidrocefalia,⁶² las cuales provocaron un daño cerebral severo que causaría limitaciones muy graves en la calidad de vida de la niña. El día en que la bebé Rianne nació se decidió no operarla, y al cuarto día los padres solicitaron al médico que terminara con la vida de su hija. Aunque Prins fue acusado de homicidio, fue absuelto porque se alegó un conflicto de deberes: entre el deber de prolongar la vida y el deber de aliviar el sufrimiento intolerable.⁶³

Es interesante observar cómo describe este mismo caso uno de los grandes oponentes a la eutanasia en los Estados Unidos, Wesley J. Smith. Este autor afirma que el doctor Prins mató a la recién nacida con el consentimiento de los padres, y que ésta se encontraba en agonía porque se le negó la atención médica, tratamiento que es habitual dar a neonatos con problemas similares a los de esta recién nacida.⁶⁴

Por nuestra parte, coincidimos con Prins al señalar que si algo ponen en evidencia casos como los de esta niña son los cambios que el desarrollo de la tecnología ha introducido en la práctica médica con este tipo de pacientes, a los cuales es posible mantener con vida (lo cual puede ser tanto una bendición como una maldición). Con estas nuevas posibilidades es necesario responder preguntas inéditas: ¿cuál es una vida de suficiente calidad?, ¿quién la determina?, ¿deben tomar decisiones los padres y médicos de manera privada o bajo la mirada pública del sistema legal?⁶⁵

Prins aclara que fueron dos las decisiones que se tomaron para decidir la terminación de la vida de la bebé Rianne. La primera fue la de no operar, pues no significaría ningún beneficio para la niña ya que se habría prolongado su vida sin resolver los síntomas ni las consecuencias del defecto de nacimiento, además de que se habría creado la necesidad de repetidas operaciones. En esta decisión participaron con Prins un neurólogo, un neurocirujano, un pediatra y un pastor. Se tuvo en cuenta la magnitud del daño cerebral que limitaría gravemente la capacidad de la niña para comunicarse: le impediría caminar, sentarse por sí misma, tener control de esfínteres y tener sensibilidad en la parte inferior de su cuerpo.⁶⁶ Fue una decisión médica a la que se llegó después de analizar los intereses generales de la niña y de los padres, y fue así como se determinó poner fin a la vida de la recién nacida.⁶⁷

La segunda decisión tuvo que ver con la forma de terminar con la vida de la bebé Rianne. Si se le hubieran administrado analgésicos narcóticos del tipo de la morfina para disminuir el dolor, también se habría producido la muerte, pero antes se habría alargado innecesariamente el sufrimiento de la niña y habrían surgido nuevas complicaciones ante las que se tendría que haber decidido nuevamente si se le daba tratamiento o no. Prins puso la inyección a petición de los padres, quienes no quisieron prolongar una situación ambigua y de sufrimiento; esto significó intervenir activamente para acelerar la muerte en lugar de dejar que sobreviniera por el doble efecto de los analgésicos.⁶⁸

En los Países Bajos, la principal decisión médica que antecede a la muerte de niños en su primer año de vida es el retiro del tratamiento para prolongar la vida o no proporcionarlo. Puede ser que además se den medicamentos que acorten la vida de los infantes, con la intención de aliviar el dolor y otros síntomas, pero es poco frecuente que se administre un medicamento con la intención explícita de acelerar la muerte de un bebé, como lo hizo Prins.⁶⁹ Por ello es interesante la reflexión de este médico, quien señala que no considera que haya una diferencia moral entre la primera decisión, el retiro de un tratamiento inútil para la bebé Rianne, y la segunda, terminar activamente con su vida. La diferencia que se establece entre lo que suele considerarse eutanasia pasiva y eutanasia activa se apoya en aspectos emocionales, pero no debería implicar una diferencia legal, como sí la hubo al valorar la acción del médico, tanto así que fue acusado.⁷⁰ Tampoco debería hacerse una distinción, en términos éticos, entre la acción médica de dar analgésicos para disminuir el dolor, que de manera indirecta producen la muerte, y la aplicación de una inyección letal. En el caso de la bebé Rianne se escogió la

segunda acción porque era la mejor, y para Prins hubiera resultado poco ético que, por temor a las consecuencias legales, hubiera cambiado su decisión.⁷¹

Según Prins, con el supuesto fin de proteger a los pacientes del abuso se consigue un efecto indeseable al mantener una diferencia legal entre las diversas acciones médicas mencionadas. De este modo, si los médicos consideran que lo más adecuado es aplicar una inyección letal, aunque actúan de acuerdo con sus principios, quedan desprotegidos porque su acción está fuera de la ley. Prins no ignora el riesgo de la llamada pendiente resbaladiza, pero piensa que ésta sería mucho mayor si no se hablara y reflexionara acerca de casos como el de la bebé Rianne. Comenta que ve una diferencia abismal entre la calidad de vida que le hubiera esperado a esta niña y la que podría esperarse para un niño con síndrome de Down, simplemente por el hecho de que este último no necesariamente sufre a lo largo de su vida.⁷²

A estas consideraciones podemos añadir una reflexión que surge al conocer la noticia reciente de que en los Países Bajos se ha obligado a un hospital a pagar por haber permitido el nacimiento de una niña discapacitada que a los nueve años de vida no habla, no camina, casi no oye, tiene los intestinos deformes y ha sido operada del corazón varias veces. Los jueces determinaron que esta niña nunca debió haber nacido, y para referirse a su situación utilizan el concepto nuevo de *vida injusta*. Se entiende que la situación debió haberse evitado con un aborto terapéutico, que no se decidió porque los médicos ignoraron el dato de que en la familia existía una alteración congénita de cromosomas; de ahí que se les considere responsables del sufrimiento derivado de un nacimiento que podría haberse evitado.⁷³ Aunque en este caso el error se localiza antes del nacimiento, no es muy lejano pensar que también podría extenderse el concepto de vida injusta a aquellos casos en los que, después del nacimiento, se cometa el error de prolongar una vida como la de la bebé Rianne.

2.2.2. *Pacientes que no piden la terminación de su vida*

Además del caso de los neonatos, dentro de este tipo de pacientes quedan incluidas las personas que han perdido la capacidad para hacer una solicitud explícita de eutanasia debido a que se encuentran en coma irreversible o porque el avance de la enfermedad los incapacita para comunicarse. Recordemos que desde 1994 se introdujo un cambio en la ley para incluir todos estos casos en el procedimiento de notificación, pues se consideraba que el hecho de perder la capacidad de expresión no era una razón para negar la muerte asistida a personas que requerían esta ayuda.

La Comisión Remmelink halló que en 1990 y 1995, el porcentaje de terminaciones de la vida sin solicitud expresa fue de 0.8% y 0.7% respectivamente, lo que indica que se mantiene estable o que ha declinado ligeramente. Sin embargo, quienes se oponen a la eutanasia utilizan de manera repetida el argumento de que la despenalización de la muerte

asistida en los Países Bajos ha llevado al abuso de su práctica, y se basan precisamente en estos datos, que corresponden a un total de 1 000 y de 900 personas que mueren al año de esta forma. Lo primero que parecen ignorar, sobre todo los oponentes extranjeros, es que sólo los Países Bajos pueden proporcionar estos datos, porque ningún otro país ha obtenido los propios. Por lo mismo, no puede hacerse una comparación entre países para aseverar que se abusa de la muerte asistida por culpa de los cambios legales.⁷⁴ Es un hecho que en otros países también se practica la muerte asistida, lo mismo con pacientes que la solicitan de manera expresa, que con pacientes que no lo hacen, pero se desconoce con qué frecuencia y bajo qué circunstancias. Es posible que haya más casos de abuso en los países en que no está legalizada, pues no existe una regulación para controlar la práctica.

En los Países Bajos, en cualquiera de los casos en que se decide terminar la vida sin la petición del paciente, se hace como un último recurso, aceptable sólo en circunstancias extraordinarias. Al hacer valoraciones sobre esta práctica no debe perderse de vista que hay una gran diferencia entre acelerar la muerte de una persona que ya no puede expresar su voluntad, y terminar con la vida de alguien en contra de su voluntad. Sólo en este último caso se puede hablar de abuso y de que la práctica de la muerte asistida se esté utilizando con fines contrarios a los principios en que se apoya.

No se puede hacer un juicio sobre las acciones médicas para terminar con la vida de pacientes sin su solicitud expresa si no se conocen las circunstancias en que se toman tales decisiones. Según los hallazgos de la Comisión Rimmelinck, en 1990 la mayoría de los pacientes a los que se ayudó a morir en esta situación eran enfermos de cáncer en fase terminal. El acortamiento de sus vidas fue de sólo unas horas o una semana; en la mitad de los casos la decisión se había analizado con los pacientes con anterioridad, y en casi todos había sido discutida con colegas o familiares.⁷⁵

Podemos comparar estos datos con una investigación reciente realizada en los Países Bajos para explorar la frecuencia de muerte asistida entre enfermos con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)⁷⁶ fallecidos entre 1994 y 1995. Se calculó que 20% del total de pacientes solicitaron y recibieron ayuda activa para morir, un elevado porcentaje que se explica por las limitaciones de la atención paliativa para esta enfermedad, mucho mayores que para otras enfermedades, incluido el cáncer. Se aceleró la muerte de dos pacientes sin su solicitud, lo cual correspondió a 1% del total de enfermos con ELA, porcentaje similar al que se encontró en las investigaciones generales de la Comisión Rimmelinck. Uno de los pacientes había solicitado la muerte asistida previamente y el otro estaba en proceso de tomar la decisión. Ambos tuvieron complicaciones muy severas que produjeron sangrado y asfixia en un caso, y neumonía y septicemia en otro, quedando primero incapacitados para comunicarse y finalmente inconscientes, como permanecieron hasta el momento en que se terminó su vida.⁷⁷ Al conocer de cerca las condiciones en que se tomó la decisión de acelerar la muerte de estos pacientes, queda claro que estaba justificada. Además de que se decidió por considerar que era lo mejor para los pacientes, existían antecedentes que indicaban que ellos esperaban ese tipo de ayuda.

Aun así, no se puede ignorar que en este tipo de decisiones, en que se requiere interpretar la voluntad de quien ya no puede expresarla, siempre hay un margen de incertidumbre. Desde luego, es indeseable que se decida terminar con la vida de alguien basándose en una interpretación errónea, pero sería igualmente indeseable que los médicos quedaran imposibilitados de actuar y poner fin a un sufrimiento cuando las personas ya no pueden expresar su voluntad. Parece preferible que se tolere un mínimo de incertidumbre y que los médicos actúen apoyándose en todos los elementos que tienen. La terminación de la vida sin solicitud expresa sigue siendo un tema polémico en los Países Bajos, pero en la medida en que se conozcan las situaciones en que se aplica se podrá debatir sobre ella con elementos reales. Este conocimiento será más preciso cuando todos los médicos estén dispuestos a notificar una acción así, lo cual no sucede en la actualidad por la inconveniencia y el riesgo que ello implica.

3. OTRAS DECISIONES MÉDICAS AL FINAL DE LA VIDA

Al principio de este capítulo señalamos la importancia de ubicar la muerte médicamente asistida en relación con otras decisiones médicas que se toman al final de la vida de los pacientes, que anteceden la muerte de los enfermos en los Países Bajos y que son mucho más frecuentes que la eutanasia. Estas decisiones, que se consideran “tratamiento médico normal”, incluyen las decisiones de no dar un tratamiento o de suspenderlo, así como las intervenciones que buscan aliviar el dolor y otros síntomas, con el conocimiento de que pueden acelerar la muerte.⁷⁸ De hecho, en este país, al inicio o a la continuación de un tratamiento al que no se le reconoce un efecto beneficioso y que sólo alargaría el proceso de muerte se le considera una práctica poco profesional. Por otra parte, el alivio al dolor se considera un deber médico, y cuando no se procura se valora como negligencia profesional.⁷⁹

En teoría, la acción para aliviar el dolor que indirectamente causa la muerte se distingue claramente de la eutanasia, pero en la práctica muchas veces es difícil establecer esta distinción. En la mayoría de los casos en que se interviene de esta manera los médicos tienen primeramente la intención de aliviar el dolor, pero en algunos casos buscan, además, terminar con la vida del paciente.⁸⁰

Según los resultados de la Comisión Remmelink, en la mayoría de las situaciones en que se encontró que la intención de aliviar el dolor coincidía con la de terminar con la vida del paciente, la muerte se hubiera producido muy pronto de todas maneras. En 64% de los casos los enfermos iban a morir antes de 24 horas, y en 16%, antes de una semana.⁸¹

Desde la perspectiva legal, la intención principal del médico es la decisiva (aliviar o acelerar muerte), puesto que no necesariamente hay una diferencia en los medios técnicos que se utilizan para llevar a cabo una u otra intención. Si bien al realizar una eutanasia suele aplicarse un medicamento que termina rápidamente con la vida de la

persona, también se puede hacer de manera más lenta, que es la forma en que suele producirse la muerte por el efecto del alivio del dolor. En algunos casos la muerte indirecta coincide con que la petición de eutanasia no haya sido suficientemente discutida, y entonces el médico, de alguna manera, es quien tiene la última palabra y decide después si informa una muerte natural o una eutanasia. Es posible que opte por la primera para evitar las complicaciones inherentes al proceso de notificación.

Algunos autores, entre ellos John Keown, consideran que los altos porcentajes de muerte que se producen por estas otras decisiones médicas que se toman cuando el paciente se acerca al final de la vida (suspender el tratamiento, no darlo, o aliviar el dolor) no se justifican y en realidad corresponden a eutanasias encubiertas, con lo cual pretenden demostrar que en los Países Bajos se abusa de esta práctica, ya que se aplica sin una solicitud explícita del paciente.⁸²

Desde luego, la ambigüedad en las acciones dirigidas a aliviar el dolor no es exclusiva de los Países Bajos. Pierre Verspiere⁸³ reflexiona sobre las implicaciones éticas de este tipo de intervenciones, tal como se realizan en Francia. Señala que los efectos que éstas tienen en los pacientes varían en función de las dosis utilizadas, de manera que pueden tener un resultado analgésico (contra el dolor), anestésico (que implica la pérdida de conciencia) o tóxico (que acelera el proceso de muerte). Los límites entre las dosis correspondientes no siempre pueden establecerse con precisión y el hecho de que en algunos casos no se requiera una intervención especial sobre el cuerpo del paciente (porque ya existe una punción en la vena para administrar suero o medicamento) puede implicar que se mantenga cierta distancia respecto a una intervención que en realidad conlleva una enorme responsabilidad. Por eso, este autor considera esencial reflexionar si es éticamente aceptable terminar deliberadamente la vida consciente de un enfermo como un primer paso que culminará en la terminación definitiva de su vida.⁸⁴

Desde nuestro punto de vista esta pregunta es pertinente. Si se toman decisiones médicas que van a producir la muerte de un enfermo (sea como consecuencia de dar tratamiento para el dolor o de suspender un tratamiento) debe existir un pedido explícito del paciente, siempre que éste pueda hacerlo realmente. Ahora bien, si es un deber prioritario aliviar el dolor, y hacerlo produce la muerte de manera indirecta, el médico no tiene la opción de no intervenir, a menos que así lo pida el paciente porque prefiera vivir más tiempo aunque sea con dolor. Lo mismo cabe decir en los casos en que está la posibilidad de retirar un tratamiento (o no proporcionarlo) que sólo prolongaría la muerte; sería una práctica poco profesional dar un tratamiento que no representara un beneficio y que alargara el proceso de muerte, a menos que el paciente lo solicite así. El punto decisivo, nos parece, es que se tome en cuenta la voluntad de la persona cuya vida va a terminar, pero quizá en la práctica no siempre sea fácil establecer la comunicación necesaria, y en realidad no conocemos a fondo cómo se toman estas decisiones en los Países Bajos.

Sin embargo, tenemos una aproximación gracias al estudio que realizó Robert Pool, quien investigó desde un punto de vista antropológico las decisiones relacionadas con la etapa final de la vida en ese país. A través de su libro, este autor nos transporta a un

hospital neerlandés para seguir de cerca los últimos días de 10 enfermos que expresan sus deseos de poner fin a su vida, pero también sus temores y, en algunos casos, sus contradicciones. Que un enfermo decida adelantar su muerte no implica que ya no sienta miedo de morir. Su decisión tampoco le impide, mientras llega el momento fijado para la eutanasia, seguir encontrando alguna satisfacción en la vida, por lo que algunos de los pacientes de los que habla Pool disfrutaban de la lectura. Gracias a este estudio podemos saber cómo se desarrollan algunos pedidos de eutanasia, cómo responden a ellos los médicos, las enfermeras y los familiares, y qué factores sociales y afectivos influyen en todo el proceso por medio del cual se toman decisiones médicas como la eutanasia, el alivio del dolor y la suspensión de un tratamiento.⁸⁵

La investigación de Pool revela las ambigüedades presentes en las decisiones médicas, pues en la práctica las situaciones no tienen la claridad que propone la legislación. Los motivos de los pacientes se pueden prestar a diversas interpretaciones, simplemente por el hecho de que pueden utilizar diferentes discursos al hablar con diferentes personas: con los médicos (que son más de uno, aunque uno sea el responsable), con los familiares, con las enfermeras y con los psicólogos. Los factores subjetivos de todos los individuos que intervienen en la atención de los enfermos afectan la comunicación, la comprensión de la situación y el procedimiento por medio del cual se toman las decisiones.⁸⁶

La dificultad para establecer una línea clara entre lo que es la eutanasia y lo que es el alivio al dolor queda ilustrada en esta investigación y se entiende por qué puede ser considerada de una manera o de otra desde la perspectiva de diferentes personas y, por lo mismo, pueda presentarse un informe que la califique de un modo o de otro. Un ejemplo lo encontramos en la respuesta que un médico le dio a Pool para explicar por qué había aumentado la morfina que produjo la muerte de un paciente con cáncer terminal de pulmón:

Fue principalmente para aliviar los síntomas. Cuando la disnea⁸⁷ es tan grave, no hay opción; se le podría dar oxígeno, pero no aliviaría la sensación de asfixia. La morfina es el único medio para aliviar esa sensación y con ella también se acelera la muerte. No tienes alternativa y, *por eso*, no considero que haya sido eutanasia.

El paciente había comunicado claramente al médico que no quería sufrir más, y “en última instancia, son los deseos del paciente los que son decisivos”.⁸⁸ Sin embargo, otro médico que también atendía a este enfermo consideró que la acción que había terminado con su vida había sido una eutanasia, puesto que ésta era la ayuda que había solicitado el paciente y el médico respondió a la petición aumentando la dosis de morfina.⁸⁹

Desde el punto de vista ético, otro problema que se relaciona con las intervenciones que alivian el dolor y al mismo tiempo aceleran la muerte (cuando el paciente no la ha solicitado) tiene que ver con la capacitación técnica de los profesionales de la salud. En los últimos años, los cuidados paliativos han tenido un importante desarrollo como una especialización médica que busca ofrecer el mejor tratamiento del dolor y de otros síntomas a los enfermos para mejorar la calidad de vida en sus últimos días, sin

necesidad de precipitar la muerte. Quizá persistan muchas situaciones en las que es inevitable producir la muerte para tratar un dolor, pero también es posible que muchas otras se evitaran si los médicos tuvieran un mayor conocimiento de las nuevas opciones para su tratamiento. Como ya hemos mencionado, aun los cuidados paliativos más desarrollados tienen sus limitaciones y, además del dolor, existen otras fuentes de sufrimiento que justifican la petición de eutanasia, por lo que ésta seguirá siendo una opción con la que deben contar los enfermos. Lo que aquí queremos señalar es que si los médicos carecen de una preparación adecuada en cuanto a los tratamientos para controlar el dolor, esto sí significaría un cuestionamiento de peso cuando se acortara la vida de una persona que querría seguir viviendo.

Recientemente los ministros de Salud y de Justicia de los Países Bajos rechazaron el llamado del fiscal general para que la “sedación terminal”⁹⁰ cubriera los mismos controles médicos que la eutanasia. Los médicos reaccionaron airadamente a esta propuesta, pues rechazan la idea de que exista una interferencia legal en lo que consideran una actividad médica normal regulada por lineamientos profesionales.⁹¹

4. UNA COMPARACIÓN CON OTROS PAÍSES

En diferentes países del mundo se han dado movimientos en favor de legalizar la eutanasia, ante los cuales han surgido respuestas socialmente organizadas para mostrar su oposición. Según Bernard Kouchner, fundador de Médicos Sin Fronteras y ex ministro francés de Sanidad, aun cuando sea necesario desarrollar más los cuidados paliativos, la eutanasia es un tema sobre el que se debe reflexionar, porque siempre existirá un porcentaje de personas que se inclinen por esta opción. Reconoce que la solución es difícil y que la han encontrado muy pocos países que han establecido leyes al respecto, como los Países Bajos y Bélgica; los demás deben encontrar su propia fórmula.⁹²

4.1. *Diferentes soluciones*

A continuación presentamos una comparación de las diferentes formas en que diversos países han enfrentado la cuestión de la muerte asistida.⁹³

1) *Legalización de la eutanasia*

- En los Países Bajos y Bélgica⁹⁴ se aplica la eutanasia desde 2002 con base en la ley, siguiendo ciertas condiciones.⁹⁵
- Se considera parte de la atención médica y la aplican los médicos a los pacientes que presentan un sufrimiento físico o mental intolerable, y para quienes no existe una alternativa de tratamiento.

- El médico presta una ayuda activa en la muerte del paciente, y proporciona un medicamento para acelerar la muerte, el cual puede ser inyectado o administrado oralmente. Se permite igualmente la opción de que el paciente sea quien se lo administre (suicidio médicamente asistido).⁹⁶
- Los médicos no están obligados a practicar la eutanasia.
- La legalización permite el control de la práctica, la cual queda restringida a ciertas condiciones. Si bien generalmente se aplica a pacientes cuya expectativa de vida es de días o semanas, no se fija como requisito un lapso de expectativa de vida.⁹⁷

2) *Legalización del suicidio médicamente asistido*

- En Oregón, Estados Unidos, se permite legalmente el suicidio asistido desde 1997 (los estados de Vermont, Arizona y Hawai están tratando de que también se permita para sus ciudadanos).
- Se considera parte de una atención médica que incluye una buena atención paliativa.
- El médico ayuda al paciente a morir mediante la prescripción de los medicamentos que necesita, pero debe ser el paciente quien los tome por sí mismo. El paciente debe haber solicitado la ayuda tres veces o más en un periodo de 15 días o más; dos veces de manera oral y una por escrito, y dos médicos deben aprobar la petición y referir al paciente a consulta si hay signos de depresión u otro trastorno mental.
- Es un requisito que el tiempo de expectativa de vida del paciente sea de menos de seis meses. Por esta razón algunos enfermos no pueden recurrir a esta opción, ya que el avance de su enfermedad les impide administrarse los medicamentos y tragárselos. Dar ayuda para que tomen y traguen los medicamentos se considera un delito.

3) *Despenalización del suicidio asistido*

- En Suiza se reconoce el derecho al suicidio y se permite la ayuda al suicidio desde 1941, siempre y cuando la asistencia se dé por motivos altruistas, y la petición de quien quiere terminar con su vida sea autónoma.
- La muerte asistida no se considera parte de la atención médica, por lo que la eutanasia está prohibida, pero el médico puede ayudar a una persona a suicidarse como lo haría cualquier otro ciudadano.⁹⁸
- En 1988 se fundó la asociación Dignitas, que ayuda a suicidarse a las personas que así lo deseen, para evitar la indignidad y el sufrimiento de una enfermedad. Esta ayuda es extensiva a enfermos que vienen de otros países.

4) *Cierta permisividad legal de la eutanasia combinada con cierta ambigüedad*

- Colombia y Uruguay han revisado sus leyes para reconocer que hay situaciones en que lo mejor para el enfermo es acelerar su muerte y evitar su sufrimiento. En Colombia la corte constitucional aprobó en 1997 una ley que permite la eutanasia,

pero no ha sido ratificada por el parlamento. En Uruguay se necesita adecuar la legislación, pero los casos llevados a juicio por “muerte piadosa” han sido absueltos.

- La muerte asistida se considera parte de la atención médica.

5) *Existe un debate importante sobre la eutanasia, pero ésta se considera un delito*

- Países como los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Francia, España, Australia,⁹⁹ entre otros, sostienen un intenso debate sobre la conveniencia de legalizar o no la eutanasia, y siguen muy de cerca lo que sucede en los países en los que se ha legalizado.
- En estos países la muerte asistida se considera dentro del contexto de la atención médica, y en todos ellos existen asociaciones que defienden el derecho a una muerte digna.
- A falta de una ley que proteja el derecho a la muerte asistida, en estos países han aumentado los casos de enfermos que solicitan el permiso judicial de recibir ayuda para terminar con su vida, sea por medio de la eutanasia o del suicidio asistido.¹⁰⁰
- Así como se conocen estas solicitudes judiciales para recibir la muerte asistida, se ha sabido de acciones desesperadas de personas que terminan con la vida de algún familiar para poner fin a su sufrimiento. Como saben que corren el riesgo de ser sentenciados, algunos también prefieren poner fin a sus vidas.¹⁰¹

6) *Se ha avanzado muy poco en el debate sobre la muerte asistida*

- Países como México y muchos otros de América Latina apenas han iniciado un debate sobre el tema en el ámbito académico y legal. La sociedad no ha expresado su opinión sobre la eutanasia y se está muy lejos de alcanzar acuerdos para que la ley se modifique y considere la muerte asistida como una opción.
- La muerte asistida se considera parte de la atención médica, pero su práctica es clandestina.
- Se presume que existiría una gran oposición por parte de la Iglesia católica ante cualquier intento por legalizarla.

4.2. Controversias y pendientes

Como ha sucedido con la legalización neerlandesa, la fórmula legal de Oregón para regular la muerte asistida ha sido muy controvertida. El general John Ashcroft, titular del Departamento de Justicia de los Estados Unidos de América, sigue intentando nulificar la ley Death with Dignity Act, que regula el suicidio médicamente asistido en Oregón. Por eso, es interesante saber que después de cinco años de funcionamiento se ha demostrado que no ha habido el abuso que temían los oponentes. Ni se da muerte a ancianos vulnerables sin su consentimiento, ni son excesivas las peticiones de ayuda para morir.¹⁰²

Gracias a esta ley los pacientes han encontrado tranquilidad. Incluso si no llegan a suicidarse saben que existe esa opción y que no tienen que soportar un sufrimiento si no lo desean, ni la pérdida de la independencia, algo todavía más temido por muchos. Puesto que su legalidad hace que sea una opción abierta, es más probable que las personas la usen hasta el final, si es que la usan. Cuando, por el contrario, se trata de una opción clandestina, es más factible que las personas se precipiten a utilizarla.¹⁰³ Quienes defienden la ley de Oregón señalan que no debe olvidarse que las personas que se benefician de ella no escogen entre la vida o la muerte, puesto que son terminales; únicamente escogen cuándo y cómo morir.

Así como se consideran los riesgos que conlleva permitir legalmente la muerte asistida, es interesante conocer algunas consecuencias de mantener su prohibición y limitar así la capacidad de los médicos para ayudar a morir. En los últimos años se ha desarrollado una tecnología dirigida a personas que no son médicos para que puedan terminar con su vida. Se conoce como *NuTech methods* y consiste en una serie de dispositivos que incluyen sistemas para inhalar gas, bolsas de plástico a la medida para producir asfixia (*exit bag*) y un sistema de respiración de circuito cerrado (*debreather*).¹⁰⁴

Con estos medios, diseñados para producir lo que se llama autoliberación (*self-deliverance*), se separa del contexto médico una ayuda que históricamente se había considerado un asunto entre pacientes y médicos. Sin embargo, el principal riesgo de esta modalidad está en la falta de control y regulación para su uso, con lo cual queda abierta la posibilidad de que se utilice sin el consentimiento informado del enfermo, así como en casos de una depresión tratable. Incluso podrían usarse para asesinar, aprovechando la ventaja de que son métodos que no dejan huellas. A pesar de estos riesgos, hay que reconocer que esta tecnología está cubriendo las necesidades de mucha gente que padece enfermedades graves, que quiere morir, y que no encuentra otra manera de hacerlo.

Por lo que toca al caso de Suiza, es interesante saber que en este país la ley considera que el suicidio puede ser una opción racional. Por ello, ayudar a alguien a suicidarse no se considera un crimen mientras los motivos para hacerlo no sean egoístas. La postura de Suiza se distingue de la de otros países que consideran que los médicos deben ser los únicos a quienes debe permitirse que ayuden a morir, como una medida para garantizar que no se abuse de la muerte asistida. En Suiza, el suicidio asistido se acepta sin que sea requisito que la persona que lo pida tenga una enfermedad terminal, y por eso no es necesaria la presencia de un médico.

En los últimos años se ha incrementado el número de extranjeros que viajan a este país buscando ayuda para morir (tres en 2000, 38 en 2001 y 55 en 2002), y el gobierno está preocupado de que se esté promoviendo este tipo de “turismo”. Con la muerte de Reginald Crew, un hombre inglés de 74 años con ELA, que viajó para recibir la ayuda de Dignitas, se ha abierto el debate para revisar la ley y considerar si debe prohibirse el suicidio asistido para extranjeros, quienes deberían encontrar la ayuda que buscan en sus propios países y no tener que morir lejos de su casa.¹⁰⁵

México es uno de los países que ha revisado de manera insuficiente la ley en materia de muerte asistida; no ha habido un debate sobre el tema en el que participe la sociedad, y éste apenas se ha dado en el ámbito académico y legal. Esta situación, que comparte la mayoría de los países latinoamericanos,¹⁰⁶ se explica en buena medida por la influencia de la Iglesia católica, por el poco interés que han mostrado los políticos en el tema (que prefieren evitar un tema tan polémico) y por la falta de conciencia de la misma sociedad, en cuanto a la importancia de participar en una discusión que le concierne.

Según Enrique Díaz Aranda, la vía para ofrecer una solución legal al problema de la muerte asistida en nuestro país debería seguir el camino que han tomado los Países Bajos, los Estados Unidos y Colombia, que hicieron una reinterpretación judicial de su legislación penal. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que el Código Penal federal vigente en México es de 1931, cuando el tema de la eutanasia no tenía la importancia que ha adquirido con los cambios que la tecnología ha introducido en la atención médica. Por tanto, el artículo 312 del Código Penal, previsto para sancionar el delito de homicidio consentido con prisión de cuatro a 12 años, en realidad no fue emitido para castigar la eutanasia. Este razonamiento, unido a varios derechos y garantías reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y a la reforma del Código Penal federal, que establece que el consentimiento del titular del bien jurídico afectado es una causa de exclusión del delito, representa una posible solución legal hacia la despenalización de la eutanasia.¹⁰⁷

Es importante que en México se llegue a un acuerdo legal que establezca con toda claridad las condiciones en que puede permitirse la muerte asistida, y para ello es imprescindible que antes se promueva un debate en el que participe la sociedad, el cual necesariamente generará mucha polémica. Tomará tiempo llegar a una propuesta satisfactoria, pero no olvidemos que a los Países Bajos les llevó 30 años llegar a una solución que aún se continúa revisando.¹⁰⁸

¹ El análisis sobre los elementos que conforman esta definición puede consultarse en el [capítulo I](#).

² Éstas son: terminación de la vida sin solicitud expresa, muerte como consecuencia de la administración de medicamentos para mitigar el dolor, muerte como consecuencia de no administrar un tratamiento o de interrumpirlo.

³ Nos referimos a este argumento en el capítulo anterior; es mencionado por Javier Gafo y refutado por José Vico. John Keown se ha ocupado extensamente del tema en J. Keown, “Euthanasia in the Netherlands: Sliding down the slippery slope?”, en J. Keown (ed.), *Euthanasia examined. Ethical, clinical and legal perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 261-296.

⁴ R. Dobson, “Society should accept that euthanasia is a ‘personal decision’”, *BMJ*, vol. 326 (2003), p. 416.

⁵ G. Kimsma y E. Leeuwen, “Euthanasia and assisted suicide in the Netherlands and the USA: Comparing practices, justifications and key concepts in bioethics and law”, en D. Thomasma *et al.*, *Asking to die. Inside the*

Dutch debate about euthanasia, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998, p. 49.

⁶ Es el nombre de la comisión a la que el gobierno ha encargado las investigaciones para conocer la ocurrencia de la eutanasia y otras decisiones médicas al final de la vida en todo el país.

⁷ G. van der Wal y P. J. van der Maas, “Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 171.

⁸ G. Kimsma y B. J. van Duin, “Teaching euthanasia: The integration of the practice of euthanasia into grief, death and dying curricula of post-graduate family medicine training”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 105.

⁹ “The hard unanswered questions: Issues that continue to divide the Dutch and fuel debate”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, pp. 501-502.

¹⁰ G. Kimsma y E. Leeuwen, art. cit., pp. 62-63.

¹¹ A. Kraus, y A. Álvarez, *La eutanasia*, México, Conaculta, 1998, pp. 40-41.

¹² “Introduction: Reexamining ‘Thou shalt not kill’”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 7.

¹³ La doctora Postma recibió un castigo simbólico porque no se cumplían los fines que hubieran justificado una pena mayor: prevenir a la sociedad de que vuelva a darse el mismo delito o que el Estado considerara necesario resocializar al individuo responsable. Fue evidente que la sociedad no quería evitar que se volviera a ejercer la misma acción en algún caso similar, pues llegaron a la corte grandes cantidades de tulipanes como muestra del apoyo de la sociedad hacia la doctora, y numerosos médicos reconocieron de manera anónima que habían ayudado a morir a pacientes. Entrevista con Enrique Díaz Aranda, Instituto de Investigaciones Jurídicas-Universidad Nacional Autónoma de México, 16 de mayo de 2003.

¹⁴ J. Legemaate, “Twenty-five years of Dutch experience and policy on euthanasia and assisted suicide: An overview”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 20.

¹⁵ En los Países Bajos no hay una diferencia entre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido desde el punto de vista moral; que se decida una u otra opción depende de la preferencia del paciente y de sus posibilidades. En ambos casos se deben cumplir los mismos requisitos para que sea legalmente aceptada. Se da una diferencia en caso de que la acción sea penalizada por no cubrir los requisitos: el máximo castigo para la eutanasia es de 12 años de prisión y para el suicidio asistido es de tres. Véase J. Leegemate, art. cit., p. 20.

¹⁶ P. Admiraal, “La eutanasia y el suicidio asistido”, en D. Thomasma y T. Kushner, *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, Madrid, Cambridge University Press, 1999, pp. 233-234.

¹⁷ “Introduction: Reexamining ‘Thou shalt not kill’”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 8.

¹⁸ KNMG, por sus siglas en neerlandés.

¹⁹ Es de interés señalar la importancia que tiene el conflicto de deberes en los Países Bajos, pues en esta región del mundo tradicionalmente la toma de decisiones médicas recae básicamente en los médicos. Es una posición diferente de la que existe en otros países, como los Estados Unidos, en donde el debate sobre la eutanasia se enfoca en el derecho constitucional que tiene el paciente a la privacidad y a la igualdad de tratamiento. Véase “Introduction: Reexamining ‘Thou shalt not kill’”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 10.

²⁰ J. Legemaate, art. cit., pp. 20-21.

²¹ *Ibid.*, pp. 23-26.

²² *Ibid.*, p. 27.

²³ *Ibid.*, p. 28.

²⁴ G. van der Wal y P. J. van der Maas, “Empirical research...”, art. cit., p. 160.

²⁵ La conducta del médico era ilícita, pero se justificaba por el deber profesional y, por tanto, no constituía delito.

²⁶ J. Legemaate, art. cit., pp. 30-31.

²⁷ *Milenio Diario* (2 de abril de 2002).

²⁸ Senado, año 2000-2001, 26691, núm. 137. Véase J. Dornewaard, “La política de eutanasia en los Países Bajos”, en F. Cano-Valle, *et al.*, *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, México, UNAM, 2001, pp. 57-69.

²⁹ *Idem.*

³⁰ T. Sheldon, “Reported euthanasia cases in Holland Fall for second year”, *BMJ*, vol. 324 (2002), p. 1354.

³¹ En cuanto a la frecuencia de los casos de eutanasia, desconocemos los resultados definitivos que aportará esta investigación a gran escala, pero la extrapolación de los datos de otras investigaciones indica que los casos de eutanasia se han estabilizado: 2.5% del total de muertes en 2001, comparado con 2.4% en 1995. Véase T. Sheldon, “Only half of Dutch doctors report euthanasia, report says”, *BMJ*, vol. 326 (2003), p. 1164.

³² Al cierre de la elaboración de este documento (diciembre de 2003) no pudimos consultar los resultados de la evaluación anunciada por el gobierno neerlandés para 2003. Agradecemos a la embajada del Reino de los Países Bajos que nos haya proporcionado otros documentos actuales relacionados con la práctica de la eutanasia en su país. De especial interés es el informe anual correspondiente a 2002 de los comités regionales encargados de juzgar si los médicos han actuado conforme a los requisitos establecidos. Una parte del documento describe cómo proceden los comités para revisar las notificaciones. Del total de 1 882 notificaciones de eutanasia (nuevamente bajaron respecto a 2001, cuando fueron 2 054), la mayoría tuvo un informe satisfactorio que no requería mayor investigación; del resto, en los que se pidió a los médicos ampliar la información, quedaron cinco casos sobre los cuales los comités determinaron que el médico no había actuado con el debido criterio, por lo que los refirieron al Ministerio Fiscal y al de Inspección de Sanidad para que continuaran su investigación y determinaran si debía perseguirse a los médicos judicialmente. En otra parte del documento se incluyen casos específicos valorados por los comités para ilustrar qué tipo de situaciones revisan y los aspectos que deben tener en cuenta. La información es muy valiosa desde el punto de vista cualitativo. Véase *Regional euthanasia review committees*, informe anual, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002.

³³ S. Gevers y J. Legemaate, “Physician assisted suicide in psychiatry: An analysis of case law and professional opinions”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, pp. 71-91.

³⁴ J. H. Groenwoud *et al.*, “Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands”, *N. Engl. J. Med.*, vol. 336 (1997), pp. 1795-1801.

³⁵ S. Gevers y J. Legemaate, *art. cit.*, pp. 73-83.

³⁶ Chabot aclara en una entrevista que estaba en esta asociación por su interés en ayudar como psiquiatra y psicoterapeuta a personas desesperadas que buscaran apoyo para morir, y hacer que reconsideraran su decisión una vez superado su sufrimiento moral. Véase “Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot discuss assisted suicide in the absence of somatic illness”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 375.

³⁷ S. Gevers y J. Legemaate, *art. cit.*, pp. 75-77.

³⁸ Precisa Chabot que su primera sesión con la señora X fue el 2 de agosto de 1991 y que le dio las pastillas el 18 de septiembre de 1991. En total tuvieron 30 sesiones de 55 minutos. Véase “Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot discuss assisted suicide in the absence of somatic illness”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 379.

³⁹ Estos puntos concuerdan con los de la Real Asociación Médica Neerlandesa y con la opinión expresada por un amplio porcentaje de psiquiatras, según los resultados de un estudio llevado a cabo con la mitad del total de estos especialistas en los Países Bajos. Véase J. H. Groenwoud *et al.*, *art. cit.*

⁴⁰ S. Gevers y J. Legemaate, *art. cit.*, pp. 75-79.

⁴¹ Suponemos que la razón por la cual la corte no impuso castigo a pesar de que determinó que existía un delito (puesto que Chabot no cumplió adecuadamente el requisito que establecía que al menos uno de los médicos que él había consultado debería haber examinado personalmente a la paciente) fue porque no se cumplían los fines que justifican la pena: prevenir a la sociedad de que volviera a darse el mismo delito o resocializar al individuo responsable.

⁴² S. Gevers y J. Legemaate, *art. cit.*, p. 83.

⁴³ J. H. Groenwoud *et al.*, *art. cit.*

- ⁴⁴ T. Szasz, *Libertad fatal*, Barcelona, Paidós, 2002.
- ⁴⁵ Szasz señala que así como el control de la natalidad está en manos de la gente, debería suceder lo mismo con el control sobre la propia muerte; en ambos casos se requiere el uso de conocimientos médicos, pero no por ello tienen que ser cuestiones médicas. Véase T. Szasz, *op. cit.*, pp. 246-247.
- ⁴⁶ T. Szasz, *op. cit.*, p. 21.
- ⁴⁷ Aunque no es así en todas las situaciones; por ejemplo, los tetrapléjicos pueden vivir en esa condición mucho tiempo y algunos de ellos también consideran legítimo que se les ayude a adelantar su muerte.
- ⁴⁸ S. Gevers y J. Legemaate, art. cit., p. 81.
- ⁴⁹ *Ibid.*, p. 84.
- ⁵⁰ La Real Asociación Médica Neerlandesa establece que una alternativa realista de tratamiento es la que cumple tres condiciones: 1) tiene una probabilidad razonable de éxito; 2) la mejoría debe ocurrir en un futuro cercano; 3) la carga del tratamiento no debe ser extrema, comparada con el beneficio. Véase *ibid.*, p. 85.
- ⁵¹ Chabot comenta: “Yo no estaba de acuerdo con la decisión de la señora [X] de quitarse la vida, pero sentí que lo más terrible sería que muriera sola. Entendí que para ella no había ningún futuro sin sus hijos”. Véase “Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot discuss assisted suicide in the absence of somatic illness”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 376.
- ⁵² J. H. Groenwoud *et al.*, art. cit.
- ⁵³ Durante el tiempo que estuvo permitida legalmente la eutanasia en el Territorio Norte de Australia, era un requisito que un psiquiatra certificara que el paciente que solicitaba ayuda para morir no estaba clínicamente deprimido. Véase A. Kraus y A. Álvarez, *op. cit.*, pp. 38-39.
- ⁵⁴ Véase en el [capítulo II](#) el apartado 1, “Aportes y excesos de una interpretación”.
- ⁵⁵ “Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot discuss assisted suicide in the absence of somatic illness”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 373.
- ⁵⁶ *Ibid.*, pp. 379-380.
- ⁵⁷ En los Países Bajos, según la ley, el médico es el único que puede asistir en la muerte de otra persona.
- ⁵⁸ T. Sheldon, “Euthanasia endorsed in Dutch patient with dementia”, *BMJ*, vol. 319 (1999), p. 75. La publicación neerlandesa a la que se refiere este artículo es *Ned Tijdschr Geneeskde*, vol. 143 (1999), p. 17.
- ⁵⁹ G. van der Wal y P. J. van der Maas, art. cit., p. 160.
- ⁶⁰ “What kind of life? What kind of death? An interview with Dr. Henk Prins”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 389.
- ⁶¹ Un defecto congénito en el que la columna vertebral queda cerrada de manera imperfecta, debido a lo cual las meninges o la médula espinal pueden sobresalir y provocar la hidrocefalia u otros trastornos neurológicos. Véase *Medical Dictionary*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1998, pp. 424-425.
- ⁶² Se trata de una condición, generalmente congénita, en la que una acumulación anormal de fluidos en los ventrículos cerebrales causa un crecimiento del cráneo y una compresión del cerebro, lo cual destruye gran parte del tejido neurológico. Véase *Medical Dictionary*, *op. cit.*, p. 213.
- ⁶³ Esta resolución de 1995 fue similar a la del caso Alkmaar, antes revisado, que sentó precedente.
- ⁶⁴ W. J. Smith, *Culture of death*, Encounter Books, San Francisco, 2000, p. 62. Llama la atención la coincidencia entre este autor, que se refiere a una “cultura de la muerte” para referirse a quienes defienden la eutanasia, y el Vaticano, que utiliza la misma expresión con idéntico sentido.
- ⁶⁵ “What kind of life? What kind of death? A interview with Dr. Henk Prins”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 391.
- ⁶⁶ *Ibid.*, pp. 392-394.

⁶⁷ Prins señala los criterios establecidos por la Asociación de Pediatría de los Países Bajos para determinar cuándo un niño nace con discapacidad severa: 1) será incapaz de comunicarse, 2) será incapaz de sostenerse, 3) necesitará asistencia médica permanente, 4) sufrirá dolor. *Ibid.*, p. 395.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 399.

⁶⁹ A. van der Heide *et al.*, “Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands”, *Lancet*, vol. 350 (1997), pp. 251-255.

⁷⁰ Fue acusado porque no era un caso de eutanasia activa en el que hubiera existido un pedido claro por parte del paciente. Por eso es controvertida la terminación de la vida sin solicitud expresa, como inevitablemente sucede en el caso de los neonatos.

⁷¹ “What kind of life?...”, art. cit., pp. 401-403.

⁷² *Ibid.*, p. 405.

⁷³ *El País* (29 de marzo de 2003).

⁷⁴ J. Griffiths, “The slippery slope: Are the dutch sliding down or are they clambering up?”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, pp. 97-98.

⁷⁵ G. van der Wal y P. J. van der Maas, art. cit., pp. 157-158.

⁷⁶ Una enfermedad neuromuscular que provoca una parálisis progresiva, fallas respiratorias y la muerte entre los tres y cinco años después del diagnóstico. Es la enfermedad que padecía Diane Pretty, a quien nos referimos en el [capítulo III](#), en nota a pie, en el apartado 3.1, “Personas conscientes y competentes”.

⁷⁷ J. H. Veldink *et al.*, “Euthanasia and physician assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands”, *N. Engl. J. Med.*, vol. 346, núm. 21 (2002), pp. 1638-1644.

⁷⁸ Como ya señalamos, en 1995, del total de muertes que hubo en los Países Bajos, 3.4% fueron por muerte asistida, 18.5% como resultado indirecto del alivio al dolor, y 20% como consecuencia de una decisión de suspender un tratamiento o de no proporcionarlo. Al final de este libro, en los anexos, apartado 5, “Frecuencia de eutanasias y otras decisiones médicas al final de la vida en los Países Bajos”, se puede consultar el cuadro 1.

⁷⁹ G. Kimsma y E. van Leeuwen, art. cit., p. 43.

⁸⁰ G. van der Wal y P. J. van der Maas, art. cit., p. 158.

⁸¹ *Idem.*

⁸² J. Keown, art. cit., pp. 266-282.

⁸³ Nos referimos a este autor en el [capítulo II](#) al comentar la acción médica que induce el sueño en los pacientes, opción mucho más aceptable que la eutanasia, desde la perspectiva de De Hennezel.

⁸⁴ P. Verspieren, *Face à celui qui meurt*, París, Desclée de Brouwer, 1999, p. 131.

⁸⁵ R. Pool, *Negotiating a good death. Euthanasia in the Netherlands*, Nueva York, The Haworth Press, 2000.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 236.

⁸⁷ Dificultad para respirar generalmente asociada a una enfermedad de pulmón o corazón y que produce falta de respiración. Véase *Medical Dictionary*, *op. cit.*, p. 140.

⁸⁸ R. Pool, *op. cit.*, p. 75.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 70.

⁹⁰ La acción médica para aliviar el dolor que induce a un coma permanente.

⁹¹ T. Sheldon, “ ‘Terminal sedation’ different from euthanasia, Dutch ministres agree”, *BMJ*, vol. 327 (2003), p. 465.

⁹² *El País* (22 de diciembre de 2002).

⁹³ Elaboramos el resumen de la situación en distintos países con base en diferentes referencias: J. L. Díez y J. Muñoz (eds.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1995; http://www.assisted_suicide.org/suicide_laws.html; F. Cano Valle *et al.*, *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, México, UNAM, 2001.

⁹⁴ El caso de Bélgica es interesante porque, a diferencia de los Países Bajos, se trata de un país que ha sido predominantemente católico, característica que parecería favorecer poco la legalización de la eutanasia. Quizá la mayor influencia en este país ha sido su proximidad con los Países Bajos, lo que le ha permitido seguir muy de cerca el debate sobre la eutanasia y los diferentes cambios legislativos, hasta llegar a adoptar una legislación similar.

⁹⁵ Como hemos señalado en este capítulo, en los Países Bajos la eutanasia fue permitida por las cortes desde 1984 y se despenalizó desde 1994.

⁹⁶ El médico debe permanecer cerca del paciente hasta que la muerte ocurra y en ocasiones debe intervenir activamente cuando el paciente vomita la bebida preparada con los medicamentos.

⁹⁷ Lo que sí es un requisito en Bélgica, cuando la muerte no se espera en un tiempo muy corto, es que debe pasar al menos un mes entre la solicitud del paciente y la eutanasia.

⁹⁸ S. Hurst y A. Mauron, “Assited suicide and euthanasia in Switzerland: Allowing a role for non-physicians”, *BMJ*, vol. 326 (2003), pp. 271-273.

⁹⁹ En el Territorio Norte de Australia estuvo legalizada la eutanasia durante nueve meses, entre 1996 y 1997.

¹⁰⁰ En septiembre de 2003 se reabrió en Francia el debate sobre la eutanasia, con la muerte de Vincent Humbert, un joven de 22 años que vivió tres años tetrapléjico, ciego y mudo, tras sufrir un accidente. Después de que el joven fracasara en su intento de que el presidente Jacques Chirac le otorgara la autorización para morir, la madre de Vincent le inyectó una dosis de barbitúricos. La intervención de los médicos impidió la muerte del joven, quien estuvo en coma dos días, hasta que murió cuando los médicos decidieron retirarle la respiración asistida para honrar los deseos que había expresado antes de caer en coma. Durante los tres años que vivió tetrapléjico, Vincent se comunicaba clavando el pulgar en la palma de la mano de un interlocutor que le dictaba un alfabeto y así escribió un libro-testamento en el que reclamaba su derecho a morir. El ministro de Justicia pidió al fiscal que se tratara a la madre con la mayor clemencia, y el doctor Frédéric Chaussoy, quien asumió la responsabilidad por la desconexión del respirador artificial, podría enfrentar una investigación formal. El doctor comentó que habría podido mentir e inventar una complicación cardíaca, como se hace comúnmente, pero prefirió decir la verdad. Véase *El País* (24, 26, 27 y 29 de septiembre, y 2 de octubre de 2003) y *Milenio Diario* (27 de septiembre de 2003). Según otra noticia sobre el caso, Chaussoy podría ser culpado de homicidio premeditado y sentenciado a prisión, ya que la investigación que se realizó indicó que la muerte no fue resultado directo de la desconexión, sino de las sustancias que el médico administró para evitar el sufrimiento que causaría la desconexión. Véase *The New York Times* (5 de noviembre de 2003). Pensamos que sería lamentable que se equiparara la acción de este médico con la de un homicidio por envenenamiento. Según otra noticia, más de 100 médicos franceses firmaron una carta de solidaridad con Chaussoy. Véase *El País* (19 de noviembre de 2003).

¹⁰¹ *El País* (29 de enero de 2003): “Un anciano mata a su esposa, que padecía Alzheimer, y se suicida”.

¹⁰² En 2002 se dieron 58 prescripciones de medicación letal (44 en 2001). Treinta y seis pacientes murieron después de ingerir la medicación, más dos que habían recibido la prescripción en 2001 (21 pacientes murieron de esta forma en 2001). A pesar del incremento respecto a años anteriores, el número de muertes bajo la Death with Dignity Act fue 0.1% del total de muertes en Oregón en 2002. Véase la publicación del Oregon Department of Human Services www.dhs.state.or.us/news/2003news/2003-0305.html.

¹⁰³ J. Werth, “Policy and psychosocial considerations associated with non-physician assisted suicide: A commentary on Ogden”, *Death studies*, vol. 25 (2001), pp. 403-411.

¹⁰⁴ R. Ogden, “Non-physician assisted suicide: The technological imperative of the deathing counterculture”, *Death studies*, vol. 25 (2001), pp. 387-401.

¹⁰⁵ *The New York Times* (4 de febrero de 2003).

¹⁰⁶ En la Conferencia Mundial por el Derecho a Morir, celebrada en Bruselas en 2002, de los 157 delegados inscritos y los 22 países representados de todo el mundo, sólo asistió una persona de Colombia. Véase *Milenio*

Diario (7 de septiembre de 2002).

¹⁰⁷ F. Cano Valle *et al.*, *op. cit.*, pp. 87-95.

¹⁰⁸ El debate sobre la eutanasia debe darse porque las leyes deben expresar lo que la sociedad piensa que es más conveniente, y en nuestro país es necesario discutir y avanzar en materia de legislación en este tema. Con todo, hay que mencionar que ya se incluye una ley en el Código Penal del Distrito Federal que, sin referirse directamente a la eutanasia, significa un tratamiento penal benévolo hacia esta práctica (reparamos en este hecho gracias a una conferencia impartida por el doctor Sergio García Ramírez, en la Facultad de Medicina de la UNAM, el día 19 de noviembre de 2003). El artículo 127 señala: “Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”. Véase el Código Penal para el Distrito Federal, 16/07/2002, folio 71498. Se trata de una sanción muy atenuada si la comparamos con la que corresponde al homicidio simple (de ocho a 20 años), o con la del homicidio calificado (de 20 a 50 años), porque no puede ser asimilada a esas formas de privación de la vida. Tampoco significa que se permita la eutanasia, pero el autor de ésta podría beneficiarse con algún sustitutivo de prisión. Por otra parte, queda mucho por definir en el artículo 127: “petición expresa”, “libre”, “reiterada”, “seria”, “inequívoca”, “razones humanitarias”; asimismo, se extraña que no se mencione “un sufrimiento intolerable” o que no se especifique quién realiza la acción, si un médico o cualquier otra persona. Aun así, podemos suponer que este artículo representa un avance en el camino hacia la despenalización de la muerte asistida en determinadas circunstancias.

VI. LOS ELEMENTOS DEL DEBATE

EN LOS CAPÍTULOS anteriores hemos presentado diferentes aproximaciones al tema de la eutanasia.¹ Analizamos las reflexiones de autores como Marie de Hennezel y Ronald Dworkin, revisamos la posición de una institución tan influyente como la Iglesia católica y profundizamos en la experiencia de los Países Bajos, con grandes avances en la legislación sobre la práctica, pero que aún enfrenta dificultades para lograr consensos. A lo largo de estos capítulos hemos intercalado ideas de otros autores para mostrar los puntos de acuerdo y desacuerdo respecto a una diversidad de situaciones y problemas relacionados con las decisiones sobre el final de la vida. Al revisar esta pluralidad de opiniones a lo largo de nuestra investigación se hicieron evidentes los puntos principales que conforman el debate sobre la eutanasia, los cuales retomamos en este capítulo para analizarlos y plantear nuestros propios puntos de vista al respecto. De esta manera, esperamos contribuir al debate sobre un tema que no debe postergarse más en México, el cual deberá tener en cuenta la opinión de la sociedad para promover un proceso de revisión de la legislación de esta práctica. No puede ignorarse que las leyes que hoy prohíben la eutanasia en México fueron creadas hace muchos años, cuando no podía hacerse mucho por prolongar el final de la vida y la eutanasia difícilmente representaba una opción para las personas.

Afirmar que en México es necesario el debate de la eutanasia no sólo responde al hecho de reconocer los problemas y la experiencia de otros países, sino de asumir que los pacientes y sus familiares, aquí en México, piden con frecuencia a sus médicos que los ayuden a morir, tanto en las instituciones oficiales como en las privadas. Los médicos se ven obligados a responder de alguna manera a tales solicitudes. Algunos dan la ayuda que les piden y aplican la eutanasia, a pesar de que saben que actúan fuera de la ley y de que asumen enormes riesgos por ello. Muchos otros no responden a lo que piden sus enfermos, quienes entonces se ven privados de la única ayuda que quieren recibir. Todas estas situaciones se vuelven muy complejas, porque se dan en un contexto de clandestinidad e inseguridad sobre el cual no hay posibilidad de tener ni conocimiento ni un control adecuado.²

Desde nuestra perspectiva, el debate sobre la eutanasia supone de entrada resolver cuatro preguntas vinculadas entre sí, formuladas de tal modo que la respuesta afirmativa de cada una dé lugar a la siguiente:

- 1) ¿Un paciente tiene derecho a decidir la terminación de su vida?

- 2) ¿Tiene derecho a pedir a un médico esa ayuda?
- 3) ¿El médico tiene algún deber de responder a esa petición?
- 4) ¿El Estado debe respaldar los derechos del paciente y el deber del médico?

Ya hemos visto que en los Países Bajos se han respondido de manera afirmativa las preguntas anteriores. Es el resultado de un debate que se ha mantenido en ese país desde hace 30 años; en él ha participado toda la sociedad, y las principales asociaciones representantes de la institución médica han desempeñado un papel muy activo, igual que las máximas autoridades responsables de la impartición de justicia. De esa manera, el gobierno ha podido encontrar soluciones a los problemas que enfrentan sus habitantes al final de la vida y tiene control legal sobre ellas. Aun así, sigue promoviendo la investigación y el debate para perfeccionar la legislación y el control sobre las decisiones médicas relacionadas con la muerte asistida, sobre todo para aquellas situaciones que no se ajustan a los criterios que considera la definición de eutanasia.³

En los Países Bajos ha quedado claro que, dentro del contexto de la práctica médica, la muerte asistida sólo es legal cuando un paciente solicita a un médico que lo ayude a terminar con su vida para poner fin a un sufrimiento intolerable, y ese médico considera válida la petición. Esto significa que es ilegal ayudar a morir a alguien que no tiene una enfermedad o una condición médica que justifique recibir esa ayuda,⁴ como también es ilegal que esta ayuda sea proporcionada por una tercera persona que no sea médico. En cualquiera de estas situaciones, acelerar la muerte se considera un homicidio.

En el estado de Oregón, en los Estados Unidos, también se considera que la muerte asistida debe ser una opción exclusiva de la atención médica, con la restricción adicional de que el médico debe limitarse a proporcionar los medicamentos necesarios para el suicidio y abstenerse de intervenir directamente para que éste se produzca.

Es muy diferente la situación legal en Suiza, en donde no se requiere una condición de enfermedad para justificar la decisión de una persona para terminar con su vida y colaborar con ella para que lo consiga. En este país, la ayuda para morir se considera legítima y se permite siempre y cuando se ofrezca por motivos altruistas. La persona que colabora con quien se suicida no tiene que ser un médico, puesto que los motivos para quitarse la vida no provienen necesariamente de enfermedades o condiciones médicas.

1. EL DERECHO A LA MUERTE VOLUNTARIA

Las diferencias entre los países que legislan sobre la muerte asistida indican que no hay una concepción uniforme de esta práctica y que varían las condiciones en que se justifica y se permite. Esto significa que existen posiciones muy diversas sobre el derecho a la muerte voluntaria. Por lo mismo, nos damos cuenta de que las preguntas que hemos propuesto como punto de partida para el análisis y la reflexión de la muerte asistida implican otras más. Dicho de otra manera, cada una de las preguntas se puede ampliar

para considerar la muerte asistida más allá del contexto médico. Así, por ejemplo, preguntarse si un paciente tiene derecho a decidir la terminación de su vida da pie a una pregunta más general: ¿se reconoce ese derecho para cualquier persona?, lo que constituye el punto central del tema del suicidio.

A lo largo de los capítulos anteriores encontramos discrepancias al respecto. Parecería lógico suponer que si se reconoce el derecho de un enfermo a decidir la terminación de su vida, previamente tendría que reconocerse ese derecho a toda persona. No es así. Hay personas que aceptan el derecho de un enfermo muy grave a decidir la terminación de su vida, pero que no reconocen ese derecho para cualquier persona. Hay otras personas que reconocen el derecho de todo individuo a decidir la terminación de su vida y consideran que el sufrimiento que produce una enfermedad sólo es una de tantas motivaciones para tomar esa decisión.

Por tanto, al cuestionar si una persona tiene derecho a decidir su muerte, las respuestas se dividen: hay quienes niegan ese derecho a cualquier persona (independientemente de su condición y motivación), hay otros que reconocen ese derecho para cualquier persona (mientras la persona esté mentalmente capacitada para tomar decisiones)⁵ y hay otros más que reconocen ese derecho sólo cuando el motivo para terminar con la vida se debe a una enfermedad física terminal o a una condición médica que limita por completo la vida. Es interesante señalar que a algunas de las personas que se encuentran en esta tercera posición, al pedir ayuda para morir, les importa establecer una clara distinción entre la eutanasia que sí aceptan (recibir ayuda de un médico para terminar con su vida) y el suicidio que desaprueban (terminar ellos mismos con su vida).⁶

Ahora bien, así como la primera pregunta dio lugar a otra, también puede hacerlo la segunda. La pregunta: “¿Tiene un paciente derecho a pedir a un médico ayuda para morir?”, puede ampliarse a: “¿Tiene una persona derecho a pedir a otra que la ayude a morir?” Como puede verse, las posibles combinaciones de respuesta se multiplican en la medida en que se abren las opciones más allá del contexto médico. Existen dos corrientes principales entre quienes reconocen el derecho de las personas a decidir cómo y cuándo morir (tenemos presente el hecho de que unos sólo lo reconocen en quienes padecen una enfermedad física grave): quienes piensan que las personas tienen derecho a pedir ayuda para morir y quienes piensan que no lo tienen, que deben procurarse la muerte por sí mismas. Se podría incluir una tercera opción, la de quienes reconocen este derecho exclusivamente para el caso de personas que se encuentran físicamente imposibilitadas de terminar con su vida, aun cuando quisieran hacerlo. Sin embargo, a la hora de considerar a quién corresponde pedir esa ayuda, surge una diversidad de opiniones: ¿a un médico o a cualquier persona? Ya vimos que la solución en los Países Bajos y en Suiza supone concepciones muy diferentes; en el primer país sólo se permite que sea un médico quien ayude al paciente, mientras que en el segundo se permite ayudar a morir a cualquier persona que lo pida y lo puede hacer cualquier persona. Por supuesto, en ambos países deben reunirse ciertas condiciones.

Si seguimos revisando las preguntas restantes que propusimos tendríamos que ampliarlas en el mismo sentido. La tercera pregunta: “¿Tiene un médico algún deber de responder cuando un paciente le pide ayuda para morir?”, se puede convertir en: “¿Tiene una persona algún deber de responder cuando otra persona le pide ayuda para morir?”⁷ Por el momento dejamos de lado cuáles pudieran ser esas condiciones en las que se encuentra una persona que pide ayuda para morir cuando no está gravemente enferma, las cuales seguramente le importará valorar a quien recibe un pedido como éste.

Entre quienes reconocen que cualquier persona tiene el derecho a decidir la terminación de su vida, hay unos que piensan que en ningún caso se podría considerar un deber ayudar a morir a quien lo pide. Otros creen que sólo puede tomarse como un deber en el caso de pacientes con enfermedad terminal o en condiciones médicas muy graves. Por último, otros consideran que, según el caso, el deber de ayudar a morir puede darse a cualquier persona que lo pida. Las opiniones también se dividen entre quienes consideran que el deber de ayudar a morir sólo puede existir hacia un enfermo grave, pues unos sostienen que debe ser un médico quien brinde la ayuda, y otros admiten que puede darla una persona diferente. La idea de que el médico es el más indicado para ayudar a morir tiene que ver con el hecho de que su intervención se concibe como parte de la atención médica que da al paciente y, dentro de ésta, ayudar a morir puede ser la única forma que queda de proporcionarle alivio. Pero también tiene que ver con el hecho de que los médicos, además de estar capacitados para utilizar los fármacos en la dosis y en la manera más conveniente, son quienes tienen acceso legal a ellos.

Sin embargo, nuevamente nos damos cuenta de que las opiniones se dividen y que muchas personas, principalmente médicos, se apegan a la idea de que sus colegas nunca deberían ayudar a morir a un paciente porque esto va en contra de su profesión, que es preservar la vida. Otros aceptan que los médicos ayuden a sus pacientes, pero consideran que el auxilio debe limitarse a proporcionar los medicamentos, y que debe ser la persona que quiere morir quien realice la acción última que le causará la muerte. Y una posición más es la que defiende Szasz, quien considera un gran error que la ayuda para morir se haya convertido en un asunto que deciden los médicos, y que sean ellos quienes determinen en qué sujetos se puede hacer la excepción para justificar y apoyar una decisión de muerte voluntaria, que normalmente considerarían una expresión de enfermedad mental.⁸

De las cuatro preguntas originales para guiar el debate sobre la eutanasia nos falta ampliar la última: “¿El Estado debe respaldar los derechos del paciente (para decidir cuándo terminar con su vida y pedir ayuda a su médico) y el deber del médico para responder a ese pedido?” Quedaría entonces: “¿El Estado debe respaldar los derechos del individuo para morir y para pedir ayuda a otra persona, y cuál es el deber de ésta para responder a esa petición?” A pesar del antecedente de Suiza, nos parece que la respuesta intuitiva es no, el Estado no tiene por qué respaldar la decisión de cualquier persona que quiere morir e involucrar a otra para que la ayude, ni tiene por qué respaldar a esa otra persona para que dé esa ayuda.

Pensamos que las preguntas que inicialmente hacemos en relación con un paciente y un médico, y que podemos responder afirmativamente, se demuestran un tanto insostenibles si las ampliamos al caso hipotético de cualquier persona. Aunque quizá tampoco haya que precipitar la respuesta, y así como creemos que el Estado no debe respaldar tales derechos ni tal supuesto deber, también nos preguntamos si le corresponde impedirlos cuando provienen de ciudadanos que eligen libremente, sin dañar a otros.⁹

Uno de los problemas que plantea la muerte voluntaria es que generalmente alguien resulta afectado por ella, además de quien termina con su vida.¹⁰ Desde luego, la forma y el grado en que otros se ven afectados varía enormemente de acuerdo con las circunstancias en que se decide y se realiza una muerte voluntaria. Es mucho más doloroso descubrir que una persona cercana y amada se ha suicidado, sin que nosotros tuviéramos alguna advertencia de sus planes, que presenciar el momento de la muerte de una persona querida que decidió poner fin a su vida mediante la eutanasia, para terminar con el sufrimiento de una enfermedad. En el primer caso existen otros elementos que agravan el dolor: imaginar la soledad que rodeó la decisión y la muerte de quien se suicidó, el hecho posible de que la muerte fuera violenta, así como la confrontación que supone no comprender la razón por la cual la persona decidió la separación definitiva de todo lo que formaba parte de su vida, y la posible culpa de pensar que pudo haber necesitado una ayuda que no se le pudo dar.¹¹ En el segundo caso, el hecho de que no existan estos elementos no elimina el dolor que siempre produce la muerte, pero sí evita la angustia, la culpa y otras aflicciones adicionales.

2. EUTANASIA Y SUICIDIO. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

Desde nuestra perspectiva, reconocer el derecho de un paciente a decidir la terminación de su vida debería implicar reconocer este derecho en cualquier persona. La opción de elegir la muerte es inseparable de la libertad del ser humano para vivir.¹² En este sentido, vivir es siempre una elección porque siempre se puede elegir no hacerlo.¹³ Según John Mackie, el derecho a vivir tiene como corolario el derecho a terminar con la propia vida. Para este filósofo no es difícil describir las circunstancias en las que el suicidio es permisible, y considera que no puede haber nada moralmente malo en el hecho de ayudar a un suicidio genuinamente voluntario; por extensión, considera que sucede lo mismo con la eutanasia cuando alguien pide que se le mate por razones comprensibles.¹⁴

Visto así, la determinación de pedir ayuda para morir mediante la eutanasia no se distingue en lo esencial del suicidio, pues ambas acciones responden a una decisión deliberada y voluntaria de poner fin a la propia vida.¹⁵ Sin embargo, es innegable que se distinguen en muchos aspectos. Decíamos antes que puede ser menos perturbadora la muerte producida por una eutanasia que la causada por un suicidio, y esto es así por las condiciones en que se da cada una de estas formas de muerte. A diferencia de lo que

sucede con la persona que decide que se le aplique la eutanasia y comparte esta decisión con su médico y sus familiares,¹⁶ la persona que decide suicidarse (por razones que no justifican una eutanasia), al no poder o no querer pedir ayuda, tiene que utilizar los medios que estén a su alcance para procurarse la muerte. Tan sólo por esto es más probable que se muera de manera violenta y dolorosa, además de que el individuo corre el riesgo de fallar en su intento y seguir viviendo en un estado físico que puede ser muy lamentable.¹⁷ En este aspecto, la forma de morir mediante el suicidio difiere mucho de la eutanasia, que busca siempre proporcionar una muerte segura y sin dolor.¹⁸

Además de las diferencias mencionadas entre una y otra forma de muerte —el hecho de que la persona que se suicida actúa sola, mientras que el enfermo que pide la eutanasia recibe ayuda, tiene una muerte segura, sin dolor y está acompañado—, también hay una diferencia sobre la que hay que llamar la atención, por muy obvia que parezca: el hecho de que quien se suicida sin ayuda actúa sin involucrar a otros, mientras que quien pide la eutanasia sí comparte con otros la responsabilidad de su decisión. ¿Habrá en esto alguna diferencia, en el aspecto moral?, ¿se podría decir que es más responsable quien asume solo una decisión tan grave como matarse, sin involucrar a otros?

Según Calsamiglia, si el enfermo que quiere terminar con su vida está capacitado para hacerlo por sí mismo, cuando pretende que un médico le aplique la eutanasia está trasladando a éste la responsabilidad, cuando podría defender sus intereses de manera autónoma.¹⁹ Quizás haya una parte de verdad en esta afirmación, pero más que establecer si una decisión es mejor que la otra, por ahora sólo nos interesa señalar sus diferencias, y una de ellas es que en la eutanasia, quien decide morir comparte la responsabilidad de esa determinación, por lo menos con su médico, aunque es muy probable que también lo haga con uno o más familiares. Desde luego, el médico que se involucra y decide compartir esa responsabilidad lo hace libremente.

Parece necesario explicar un poco más esta diferencia por la cual la eutanasia se considera una acción que puede llegar a permitirse o tolerarse, mientras que no sucede lo mismo con la ayuda a quien quiere suicidarse. ¿Es esta diferencia en la percepción social la que obliga al suicida a una mayor clandestinidad y soledad?, ¿o se podría decir que la percepción social sobre la acción de suicidarse se conforma así porque se reconoce en el suicidio algo en sí mismo rechazable? Tal vez sea muy difícil separar estos aspectos que finalmente funcionan reforzándose mutuamente, pero sí podemos afirmar que la manera de actuar del suicida responde en gran medida a la valoración social y legal de su entorno. En este sentido, el caso de Suiza se presenta como una excepción muy interesante, porque reconoce el derecho al suicidio y permite la ayuda al mismo mientras la petición sea autónoma y la ayuda no responda a fines egoístas. En la mayoría de los países, aunque el suicidio ha dejado de ser penalizado,²⁰ se considera delito el auxilio al suicidio, por muy contradictorio que resulte considerar ilegal una acción que consiste en ayudar a cometer otra acción que supuestamente es legal.²¹ Por otra parte, hay que reconocer que la valoración social del suicidio la comparte el mismo suicida en muchos aspectos; puede ser que esté decidido a terminar con su vida, pero está consciente de que

sería inaceptable pedir esa ayuda a otros y por esa razón se siente obligado a actuar por sí mismo.

No podemos abarcar en este estudio el análisis de un tema tan complejo como el suicidio porque rebasaría por mucho los límites de nuestro trabajo. Sin embargo, es importante tener en cuenta sus semejanzas y diferencias con la eutanasia en particular, y con la muerte médicamente asistida en general. Reflexionar sobre ellas es útil para identificar los principios éticos y los argumentos en favor y en contra de la eutanasia y, con base en ellos, considerar si debe legalizarse o no. Nos servirá analizar si hay algo específico en la muerte médicamente asistida a un enfermo que la haga más aceptable que el suicidio, desde el punto de vista ético y legal. Ésa es la posición de los gobiernos que han legalizado la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, pero no es la de Suiza. Ésta es una diferencia que no podemos dejar de tener en cuenta, como tampoco es un dato irrelevante el que muchos defensores del suicidio médicamente asistido condenen el suicidio que no es motivado por el sufrimiento de una enfermedad terminal.

3. LA ELECCIÓN EN CUESTIÓN

Una razón por la que puede justificarse pedir y dar ayuda para morir en la eutanasia y en el suicidio médicamente asistido es que la decisión de terminar con la vida se tome como producto de una situación en la que la muerte del enfermo se va a producir de manera inevitable en poco tiempo. En este caso, lo único que pide el enfermo es acelerar ese final para terminar con el dolor o con la indignidad que le causa su condición. Esto equivale a decir que el enfermo elige entre dos formas de morir, más que entre la vida y la muerte. Ante la perspectiva de un fin que espera con horror e incertidumbre por no saber cuánto tiempo más se prolongará su agonía, opta por otro que significa la posibilidad de acabar con el sufrimiento y mantener cierto control sobre lo que le queda de vida. El enfermo no puede elegir entre la vida y la muerte porque su enfermedad le ha quitado esa opción, y éste es un dato que el oncólogo francés Léon Schwartzberg deja muy claro: los pacientes que le han pedido la eutanasia han sido personas que han amado profundamente la vida. Por eso, no son ellos quienes ya no quieren la vida, “es la vida quien ya no nos quiere”.²²

Otro motivo por el que se justifica la muerte médicamente asistida, pero no el suicidio, es porque aquélla es una decisión que se da en el contexto de la atención médica. Una vez que el médico reconoce que no puede curar a su paciente permanece con él para intentar aliviar todos los síntomas que padece, pero hay enfermos que no encuentran alivio y consideran insoportable seguir viviendo, no sólo por los terribles dolores e incomodidades que padecen, sino porque sienten su vida degradada y les parece indigna la condición de dependencia y las limitaciones con que subsisten.²³ En este contexto puede ser que un paciente pida al médico que ha permanecido a su lado que le ayude a morir por considerar que es lo único que puede poner fin a su sufrimiento.

Ante esta decisión del enfermo, el médico decidirá si la responsabilidad con su paciente llega hasta considerar la muerte asistida como la última acción con la que puede ayudarlo. En una situación así podría decirse que al derecho del paciente a decidir la terminación de su vida se añade su derecho a pedir ayuda (difícilmente podría procurarse la muerte por sí mismo en la situación en que se encuentra y, aun si pudiera, sería muy probable que los demás advirtieran su intención), y esta petición encuentra respuesta en un médico que considera parte de su deber ayudar a su paciente a morir mejor.²⁴

Sin embargo, si profundizamos en la tarea de identificar las semejanzas y diferencias entre la eutanasia y el suicidio, nos damos cuenta de que muchos de los límites que las separan se pierden al analizarlos de cerca. Cuando creemos encontrar una característica que explique por qué uno de los dos sería justificable y el otro no, aparecen elementos que nos demuestran que la diferencia no es tan clara. Por ejemplo, es posible que sea cierto que muchas personas que piden la muerte médicamente asistida querrían seguir viviendo si no tuvieran una enfermedad que los arrastrara a la muerte, porque aman y valoran extraordinariamente la vida, pero al mismo tiempo tienen muy claro el tipo de vida que no desean vivir. Sin embargo, no necesariamente es así, pues puede ser que haya personas que se encuentran en esa situación y que no disfrutaban su vida antes de enfermar. De la misma manera, aunque se diga que las personas que deciden suicidarse sin padecer una enfermedad lo hacen porque no valoran o no tienen amor por su vida, se corre el riesgo de hacer una generalización infundada. Puede haber muy diferentes razones por las cuales alguien decide terminar con su vida, y habría que aceptar que, así como un enfermo terminal llega a encontrar intolerable una vida que valoraba antes de su enfermedad, una persona puede optar por el suicidio porque algo en su vida hizo que ésta perdiera su valor.²⁵

Por otra parte, si bien hemos señalado que una condición de enfermedad terminal justifica la eutanasia, también hemos visto, sobre todo en el capítulo que revisa la experiencia neerlandesa, que las situaciones en que se permite esta práctica se han ido ampliando y se podrían ampliar más.²⁶ Así también, Jacques Pohier, quien aboga por el derecho de los ciudadanos (católicos incluidos) a decidir cuándo y cómo terminar su vida, extiende este derecho para las personas de edad avanzada, aun cuando no padezcan una enfermedad que amenaza su vida.²⁷ De esta manera, podría llegar un momento en que las causas que justifican la eutanasia no fueran tan diferentes de las de muchos suicidios en los que ha habido una reflexión que lleva a la persona a terminar con su vida. Y quizás esto implica reconocer que la eutanasia, como su definición lo indica, se caracteriza por localizarse en el contexto médico, y que no hay una diferencia, desde el punto de vista ético, que la distinga del suicidio, pero sí desde la perspectiva social que la hace más aceptable. En cierta manera, tiene razón Pohier al criticar que se haya medicalizado demasiado la eutanasia y de ese modo se haya perdido de vista que se trata de un problema de la sociedad y no de la medicina. Opina que el Estado debe proteger, mediante la legislación, el derecho del hombre a ejercer su libertad al final de la vida.

A pesar de que pensamos que no le falta razón a este autor, nos parece muy complicado que esto pueda funcionar fuera del contexto médico y más allá de las situaciones en que es evidente que existe una situación de sufrimiento intolerable para un paciente con una enfermedad terminal o una condición médica que limita por completo la vida. Esto no nos impide reconocer cierta contradicción al asumir esta posición, pues si la eutanasia es aceptada y permitida es porque los médicos y el Estado deciden que el paciente tiene derecho a decidir su muerte, cuando supuestamente el fundamento de la eutanasia es la autonomía del paciente, la cual incluye decidir sobre el final de su propia vida, y esta determinación no tendría por qué ser sancionada por un tercero. Pero tal vez no haya contradicción, pues en la eutanasia siempre existe una solicitud de ayuda que involucra a un tercero, quien la puede aprobar o desaprobado. Esa solicitud generalmente está descartada en el caso de quien quiere suicidarse, en parte porque la persona misma no quiere involucrar a otros, pero también porque al comunicar su intención de suicidarse corre el riesgo de ser tratado como enfermo mental, lo cual nuevamente confirma que la medicina (en específico la psiquiatría) sanciona cuándo es válido pensar en terminar la propia vida y cuándo es síntoma de una enfermedad.

Con lo señalado en este apartado podría parecer que el suicidio es el tema problemático y el de la eutanasia no, pero desde luego que no es así. Simplemente nos pareció importante mostrar cómo se relacionan los dos casos y cómo funciona en la opinión de las personas y las instituciones esa relación, cómo algunos los consideran acciones similares y cómo son completamente diferentes para otros. En cuanto a nuestra posición, creemos que el derecho a terminar con la propia vida es inseparable del derecho a vivir, que el derecho a vivir no debe confundirse con la obligación de vivir, y que a cada individuo le corresponde decidir si su vida debe continuar o terminar. En este sentido, sí parece una contradicción que se necesite la aprobación de otros para validar una decisión tan tremenda y tan individual, como es poner fin a la vida, pero también entendemos que tenga que ser así en la eutanasia porque ciertamente hay personas implicadas. En primer lugar el médico que ayuda al enfermo a morir, pero también los familiares que se ven afectados por su muerte y que deben apoyar su decisión. Ahora bien, es importante tener en cuenta que quienes se involucran en la eutanasia del enfermo lo hacen libre y responsablemente, porque comprenden esa decisión y están de acuerdo con ella.

Y sin embargo, quedan algunos detalles sobre los que conviene mantener abierta la reflexión. Aunque resulte comprensible, no deja de ser problemático el que la eutanasia sea una opción que elijan algunos enfermos para terminar con su vida, si bien ellos mismos no estarían dispuestos a realizar la acción que provocara su muerte. Una cosa es pedir ayuda porque uno está incapacitado para hacerlo por sí mismo, o porque quiere asegurarse un método seguro y sin dolor, y otra cosa es pedir ayuda para transferir a alguien más la responsabilidad de una acción tan grave como producir la muerte. Tal vez uno se inclinara a pensar que no es adecuado ayudar a morir a un individuo que estuviera en esa situación, aunque no hay forma de comprobar que alguien que afirme que estaría dispuesto a darse muerte por sí mismo realmente lo piense así. Pero también

es importante reconocer que afecta demasiado el estigma social que rodea al suicidio, y que en una situación tan difícil como decidir la terminación de la propia vida ayuda mucho saber que se puede estar acompañado por familiares cercanos, que se cuenta con la ayuda de un médico que proporciona un método seguro y no violento, y que éste comparte la responsabilidad de la decisión y tiene la aprobación social y legal para actuar (en los escasos lugares en que se ha legalizado). Todo esto aligera la carga emocional, tanto para el enfermo como para su familia, quienes de por sí enfrentan un momento difícil y doloroso.²⁸

Es importante tener presente que la decisión de poner fin a la propia vida es una decisión ética antes que médica y, como tal, puede ser correcta o incorrecta según las circunstancias de cada caso.²⁹ Aun así, pensamos que es mejor que un médico ayude a morir a un enfermo que lo solicita, en lugar de dejar la decisión completamente en manos de éste, confiando en que sea una decisión libre y responsable que no tiene por qué ser sopesada y compartida por otros. Si fuera así, las personas con una enfermedad incurable tendrían que terminar con su vida cuando todavía se encontraran lo suficientemente bien como para poder hacerlo por sí mismas, lo que supondría que tendrían que dejar de vivir un tiempo de vida que posiblemente todavía querrían vivir. Sin duda, muchos enfermos no tendrían la posibilidad de tomar esta decisión por no haberse dado cuenta a tiempo de la gravedad de su padecimiento. Por otra parte, para que los enfermos realmente pudieran actuar por sí mismos, sin involucrar a otros, tendría que permitirse el libre acceso a drogas letales que hoy sólo pueden prescribir los médicos, y pensamos que está bien que sólo ellos puedan. De otro modo, habría muchas personas que se suicidarían sin haber tenido la oportunidad de recibir un tratamiento, o sin esperar a que tal vez cambiaran algunas circunstancias de su vida que los hicieran desistir de su idea de suicidarse.

4. LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Además de señalar las coincidencias y discrepancias entre la muerte asistida y el suicidio, hemos mostrado la complejidad del tema de la muerte voluntaria. Ahora volvemos al tema específico que nos ocupa, que es la muerte médicamente asistida y en particular la eutanasia. Al retomar las cuatro preguntas originales que conforman el eje del debate sobre esta práctica, nos inclinamos a responderlas de la misma manera en que lo han hecho los Países Bajos, limitando el contexto de la muerte asistida a la atención médica. Al plantear estas preguntas, nuestro interés es proponerlas como punto de partida de un debate que es necesario en nuestro país, aunque podemos anticipar que esto no será fácil.

4.1. ¿Tiene derecho un paciente a decidir la terminación de su vida?

Es previsible que haya voces que quieran impedir el debate mismo al responder esta primera pregunta, negando el derecho de cualquier paciente a decidir el final de su vida con base en argumentos religiosos. Es posible que la influencia de la Iglesia católica se haga presente de inmediato, más de lo que de hecho ya está (muchos católicos, al considerar el tema de la eutanasia, dan por supuesto que debe prohibirse porque así lo establece su religión). Desde luego, la católica no es la única religión que prohíbe la eutanasia.³⁰ Lo mismo puede decirse del judaísmo, del islamismo y de diferentes iglesias cristianas, aun cuando existen algunas más permisivas, como la anglicana, que en algunos casos permiten la eutanasia activa.³¹ Pero en general, las religiones monoteístas prohíben la eutanasia basándose en el mismo argumento: la vida es sagrada y le pertenece a Dios, quien es el único que puede decidir su final.³²

Si al responder la primera pregunta se negara el derecho de las personas a decidir sobre la terminación de su vida, no habría lugar para considerar las demás y sería el fin del debate que proponemos. Pero como sociedad democrática que reconoce la pluralidad de ideas, sería inadmisibles aceptar que creencias religiosas, que corresponden a la moral privada de las personas, se impongan a las decisiones públicas. Desde luego, éste es el propósito de las publicaciones que el Vaticano dirige a los católicos, particularmente a los políticos, para que intervengan en las leyes y rechacen el aborto, la eutanasia y la investigación con embriones.³³

Por otra parte, no sólo se trata de impedir que la moral privada se imponga en el ámbito público, sino también de abrir el debate para que participen en él las personas que piensan que por profesar una religión no pueden optar por la eutanasia. Al revisar el capítulo dedicado a la posición católica quedó claro que no hay una moral católica uniforme y que la posición oficial del Vaticano es cuestionada con argumentos muy fuertes de teólogos que defienden la eutanasia como una opción también para los católicos.

Respecto a otras religiones, hemos encontrado representantes que piensan que puede ampliarse la interpretación de los principios de su religión, de manera que se permita la eutanasia activa. Étienne Rioux, pastora de la Iglesia protestante, considera que no todos los hombres se sienten capaces de soportar el sufrimiento de manera digna. Piensa que la vida no se presenta como una obligación en la Biblia, sino como una bendición, así que si se vuelve una maldición por la enfermedad o por el sufrimiento, es preferible pedir la eutanasia antes de llegar a maldecir a Dios. Para Rioux, admitir la eutanasia es respetar la libertad de elección que Dios da a los hombres, que los hace responsables de su vida, de la cual forma parte la muerte.³⁴

Por lo que toca a la religión judía, el rabino Byron Sherwin señala que aun cuando la tradición judía condena la eutanasia, ésta puede ser válida en algunos casos, de acuerdo con la Halaka.³⁵ Así como el judaísmo ordena: “Escoge la vida” (Deut. 30: 19), también reconoce que “Hay un tiempo para morir” (Ecles. 3: 2). De manera que cada quien, cuando se enfrenta con el problema de la eutanasia, tiene que ver cuál de estos versículos se aplica más a su caso.³⁶

También es importante tener presente la aportación de Ronald Dworkin,³⁷ quien muestra cómo influye la idea del valor sagrado de la vida en el debate sobre la eutanasia, lo mismo entre las personas religiosas que entre las que no lo son. Un aspecto muy valioso de su análisis es demostrar que pueden revisarse ideas que equivocadamente se consideran inamovibles y, de ese modo, las personas pueden modificar sus juicios sobre temas relacionados con las decisiones al final de la vida sin traicionar sus creencias. Así, sin renunciar a la idea de la santidad de la vida, arraigada de manera consciente o inconsciente en las personas, Dworkin propone reflexionar sobre lo que significa ser consecuentes con el respeto que toda vida humana merece. Sugiere que no se defienda la vida en abstracto, sino la vida concreta que cada persona vive, y que se privilegie la vida personal que da sentido al individuo, por encima de la vida puramente biológica. De esta manera, serán los dueños de esas vidas quienes decidan si quieren vivirla o no cuando se encuentren en situaciones en que su vida haya perdido sentido.

4.2. ¿Tiene derecho a pedir ayuda a su médico un paciente que quiere morir?

Se podría decir que no hay una petición con más carga emocional que la que pide ayuda para morir, porque parece ir en contra de los tabúes sociales elementales (como es el que supone que uno siempre prefiere vivir), va en contra de las expectativas hacia el médico, que está para preservar la vida y, además, va en contra de la antigua regla que prohíbe matar.³⁸

En contra de la muerte asistida se argumenta que quien quiere suicidarse no tiene por qué comprometer a otros. Ya hemos analizado este razonamiento al revisar las semejanzas y diferencias entre la muerte médicamente asistida y el suicidio, pero podemos decir en breve que si un paciente pide a su médico ayuda para morir es porque no sólo quiere terminar con su vida, sino que le importa la forma de su muerte y la calidad de su vida en la etapa final. Tiene derecho a pedir esa ayuda por diversas razones: 1) porque es un enfermo para el que no hay más opciones de tratamiento ni manera de aliviar su sufrimiento; 2) por ser un paciente a quien su médico no tiene nada más que ofrecer; 3) por tratarse de una persona que acepta el final de su vida, pero quiere evitar una situación que considera indigna o un sufrimiento intolerable; 4) porque quiere estar acompañado en el momento de su muerte y quiere un final que no signifique un sufrimiento adicional; 5) porque quiere asegurar su muerte; 6) en algunos casos, porque está físicamente incapacitado para procurarse la muerte por sí mismo.

El enfermo que quiere morir y no puede pedir ayuda se ve obligado a padecer su sufrimiento hasta que llegue su muerte, o a buscarla por sí mismo, antes de verse incapacitado para hacerlo, muchas veces utilizando medios violentos e inseguros. La otra opción sería que los enfermos aseguraran con mucha anticipación la posibilidad de

suicidarse, lo que implicaría que se vieran obligados a dejar de vivir cuando todavía tuvieran una calidad de vida aceptable y, sobre todo, deseos de vivir.³⁹

Es interesante tener en cuenta una razón más en la que reparamos gracias al estudio antropológico de Robert Pool. En éste pudimos conocer de cerca las historias personales de algunos pacientes neerlandeses que solicitaron la eutanasia. Uno de ellos es Bryan, un enfermo de sida que pidió esta ayuda porque sabía que el tiempo que le quedaba de vida le produciría cada vez mayor sufrimiento. Recibía morfina para aliviar su dolor, y en un momento en que acababan de aplicarle una dosis, comentó que él no se suicidaría porque su seguro de vida cubría la muerte por eutanasia, pero no por suicidio, y él quería dejar algo de dinero a su madre y a su pareja.⁴⁰

4.3. ¿Tiene el médico el deber de responder a la petición de ayuda para morir?

Ya hemos comentado la polaridad de posiciones que existe al considerar esta pregunta. Para muchos médicos (lo mismo que para quienes no lo son), ayudar a morir va en contra de la esencia misma de la medicina, porque ésta debe encaminarse a curar y prolongar la vida de los enfermos, aun cuando se hayan agotado todas las posibilidades de curación. Esto debe ser así porque ése es su compromiso con sus pacientes y la base de la confianza que se tiene a la profesión médica. Sin embargo, otros médicos (y personas que no lo son) piensan que la responsabilidad del doctor con sus pacientes debe llegar hasta el final, y que la eutanasia puede ser la última acción con la que pueden ayudar. De acuerdo con Schwartzberg, cuando parece que no hay nada más que ofrecer al paciente, al que primero se ha intentado curar y después aliviar, debe tenerse presente lo que los antiguos griegos proclamaban: “Hay que mantener la lucha por el enfermo cuando se ha perdido la batalla contra la enfermedad”. En esta situación es cuando se puede considerar la eutanasia, no como la única opción, pero sí como una alternativa que no debe descartarse.⁴¹

Por su parte, Gary Seay, desde un punto de vista filosófico, revisa la idea de que los médicos tienen un deber inviolable de conservar la vida (lo que llama la posición teleológico-esencialista) y no provocar la muerte. Concluye que es tan importante el deber del médico de aliviar el sufrimiento del paciente como el de preservar la vida, y que no hay argumentos convincentes que demuestren que, en caso de conflicto entre ambos deberes, el médico deba elegir siempre el segundo. Si fuera éste el caso, habría que revisar la concepción de la profesión médica para establecer mejor los principios en que se basa, porque es incuestionable que hay ocasiones en que dejar de vivir representa un beneficio para el enfermo, quien confía en que su médico respete sus valores y decisiones.⁴²

Algunos médicos llevan más lejos la pregunta sobre el deber del médico. Según Julius Hacketal,⁴³ una vez que se han agotado todas las posibilidades para ayudar a un

paciente, el médico debe resolver si tiene derecho a no intervenir y dejar que un enfermo decidido a terminar con su vida lo haga de cualquier modo, con el riesgo de provocarse una muerte violenta y con la posibilidad de que falle y termine en condiciones más indignas y dolorosas que las que lo llevaron a buscar la muerte.⁴⁴

Sin embargo, entre los mismos médicos que están en favor de atender la petición de los enfermos para terminar con su vida, no todos están de acuerdo en que sean los médicos quienes deban realizar la acción que provoca la muerte, pues piensan que son los pacientes los que tendrían que llevarla a cabo. Aprueban el suicidio médicamente asistido, pero rechazan la eutanasia. Después de reflexionar sobre el hecho de que hay enfermos que aun cuando podrían terminar por sí mismos con su vida prefieren pedir la eutanasia para transferir al médico esa responsabilidad, resulta comprensible que haya médicos que prefieran la modalidad del suicidio médicamente asistido. En éste, la participación del médico se limita a proporcionar al paciente una receta de una alta dosis de barbitúricos para que él mismo termine con su vida. De esta forma, como señala Timothy Quill, aunque el médico es moralmente responsable por la ayuda que da, la responsabilidad final recae sobre el paciente, quien realiza la acción definitiva. Por otra parte, para muchos pacientes, el hecho de tener acceso a una dosis letal de medicamentos les da la libertad y seguridad para seguir viviendo más tiempo, pues saben que pueden morir en el momento que elijan.⁴⁵

El gran inconveniente de esta alternativa es que excluye a los enfermos físicamente incapacitados para tomar por sí mismos los medicamentos letales. Así, por ejemplo, un paciente con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)⁴⁶ que viva suficiente tiempo, perderá la capacidad para usar sus manos, incluso para tragar por sí mismo. Como comenta Lewis Rowland, si este enfermo tiene los mismos derechos a la autonomía que otros pacientes con enfermedad terminal, alguien debería administrarle una droga.⁴⁷ En Oregón, uno de los criterios que debe cubrir el enfermo que quiere el suicidio médicamente asistido es que le queden menos de seis meses de expectativa de vida, de modo que un paciente con ELA que llega a ese plazo está físicamente incapacitado para tomar las drogas con sus manos e ingerirlas por sí mismo. Por ley, no tiene acceso a la muerte médicamente asistida.⁴⁸

En los Países Bajos no hay una diferencia en términos éticos ni legales entre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Como señala Pool, si la definición aceptada de eutanasia supone que hay una solicitud consciente y plenamente considerada por el paciente de que se le ayude a morir, la distinción es artificial y depende de la preferencia del enfermo y de sus posibilidades. Lo importante, en cualquier caso, es que el individuo haya decidido que ya no quiere vivir y necesite un médico que le ayude con los aspectos técnicos para realizar su deseo.⁴⁹ En los Países Bajos, por convención, suele llamarse eutanasia a las dos acciones: cuando el médico da o inyecta el medicamento y cuando lo facilita al paciente para que éste lo tome, aunque aclara Pool que hay situaciones en que es la enfermera la que sigue las instrucciones del médico, por ejemplo, para aumentar una dosis de morfina que provocará la muerte del paciente.⁵⁰

En realidad, la participación de los médicos en la muerte asistida es un tema que sigue abierto al debate. Quizá no puede darse un argumento contundente de por qué les corresponde a ellos ayudar a morir. Sin embargo, hay un reconocimiento general de que, si se trata de permitir y legalizar la ayuda a morir, la manera de tener mayor conocimiento y control sobre esa práctica es limitando a los médicos la capacidad de aplicarla. Se volvería una práctica imposible de controlar la facultad de producir la muerte si la aplicaran individuos que no son médicos.

Al reflexionar sobre la nueva ley de eutanasia de su país, el neerlandés Jos V. M. Welie⁵¹ comenta que está en contra de la práctica, pero admite el beneficio de esta legislación porque aporta claridad. Anteriormente la eutanasia que practicaban los médicos era ilegal, pero no se penalizaba; ahora es legal porque se ha reconocido que aliviar el sufrimiento del paciente puede imponerse a la obligación de no terminar con su vida. No obstante, el autor considera que no hay una razón por la cual sólo los médicos puedan aplicarla y no otros cuidadores o los esposos o los hermanos de los enfermos. Tampoco entiende que se haya apelado al artículo 40 del Código Penal neerlandés para justificar la eutanasia como excepción médica (como también lo son el prescribir drogas narcóticas o el cortar a alguien con un cuchillo). Cuando médicamente está indicada una excepción médica, no sólo está permitida sino que es obligatoria, y no se puede decir que éste sea el caso para la eutanasia. Por eso, la nueva ley aclara que la eutanasia no es una práctica médica normal y, en ese sentido, los médicos no están obligados a practicarla. Tiene razón Welie al señalar que, más que una argumentación del todo clara para justificar la participación de los médicos, hay una serie de regulaciones que establecen la eutanasia como una intervención médica legal.

Por nuestra parte, comprendemos que haya médicos en favor de ayudar a un paciente a morir, y que haya otros en contra de esta práctica, pero creemos que el médico al que sus principios le impidan aplicar una eutanasia cuando ésta es legal y se la soliciten, debe comunicarlo al paciente para que éste pueda buscar esa ayuda en otro médico.⁵²

4.4. ¿El Estado debe respaldar los derechos del paciente y el deber del médico?

La legalización de la eutanasia supone respaldar el derecho de los pacientes a decidir la terminación de su vida y a pedir ayuda para morir a un médico, así como también implica proteger a los médicos que consideran legítima esta práctica para que den esa ayuda a sus pacientes.

Sin duda, la pregunta señalada es una de las más debatidas, especialmente en muchos países en los que existen importantes movimientos en favor de la legalización de la eutanasia. En las últimas décadas han surgido en todo el mundo asociaciones que defienden el derecho a una muerte digna. Si bien no ofrecen ayuda activa para morir,

ofrecen a sus miembros información y asesoría para asegurar, en lo posible, que éstos no se vean sometidos a la aplicación indiscriminada de la tecnología médica y puedan elegir, también en lo posible, la forma de su muerte. Al mismo tiempo, estas agrupaciones buscan influir en las ideas y los comportamientos de las sociedades para conseguir que las leyes cambien y la eutanasia sea una opción legal. Cabe señalar que incluso en los lugares en los que la muerte asistida se ha legalizado existe la controversia sobre su conveniencia. El caso más claro lo vemos en Oregón, en donde se está impugnando, por parte del actual gobierno del presidente Bush, la ley que permite el suicidio médicamente asistido.⁵³

Podría pensarse que la cuestión sobre el respaldo que brinda el Estado sería pertinente si se respondieran afirmativamente las preguntas anteriores, y que el cuestionamiento no tendría sentido para las personas que consideran que el enfermo no tiene derecho a decidir la terminación de su vida, ni a pedir ayuda, ni que el médico tiene el deber de dar esta ayuda. La pregunta sobre la legalización de la eutanasia carecería de sentido para ellas, a menos que pudieran admitir que otras personas piensan diferente y que respetaran su posición. Aun cuando la eutanasia vaya en contra de sus principios, algunos aceptarán que otros estén de acuerdo con ella, y por esa razón les parecerá pertinente el tema de la legalización. Por otra parte, hay quienes consideran legítima la eutanasia, pero no están tan seguros de que deba legalizarse por el temor de que se tome como un asunto trivial una decisión tan excepcional y singular como es cada petición de eutanasia.⁵⁴

Al preguntarse sobre la conveniencia de legalizar la eutanasia, hay que recordar una de las reflexiones de Ronald Dworkin al respecto: se suele tener la idea de que es preferible evitar la eutanasia porque, ante la posibilidad del error, siempre es mejor impedir la muerte de una persona para evitar un daño que sería irreversible. Pero también sucede que, en ocasiones, la única manera de evitar un daño es consintiendo la muerte. Esto significa que puede haber daño tanto al permitir la eutanasia como al no permitirla. Lo importante es tener en cuenta cuáles son los riesgos en ambos casos para evitarlos hasta donde sea posible.⁵⁵

5. ARGUMENTOS EN FAVOR Y EN CONTRA DE LA LEGALIZACIÓN

En muchos países en que se considera delito la eutanasia se admite una atenuación de la pena, y hasta el indulto, si se demuestra que se ha aplicado en respuesta a una petición meditada del enfermo para terminar con su sufrimiento (lo que equivale a decir que se comprueba que se trata de una verdadera eutanasia y no de un homicidio).⁵⁶ Ahora bien, si se acepta que la práctica existe, la manera más eficaz de evitar su abuso es eliminar su clandestinidad y regularla de acuerdo con los principios que la sustentan. En primer lugar, la autonomía del enfermo para tomar decisiones sobre su vida.

Además, como señala James Werth, la legalidad de la muerte asistida la vuelve una opción más clara y abierta y, por lo mismo, es más probable que los enfermos recurran a ella hasta el final, si es que lo hacen. Mientras más clandestina e insegura sea la muerte asistida, es más probable que se precipiten a ella ante el temor de no contar más tarde con esa opción.⁵⁷

Según Calsamiglia, cuando el Estado no permite la eutanasia impone un sufrimiento a las personas que piden morir, lo cual no se justifica, pues la elección de la muerte no es una cuestión que interese al Estado y debe ser exclusivamente el ciudadano quien decida si prefiere vivir como enfermo terminal o morir dignamente. El autor refuta el argumento según el cual corresponde al Estado preservar la vida humana, porque le interesa evitar el daño que causa la eutanasia. Calsamiglia señala que hay una gran confusión sobre lo que significa el daño, pues muchos enfermos terminales consideran un daño continuar sufriendo y otras personas piensan que también es un daño sobrevivir en estado vegetativo. Por todo esto, opina que es una crueldad obligar a vivir con dolor o indignidad a quien ha reflexionado muy bien lo que quiere al final de su vida y elige acelerar su muerte.⁵⁸

En la misma línea se encuentra la reflexión de Daniel E. Lee, un eticista que se ha declarado en contra de la muerte asistida y, sin embargo, cuestiona que se utilice el poder para imponer a los individuos creencias diferentes de las suyas, como sucede cuando se pretende impedir el suicidio médicamente asistido mediante su prohibición legal y penal. Critica el paternalismo que subyace a la idea de que siempre debe evitarse que alguien se haga daño a sí mismo quitándose la vida. Cuestiona también el argumento según el cual una vez que se legaliza el derecho a morir se pasa del derecho al deber de morir. La experiencia de Oregón muestra que no es así, ya que existen los mecanismos para asegurar que quien pide el suicidio asistido no lo haga bajo presión y tenga la libertad de cambiar de opinión en cualquier momento.⁵⁹

Aun así, no puede ignorarse que existe el riesgo de que algunas personas se sientan presionadas a pedir la muerte asistida por el hecho de ser legal. Así lo señalan autores como Raanan Gillon, quien comenta que una de las preocupaciones comunes en el Reino Unido, al valorar la conveniencia de legalizar la eutanasia es que la gente llegue a sentir la presión psicológica o moral de tener que pedirla “voluntariamente” para dejar de ser una carga para los familiares o para el Estado.⁶⁰ Esta preocupación forma parte del argumento al que más se recurre para mostrar el peligro de legalizar la eutanasia y que se conoce como pendiente resbaladiza; según éste, la permisividad de la práctica lleva inevitablemente a usarla de manera abusiva, terminando con la vida de personas vulnerables que querrían seguir viviendo.

Cuando revisamos las posiciones del catolicismo ante la eutanasia mencionamos la opinión de Vico Peinado sobre este punto: más que un razonamiento de base teórica, el argumento funciona por su peso psicológico. Con él se intenta llamar la atención sobre una acción indeseable, sobre la cual nadie puede estar en desacuerdo, pues consiste en dar muerte a personas que querrían seguir viviendo. Sin embargo, el argumento no

demuestra que esa acción indeseable sea una consecuencia de legalizar la eutanasia. Es decir, el hecho de permitir que los médicos ayuden a los enfermos que voluntariamente solicitan la eutanasia no tiene por qué causar que algunos médicos den muerte a enfermos o ancianos que no han manifestado que quieren morir. Que esto último ocurra es lamentable porque significaría que no se están teniendo en cuenta los requisitos excepcionales para permitir que se acelere la muerte de un enfermo. En lugar de eutanasia, correspondería llamar a esa acción homicidio, pero lo que sostiene este argumento equivaldría a decir que no debe legalizarse la práctica porque no se va a obedecer la ley que la regula.

Resulta muy problemático aseverar que se abusa de la muerte asistida como consecuencia de su legalización, pues es difícil hacer una comparación de lo que sucede en los países en que es ilegal, ya que éstos cuentan con información insuficiente sobre cómo y con qué frecuencia se practica. Sin embargo, a pesar de esta limitación, un estudio reciente comparó las características y la frecuencia de las decisiones médicas que se toman al final de la vida en seis países europeos: Países Bajos, Suiza, Dinamarca, Suecia, Bélgica e Italia (sobre las muertes que tuvieron lugar entre junio de 2001 y febrero de 2002, antes de que se legalizara la eutanasia en Bélgica). Se encontró que en todos los países, menos en los Países Bajos, los casos en que se practicó la terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente fueron más frecuentes que los casos en que se practicó la eutanasia. Como es de suponer, la eutanasia fue mucho más frecuente en este país (2.59%), por ser una opción permitida.⁶¹

Ahora bien, al revisar el tema de la terminación de la vida sin solicitud, en la práctica holandesa vimos que se trata de una acción que se aplica como último recurso, no en contra de la voluntad del paciente, sino cuando ya no hay posibilidad de que éste la exprese. En muchas ocasiones, los médicos se apoyan en pláticas previas que tuvieron con el enfermo sobre lo que éste querría al final de su vida, un diálogo que es mucho más difícil imaginar en los lugares en donde la muerte asistida es clandestina y en donde tanto médicos como pacientes sienten mucha menos libertad para hablar al respecto. Con todo lo condenable que resulta causar la muerte contra la voluntad de las personas, debe reconocerse que resultaría lamentable que una preocupación desmesurada por evitar que esto sucediera pudiera impedir que los médicos ayudaran a poner fin al sufrimiento de algunas personas que ya no pueden expresar su voluntad, pero que se sabe que lo agradecerían profundamente, pues se cuenta con elementos suficientes para justificar esa ayuda.

La mejor manera de evitar los abusos en las decisiones al final de la vida de ciertas personas es conocer las situaciones concretas en que se dan para establecer controles claros basados en elementos reales. Uno de los mayores retos para los países que consideran que la legalización de la muerte asistida representa un beneficio para sus ciudadanos es encontrar los procedimientos más seguros y confiables para su aplicación. De este modo, podrán establecer los límites entre lo que es permisible y lo que no lo es. Ésta es la función de la ética y, con base en ella, se puede establecer una clara diferencia entre lo que es ayudar a morir a quien así lo quiere y lo que es matar a alguien sin tener

en cuenta su voluntad. Si bien es cierto que el caso Chabot en los Países Bajos es una prueba de que se han ido extendiendo (para unos peligrosamente) los límites en que originalmente se permitió la muerte asistida, debe señalarse que no hay datos que indiquen que se ha aplicado en contra de la voluntad de los enfermos. Simplemente se han ampliado los criterios sobre los pacientes que pueden incluirse para tener en cuenta su voluntad.

Con frecuencia se alude a la experiencia nazi para mostrar la conveniencia de prohibir la eutanasia. Éste es un argumento absurdo, porque no puede compararse una política genocida que mataba personas por considerarlas indeseables, con una ley que reconoce el derecho de los enfermos a decidir cuándo y cómo quieren morir. En realidad, todos los argumentos que aluden al riesgo de que se abuse de la eutanasia resultan retóricos; el hecho de que existan riesgos al aplicar la eutanasia no demuestra que sea una práctica moralmente inadecuada. Si la eutanasia se justifica éticamente porque defiende el derecho del paciente a decidir la terminación de su vida y a recibir ayuda de su médico para ello, entonces se debe legalizar estableciendo claramente bajo qué criterios se puede aplicar. Si, por el contrario, se determina que no se justifica, habría que concluir que no debe legalizarse. No es un razonamiento válido sostener que debe prohibirse en todos los casos para evitar que algunas personas hagan mal uso de ella. Lo que corresponde es establecer los procedimientos que permitan minimizar los riesgos porque son éstos los que se quieren evitar.⁶²

En los Países Bajos, el gobierno y los médicos que defienden la eutanasia reconocen que debe mejorarse el control público de la muerte asistida, pero los datos de las investigaciones indican que no se está cayendo en la pendiente resbaladiza, ya que no se está aplicando la eutanasia contra la voluntad de los enfermos. Por otro lado, al comentar esta situación, Van der Wal y Van der Maas aclaran que el hecho de promover una mayor participación en los controles establecidos por el gobierno no sustituye de ninguna manera la necesaria e insustituible valoración individual que cada caso requiere.⁶³

6. CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA

A lo largo de este capítulo, además de las cuatro preguntas que propusimos como eje de nuestro análisis, hemos tocado diversos elementos que aparecen en las reflexiones y razonamientos que conforman el debate sobre la moralidad y conveniencia de legalizar la muerte médicamente asistida. Entre ellos están la relación entre suicidio, suicidio asistido y eutanasia; el papel del médico en la muerte asistida; la pendiente resbaladiza; las diferencias entre eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria; las diferentes situaciones de las personas a quienes se aplica la muerte asistida. A nuestro juicio, hay dos temas más que es imprescindible revisar y que pueden plantearse a manera de preguntas: 1) ¿son complementarios u opuestos los cuidados paliativos y la eutanasia?, y 2) ¿existe una diferencia, en términos morales, entre eutanasia pasiva y eutanasia activa?

Empezaremos por la primera pregunta, la que se refiere a los cuidados paliativos. La posición más representativa de los médicos y otros cuidadores que los aplican es contraria a la eutanasia. Entre ellos, hay muchas personas que no la consideran una práctica éticamente incorrecta, pero piensan que no debe permitirse legalmente por los riesgos sociales que tendría. Una razón para mantener esta posición tiene que ver, a fin de cuentas, con el mencionado argumento de la pendiente resbaladiza: si la ley respalda la autonomía de una minoría de enfermos que piden la eutanasia, se abrirán las puertas para que se aplique de manera abusiva a las personas más vulnerables. Esto significaría negar el valor de los ancianos, los enfermos crónicos y los más dependientes.⁶⁴

Otra razón por la que las personas que se dedican a los cuidados paliativos se oponen a la eutanasia o a su legalización tiene que ver con el hecho de que muchos enfermos que están muy cerca del final de su vida comprueban que, gracias a la atención y la convivencia que les ofrecen, pasan de la desesperación a un estado de tranquilidad en espera de su muerte. Por esto, una de las mayores críticas dirigidas a la permisividad legal de la eutanasia en los Países Bajos, lo mismo desde fuera que desde dentro del país, se refiere al hecho de que los médicos recurran a esta práctica en lugar de proporcionar cuidados paliativos.

Según Henk Jochemsen y John Keown, los datos empíricos de las investigaciones realizadas en ese país muestran que en los casos en que existe la alternativa viable de los cuidados paliativos se opta por la eutanasia, lo cual implica ignorar uno de los criterios establecidos para permitir su aplicación: que no exista ninguna otra alternativa de tratamiento.⁶⁵ Por otra parte, Zbigniew Zylicz, un médico neerlandés especializado en cuidados paliativos, asegura que éstos son prácticamente desconocidos en los Países Bajos. Muchos médicos creen que los conocen porque utilizan morfina, pero ésta es una idea muy equivocada, pues la atención paliativa implica mucho más que eso.⁶⁶

Zylicz considera imprescindible un cambio en la educación de los médicos de su país para que tengan más elementos para atender las necesidades de los enfermos que se encuentran al final de sus vidas y así puedan ayudarlos a sobrellevar su sufrimiento, pues es importante admitir que éste no se puede evitar del todo. Pero piensa que sí se puede ayudar y acompañar a los pacientes y a sus familiares mediante un trabajo interdisciplinario que incluya enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y sacerdotes. No se trata de cambiar la ley y estar en contra de la eutanasia, pero sí de evitar que ésta se utilice como pretexto para no brindar una buena atención. Según este médico, en un principio la eutanasia se concibió como el último recurso de ayuda, una vez que todos los tratamientos hubieran fracasado, pero ahora se ve como una alternativa más fácil, en comparación con la difícil tarea de atender a los enfermos que están cerca de su muerte.

Sin duda, estas críticas señalan una situación que es importante revisar. Coincidimos con la idea de que la eutanasia no debe sustituir una adecuada atención a los pacientes que están sufriendo en la etapa final de su vida, y esto puede suceder si hay una formación insuficiente en lo que respecta a la impartición de los cuidados paliativos, tal como señala Zylicz. Sin embargo, también hay que mencionar que, según Johannes van

Delden, ésta es una deficiencia que se está superando en los Países Bajos.⁶⁷ Es importante que se esté haciendo este esfuerzo porque los cuidados paliativos y la eutanasia tienen que plantearse como alternativas complementarias, en lugar de excluyentes. “No debe haber eutanasia sin previos cuidados paliativos ni cuidados paliativos sin posibilidad de eutanasia.”⁶⁸ Después de todo, los mismos médicos que se dedican a proporcionar cuidados paliativos admiten que hay sufrimientos que no pueden aliviar, por lo que algunos de ellos llegan a admitir la eutanasia como una opción excepcional. En tal situación, prefieren que sea otro médico quien la aplique, y en otro lugar que no sea la residencia para enfermos terminales en donde ellos trabajan. Algunos médicos recurren a la sedación fuerte, que aplican en la misma residencia, y con la cual provocan la muerte de manera indirecta, acción que justifican por el principio del doble efecto y que consideran moralmente más aceptable que la eutanasia.⁶⁹

Ahora bien, al analizar el papel que desempeñan los cuidados paliativos en los Países Bajos hay que tener presente, tal como lo señala Van Delden, una de las razones por la cual algunos pacientes eligen la eutanasia (es importante no perder de vista que son los pacientes, y no los médicos, quienes la deciden, pues muchas críticas enfocan la situación como si fueran estos últimos quienes lo hicieran). Según este médico, algunos enfermos prefieren adelantar su muerte, aun cuando se les ofrezca algún tratamiento para calmar el dolor. Lo que más les importa es decidir cuándo y cómo morir, pues quieren que se les recuerde como se ven antes de deteriorarse por completo, a lo cual temen más que al mismo dolor. Si bien esta situación es considerada por algunos como una prueba de la pendiente resbaladiza, para otros es la consecuencia esperable y deseable de un largo proceso de revisión del concepto de la atención médica, la cual se traduce en un respeto cada vez mayor a la autonomía del paciente. En consecuencia, es interesante lo que propone este autor: quizá sea tiempo de empezar a utilizar la frase “decisiones del paciente al final de la vida”, en vez de “decisiones médicas al final de la vida”.⁷⁰

Esta última reflexión nos remite de nuevo a las preguntas que hemos analizado. Si un paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento que puede aliviar su sufrimiento (porque lo que más teme es la indignidad y para ella no existe alivio), cabe cuestionarse si también tiene derecho a pedir ayuda a su médico para que lo ayude a morir en lugar de recibir el tratamiento que éste le ofrece. El problema en esta situación es que el paciente rechaza (con todo derecho) la ayuda estrictamente médica, al mismo tiempo que pide otra que, en principio, va más allá de la atención médica y que, también en principio, sólo se permite proporcionar en los casos en que se han agotado los recursos de la medicina. Nos inclinaríamos a pensar que cuando existen tratamientos médicos viables que el paciente rechaza, debería corresponder a este último no sólo la decisión, sino también la acción de terminar con su vida sin ayuda del médico. Pero esto es algo que le tocaría decidir al médico: si a pesar de que el paciente rechaza el tratamiento, considera parte de su deber ayudarlo *médicamente* a terminar con su vida. Sin duda, esta cuestión es uno de los aspectos de la eutanasia sobre el que es necesario continuar reflexionando.

Quisiéramos llamar la atención sobre un dato que nos parece importante tener en cuenta. Al revisar la aportación de Marie de Hennezel, una apasionada defensora de los cuidados paliativos, comentamos que encontrábamos en esta autora cierta intolerancia ante la idea de que haya personas que elijan la eutanasia, sea porque les son insuficientes tales cuidados, sea porque simplemente desean anticipar el final. No sólo es una impresión que nos formamos al leer a De Hennezel, la hemos confirmado al escuchar a algunos médicos que se dedican a la atención paliativa y que, frente al tema de la eutanasia, responden con la misma vehemencia que lo harían los representantes del Vaticano. Quizá difieren en sus razones para condenarla, pero con su actitud de rechazo invalidan la posibilidad de que otros elijan libremente.

7. EUTANASIA PASIVA Y EUTANASIA ACTIVA, ¿QUÉ TAN DIFERENTES?

Ésta es una pregunta que invariablemente aparece en los debates sobre eutanasia, porque se dividen las posiciones entre quienes consideran que sólo la eutanasia pasiva debe ser permitida, y quienes piensan que no hay razones de peso que demuestren que la pasiva sea moralmente aceptable y que la activa sea condenable. También es una pregunta que nos hicimos desde el principio de nuestra investigación, al ocuparnos de las definiciones y clasificaciones de la eutanasia. Cuestionamos entonces que exista una diferencia, en términos morales, entre la eutanasia pasiva y la activa, pues ambas buscan que sobrevenga la muerte para poner fin a un sufrimiento intolerable, en donde el hecho de que se decida una u otra depende de las circunstancias en que se encuentra el enfermo.

Como hemos visto a lo largo de los capítulos anteriores, muchos médicos, filósofos, representantes religiosos, jueces y personas en general no lo consideran así y piensan que la diferencia entre la eutanasia pasiva y la activa equivale a la diferencia entre dejar morir y matar, la cual también se distingue éticamente.⁷¹ Se entiende que al dejar morir, el médico simplemente deja que la naturaleza siga su curso, ya que al suspender o retirar un tratamiento, la enfermedad del paciente producirá su muerte. En cambio, se dice que el médico mata cuando interviene (realiza un acto positivo) y, por tanto, es él quien causa la muerte. Si bien es cierto que cuando el médico deja morir, en cierta forma contribuye a causar la muerte, suele pensarse que hay una diferencia sustancial entre dejar morir y matar porque, al intervenir directamente, el médico mata a una persona que no hubiera muerto sin esa acción. No creemos que esto sea del todo cierto, porque si hablamos de un enfermo terminal se entiende que éste de todas maneras iba a morir y, en tal caso, se puede considerar que la acción del médico simplemente acortó el tiempo para que esto sucediera.

Según Horacio Spector, la diferencia moral entre ambos tipos de eutanasia tiene que ver con la responsabilidad causal: el deber de evitar que alguien muera es moralmente menos exigente que el deber de no matar. Se podría pensar que la voluntad del paciente,

así como cancela el deber del médico de dar un tratamiento (evitar que muera), también podría cancelar el deber de no matar, pero Spector sostiene que no es así. Sólo el derecho del paciente a que no interfiera el médico (que es negativo) puede volver negativo el deber del médico; su deber de dar tratamiento se convierte en el deber de no interferir con la muerte del paciente. En cambio, el deber de no matar no puede cancelarse porque el derecho del paciente para terminar con su vida no tiene por qué contar con la colaboración del médico.⁷²

Sin embargo, el autor tiene una posición diferente al considerar la muerte que se produce como efecto indirecto (o por el doble efecto) de la aplicación de fármacos para el dolor, la cual considera éticamente aceptable. Esto es así porque la vida del enfermo ha perdido valor por su sufrimiento, y la intención de esta acción es aliviarlo. Aunque no encuentra una diferencia moral intrínseca entre esta acción y la eutanasia activa, considera que conviene establecerla para fines de una política social por las repercusiones prácticas, psicológicas y sociales que implicaría permitir la eutanasia, las cuales se traducirían en un relajamiento de las normas morales en los médicos y en la población en general.⁷³

De acuerdo con Peter Singer, la diferencia de posiciones al juzgar la eutanasia activa y la pasiva se explica por lo que se conoce como “doctrina de los actos y las omisiones”, que establece una distinción moral importante entre cometer un acto que tiene ciertas consecuencias y la omisión de algún acto que tenga las mismas consecuencias. Esta doctrina funciona porque es más fácil imponer las normas morales formuladas en negativo (como los Diez Mandamientos). El “No matarás” se entiende como la prohibición de quitar la vida humana inocente, pero sería una utopía pretender que sea una obligación que las personas eviten que mueran seres humanos inocentes. Es por eso que se privilegia una ética que juzga los actos en función de que se violen o no las normas y no en función de las consecuencias de los actos. Si se siguiera este último criterio, muchas veces serían indistinguibles los actos y las omisiones.⁷⁴

Singer prefiere el enfoque consecuencialista de la ética y, con base en él, cuestiona si realmente puede decirse que un médico que pone una inyección es un asesino, mientras que uno que se abstiene de dar antibióticos, para tratar una neumonía, practica una medicina adecuada. No puede negarse que en ambos casos el médico sabe que el resultado será la muerte de su paciente y que sus acciones las decide en función de lo que cree que será la mejor opción. Por tanto, ambos son responsables de su decisión, y no se ve una diferencia moral *intrínseca* entre matar y dejar morir.⁷⁵ Tampoco puede ignorarse que, en muchos casos, una vez que se admite que se busca poner fin a la vida de un paciente, la eutanasia activa es una solución más humana que la eutanasia pasiva, porque se consigue la muerte de manera rápida y sin dolor, en lugar de limitarse a “permitir que la naturaleza siga su curso” y se alargue innecesariamente la agonía.⁷⁶ En cuanto a la diferencia que se establece entre la eutanasia activa y la indirecta, Singer piensa que es artificial la distinción entre un efecto directamente intencionado y otro

secundario; desde el momento en que se prevén ambos efectos debe aceptarse la responsabilidad por los dos.⁷⁷

Tom Beauchamp profundiza en la diferencia moral que se mantiene al valorar la eutanasia pasiva y la activa, y sugiere que el término “matar” es responsable en gran medida de la confusión al analizar esta distinción, por lo cual lo ubica en el centro del debate y lo compara con el de “dejar morir”.⁷⁸ Este autor señala que existe un consenso importante que considera moralmente aceptable dejar morir bajo ciertas circunstancias e inaceptable matar. Sin embargo, hay situaciones en que matar está justificado (por ejemplo, en defensa propia), así como también hay ocasiones en las que dejar morir puede ser éticamente reprobable por la intención del agente. De manera que la moralidad de una acción no se determina porque corresponda llamarla matar o dejar morir. Más aún, el dejar morir en la práctica médica corresponde a dos situaciones: cuando se retira el apoyo tecnológico porque se considera inútil y cuando se retira porque el paciente lo rechaza. Cuando se cumple la petición de un paciente que rechaza un tratamiento útil se le llama dejar morir, pero cuando se retira el mismo tratamiento, sin consentimiento del paciente, se considera que es matar.⁷⁹ Esto parecería indicar que este término se utiliza para referirse al acto moralmente inaceptable (en lugar de llamar a esa acción también dejar morir y decir que es reprobable). Lo que no debe perderse de vista es que la moralidad de suspender el tratamiento depende de la voluntad del enfermo.

Hay otro aspecto sobre el que Beauchamp llama la atención. Se supone que se justifica retirar un tratamiento médico farmacológico o tecnológico cuando hay una condición de enfermedad o lesión subyacente que causará la muerte. Pero en muchos casos no sucede así. Si se retira una sonda nasogástrica para interrumpir la hidratación o la nutrición, la muerte se producirá por deshidratación o desnutrición, no por la enfermedad o la lesión, aun cuando haya sido alguna de estas condiciones la que motivara y justificara la decisión de retirar el tratamiento. Esto vuelve a demostrar que no está del todo clara la distinción, en términos morales, entre matar y dejar morir, a pesar de que se da por hecho que no hay duda de que el médico tiene la obligación de cumplir la voluntad de un paciente que rechaza un tratamiento (si la considera válida), pero no de responder a un pedido de ayuda activa para morir (aun si le parece válido).

Finalmente, Beauchamp llama la atención sobre otra inconsistencia. Por un lado, se considera aceptable dejar morir a una persona que ya no desea vivir, y esto no se considera un perjuicio para ella. Por otro lado, se condena el que se brinde ayuda activa para morir al paciente que la pide porque se considera un daño para él. En los dos casos los enfermos buscan lo que piensan que es mejor para terminar su vida, debido a la situación desolada en que se encuentran.⁸⁰

Coincidimos con el cuestionamiento de Beauchamp, pues creemos que una vez que se reconoce como primordial la voluntad del enfermo y se admite que desde su perspectiva lo mejor es morir, la ayuda del médico no tiene por qué limitarse a los casos en que haya algo que retirar o dejar de proporcionar. Lo que debe importar es determinar las opciones entre las cuales puede elegir el enfermo para asegurarse de que muera de la

mejor manera, lo cual incluye que no sienta dolor y esté acompañado, además de tener la tranquilidad de saber que va a terminar su sufrimiento.

Es necesario avanzar en un diálogo que permita revisar la supuesta diferencia moral entre una y otra forma de eutanasia. Quizá tiene razón Henk Prins (el ginecólogo que fue acusado por aplicar la eutanasia activa a una bebé nacida con graves discapacidades) al afirmar que esta diferencia se apoya, en gran parte, en aspectos emocionales.⁸¹ Este comentario interesante nos remite al análisis de Dworkin cuando señala cómo influye el concepto de la santidad de la vida en el debate de la eutanasia y de qué manera suscita grandes pasiones porque en el fondo subyace un componente emocional e irracional. Esto no quiere decir que no haya argumentos racionales y de peso que cuestionen la eutanasia en general y la eutanasia activa en particular. Quiere decir, simplemente, que a veces, en ausencia de argumentos convincentes, el rechazo se basa más en aspectos emocionales que en argumentos morales.

8. ALGUNOS TESTIMONIOS

Hemos analizado los principales elementos que, desde nuestra perspectiva, conforman el debate sobre la eutanasia. Así como no pretendemos haber abarcado todos los elementos, tampoco pensamos que hayamos cubierto todos los aspectos debatibles de los temas revisados. Más bien, nos limitamos a proponer las líneas conductoras para un debate que consideramos imprescindible y, con este objetivo, queremos incluir en este apartado algunos testimonios relacionados con la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. De esta manera contribuimos a recordar que el debate no debe darse en abstracto, aludiendo sólo a principios teóricos, sino que debe tener en cuenta las situaciones concretas y reales que viven las personas que llegan a decidir la terminación de su vida, misma que en otras circunstancias hubieran querido continuar. Importa conocer cómo se da ese proceso que culmina en la decisión de pedir ayuda para morir, y qué alcance tiene, para cada caso en particular, saber que su petición será atendida. A continuación presentamos el testimonio de cinco experiencias; las tres primeras tuvieron lugar en los Países Bajos, la cuarta en Oregón y la última en nuestro país.⁸²

*David*⁸³

Este hombre tenía sida y su compañero había muerto por la misma enfermedad dos años antes. David había estado con él durante todo el padecimiento y lo había visto soportar terribles sufrimientos hasta el último momento. Ahora veía a otros pacientes que estaban con él en el pabellón de enfermos de sida y que sufrían de la misma manera. Pensaba que no tenía ningún sentido tolerar ese tormento cuando sabía que de todos modos iba a morir pronto. Estaba convencido de que no quería pasar por todo ello y sentía un gran alivio al saber que tenía el control para decidir hasta cuándo podía soportar. Seis meses

atrás había firmado una declaración de eutanasia y su doctor le había prometido que le ayudaría a morir cuando le dijera que había llegado el día.⁸⁴

David reconoció que se acercaba el final cuando se dio cuenta de que ya no podía vivir fuera del hospital. A pesar de que en su casa contaba con ayuda para que le hicieran las compras y le resolvieran otros asuntos que implicaban salidas a la calle, tuvo que admitir que ya no podía arreglárselas para vivir solo. Al mismo tiempo, sentía que su cuerpo estaba llegando al límite. Tenía esas horribles manchas de Kaposi en sus mejillas y su nariz, y ésta se veía completamente deformada por hinchazones que le daban un aspecto monstruoso, a él a quien siempre le había importado su apariencia. Todo su cuerpo iba adquiriendo un color amarillo que él interpretaba como una forma lenta de envenenamiento. Si todo empeoraba, quería que el final fuera pronto, antes de que se deteriorara más.

David creía en algo después de la muerte, por lo que tenía preparada una serie de preguntas a Dios y esperaba que le diera buenas respuestas. Pero no podía quejarse. Su vida había sido buena; tuvo lo que necesitó. Si bien al principio de la enfermedad sintió que podía amargarse y buscó culpables, después se dio cuenta de que no tenía razones para guardar rencor, ni nadie a quién culpar. Aunque todavía disfrutaba algunas actividades, como la lectura, en cambio otras muy sencillas, como bañarse, lo dejaban exhausto. No tenía miedo a la muerte pero temía la forma de morir, y por eso era tan importante saber que podía decidirla él mismo. En los últimos días tuvo tiempo para estar en silencio y bromeaba diciendo que le gustaba eso porque se hacía muchas preguntas y se daba las respuestas que él quería.

Cuando llegó el día en que se programó la eutanasia, su madre y un hermano asistieron a despedirse y a acompañarlo. En el momento en que llegó el doctor, David le dijo que estaba terminando su último cigarro. Entre los dos habían decidido que la muerte fuera provocada por una preparación de medicamentos que David bebería por sí mismo y que tardaría aproximadamente una hora en hacer efecto.

*Tina*⁸⁵

El yerno de Tina cuenta cómo esta mujer de 92 años decidió terminar su vida después de haber luchado por años contra un doloroso cáncer de médula ósea. El testimonio es significativo pues proviene de un hombre que filosóficamente se opone a la eutanasia. Su suegra llevaba años valiéndose de un tanque de oxígeno y de morfina para sobrellevar los dolores y síntomas de su padecimiento. Sus hijas, que vivían en diferentes países fuera de los Países Bajos, se turnaban para cuidarla.

Tina no dudó cuando sintió que había llegado el momento en que no quería seguir viviendo. Había disfrutado mucho su vida, a sus hijas y a sus nietos. Mientras encontró sentido a la vida había hecho todo su esfuerzo para vivir lo mejor posible, a pesar de la enfermedad. Pero ahora ya no podía ni siquiera levantarse de su silla y el dolor se había vuelto insoportable. Su doctor aceptó ayudarla a morir y fijaron la fecha y la hora.

Decidieron que fuera un lunes, pues ese día de la semana era menos pesado para el doctor, que sólo aceptaba una eutanasia cada dos años y siempre le resultaba emocionalmente agotadora.

La noche anterior a su muerte Tina tuvo una fiesta con la familia, en la que brindaron con champagne. Dijo unas palabras y estuvo orgullosa de su discurso, que se le facilitó por el brindis, según anotó en su diario. Al día siguiente el doctor llegó puntualmente y, después de comprobar que Tina quería continuar con su decisión, le dio una bebida con la preparación letal. La hija más joven le sostuvo la copa mientras su madre bebía el contenido. “Gracias a todos”, dijo. A los 30 segundos quedó inconsciente y a los 15 minutos murió.

Una vez que Tina decidió contar con la ayuda de su médico para morir, organizó hasta el más mínimo detalle para facilitar las cosas a su familia, pues para ellos la idea de la eutanasia estaba acompañada de mucho temor. A pesar del dolor que la invadía y de su debilidad, la anciana se las arregló para dirigir su propia muerte en una forma en la que todos encontraron paz. Era claro que su decisión le había devuelto su dignidad porque ahora era ella quien tenía el control, y no la enfermedad, ni la muerte, ni el doctor, ni la familia. Murió como la madre fuerte y sabia que había sido.

*Masha*⁸⁶

Un tercer caso que sucedió en los Países Bajos vuelve a mostrar la liberación y la paz que brinda el tener la posibilidad de decidir cuándo se quiere terminar la vida. Este testimonio llega a nosotros gracias al esposo de Masha, una mujer mayor que padecía cáncer de colon, tardíamente detectado. El tumor creció tanto que había invadido la vesícula biliar y el hígado. Se había puesto amarilla por completo y había perdido muchísimo peso. No podía eliminar orina ni heces, lo cual le causaba mucho dolor e incomodidad. Ya no podía comer. A diario el esposo le rezaba a Dios y pedía que se la llevara.

Años antes habían hablado sobre la muerte y la idea de pedir la eutanasia cuando su vida se deteriorara. De manera que hablaron nuevamente de esta opción y la platicaron con su médico, quien les dijo que les daría la ayuda que le pidiesen. No era nada fácil la decisión, pues había personas cercanas, entre ellos un médico amigo y algunos familiares que se oponían a la eutanasia, argumentando que el papel del médico no era matar y que la religión no lo permitía. La mujer habló con un pastor, y él le dijo que elegir la eutanasia era una decisión muy difícil, pero que estaba convencido de que Dios no castigaría por ello a los hombres. Esa conversación los tranquilizó.

La muerte se programó para una tarde de viernes. Ese día el doctor preguntó a Masha si estaba segura de querer la eutanasia, y su respuesta fue un sí contundente. Justo antes de que se llevara a cabo, el esposo salió un momento y al regresar se dio cuenta de que la cara de su mujer había recobrado las cualidades de tiempos anteriores...

la veía hermosa. El doctor administró la inyección y el marido se recostó en el pecho de su mujer; después de unos segundos notó que el corazón se había detenido.

Cuando recuerda ese día, el esposo de Masha siente una inmensa tristeza, pero no lamenta nada: “La eutanasia liberó a la persona que más quería de un sufrimiento espantoso”.

*Colleen*⁸⁷

Colleen Rice vivía en Oregón y decidió morir mediante el suicidio asistido cuando su lucha contra el cáncer de pulmón se volvió insoportable. Se lo diagnosticaron en una etapa muy avanzada y calcularon que sólo le quedaban seis meses de vida, apenas el tiempo suficiente para terminar la novela histórica que había empezado unos años antes. Colleen no quiso someterse al tratamiento de quimioterapia. Sabía que no iba a curarla y que le produciría efectos secundarios que la incapacitarían para dedicarse a lo que más le interesaba antes de morir: resolver algunos conflictos que arrastraba en la relación con su única hija y dejar el libro listo para su publicación. Pudo hacerlo con ayuda de cuidados paliativos: le aplicaron oxígeno para respirar y recibió morfina para aliviar el dolor y la sensación de ahogo.

Colleen inició también el proceso de solicitud de la prescripción letal. Había seguido de cerca el debate sobre el suicidio médicamente asistido y había apoyado activamente la propuesta de ley que finalmente se aprobó en 1997. Durante los últimos cuatro meses de vida vivió en casa de su hija, en una habitación improvisada, acompañada por su esposo, quien permanecía despierto todas las noches para cuidar su respiración mientras ella dormía. En ocasiones, Colleen despertaba enojada de seguir viva y con la preocupación de que si esperaba demasiado no sería capaz de tragar por sí sola los medicamentos para morir.

Una vez que eligió el día de su muerte decidió organizar una velada la noche anterior para dejar un recuerdo agradable a su familia, y especialmente a sus nietos. Con ayuda de su hija, y sorteando muchas dificultades, se las arregló para darse un baño y vestirse; después se reunió con todos alrededor de una mesa redonda, y se entretuvieron con un juego tradicional en la familia. Se había quitado el oxígeno para evitar el ruido del generador que llenaba el ambiente. Los nietos ignoraban que era el último día de vida de su abuela y estaban muy alegres; le dieron besos y la hicieron reír hasta que Colleen, muy a su pesar, tuvo que detener la reunión al darse cuenta de que tosía con sangre y que estaba agotada por la falta de oxígeno. Los nietos se despidieron como tantas veces, pero su madre les dijo que le dieran a su abuela un gran beso de buenas noches, conteniendo las ganas de gritarles que era la última vez que la verían.

A la mañana siguiente, Colleen se maquilló porque quería verse bonita en su último día. Tomó un medicamento para evitar la náusea y el riesgo de vomitar cuando tomara más tarde los barbitúricos de sabor amargo. Llegó uno de los directores de la asociación Compassion in Dying of Oregon, que apoya a sus miembros dándoles información y

facilitándoles los contactos necesarios con médicos y farmacéuticos cuando desean morir mediante el suicidio médicamente asistido. También les ofrece compañía el día de su muerte; así lo hizo el director con Colleen. Ayudó a triturar los barbitúricos y a mezclarlos con un jugo, y cuando estuvo lista la bebida le preguntó si estaba segura de querer continuar. Ella contestó que sí, brindó con el vaso y bebió la preparación. Empezó a marearse casi de inmediato, cayó en coma en unos minutos y murió dos horas después. Mientras esto sucedía, los familiares estuvieron rezando en voz alta y recitando cánticos de despedida.

Dos años más tarde, la hija vuelve a llorar cuando habla de la enfermedad y la rápida muerte de Colleen. A veces se pregunta qué estaría haciendo su madre hoy si el cáncer hubiera desaparecido, y entonces recuerda los intentos de John Ashcroft por revocar la ley que permite el suicidio médicamente asistido y se responde: “Ella estaría en Washington reclamando al abogado del Departamento de Justicia: ‘¿Cómo se atreve a quitarnos el derecho a morir con dignidad? ¡Usted no tiene ese derecho!’ ”

*Estela*⁸⁸

Después de presentar los testimonios de experiencias de muerte asistida que se realizaron en lugares en los que está legalmente permitida, nos parece oportuno incluir uno de México. Es importante mencionarlo para darnos cuenta de que la ilegalidad de la práctica no modifica el hecho de que haya personas que, al ver o anticipar un deterioro o un sufrimiento inevitable, prefieren adelantar su muerte para no tener que vivir lo que, desde su propia perspectiva, les resulta intolerable.

Estela tenía 46 años cuando se encontraba en la fase última de una larga enfermedad que había sobrellevado casi 10 años. Lo que había empezado como un cáncer de mama, que en principio había cedido a los tratamientos, tuvo una recurrencia que finalmente produjo metástasis en el cerebro. En los años anteriores ella había llevado su padecimiento con mucho valor, enfrentando con determinación las intervenciones quirúrgicas que los médicos le propusieron y resistiendo con ánimo y serenidad los repetidos tratamientos de quimioterapia. Cuando se recuperaba de ellos retomaba sus actividades y disfrutaba todo lo que la vida seguía dándole, a pesar de que al mismo tiempo le quitaba energía. Era tanto lo que Estela quería vivir que hubiera permitido más pérdidas, hubiera aceptado que le hicieran nuevas intervenciones y hubiera dejado que le cortaran todo lo que fuera necesario. Decía “que le quitaran todo, menos su cabeza”, pero esto era justamente lo que empezaba a robarle la enfermedad. Ella estaba advertida de que el cáncer podía llegar al cerebro, y cuando reconoció los primeros efectos decidió que ésa era la única forma en la cual no aceptaba vivir. Ese día suspendió sus actividades y supo que había llegado el momento de despedirse.

Estela era una mujer de una inteligencia asombrosa que se había dedicado por más de 20 años a la investigación y enseñanza de la sociología. Disfrutaba enormemente las actividades intelectuales y eran admirables su claridad y agilidad de pensamiento, así

como sus sabios comentarios que siempre expresaba con una extraordinaria sencillez y pertinencia. Su vida había sido un ejemplo de coherencia entre sus convicciones y acciones; por mucho que a su familia le doliera aceptar su decisión, también podía comprenderla. Su esposo, un abogado con quien había compartido 24 años, y su hijo, un estudiante de medicina en el cuarto año de la carrera, la apoyaron en la planeación y preparación de todo lo necesario para que pudiera terminar con su vida de una manera apacible el día que ella eligiera. Si de por sí era difícil hacer los arreglos previos que suscitaban sentimientos encontrados en todos, había que añadir el peso que suponía dar cada paso en un clima de secreto. Pero sabían dónde buscar ayuda y la fueron encontrando. El hijo llevaba una buena relación de confianza con un profesor que había expresado en previas conversaciones una posición favorable hacia la eutanasia. Él los asesoró para elegir y conseguir los fármacos y les dijo qué dosis debían utilizar para producir una muerte segura y sin dolor. De esta manera obtuvieron con suficiente anticipación lo que Estela tomaría el día que escogiera para terminar con su vida, y disfrutaron el tiempo que les quedaba.

El último día de vida de Estela fue un día de octubre con un cielo claro y un clima agradable. Eligieron comer en el jardín de la casa, un lugar consentido cuando querían celebrar una ocasión especial. En el transcurso de la semana Estela se había despedido de sus hermanos y de sus amigos más cercanos y ahora quería disfrutar el día con su esposo y su hijo. Al avanzar la tarde subieron a su recámara y se dijeron por última vez cuánto se querían. Después ella bebió la preparación con los medicamentos. Cuando lo hizo, su esposo y su hijo la tomaron de la mano, esperando los efectos con la incertidumbre de no saber cuánto tardaría y el temor de que pasara algo que impidiera la muerte, como hubiera sido el hecho de que vomitara.

A los pocos minutos de su muerte llegaron algunos amigos. Para todos fue muy importante sentirse acompañados. Fueron momentos emocionalmente muy intensos que inspiraban un enorme respeto por esa mujer que con tanta entereza y lucidez eligió la forma y la fecha de su muerte; respeto por la familia que la acompañó en todo el proceso, dándole un apoyo que al mismo tiempo significaba adelantar la dolorosa separación, y por último, respeto por esa experiencia tan insondable que significa morir. Estela parecía dormida; se veía muy bella con sus aretes de plata. Pero ya no estaba ahí, y así era porque ella lo había decidido. Sintiendo acompañados en esa experiencia extraña, al mismo tiempo que entrañable, los amigos tomaron juntos una copa en silencio, puesto que no había palabras que alcanzaran a describir lo que sentían.

Hoy es importante dar palabras a esa experiencia que sucedió en nuestro país y que demuestra que todo ese misterio que rodea a la muerte, y el dolor que significa la separación, pueden acompañarse de la paz que supone elegir; de saber que incluso ante lo más temido es posible ser libre y así transformar la muerte en algo que puede aceptarse. Pero no por esto deja de ser tremendo decidir la terminación de la propia vida; y resulta mucho más difícil todavía cuando los diálogos para reflexionar, para informarse, para prepararse y para asegurarse tal opción se ven obstaculizados por leyes que imponen la clandestinidad. No debería ser así, porque existen muchas personas que ven

aproximarse un final de vida como el que tanto temía Estela, y querrían evitarlo, pero no cuentan con la ayuda para hacerlo. Hoy el esposo de Estela agradece que su hijo y él se hayan sentido acompañados por los amigos, no sólo asesorados, sino emocionalmente apoyados, pues de otra manera no hubieran podido, ellos mismos, acompañar a Estela. Al evocar ese día el esposo asegura que ha sido el día más triste de su vida... pero a la vez el más bello.

9. EL DEBATE IMPOSTERGABLE

Ya es tiempo de que en nuestro país iniciemos un debate que reconozca las necesidades y voluntades de las personas que padecen enfermedades o condiciones médicas, ante las cuales la muerte es la única opción digna que encuentran.⁸⁹ Quienes saben que su sufrimiento no tiene solución y aceptan la muerte como el acontecimiento inevitable que tarde o temprano ha de llegar, deben poder ejercer su libertad y decidir cómo y hasta cuándo quieren vivir. Y quienes llegan a preferir adelantar su muerte para poner límite a una situación que consideran intolerable deben tener derecho a asegurarse un final tranquilo, acompañados de quienes deseen y en un ambiente en el que no haya que añadir preocupaciones y aflicciones adicionales al dolor que entraña la muerte misma.

Un debate racional y abierto sobre la muerte asistida en nuestro país requiere que, en lo posible, se conozcan las situaciones particulares de los enfermos que consideran la opción de terminar con su vida. Antes de pensar en legalizar la eutanasia hay que asegurar que se den las condiciones para que la ayuda para morir que presta un médico a un enfermo realmente signifique el reconocimiento de su derecho a una muerte digna elegida libremente. Esto supone revisar y mejorar muchas cosas, empezando por el hecho de que los enfermos que padecen una enfermedad que pone en peligro su vida muchas veces ni siquiera lo saben. ¿Cómo podrían plantearse la opción de la eutanasia si no saben lo que les espera cuando evolucione su enfermedad? ¿Cómo podemos considerar la voluntad de un paciente hasta el grado de decidir poner fin a su vida, cuando ésta no se ha reconocido ni para decidir sobre los tratamientos que está dispuesto a seguir?

Tomar en serio el debate sobre la muerte asistida obliga a revisar otros aspectos de la atención médica desde una perspectiva ética, en particular el reconocimiento de la autonomía del paciente, su derecho a la información y a tomar decisiones sobre su vida. Esto significa cambiar un modelo de atención paternalista, que todavía prevalece en nuestro país, por uno en el que el médico sea responsable con el paciente y no *en lugar* del paciente. Es un hecho reconocido por los médicos que en México la eutanasia pasiva es una práctica mucho más extendida que la activa. En muchos hospitales se aplica con el consenso de familiares y médicos para terminar con la vida de pacientes que no tienen posibilidad de mejorar. Se aplica en pacientes generalmente inconscientes y se espera que la muerte sobrevenga en poco tiempo (unas horas o unos días), para lo cual se les retira

el apoyo que sostiene su vida.⁹⁰ Esta práctica no plantea los problemas morales de la eutanasia activa y, sin embargo, debería preocuparnos el hecho de que los pacientes no hayan tenido oportunidad de expresar su voluntad cuando todavía estaban conscientes. Posiblemente en muchos de esos casos se dejó que los pacientes llegaran a esa condición, que podía haberse anticipado, sin que se favoreciera a tiempo una comunicación que les permitiera decidir, por sí mismos, sobre el final de su vida cuando todavía estaban física y mentalmente capacitados para hacerlo.

Una reflexión más sobre lo que debe evitarse de manera incuestionable: que la eutanasia sea una práctica que sirva para encubrir acciones dirigidas a resolver problemas administrativos. En los Países Bajos, en donde el Estado cubre los servicios de salud, no existe tal temor.⁹¹ No puede ignorarse que en muchos países, entre ellos el nuestro, en donde no hay esta cobertura, los motivos económicos pueden intervenir en las decisiones de los enfermos que no quieren causar la ruina económica de sus familiares. Si la eutanasia se solicitara por esta causa, en cierto modo podría decirse que se limitó la libertad del paciente para decidir su muerte. Pero sería más grave si fueran los médicos o los familiares los que influyeran (por falta de recursos) en los pacientes para que éstos pidieran la eutanasia. Y un caso todavía peor, que consideraciones de costo-efectividad se impusieran en el juicio de los médicos para encontrar pacientes “prescindibles” a quienes podrían provocar la muerte.

Como señala Seay, si se demostrara, con razones convincentes, que el hecho de que los médicos participen en la muerte asistida hace que abusen de la práctica y la apliquen en contra de la voluntad de los pacientes, habría que impedir su legalización. Pero mientras esto no se demuestre, debe responderse a quienes por ese temor se oponen a legalizar la eutanasia, que siempre es posible establecer límites y criterios para decir cuándo debe permitirse acelerar la muerte de un paciente y cuándo no.⁹²

La única manera de establecer límites claros a una práctica, de acuerdo con los principios éticos, es conociendo las situaciones concretas en que se aplica. Para el caso de México, representa un gran reto lograr un debate basado en los problemas concretos de nuestro país, pues implica superar lo que, de otra manera, perduraría como un círculo vicioso. Aunque sea comprensible la resistencia, sobre todo por parte de los médicos, a hablar abiertamente de una práctica ilegal, por los riesgos que implica, deben encontrarse los mecanismos para superar este obstáculo. De no hacerlo, la práctica se mantendrá en la clandestinidad, reforzando así una política que consiste en hacer como si la eutanasia no existiera, y de esa manera no podría regularse ni controlarse. Tampoco podrían evitarse los abusos en su nombre ni se garantizaría como opción para quien la eligiera, aun después de haber analizado con profundidad su situación.

El hecho de que el problema de la eutanasia en México implique grandes dificultades nunca será una razón suficiente para no hacerle frente.

¹ Revisar el tema de la eutanasia ha implicado (y seguirá implicando) tocar diversas acciones relacionadas con la muerte médicamente asistida, la cual, además de la eutanasia, incluye el suicidio médicamente asistido y la terminación de la vida sin solicitud expresa.

² Al comentar los resultados de la encuesta que el Centro de Investigaciones Sociológicas realizó en España sobre la eutanasia (en la que se encontró que una mayoría de médicos —seis de cada 10— es partidario de legalizarla), la Asociación por el Derecho a Morir Dignamente comenta que una de las ventajas de su legalización es evitar las eutanasias clandestinas. Y un médico especialista en el tratamiento del dolor dice: “Todos sabemos qué pasa. Normalmente se hace bien, en casos muy claros, pero sería preferible que estuviera regulada, por nosotros y por los pacientes”. Véase *El País* (14 de octubre de 2003). Por su parte, Alejandro Herrera reflexiona sobre el tema de la eutanasia y sostiene que debe respetarse el principio de autonomía del paciente cuando éste solicita ayuda a su médico para terminar una vida de extremo sufrimiento irremediable. Esta práctica es muy diferente a la que se sabe se da continuamente en nuestros hospitales al terminar con la vida de ancianos desamparados. “Es tiempo ya de cambiar esta tradición hipócrita por una bien entendida tradición hipocrática.” Véase A. Herrera, “El médico ante la solicitud de eutanasia”, en M. Valdés *et al.*, *Dilemas morales de la sociedad contemporánea*, vol. II, México, Torres Asociados, 1977, pp. 43-44.

³ Aunque la definición de eutanasia especifica que debe existir un pedido claro y voluntario del paciente, vimos en el capítulo anterior que hay situaciones en las que no existe la solicitud expresa del paciente (cuando se trata de un neonato, de un individuo en estado vegetativo persistente o de un enfermo terminal que no puede comunicarse) y puede estar igualmente justificada la intervención médica para terminar con su vida.

⁴ El caso Chabot, que revisamos en el capítulo anterior, es muy controvertido, pues se trata de una situación límite: el sufrimiento de la mujer que pidió ayuda para morir no estaba causado por una enfermedad. Su médico, quien había establecido una relación profesional con ella, primero trató de aliviar el dolor emocional de quien consideraba su paciente, pero cuando se dio cuenta de que no podía ayudarla a disminuir su sufrimiento, aceptó ayudarla a morir.

⁵ El tema del suicidio está frecuentemente asociado al de la enfermedad mental. Para muchas personas, el suicidio siempre es un síntoma de enfermedad mental y por ello mismo debe prevenirse (es la posición de la psiquiatría), mientras que para otros, el suicidio puede justificarse siempre y cuando no sea un síntoma de una condición mental tratable que disminuya la libertad de la persona. Esta posición da por supuesto que hay suicidios que no implican una enfermedad mental y que son acciones extremas mediante las cuales las personas expresan su última posibilidad de libertad.

⁶ Fue el caso de la señorita B que revisamos en el [capítulo III](#), la mujer británica tetrapléjica que obtuvo el permiso judicial para que se le desconectara el respirador artificial que la mantenía con vida. La paciente comentó que ella no hubiera apagado por sí misma la máquina (en el supuesto de que hubiera habido un mecanismo para que ella pudiera hacerlo) porque era creyente y no quería suicidarse y dejar esa marca entre sus familiares y amigos. Es también la idea que defiende el teólogo católico Hans Küng, quien considera legítima la eutanasia para el caso del enfermo muy grave, pero moralmente reprobable para una persona que busque terminar con su vida por otro tipo de problemas. El Vaticano condena igualmente la eutanasia y el suicidio, por ser ambos actos que atentan contra la vida humana, cuyo fin sólo Dios puede decidir.

⁷ Al hablar de “deber” nos referimos al hecho de si la persona que pide ayuda para morir merece recibirla por efecto de algún tipo de solidaridad hacia ella, pero no pensamos que exista ninguna obligatoriedad. Todas las legislaciones que permiten la muerte médicamente asistida aclaran que ningún médico está obligado a aplicar la eutanasia o a ayudar a un paciente a suicidarse si esto va en contra de sus valores. Cabe aclarar que también los enfermeros pueden negarse a hacer los preparativos para que pueda practicarse la eutanasia.

⁸ T. Szasz, *Libertad fatal*, Barcelona, Paidós, 2002, en especial el [capítulo V](#), “La prescripción del suicidio. La muerte como tratamiento”, y el VI, “La perversión del suicidio. El asesinato como terapia”, pp. 128-207. Las reflexiones y críticas de este autor a la medicalización del suicidio nos parecen muy lúcidas en su cuestionamiento al poder de los médicos para decidir cuándo deben prevenir el suicidio y cuándo apoyarlo, lo cual puede significar en muchos casos expropiar al sujeto la responsabilidad sobre su muerte voluntaria. Sin embargo, nos da la impresión de que Szasz ignora las condiciones en que muchas personas deciden su muerte voluntaria, como en el caso de los enfermos terminales con sufrimientos intolerables. En estos casos nos parece adecuado que cuenten

con el apoyo y la ayuda de su médico para alcanzar su propósito y no pensamos que tal hecho disminuya su autonomía.

⁹ Es el argumento de Mill para señalar los límites del Estado liberal, el cual no tiene por qué intervenir en las acciones de los ciudadanos que no dañan a otros. Véase J. S. Mill, *On liberty*, editado por R. B. McCallum, Oxford, Blackwell, 1946, citado por M. Charlesworth, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, pp. 18-19. Representa una objeción al argumento de Mill el hecho de que el Estado le importa preservar la vida humana de sus ciudadanos, aun cuando existan elementos que indiquen que esto va en contra de los intereses personales de un ciudadano en particular. Vimos en el [capítulo III](#) que por esta razón los padres de Nancy Cruzan tuvieron que esperar siete años antes de obtener el permiso judicial para que se interrumpiera el soporte de vida artificial que mantenía con vida a su hija en estado vegetativo persistente. Los jueces debían haber tenido más presente a Mill.

¹⁰ Reconocer que la muerte voluntaria de una persona generalmente afecta a otros es un aspecto importante a considerar, pero no puede ignorarse que a lo largo de la vida las personas deben tomar muchas decisiones que afectan de diferente manera a otros y que pueden ser éticamente adecuadas: terminar una relación sentimental, cambiar de trabajo, de residencia, etc. En ocasiones, el hecho de reconocer que otros se verán afectados por esas decisiones puede ser una razón para no tomar la decisión, pero en otras no tiene por qué serlo.

¹¹ Según Pepe Rodríguez, en nuestra cultura, horrorizada por la muerte, resulta incomprensible que alguien se quite la vida con plena libertad y responsabilidad, no importa lo que esté sufriendo en su fuero interno. Como nadie quiere entender el suicidio de una persona cercana como un acto deliberado de autodestrucción, busca un chivo expiatorio para convertir al suicida en víctima de algo o alguien. Considera este autor que quien se suicida es el responsable de su muerte y esto es importante comprenderlo porque el suicida, con su acto, muchas veces deja a quienes le sobreviven un mensaje de culpa o condena difícil de asimilar, sin la menor oportunidad de defenderse o aclarar las conductas. Véase P. Rodríguez, *Morir es nada*, Barcelona, Ediciones B, 2002, pp. 268-273.

¹² Libertad que no puede separarse de la responsabilidad y que finalmente es condición de la ética. “El verdadero fundamento de la condición ética del hombre es la libertad.” Véase J. González, *Ética y libertad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica, 1997, p. 22.

¹³ Ya decía Camus: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no vale la pena vivirla”. Véase A. Camus, *El mito de Sísifo*, Madrid, Alianza Editorial, 1981, p. 15.

¹⁴ J. L. Mackie, *Ethics. Inventing right and wrong*, Londres, Penguin Books, 1990, pp. 196-197.

¹⁵ Es muy importante diferenciar el suicidio voluntario del suicidio “involuntario” que se realiza en un estado mental alterado, como puede ser el de un esquizofrénico que se quita la vida respondiendo a las órdenes de sus alucinaciones, o el de una persona con una depresión severa que afecta gravemente su voluntad. En el capítulo anterior nos ocupamos del tema de la autonomía en el paciente psiquiátrico.

¹⁶ Esto sucede, sobre todo, en lugares donde la eutanasia es legal y puede pedirse abiertamente, lo que facilita que el enfermo cuente con el apoyo de médicos y familiares a lo largo del proceso de decisión y en el momento final.

¹⁷ Pensamos en los casos en que el individuo está decidido a suicidarse y falla. Éstos deben distinguirse de los casos en que el individuo realiza un intento de suicidio como un pedido consciente o inconsciente de ayuda; después de recibir tratamiento es posible que agradezca el hecho de seguir vivo.

¹⁸ Es comprensible que la muerte de un familiar sea menos traumática si éste muere por eutanasia que por suicidio. Es más interesante reflexionar sobre el hecho de que pueda ser también menos traumática la muerte por eutanasia que la muerte por causas naturales. En una investigación realizada en los Países Bajos para estudiar los efectos en los familiares y amigos en duelo de pacientes que habían muerto por eutanasia, se encontró que éstos tenían menos síntomas traumáticos de duelo que los familiares y conocidos de pacientes que habían muerto por causas naturales, lo cual puede explicarse por el hecho de que tuvieron más posibilidades de despedirse, de hablar abiertamente de la muerte, de compartir la decisión de morir mediante eutanasia y de ver a sus enfermos sufrir menos en el momento final. Véase N. Swarte *et al.*, “Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: A cross sectional study”, *BMJ*, vol. 327 (2003), p. 189. Los autores aclaran que no deben interpretarse los resultados como una defensa de la eutanasia, sino como un llamado para que haya la misma apertura y atención con todos los pacientes terminales.

¹⁹ A. Calsamiglia, “Sobre la eutanasia”, en R. Vázquez (ed.), *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, Instituto Tecnológico Autónomo de México/Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 160.

²⁰ El Código Penal de Bolivia sigue sancionando el suicidio frustrado; Inglaterra dejó de hacerlo en 1961, cuando la mayoría de los países europeos ya habían dejado de penalizarlo. Véase E. Díaz Aranda, *Del suicidio a la eutanasia*, México, Cárdenas Editor Distribuidor, 1998, p. 77.

²¹ El hecho de que esté despenalizado el suicidio frustrado significa que ya no se considera un delito, pero para muchas personas, en particular psiquiatras, es una expresión de enfermedad mental. Por eso, es probable que el suicida frustrado se vea sometido, en principio en contra de su voluntad, a medidas médicas para salvar su vida y a tratamiento psiquiátrico (Szasz diría que de esta manera se sigue “penalizando” el suicidio). No puede criticarse que se realicen en forma rutinaria acciones para evitar la muerte de personas que fallan en su intento de suicidio; son medidas que deben decidirse en situaciones de urgencia en las que los profesionales de la salud se limitan a cumplir con su deber, y en muchas ocasiones confirman que las personas agradecen estar vivas una vez que se recuperan, ya que lo que realmente buscaban a través de su intento de suicidio, de manera consciente o inconsciente, era la atención y ayuda de los demás. Esto no quiere decir que no haya suicidios que fracasan muy a pesar de las personas que los intentan, las cuales hubieran podido asegurar su propósito de haber contado con ayuda.

²² L. Schwartzberg, “Des soins palliatifs à l’euthanasie”, *Panoramiques*, núm. 21 [Pour une mort plus douce] (1995), p. 150.

²³ Los estudios sobre las características de los pacientes que optan por la muerte médicamente asistida (suicidio asistido en Oregón y eutanasia en los Países Bajos) indican que en muchos casos no es el dolor físico lo que motiva la petición, sino la necesidad de mantener la dignidad y la autonomía. Christine Cassel señala que muchos enfermos, más que al dolor, tienen miedo a los síntomas que amenazan la personalidad y a la pérdida de dignidad e individualidad. Es el caso de pacientes con sida que van a sufrir demencia y han visto a algunos amigos pasar por ese descenso hacia un estado de absurdidad o degradación. Véase C. Cassel, “El suicidio asistido por el médico: ¿progreso o peligro?”, en D. Thomas y T. Kushner, *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, Madrid, Cambridge University Press, 1999, p. 242.

²⁴ Respecto al suicidio asistido, Szasz cuestiona que una persona *necesite* solicitar a otra una acción que ella puede hacer por sí misma. Véase T. Szasz, *op. cit.*, pp. 131-132. Es cierto que en ocasiones los enfermos terminales pueden procurarse la muerte por sí mismos, pero no es así en todos los casos. Szasz también critica que dar muerte sea considerado un tratamiento por el hecho de que la eutanasia es una acción efectuada por un médico que recibe un paciente y se legitima como beneficiosa. Véase T. Szasz, *op. cit.*, p. 131. Pero se equivoca en un punto: la eutanasia se proporciona precisamente a falta de un tratamiento médico que ofrecer.

²⁵ Es el caso de la mujer a la que ayudó a morir el doctor Chabot, que revisamos en el capítulo anterior.

²⁶ Es el caso de los pacientes con sufrimiento mental, pero sin enfermedad física, lo que mejor ejemplifica estas situaciones.

²⁷ Revisamos este autor en el [capítulo IV](#). Sostiene que los avances tecnológicos han prolongado la etapa de vida que antecede a la muerte de muchos enfermos y ancianos que merecen vivir esta etapa dignamente y tener la opción de decidir cuándo y cómo quieren morir. Véase J. Pohier, *La mort opportune*, París, Éditions du Seuil, 1998, pp. 18-26.

²⁸ El estigma social del suicidio también se puede comprobar en las encuestas sobre el suicidio médicamente asistido. La respuesta hacia esta práctica es más favorable cuando se pregunta a la gente si está de acuerdo en que el médico ayude a un paciente a “terminar con su vida”, que cuando se le pregunta si está de acuerdo en que le ayude a “suicidarse”. Véase la página de *The Pew Research Center* en <http://people-press.org/reports/print.php3?PageID=725>.

²⁹ Esto se encargan de recordarlo autores como Pohier y Szasz al cuestionar que el derecho a la terminación de la vida se haya convertido en un asunto médico.

³⁰ La prohibición de la eutanasia se refiere sobre todo a la activa; la eutanasia pasiva se permite en la religión católica (como lo señalamos en el [capítulo IV](#)), y así sucede en otras religiones.

³¹ De acuerdo con Kimsma y Leeuwen, la Iglesia protestante neerlandesa ha establecido que en una situación degradante y sin esperanza, el enfermo puede pedir y recibir ayuda para morir, y esa decisión puede considerarse responsable desde el punto de vista cristiano. Véase G. Kimsma y E. Leeuwen, “Euthanasia and assisted suicide in the Netherlands and the USA: Comparing practices, justifications and key concepts in bioethics and law”, en D. Thomasma *et al.*, *Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998, p. 56.

³² Para conocer la posición de una religión no monoteísta consultamos a Carl Becker, quien reflexiona sobre la posición del budismo ante la eutanasia. Para el budismo, la muerte no es el fin de la vida, sino una transición, y en el momento de la muerte es muy importante tener los pensamientos apropiados, pues del estado mental depende el renacimiento de esa persona. Desde tiempos antiguos los japoneses han respetado el derecho del individuo a escoger el momento y la manera de morir (para pasar de una existencia a otra), y este principio budista también se puede aplicar a las situaciones que viven en la actualidad los enfermos que se acercan a su muerte. La eutanasia estaba considerada en el código samurai del suicidio: el samurai contaba con la ayuda de un kaishakunin para que le cortara el cuello después del corte que él mismo se había hecho en el abdomen, porque éste, además de doloroso, no conducía a una muerte rápida. En la actualidad, al considerar la eutanasia, lo determinante no es tanto el dolor, sino el hecho de que el paciente ya no tenga la perspectiva de una interacción productiva y significativa con la sociedad. Si esto sucede, no hay razones para impedirle que busque otras experiencias significativas en otro mundo, y quien asiste compasivamente a alguien que está preparado para su muerte está siguiendo la moralidad budista. Véase C. Becker, “Opiniones budistas acerca del suicidio y la eutanasia”, *Revista de estudios budistas*, núm. 4 (Asociación Latinoamericana de Estudios Budistas, 1992-1993), pp. 7-29. Para una revisión de la posición de diversas religiones sobre la eutanasia puede consultarse J. Gafo (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2000.

³³ En el [capítulo IV](#) comentamos la más reciente publicación de enero de 2003, la *Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política*, del cardenal Joseph Ratzinger, prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe.

³⁴ E. Rioux, “Protestant, je suis pour l’euthanasie volontaire”, *Panoramiques*, núm. 21 [Pour une mort plus douce] (1995), pp. 125-128.

³⁵ Halaka, La Ley, es un conjunto de decisiones jurisprudenciales (en el sentido de que son obligatorias para la comunidad, aunque sean extrajudiciales) basadas en la interpretación de la Tora, los primeros cinco libros del Antiguo Testamento, también conocidos como los Cinco Libros de Moisés y que guían, prácticamente en todos los ámbitos, la acción diaria de los individuos. Estas decisiones, junto con otros tratados sobre ética, moral y conducta, se encuentran codificados en el Talmud, mismo que terminó de codificarse en el siglo III. Véase M. I. Dimont, *Jews, God and history*, Nueva York, Signet, 1962.

³⁶ B. L. Sherwin, “Euthanasia as a Halakhic option”, en K. Kaplan y M. Szwartz, *Jewish approaches to suicide, martyrdom, and euthanasia*, Nueva Jersey, Jason Aronson Inc., 1998, pp. 80-97.

³⁷ [Capítulo III](#).

³⁸ “Reexamining ‘Do no harm’ ”, G. van der Wal, y P. J. van der Maas, “Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 257.

³⁹ Según un estudio reciente, sí habría opciones tranquilas y seguras para morir para los pacientes que no piden o no reciben ayuda de sus médicos. Una investigación publicada en el *New England Journal of Medicine* señala que los pacientes que intencionalmente rechazan la comida y los líquidos para morir pueden tener una muerte serena, la cual llegará aproximadamente a los 15 días de dejar de alimentarse e hidratarse. Véase G. Emery, “Death by dehydration seems peaceful, nurses say”, *Reuters Health News* (23 de julio de 2003). Habría que aclarar que esa decisión para terminar con la propia vida puede funcionar para personas que ya se encuentran muy cerca de su muerte. Por otra parte, el estudio no da información sobre los métodos que acompañan esa decisión para evitar sufrimiento a los pacientes, teniendo en cuenta que si una persona se encuentra en estado consciente, necesitaría recibir medicación narcótica y otros cuidados para contrarrestar el dolor que produciría la resequead que la deshidratación produce en las mucosas.

⁴⁰ Nos referimos al estudio de Pool en el [capítulo V](#). Para consultar el caso de Bryan véase R. Pool, *Negotiating a good death. Euthanasia in the Netherlands*, Nueva York, The Haworth Press, 2000, pp. 157-187.

- ⁴¹ L. Schwartzberg, art. cit., p. 150.
- ⁴² G. Seay, “Do physicians have an inviolable duty not to kill?”, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, núm. 1 (2001), pp. 75-91.
- ⁴³ En el [capítulo II](#) incluimos los comentarios de Marie de Hennezel sobre este médico alemán, los cuales comparamos con los que él mismo hizo en relación con los suicidios asistidos de algunos pacientes en los que participó.
- ⁴⁴ J. Soulier, *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*, Madrid, Temas de Hoy, 1995, p. 178.
- ⁴⁵ T. Quill *et al.*, “Palliative options of last resort”, *JAMA*, vol. 278, núm. 23 (1997), pp. 2099-2104.
- ⁴⁶ La enfermedad de Diane Pretty (la mujer británica contemporánea a la señorita B), a quien nos referimos en el [capítulo III](#) (nota 28). También comentamos en el [capítulo V](#) el estudio, realizado en los Países Bajos, sobre muerte asistida con enfermos con esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad neuromuscular que provoca una parálisis progresiva, fallas respiratorias y la muerte entre los tres y cinco años después del diagnóstico.
- ⁴⁷ L. Rowland, “Assisted suicide and alternatives in amyotrophic lateral sclerosis”, *N. Engl. J. Med.*, vol. 339, núm. 339 (1998), pp. 987-989.
- ⁴⁸ L. Ganzini *et al.*, “Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their care givers toward assisted suicide”, *N. Engl. J. Med.*, vol. 339, núm. 14 (1998), pp. 967-972.
- ⁴⁹ R. Pool, *op. cit.*, p. 232.
- ⁵⁰ *Ibid.*, p. 221.
- ⁵¹ J. Welie, “Why physicians? Reflections on the Netherlands’ new Euthanasia Law”, *Hastings Center Report*, vol. 32, núm. 1 (2002), pp. 42-44.
- ⁵² Nos referimos a las situaciones en que no es la prohibición legal la que impide que el médico aplique la eutanasia, sino sus valores éticos y religiosos. En todos los países en que la eutanasia está prohibida es mucho más difícil imaginar las condiciones para un diálogo en el que el paciente solicite la eutanasia, platique el tema con un médico que se opone a ella, y que éste le recomiende hablar con un tercero que sí esté dispuesto a cumplir su petición.
- ⁵³ A finales de 2003 la Corte Federal de Apelaciones decidiría si se mantiene o no esta ley estatal, según información del periódico local del estado. Portland, 26 de julio de 2003.
- ⁵⁴ Marie de Hennezel acepta que hay ciertas solicitudes legítimas de eutanasia, pero se opone a respaldar legalmente la práctica y propone que el médico que la aplique asuma que se trata de una transgresión a la ley que se justifica desde el punto de vista ético. Véase, en el [capítulo II](#) el final del apartado 2, “¿Es legítimo elegir la muerte?”
- ⁵⁵ R. Dworkin, *Life’s dominion. An argument about abortion euthanasia and individual freedom*, Nueva York, Vintage Books, 1994, p. 198.
- ⁵⁶ P. Verspieren, *Face à celui qui meurt*, París, Desclée de Brouwer, 1999, p. 154. Entre los países que Verspieren da como ejemplos están Dinamarca, Islandia, Finlandia, Austria y Alemania.
- ⁵⁷ J. Werth, “Policy and psychosocial considerations associated with non-physician assisted suicide: A commentary on Ogden”, *Death studies*, vol. 25 (2001), pp. 403-411.
- ⁵⁸ A. Calsamiglia, art. cit. pp. 160-164.
- ⁵⁹ D. Lee, “Physician-assisted suicide: A conservative critique of intervention”, *Hasting Center Report*, vol. 33, núm. 1 (2003), pp. 17-19.
- ⁶⁰ R. Gillon, “Euthanasia in the Netherlands – down the slippery slope?”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25 (1999), pp. 3-4.
- ⁶¹ A. van der Heide *et al.*, “End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study”, *The Lancet, on line* (17 de junio de 2003).

⁶² Seay comenta que el hecho de que algunos individuos manejen un automóvil intoxicados no significa que deba prohibirse a todas las personas manejar para evitar tal riesgo, a pesar de que muchas muertes son consecuencia de tal abuso. Véase G. Seay, art. cit.

⁶³ G. van der Wal y P. J. van der Maas, “Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 170.

⁶⁴ F. Randall, “Reply to Farside’s editorial: palliative care —a euthanasia— free zone”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25 (1999), pp. 221-223.

⁶⁵ H. Jochemsen y J. Keown, “Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25 (1999), pp. 16-21.

⁶⁶ Z. Zylicz, “Palliative care: Dutch hospice and euthanasia”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, pp. 187-203.

⁶⁷ J. van Delden, “Slippery slopes in flat countries – a response”, *Journal of Medical Ethics*, núm. 25 (1999), pp. 22-24. Johannes van Delden es miembro del Centro de Bioética y Ley en Salud y médico en una clínica en Utrecht, Países Bajos; también forma parte de uno de los comités de valoración de la eutanasia.

⁶⁸ Son las palabras de Salvador Pániker, a quien mencionamos en el [capítulo II](#), publicadas el 13 de mayo de 2001 en *El País*, al comentar la legalización de la eutanasia en los Países Bajos. También se encuentran en el prólogo al libro de M. Thévoz y R. Jaccard, *Manifiesto por una muerte digna*, Barcelona, Kairós, 1993, p. 13.

⁶⁹ Ten Have *et al.*, “Hospice and euthanasia in the Netherlands: An ethical point of view”, *Journal of Medical Ethics*, núm. 25 (1999), pp. 408-412. Se conoce también como sedación terminal y se considera una actividad médica normal regulada.

⁷⁰ J. van Delden, art. cit.

⁷¹ Es la postura de Horacio Spector, especialista en derecho. Véase H. Spector, “Suicidio médicamente asistido y autonomía”, en O. Hansberg y M. Platts (eds.), *Responsabilidad y libertad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica, 2002, pp. 188-194.

⁷² H. Spector, art. cit., p. 192.

⁷³ *Ibid.*, pp. 194-202.

⁷⁴ P. Singer, *Ética práctica*, 2a. ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 255-264.

⁷⁵ Las cursivas son del autor para distinguir que puede haber razones extrínsecas, en función de las cuales se determina la moralidad de la acción u omisión.

⁷⁶ Es también la opinión de muchos médicos en favor de la eutanasia, entre ellos, James Rachels (citado en el [capítulo I](#)), Peter Admiraal ([capítulo III](#)) y Henk Prins ([capítulo V](#)).

⁷⁷ P. Singer, *op. cit.*

⁷⁸ T. Beauchamp, “The medical ethics of physician-assisted suicide”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25 (1999), pp. 437-439.

⁷⁹ Al hablar de tratamiento útil podría pensarse en uno que representara alguna pequeña probabilidad de mejoría para el paciente, o uno que proporcionara cierto alivio a sus síntomas.

⁸⁰ T. Beauchamp, art. cit.

⁸¹ “What kind of life? What kind of death? An interview with Dr. Henk Prins”, en D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, p. 389.

⁸² Estos casos se incluyeron en un artículo publicado en *Nexos*. Véase A. Álvarez, “A las puertas del dolor”, *Nexos*, vol. 307 (2003), pp. 40-44.

⁸³ Citado por R. Pool, *op. cit.*, pp. 1-17. Hemos conservado el nombre con que fue publicado.

⁸⁴ En la sección de anexos incluimos un formato de declaración de pedido de eutanasia.

⁸⁵ D. Beresford, “A beautiful life and a beautiful death”, *The Observer* (26 de enero de 2003). Hemos conservado el nombre con el que fue publicado.

⁸⁶ D. Thomasma *et al.*, *op. cit.*, pp. 481-484. El testimonio se publicó sin nombre, por lo que le hemos dado uno ficticio.

⁸⁷ B. Yeoman, “Death with dignity”, *AARP Magazine* (marzo-abril de 2003). Hemos conservado el nombre con el que fue publicado.

⁸⁸ Entrevista con el esposo. El nombre y algunos detalles de este testimonio son ficticios, pero conserva y transmite su esencia.

⁸⁹ Con esto no queremos decir que no se hayan dado algunos primeros pasos, como publicaciones, investigaciones y actividades académicas, todas ellas importantes porque contribuyen al conocimiento y al debate del tema. En este sentido, habría que hablar de continuar, más que de iniciar, pero nos parece adecuado mantener el término para subrayar que apenas estamos en el comienzo de lo que debe ser un profundo y extenso debate.

⁹⁰ A. Kraus, “La ética de los moribundos”, *Nexos*, vol. 307 (2003), pp. 34-38.

⁹¹ S. Bok, “Euthanasia”, en G. Dworkin *et al.*, *Euthanasia and physician-assisted suicide. For and against*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998, p. 124. Esto no le impide a Sissela Bok pensar que existen otros motivos para preocuparse por la forma en que se aplica la eutanasia en los Países Bajos, como el hecho de que no se informen muchos casos.

⁹² G. Seay, *art. cit.*

VII. ¿QUÉ CONCLUIR?

“The fear of death is being replaced by the fear of dying”, few [people] worry about burning in hell, but many must wonder how it will be when it comes to their turn to die.

RICHARD SMITH¹

CUANDO decidimos realizar una investigación sobre la eutanasia, sabíamos que seguiríamos un camino no del todo desconocido, ya que el tema de la muerte nos ha interesado desde hace más de 10 años, particularmente por lo que ésta significa como experiencia humana. Si bien la muerte no se experimenta más que de manera indirecta, a través del fallecimiento de los demás, podemos formarnos una idea de lo que significa. Por otra parte, saber que vamos a morir es un dato que nos acompaña a lo largo de la vida, y tarde o temprano enfrentaremos el momento de anticipar nuestro propio fin, a menos que nos toque morir de manera repentina o inadvertida.

Sin llegar a experimentarla nunca de manera directa, la muerte provoca dolor y angustia porque implica separación y, en cierto sentido, desaparición. Sólo por saber esto tendríamos que prepararnos mejor para enfrentarla, pero son pocos los que lo hacen. En nuestra llamada sociedad occidental predomina una actitud que nos ha llevado a negar la muerte y, por consiguiente, a perder las costumbres que podrían ayudar a recibirla cuando inevitablemente se presenta. El simple hecho de contar con palabras, rituales y compañía ha servido, a lo largo de la historia, para aminorar la angustia que suscita la muerte y para encontrar cierto consuelo ante las pérdidas que impone.

Comprender las causas de un comportamiento que carece de estos recursos ha sido un interés que hemos traducido en diferentes actividades académicas, de investigación y de enseñanza en los últimos años. En la medida en que entendamos mejor por qué nos comportamos tan evasivamente ante un hecho que forma parte de la vida, podremos formular propuestas que nos ayuden a estar mejor preparados para enfrentarlo. El tema de la eutanasia ha quedado incluido en estas actividades académicas porque es prácticamente imposible estudiar la muerte hoy en día sin ocuparse de la terminación voluntaria de la vida.

Esto no significa que creamos que la muerte voluntaria sea un tema de reflexión exclusivo de nuestra época. Citamos antes a Camus, quien decía que el único problema filosófico verdaderamente serio es el suicidio, juzgar si la vida vale o no vale la pena vivirla.² Entendemos esta afirmación como una salida ante la confrontación de nuestra

inherente mortalidad, una solución para poder elegir frente a la muerte. Reconocer que vamos a morir, tarde o temprano, lleva a los hombres a considerar la posibilidad de adelantar su propia muerte. Así, aunque no podamos elegir no morir (un día hemos de morir), podemos elegir si morimos de una vez o si seguimos viviendo. De esta manera, vivir puede ser una elección que se reafirma cada día, pero se impone doblemente en algunas situaciones propias de la época actual. Y es que los avances médicos y tecnológicos hacen posible vivir en un estado en que la vida ha perdido valor por el dolor o por la indignidad que prevalecen. En tales circunstancias es comprensible que algunas personas, que en otras condiciones elegirían seguir viviendo, decidan adelantar su muerte.

Al emprender la investigación que ahora concluimos nos encontrábamos ante un camino que en parte conocíamos. Para avanzar más allá de lo que antes habíamos recorrido y profundizar en el tema, nos interesaba entender la complejidad de los elementos que intervienen en un debate que suscita enfrentamientos apasionados en los que se sostienen posiciones muchas veces extremas y aparentemente irreconciliables. Debíamos servirnos de lo que sabíamos, pero al mismo tiempo estar abiertos para descubrir lo que ignorábamos.

A lo largo de la investigación tuvimos cuidado de aproximarnos a los diferentes autores con una actitud abierta y honesta, e igualmente ante los argumentos y elementos éticos que defienden la eutanasia, como ante los que la condenan. Aun cuando nos identificábamos con una posición favorable hacia esta práctica, nos interesaba conocer esos otros argumentos en contra de ella. Si al final todavía manteníamos una posición favorable hacia la muerte médicamente asistida sería porque, a pesar de ellos, seguíamos creyendo que existen razones de peso para apoyarla. Como dice Rachels, para saber la verdad sobre la eutanasia y determinar si éticamente es aceptable, no podemos guiarnos por lo que sentimos al respecto. Tenemos que examinar y analizar si los argumentos que la admiten son lógicos y convincentes, y si los que la rechazan pueden refutarse. Sólo así se puede decir que es éticamente aceptable, independientemente de las emociones y preconcepciones que se tengan hacia ella.³

Al terminar esta investigación reafirmamos nuestra posición de apoyo a la eutanasia. Consideramos que toda persona tiene el derecho a decidir cuándo y cómo terminar su vida. Si esta decisión se toma en el contexto de una situación médica, en la que un paciente sabe que se han agotado todas las posibilidades de curación y de alivio a su sufrimiento, y ha reflexionado y platicado con su médico esta decisión, tiene también el derecho a recibir su ayuda para adelantar su muerte sin dolor y en compañía de quien elija. Y puesto que se trata de una decisión éticamente aceptable, tanto el paciente como el médico deben contar con el respaldo legal del Estado para realizar la eutanasia. Sólo de esta manera, los enfermos que sientan que han llegado al límite de lo que pueden soportar podrán confiar en sus médicos para pedirles ayuda para morir, y éstos, a su vez, si creen que es parte de su deber responder a ese pedido, se sentirán protegidos para dar esa ayuda.

A pesar de haber reafirmado nuestra posición, tuvimos que cuestionar supuestos que creíamos indiscutibles y admitir que no tenemos respuestas del todo satisfactorias para algunos aspectos. Así lo señalamos en el capítulo anterior, en el que analizamos los puntos principales que conforman el debate sobre la eutanasia.

Al comparar el suicidio y la eutanasia reconocimos que no encontrábamos una clara distinción entre ellos desde el punto de vista ético. La diferencia entre estas acciones deriva del hecho de que la eutanasia se localiza en el contexto médico, y esto la hace aparecer como una práctica que puede llegar a ser más aceptable desde la perspectiva social. Esta conclusión puede contradecirse con la idea de que la terminación de la propia vida es una decisión que compete a la persona que vive esa vida, mientras esté capacitada para tomar decisiones. En tanto la eutanasia se da en el contexto médico, la decisión del paciente debe estar sancionada por el médico, a quien finalmente corresponde decidir si responde o no a una demanda de eutanasia. En este sentido, como diría Szasz, se impone la decisión del médico sobre la libertad del paciente. Y creemos que está bien que así sea porque al médico se le está pidiendo que ayude con una acción de una enorme gravedad y que supone una extraordinaria responsabilidad.

Sin embargo, nos interesa dejar claro que la intención principal al elaborar este documento, resultado de nuestra investigación, no es dar respuestas concluyentes, sino proporcionar elementos que sirvan al debate que consideramos necesario en nuestro país. Por eso quedan preguntas abiertas y controversias señaladas. La investigación sobre el tema tampoco está concluida para nosotros, sencillamente terminamos una etapa de ella y ponemos punto final a un documento sobre el cual podríamos habernos extendido mucho más, puesto que el material sobre la eutanasia es prácticamente inagotable. No sólo por la extensa bibliografía especializada que existe y continúa creciendo día con día (lo mismo la que proviene del campo de la medicina, que de la filosofía, la bioética, o el derecho), sino también por la información que los medios de comunicación brindan, cada vez con mayor frecuencia, sobre situaciones en las que se solicita la muerte médicamente asistida. Y a pesar de todo el material del que ya se dispone, nos pareció importante aproximarnos al tema con la idea de ofrecer un documento cuya lectura ayude al lector a ponerse en contacto con la realidad de esta práctica y le permita conocer los elementos del debate. De esta manera, él mismo podrá incluirse y comprometerse con él.

El debate sobre la eutanasia seguirá suscitando controversias apasionadas, porque pone en juego valores y convicciones personales, sociales, legales, morales y religiosas; porque se refiere a la toma de decisiones sobre la vida y la muerte, realidades de las cuales hablamos poco o en abstracto, cuando sería obligado hablar de ellas de manera clara y concreta; finalmente, porque todo esto despierta emociones y reactiva ideas profundamente arraigadas, algunas de ellas de manera inconsciente. Lo hemos visto a lo largo de esta investigación y hemos tratado de mostrar cómo intervienen todos estos elementos en la polémica que suscitan. Hemos ofrecido algunos ejemplos en que diferentes autores, con posiciones contrarias ante la eutanasia, se refieren al mismo caso de muerte médicamente asistida y de manera sorprendente interpretan los mismos hechos desde perspectivas muy diferentes, viendo distintas motivaciones en las personas

involucradas, con el resultado de que la misma acción es aceptada por unos y condenada por otros.⁴

Es muy frecuente que se den este tipo de discrepancias cuando se habla de la eutanasia, y también que se utilice un lenguaje muy cargado de valoración. Si bien esto puede comprenderse porque las emociones presentes influyen en la elección de las palabras, es importante darse cuenta de que el uso de ciertos términos puede ser un obstáculo cuando se trata de intentar un diálogo entre interlocutores con diferentes puntos de vista. Pensemos, por ejemplo, en la diferencia que hay entre decir “matar” y decir “terminar con una vida”. En ocasiones sucede que una persona se manifiesta en contra de que se mate a un enfermo (posición del todo comprensible) y, al mismo tiempo, considera que ella misma podría llegar a pedir ayuda para que terminen con su vida en el caso de padecer una enfermedad terminal con un sufrimiento intolerable.⁵

Al llegar a este punto comprendemos mejor la complejidad del debate y, por lo mismo, confirmamos cuán importante es que las personas que participen en él adopten una posición responsable. Esto significa advertir en uno mismo la influencia de todos estos aspectos racionales y emocionales, conscientes e inconscientes, que suelen estar presentes al pensar y hablar de la eutanasia, para revisarlos y decidir cuáles mantener y cuáles desechar. La posición ante la muerte médicamente asistida debe ser producto de una reflexión basada en el conocimiento de lo que es esta práctica y en la comprensión de los argumentos en favor y en contra de ella. No se trata de ignorar los sentimientos implicados, mucho menos de traicionar los valores adquiridos, sino de aceptar ambos para asegurarse de que sean juicios personales los que sustentan las posiciones individuales, en lugar de antiguos prejuicios quizá socialmente compartidos.

Haciendo una breve recapitulación de nuestra investigación, presentamos las condiciones que consideramos necesarias para participar en el debate de la eutanasia:

1) Entender qué es y qué no es esta práctica, distinción que se reconoce cuando se comprende que el principio ético en que se sustenta la eutanasia es la autonomía del individuo. Sin este principio ético, la acción con la que se priva de la vida a una persona no puede defenderse ni debe llamarse eutanasia, aunque así se haya hecho en el pasado reciente para justificar homicidios de personas vulnerables.

2) Todos los enfermos merecen los cuidados médicos óptimos para aliviar en todo lo posible los dolores y molestias que padecen, y también para que se atiendan sus necesidades emocionales, sus problemas familiares y sus inquietudes espirituales. Si a pesar de esta atención los enfermos quieren adelantar el momento de su muerte, habrá que aceptar que existen opciones diferentes para vivir y para morir, y habrá que aprender a respetar su voluntad, sobre todo cuando no se comparte.

3) Revisar de qué forma queremos hacer honor al valor sagrado de la vida: defendiéndolo en abstracto o, como propone Dworkin, en la vida de cada individuo en concreto, teniendo en cuenta su opinión personal sobre lo que quiere al final de su vida.

4) Asumir las creencias religiosas personales de manera responsable. Para el caso del catolicismo hemos mostrado las posiciones de teólogos católicos que cuestionan la

prohibición de la eutanasia que hace el Vaticano, y que exigen revisar la interpretación de la palabra revelada para que ésta sea más congruente con la idea de un Dios amoroso que respeta la libertad que dio a los hombres, sin negarla al final de la vida.

5) Conocer la experiencia de otros países que desde hace tiempo buscan soluciones para los problemas médicos que se enfrentan al final de la vida. Incluimos la experiencia de los Países Bajos por ser un país que ha encontrado una solución legal para permitir la muerte médicamente asistida después de reflexionar y debatir por más de 30 años sobre las condiciones óptimas para regular esta práctica. No consideramos que el modelo neerlandés sea exportable a nuestro país, pues tenemos nuestras propias características socioculturales y un sistema de salud muy diferente del de los Países Bajos. Pero pensamos que puede aprenderse mucho del proceso seguido en esa nación, cuyo gobierno se ha preocupado por tener un conocimiento muy aproximado tanto de la frecuencia y las condiciones en que se lleva a cabo la eutanasia, como de los problemas concretos que viven los médicos, los pacientes y los familiares.

6) Comprender y reflexionar sobre los elementos y las preguntas que subyacen a la polémica de la eutanasia, así como conocer y analizar los argumentos más importantes al considerar la moralidad de la eutanasia y la conveniencia de legalizarla.

Finalmente, debemos insistir en la importancia de no perder de vista que el problema de la eutanasia es un problema que nos atañe en lo personal a todos, porque cada uno de nosotros podría llegar a encontrarse en una situación en la que tendría que considerar la opción de la terminación anticipada de la vida, ya sea para un ser querido o para uno mismo. A lo largo de este documento hemos incluido diversos casos de enfermos que han solicitado para ellos la muerte asistida o la suspensión de tratamientos, y otros en los que han sido los familiares quienes lo han pedido para enfermos que no podían hacerlo por sí mismos. Algunos de estos casos ya forman parte de las publicaciones especializadas sobre el tema, pero otros los hemos tomado de las noticias actuales que ilustran situaciones que se están dando en todo el mundo y se seguirán dando cada vez más. Con todo, la mayoría de los casos existentes de eutanasia permanecerá oculta, no sólo para preservar la intimidad que se desea en momentos tan críticos como los que rodean la muerte, sino para evitar posibles y lamentables consecuencias legales.

Encontrar soluciones a los problemas que se enfrentan al final de la vida de ninguna manera significa pensar en la eutanasia como única solución. Todo lo contrario: la eutanasia debe concebirse como una opción posible cuando se hayan agotado todas las otras posibilidades, primero de curación y después de alivio. En este sentido es esencial promover el desarrollo de los cuidados paliativos para mejorar la atención de los pacientes al final de la vida, y es indispensable admitir como médicos, como familiares y como pacientes, que la muerte es parte de la vida. Únicamente así, a pesar de todo lo angustiante y dolorosa que pueda parecernos, podremos hacer algo para vivir mejor el tiempo que la precede y la sucede. Marcará una gran diferencia el hecho de que la persona que va a morir pueda estar eligiendo mientras le queda tiempo de vida: sobre el tipo de tratamiento que quiere recibir (si es que desea algún tratamiento), sobre los

pendientes que quiere resolver, sobre la compañía de la que quiere rodearse, quizás, incluso, sobre la forma en la que quiere morir. Todas estas decisiones implican compartir con otros la situación de aproximar el fin: hablar de lo que se quiere, quizás de lo que se teme, y, al final de cuentas, representan la posibilidad de despedirse y encontrar cierto consuelo, tanto quien muere, como quien lo sobrevive.

La reflexión sobre la eutanasia forma parte de un debate mucho más amplio sobre la vida y la muerte, en el cual el punto principal es promover y defender que las personas puedan mantener una posición libre y responsable a lo largo de la vida, incluyendo el final de ésta. Algunas, al llegar a esta etapa, pedirán que se les ayude a adelantar su muerte, pero serán una minoría, porque la gente no elige morir a menos que tenga razones de mucho peso para hacerlo (como se ha visto que sucede en los países en donde esta opción es legal). La mayoría de las personas elegirán seguir viviendo y su muerte no será consecuencia de la eutanasia, y la cuestión es que para estas personas también debe tratarse de una elección. Por esto, nos parece insostenible la posición de quienes afirman que no querrían la eutanasia para sí mismas, pero tampoco la admiten para otros que tienen sus propios motivos para pedirla. Parecería que no quieren que exista la posibilidad de elegir, ni para pedir la eutanasia, ni para no pedirla. Como si prefirieran que la decisión estuviera tomada de antemano mediante la prohibición, sea por la ley, la religión o las costumbres.

Sin embargo, para nosotros el punto central es la autodeterminación. Que las personas puedan elegir y la sociedad no tenga miedo a esta opción, porque creemos que la libertad es un principio universal básico que debemos defender. El conocimiento es una condición para ejercer la libertad porque sólo se puede decidir sobre lo que se conoce. Para tener un conocimiento fundamentado sobre la eutanasia, debe abordarse el tema con una actitud sincera y crítica, lo cual incluye cuestionar y superar opiniones dogmáticas y sesgadas.

Al momento de concluir esta experiencia de investigación podemos decir que ha sido muy enriquecedor el trabajo, por lo que hemos aprendido y reflexionado en torno a esta práctica tan polémica. Estaremos muy satisfechos si este libro despierta en otros un interés similar.

¹ R. Smith, “Death, come closer”, *BMJ*, vol. 327 (2003).

² A. Camus, *El mito de Sísifo*, Madrid, Alianza Editorial, 1981, p. 15. Citamos a este filósofo en el capítulo anterior, en la nota 13.

³ J. Rachels, “Euthanasia”, en T. Regan, *Matters of life and death. New introductory essays in moral philosophy*, Nueva York, Random House, 1980, p. 39.

⁴ Lo vimos en el capítulo II, en la comparación de las versiones de Marie de Hennezel y de Pierre Soulier sobre el suicidio asistido en el que participó el doctor Julius Hacketal. En el [capítulo V](#), además de la versión del

doctor Henk Prins sobre las acciones que siguió para terminar con la vida de una bebé que nació con graves discapacidades, incluimos la que da Wesley J. Smith sobre ese mismo caso.

⁵ Tomamos este ejemplo de una clase con un grupo de estudiantes de medicina en la que se trató el tema de la eutanasia y uno de ellos expuso así su posición, en dos momentos diferentes del debate.

ANEXOS

1. MODELO DE VOLUNTAD ANTICIPADA (ANTES TESTAMENTO VITAL)

Yo, _____, en plenitud de mis facultades, libremente y tras prolongada reflexión, declaro:

Que si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico, a consecuencia de mi deterioro físico o mental, por encontrarme en uno de los estados enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, mi voluntad inequívoca es la siguiente:

1) Que no se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de apoyo vital, líquidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.

2) Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de líquidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi vida.

3) Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos (es decir, con el sufrimiento y el dolor) expresados en el punto 2 de este documento.¹

4) Los estados clínicos a los que hago mención más arriba son:

- Daño cerebral severo e irreversible.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad, y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.

- Demencias preseniles, seniles o similares.

- Enfermedades o situaciones de gravedad comparables a las anteriores.

- Otras (especifique si lo desea).

5) Designo como mi representante para que vigile el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin, a _____.

6) Manifiesto, asimismo, que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal que pueda derivarse por llevar a cabo los términos de esta

declaración.

7) Me reservo el derecho a revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Lugar _____ Fecha _____

Firma _____

Testigos

Fecha _____ Nombre _____

Firma _____

Fecha _____ Nombre _____

Firma _____

Representante titular

Fecha _____ Nombre _____

Firma _____

Representante sustituto

Fecha _____ Nombre _____

Firma _____

FUENTE: Modelo de documento propuesto como “Manifestación de voluntad sobre el final de mi propia vida”, por la Asociación por el Derecho a Morir Dignamente de España, incluido en P. Rodríguez, *Morir es nada*, Barcelona, Ediciones B, 2002, pp. 182-184. El Colegio de Bioética, A.C., ofrece un modelo de voluntad anticipada (colegiodebioetica.org.mx).

2. DECLARACIÓN DE PEDIDO DE EUTANASIA²

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____

Después de pensarlo cuidadosamente, por voluntad propia y en completa posesión de mis facultades, declaro lo siguiente:

1) En caso de que yo, como consecuencia de una enfermedad, accidente o cualquier otra causa, me encuentre en un estado físico o mental del cual no se considere posible una recuperación a un estado razonablemente aceptable y digno, entonces pido:

a) Que no se me apliquen medidas o técnicas con la intención de mantener o prolongar los procesos físicos de vida;

b) que no se me apliquen medidas o técnicas con la intención de mantener o revivir un estado consciente en mí;

c) que se me aplique la eutanasia.

2) En caso de encontrarme en el estado descrito en el punto 1, pero completamente consciente, el médico responsable debe pedirme la confirmación de esta declaración; en caso de encontrarme mentalmente incapacitado para participar en tal consulta, esta declaración debe ser considerada como mi voluntad expresa.

Lugar _____ Fecha _____

FUENTE: R. Pool, *Negotiating a good death. Euthanasia in the Netherlands*, Nueva York, The Haworth Press, 2000, p. 239.

3. EL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE EUTANASIA EN LOS PAÍSES BAJOS

El médico tiene que notificar todo caso de muerte no natural al forense municipal. En caso de que se practique la eutanasia o ayuda al suicidio, el médico redactará un informe. El forense, en su propio informe, hará constar que la muerte del paciente se ha producido de forma no natural. Enviará este informe al fiscal, quien dará permiso para el entierro.

El informe del médico y del forense se entregarán a la comisión regional de verificación. La comisión también habrá de recibir el informe del médico independiente que fue consultado y, en su caso, la declaración de voluntad escrita del paciente fallecido.

La comisión verificará que el médico haya actuado con la debida diligencia. Si la comisión considera que así ha sido, el médico queda exento de responsabilidad penal.

Si la comisión considera que el médico no ha obrado con la debida diligencia, comunicará su opinión al ministerio fiscal y al inspector regional de Sanidad. Tanto el fiscal como el inspector regional examinarán si se han de tomar medidas y determinarán, en su caso, cuáles deberán ser adoptadas respecto al médico.

4. MODELO DE NOTIFICACIÓN DE EUTANASIA EN LOS PAÍSES BAJOS

(Se pide al médico que conteste a las preguntas formuladas y se le indica que puede ofrecer información suplementaria por medio de anexos.)

Datos del médico

Apellido: _____

Iniciales: _____

Sexo: H / M

Profesión: médico familiar / médico de casa de convalecencia / especialista (nombre de la especialidad) / en su caso, nombre de la institución

Dirección del trabajo: _____

Código postal / Ciudad: _____

Datos del fallecido

Apellido: _____

Iniciales: _____

Sexo: H / M

Fecha de fallecimiento: _____

Lugar de fallecimiento (municipio): _____

I. Historia de la enfermedad

- 1) ¿Qué enfermedad(es) padecía el paciente y desde cuándo?
- 2) ¿Qué terapias médicas se probaron?
- 3) ¿Era todavía posible la curación del paciente?
- 4) ¿En qué consistía el padecimiento del paciente?
- 5a) ¿Todavía existían posibilidades de aliviar el padecimiento del paciente?

- 5b) En caso afirmativo, ¿cuál era la actitud del paciente respecto a esas opciones?
- 6) ¿Dentro de qué plazo se calcula que podía esperarse el fallecimiento de no haberse procedido a la terminación de la vida a petición del paciente?

II. Petición de terminación de la vida o de auxilio al suicidio

- 7a) ¿Cuándo solicitó el paciente la terminación de la vida o el auxilio al suicidio?
- 7b) ¿Cuándo reiteró el paciente esta petición?
- 8) ¿En presencia de quién expresó el paciente esta petición?
- 9a) ¿Existe una declaración de voluntad por escrito?
- 9b) En caso afirmativo, ¿de qué fecha? (adjunte esta declaración al informe).
- 9c) En caso de respuesta negativa, ¿cuál es la razón?
- 10) ¿Existen indicaciones de que la petición del paciente fue expresada bajo presión o influencia de otras personas?
- 11) ¿Existía alguna razón para dudar de que el paciente, en el momento de expresar su petición, tenía plena conciencia del alcance de su petición y de su situación física?
- 12a) ¿Se ha consultado acerca de la terminación de la vida con el personal de enfermería o con el personal sanitario al cuidado del paciente?
- 12b) En caso afirmativo, ¿con quién y cuáles fueron sus opiniones?
- 12c) En caso negativo, ¿por qué no?
- 13a) ¿Se ha consultado acerca de la terminación de la vida con los familiares del paciente?
- 13b) En caso afirmativo, ¿con quién y cuáles fueron sus opiniones?
- 13c) En caso negativo, ¿por qué no?

III. Consulta

- 14) ¿A qué médico se ha consultado?
- 15a) ¿Cuál era su profesión? (médico familiar / especialista / psiquiatra / otros, a saber)
- 15b) ¿Este (estos) médico(s) también trataba(n) al paciente?
- 15c) ¿Cuál es la relación con usted?
- 16a) ¿Cuándo vio (vieron) el (los) médico(s) consultado(s) al paciente?
- 16b) En el caso de que el (los) médico(s) consultado(s) no haya(n) visto al paciente, ¿por qué no?
- 17) Debe adjuntar el informe escrito del (de los) médico(s) consultado(s) relativo a su opinión acerca del padecimiento insoportable del paciente y la ausencia de esperanza de mejoría, así como sobre el hecho de que la petición del paciente haya sido expresa y bien meditada. En el caso de que el (los) médico(s) consultado(s) no haya(n) consignado su opinión por escrito, ¿cuál era su opinión acerca de los aspectos anteriormente mencionados?

*IV. Realización de la terminación de la vida
a petición del paciente o del auxilio asistido*

- 18a) ¿Se trataba de terminación de la vida a petición del paciente o de auxilio al suicidio?
18b) ¿Quién se encargó de hecho de llevar a cabo la terminación de la vida del paciente?
19) ¿Con qué medios o en qué forma tuvo lugar la terminación de la vida?
20) ¿Recabó información acerca del método a aplicar y, en su caso, de quién?
21) ¿Qué personas, aparte de usted, estaban presentes en el momento de la terminación de la vida?

V. Comentarios

- 22) ¿Existen otros aspectos de los cuales quiera informar a la comisión de comprobación y que no haya podido incluir en las respuestas de las preguntas precedentes?

Lugar _____ Fecha _____

Firma _____

FUENTE: www.bioeticanet.info/eutanasia/LleiEuHol.pdf

5. FRECUENCIA DE EUTANASIAS Y OTRAS DECISIONES MÉDICAS AL FINAL DE LA VIDA EN LOS PAÍSES BAJOS

CUADRO 1. *Eutanasia y otras decisiones médicas al final
de la vida en los Países Bajos.**

	1990		1995	
Número total de muertes	128 000	100%	135 500	100%
Sin decisión médica	79 800	62	78 600	58
Con decisión médica	49 000	38	56 900	42
Muerte médicamente asistida	3 700	2.9	4 500	3.4
Eutanasia	2 300	1.8	3 200	2.4
Suicidio médicamente asistido	400	0.3	400	0.3
Terminación de la vida sin solicitud expresa	1 000	0.8	900	0.7
Muerte como resultado indirecto de alivio al dolor u otros síntomas	22 500	17.5	25 100	18.5
Suspensión o decisión de no dar tratamiento para prolongar la vida	22 500	17.5	27 100	20.0

FUENTE: G. van der Wal y P. J. van der Maas, "Empirical research on euthanasia and other medical end-of-life decisions and the euthanasia notification procedure", en D. Thomasma *et al.*, *Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998, p. 171.

* Está copiada textualmente; faltan 300 casos para el año de 1990 y 200 para 1995.

CUADRO 2. *Eutanasia y otras decisiones médicas al final de la vida en los Países Bajos.*

	1990	1995	2000
Eutanasia*	1.8%	2.4%	2.5%
Suicidio médicamente asistido**	400	400	300
Terminación de la vida sin solicitud expresa**	1 000	900	900

FUENTE: T. Sheldon, "Only half of Dutch doctors report euthanasia, report says", *BMJ*, núm. 326 (2003) p. 1164.

* Porcentaje del total de muertes.

** Número de casos.

6. RELACIÓN DE CASOS INCLUIDOS

Janet Adkins	p. 35 y sigs., 90 y sigs.
El paciente de Julius Hacketal	p. 48 y sigs.
Henrie Caivallet	p. 54 y sigs.
La señorita B	p. 76 y sigs.
Diane Pretty	p. 79 (nota al pie)
Lilian Boyes	p. 81
Nancy Cruzan	p. 84 y sigs.
Anthony Bland	p. 85 y sigs.
Karen Ann Quinlan	p. 87 (nota al pie), 116 y sigs.
Helga Wanglie	p. 88
Terry Schiavo	p. 89 (nota al pie)
Thomas Youk	p. 91 (nota al pie)
Margo	p. 92
Gilbert y Edith Brunet	p. 133 (nota al pie)
Madre de la doctora Postma	p. 145 y sigs.
El caso Alkmaar	p. 147 y sigs.
El caso Chabot	p. 155 y sigs.
La bebé Rianne	p. 166 y sigs.
Vincent Humbert	p. 181 (nota al pie)
Reginald Crew	p. 184
Bryan	p. 211
David	p. 232 y sigs.
Tina	p. 234 y sig.
Masha	p. 235 y sig.
Colleen	p. 236 y sigs.
Estela	p. 238 y sigs.

¹ La voluntad anticipada tiene limitaciones para su aplicación en función de las leyes vigentes de los países. El punto 3 puede representar un problema en los países —la mayoría— en que la eutanasia no es permitida. Por otra parte, puede agregarse un inciso para expresar la voluntad de donar órganos. Por ejemplo: “Si mis órganos son de utilidad para ser transplantados, quiero donarlos a quien le sean útiles, de acuerdo con las reglas establecidas por las autoridades responsables, dando preferencia, como receptor, a algún familiar o persona cercana que se

beneficie (y acepte) recibir alguno o algunos de mis órganos en el momento de mi fallecimiento. Deseo que se sigan mecanismos sencillos que faciliten el procedimiento, tanto para mis familiares como para el receptor”.

² En los Países Bajos el documento de voluntad anticipada puede incluir la eutanasia y se reconoce como un pedido legítimo.

EPÍLOGO A LA EDICIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

En el prólogo a esta edición en versión electrónica comenté que la experiencia de investigación que me llevó a publicar *Práctica y ética de la eutanasia* en 2005 no concluyó cuando terminé mi tesis de doctorado. Desde entonces, he seguido reflexionando, discutiendo y publicando sobre la muerte asistida (eutanasia y suicidio asistido) y otras decisiones con las cuales se relaciona. Y desde entonces ha seguido creciendo la bibliografía especializada sobre el tema, así como la información en los medios que da cuenta ya sea de debates que se reactivan en diferentes países cuando se presentan iniciativas de ley que promueven la despenalización de la muerte asistida, ya de casos llevados a juicio para decidir si se concede una solicitud de eutanasia o suicidio asistido, o si se condena a una persona por haber ayudado a un familiar o a un amigo a morir (casos que llevan a revisar las leyes existentes en esos países). Esta información podría haber sido añadida en el libro para actualizarlo, pero, como dije en el prólogo, preferí dejarlo como estaba y limitarme a corregir algunos errores, mejorar algunos problemas de redacción o hacer algunas precisiones (por ejemplo, en el anexo 1 llamo “voluntad anticipada” a lo que antes llamaba “testamento vital” y cambié la fuente en los anexos 3 y 4, porque la anterior [www.minbuza.nl] ya no es vigente). Por otra parte, decidí incluir en este epílogo las actualizaciones sobre la práctica y ética de la eutanasia y del suicidio asistido que me parecen más relevantes para comprender la discusión actual, tanto en los lugares en que ya se permiten como en los en que se discute su legalización. Buscando organizar la nueva información, la identifiqué con los capítulos del libro con los que más se relaciona.

En el [capítulo I](#), dedicado a conceptos, definiciones y clasificaciones para entender qué es y qué no es la eutanasia, mantengo la misma definición: es *el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste*. Sin embargo, ahora quiero insistir en la conveniencia de llamar eutanasia sólo a la acción que es voluntaria, activa y directa, y llamar de manera más específica a otras decisiones que se han clasificado como formas de eutanasia. En lugar de hablar de *eutanasia no-voluntaria* cuando se termina la vida de un paciente por considerar que será en su beneficio, pero éste no ha solicitado ayuda para morir (porque no puede hacerlo), es mejor hablar de *terminación de la vida sin solicitud expresa* (o un término equivalente). Si se termina la vida de un enfermo sin tomar en cuenta la voluntad que sí podría expresar o, si conociendo su voluntad, se actúa en contra de ella, hay que desechar el término de eutanasia involuntaria y llamar a esa acción homicidio o asesinato.

Por otro lado, es preferible abandonar el término de *eutanasia pasiva* para referirse a una decisión que implica no dar o retirar un tratamiento con la consecuencia de que el paciente muera. Esta decisión recae en el médico cuando es éste quien considera que no se justifica un tratamiento que no va a servir al enfermo; si se trata de soporte de vida artificial, se llama a esta decisión *limitación del esfuerzo terapéutico*. Pero puede suceder que el médico recomiende al paciente una intervención que considera que lo beneficiará y éste la rechace, aun sabiendo que entonces va a morir. Esta decisión, que es un rechazo del tratamiento por parte del paciente, antes se llamaba eutanasia pasiva, en tanto se realiza en respuesta al pedido del paciente. El reconocimiento de que no puede imponerse ninguna terapia a un paciente se ha extendido en muchos países, aun cuando esto no significa que no haya pacientes que viven en contra de su voluntad por recibir tratamientos que no quieren. Es interesante reflexionar sobre el hecho de que un paciente puede rechazar una terapia (con la consecuencia de morir) para evitar el sufrimiento adicional que ésta le acarrearía, pero puede ser que la rechace porque quiere poner fin a su vida y, en ese sentido, en los países en donde no es legal la eutanasia (activa), ese paciente tiene suerte de que exista un tratamiento que se le puede dejar de dar. En esa situación, el médico sabe que la consecuencia será la muerte del paciente, de manera que no queda claro por qué la mayoría de los países establecen una diferencia en términos éticos para considerar aceptable esa decisión y no la que implica ayudar a un paciente que desea morir por el sufrimiento que padece, pero que no tiene tratamientos que retirarle y sólo puede morir si recibe de su médico medicamentos que causen su muerte.

Afortunadamente, ha caído en desuso el término de eutanasia indirecta para referirse a la muerte que se produce como consecuencia del uso de medicamentos en los cuidados paliativos para aliviar el dolor u otros síntomas. Dentro de estos cuidados, en los últimos años ha ganado importancia el uso de la sedación (paliativa) a pacientes en fase terminal. Esta intervención puede ser leve o profunda, intermitente o continua, e ir o no acompañada de la suspensión de hidratación. Cuando se trata de una sedación profunda y continua, en la que se suspende la hidratación al paciente, es más correcto hablar de sedación terminal. Esta intervención tiene indicaciones precisas: no hay otra forma de aliviar el sufrimiento del paciente, y su expectativa de vida se calcula menor a una o dos semanas. Esta intervención se considera una práctica médica permitida que se distingue de la eutanasia, prohibida en la mayoría de los países. En los pocos países en que la eutanasia se permite, esta acción debe reportarse para que un comité revise si el médico siguió los criterios establecidos por la ley, lo cual no sucede con la sedación terminal.

Con relación al término “suicidio médicamente asistido”, vale la pena comentar que en los Estados Unidos, en que algunos estados permiten esta acción, se prefiere hablar de “ayuda para morir” (*aid in dying*). De esta forma, se evita el uso del término “suicidio”, que suele asociarse, de manera peyorativa, a la muerte que se causa a sí misma una persona, no como resultado de una decisión racional, sino por el efecto de una perturbación mental. Es también la posición de asociaciones como Compassion and Choices que en ese país buscan extender el derecho de recibir ayuda para morir a todos los pacientes que así lo deseen.

Relacionado con el [capítulo II](#), en que se analiza la posición de Marie de Hennezel en contra de la eutanasia y en favor de los cuidados paliativos, es conveniente revisar un argumento que suele presentarse en contra de la conveniencia de legalizar la muerte médicamente asistida (eutanasia o suicidio asistido). Se ha afirmado que, de contar los médicos con la opción de ayudar a sus pacientes a morir, perderían el interés de proporcionarles cuidados paliativos y se desincentivaría el desarrollo de este tratamiento. Es cierto que en los Países Bajos la discusión que llevó a la despenalización de la eutanasia en 1984 se favoreció en un contexto en que los cuidados paliativos estaban insuficientemente desarrollados, pero actualmente lo están, y un requisito importante para que un médico aplique la eutanasia es que no existan otras alternativas de alivio al sufrimiento del paciente, lo cual incluye considerar todos los tratamientos paliativos disponibles (que el paciente debe aprobar, pues podría rechazar una intervención, por ejemplo, si ésta le obligara a vivir inconsciente sus últimos días). Por otro lado, las investigaciones realizadas en los lugares en que alguna forma de muerte médicamente asistida se permite demuestran que los cuidados paliativos han mejorado notablemente. Oregón se caracteriza por ser el estado de su país que mejor atención proporciona a los pacientes en el final de su vida. En Bélgica, los cuidados paliativos se empezaron a desarrollar a principios de los ochenta, al mismo tiempo en que se empezó a discutir la legalización de la eutanasia, y ambas opciones siempre se han visto como complementarias. También se ha argumentado que antes de permitir la muerte médicamente asistida en un lugar, debería asegurarse el acceso de todos los pacientes a los cuidados paliativos adecuados. Sin duda, debe trabajarse para que llegue un momento en que cualquier paciente pueda recibir la mejor atención paliativa, pero parece cruel argumentar a alguien que quiere morir para terminar con el sufrimiento que padece que mientras no se alcance la meta establecida para los cuidados paliativos, tampoco se le puede ayudar a morir.

Vale la pena agregar algo más en la línea de la argumentación de De Hennezel, quien, aun cuando reconoce que existen algunas solicitudes legítimas de eutanasia, considera que eso no es una razón suficiente para permitirla (y si un médico decide ayudar a morir a su paciente debe asumir la responsabilidad por infringir la ley). De acuerdo con esta autora, el médico también podría ayudar al paciente durmiendo su conciencia y ésta sería una intervención éticamente aceptable que corresponde a la sedación terminal, pero se prefiere llamar paliativa para evitar la asociación con una acción que termina una vida. Sin embargo, no puede dejar de haber esta asociación, porque se trata de una acción que justamente se da en el final de la vida de los pacientes. Es muy positivo que se permita esta intervención que busca aliviar a pacientes que padecen un sufrimiento extremo y, de hecho, sería poco ético no hacer nada por aliviar su aflicción cuando existen medios para hacerlo. Si bien en muchos casos la distinción entre sedación terminal y eutanasia es muy clara, en otros no; por ejemplo, si se aplica en un caso en que el paciente pide que lo ayuden a terminar con su vida, pero la eutanasia es ilegal. Por otra parte, con la sedación terminal se prevé que después de la intervención seguirá la muerte del paciente, ¿por qué sólo sería legítima la opción que no busca intencionadamente la muerte, si esto es

precisamente lo que quieren algunos pacientes?, ¿por qué se consideraría legítimo anular la conciencia de la persona y causar su muerte personal o social, pero no la muerte completa que algunos pacientes desean? Finalmente, se ha advertido, con razón, que la preocupación que suscita el que se pueda abusar de la eutanasia es igual en la sedación terminal, sobre todo si se considera su uso sin discutirla con pacientes que sí estarían en condiciones de recibirla (algunos no lo están porque se encuentran mentalmente incapacitados para hacerlo) o que, cuando lo estuvieron, se dejó pasar la oportunidad de discutir con ellos esta opción.

En el contexto de la atención paliativa, una opción legal con la que cuentan los pacientes que desean poner fin a su vida, pero no quieren o no pueden optar por la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, es dejar de alimentarse e hidratarse (en inglés esta decisión se le llama VSED, *voluntarily stopping eating and drinking*). Aunque apenas está mencionada en el libro (nota 39 del [capítulo VI](#)), ésta es una alternativa de la que se habla cada vez más abiertamente en otros países, explicando a los pacientes y familiares qué implica, qué deben esperar con ella y qué apoyo paliativo se les puede ofrecer para aliviar los síntomas que surjan.

Relacionado con el [capítulo III](#), en que se comentan las dificultades que se enfrentan al decidir sobre el final de la vida de otras personas, me parece relevante ahondar en el caso de los pacientes inconscientes y los pacientes adultos conscientes, pero incompetentes. Sin embargo, antes hay que subrayar que, si algo puede desprenderse del análisis de estos casos, es que son más complicadas las situaciones en que hay que decidir por otros que no pueden expresar su voluntad que aquéllas en que los pacientes están conscientes y competentes y pueden decir con toda claridad qué quieren en relación con su vida. No debería, pues, ser tan difícil permitir la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.

En el caso de los pacientes inconscientes (que no van a recuperar la conciencia) están los pacientes en estado vegetativo persistente (EVP) ejemplificados en el [capítulo III](#) con casos que ya son paradigmáticos en la literatura bioética: Nancy Cruzan y Anthony Bland. El caso de Terry Schiavo también se menciona; aun cuando no se había resuelto, mostraba los problemas que se enfrentan cuando es necesario decidir por un paciente inconsciente que no dejó un documento de voluntad anticipada y sus familiares interpretan de manera distinta qué hubiera querido la persona. Uno pensaría que en la situación de tener un familiar con un diagnóstico de EVP, puesto que se sabe que ya no va a recobrar nunca la conciencia ni la vida personal, es preferible suspender los tratamientos que mantienen una vida que es puramente biológica. Sin embargo, muchas personas, basadas en creencias religiosas, en deseos o en la combinación de ambos, piden que se mantengan los tratamientos.

En nuestro país no hay un conocimiento claro de lo que sucede en estas situaciones, porque no hay una claridad legal necesaria para discutir abiertamente el retiro de los tratamientos, si bien se han dado algunos cambios legales que significan un avance en este sentido. Además, pesa mucho la opinión de la Iglesia católica, que establece una diferencia entre lo que es un tratamiento médico y un cuidado básico. Según ella, la

respiración artificial puede retirarse porque cae dentro de la primera categoría, pero no la alimentación e hidratación artificiales, que caen dentro de la segunda. La Iglesia espera que esta distinción se siga en todos los lugares en que exista personal católico, con lo cual, muchas personas no católicas también ven limitada su voluntad por esta razón. En los Estados Unidos se dan situaciones en que los médicos y familiares están de acuerdo en retirar todo apoyo de vida artificial, pero no pueden hacerlo porque se encuentran en una institución católica. En otros casos, los médicos consideran que la práctica médica adecuada es retirar el apoyo de vida artificial a un paciente inconsciente (incluyendo la alimentación e hidratación), pero los familiares se oponen basados en sus creencias religiosas (el caso también de judíos o musulmanes ortodoxos). Y estas situaciones se complican aún más cuando el paciente cae en un estado mínimo de consciencia que implica un grado de percepción. Si bien esto no significa que sea un estado en que un paciente quisiera vivir (aunque podría ser que sí), es fácil que los familiares tengan la impresión de que es un paso previo a la recuperación total de la conciencia. Cada vez son más frecuentes los juicios en países como el Reino Unido, Canadá y los Estados Unidos para resolver controversias entre médicos o instituciones hospitalarias, que consideran que deben abstenerse de dar un tratamiento que no beneficia a un paciente, y los familiares, que piden que se dé. Y como las decisiones de los familiares también se basan en sus deseos, es frecuente que se olvide cuál es la verdadera función de la medicina y cuáles son sus alcances reales. En muchas ocasiones, la dificultad de la sociedad para aceptar la muerte se complementa con una exigencia a la medicina de aplicar todo para postergarla. Quizá no se cree realmente que la medicina pueda evitar la muerte, pero se actúa como si se creyera y se confunde lo que se desea con lo que es posible, de modo que se espera que se hagan cosas que no se justifican ni médica ni racionalmente. No sólo no puede esperarse algún beneficio de las acciones médicas, sino que no se justifica el enorme gasto que representan en una sociedad en que los recursos para la atención son escasos.

En cuanto a las decisiones con pacientes conscientes, pero incompetentes, el caso de los pacientes con demencia avanzada cuando existe un pedido de eutanasia es especialmente complejo. Hay que tener en cuenta que cada vez existe más conciencia en la sociedad de que en la medida en que la expectativa de vida avanza, es mayor la probabilidad de padecer demencia, y puesto que no existen tratamientos para ella, la eutanasia puede verse como una solución. En los Países Bajos se ha discutido ampliamente el problema que implica para los médicos atender enfermos en un estado avanzado de demencia que pidieron por adelantado que se les aplicara la eutanasia para no vivir con el deterioro que causaría su enfermedad. De hecho, en este país la ley permite que una persona solicite por anticipado la eutanasia, pero en la práctica los médicos no están dispuestos a aplicarla porque un paciente con demencia severa no guarda ninguna relación con la persona que pidió no vivir así, y no tiene la menor idea de que alguien esté considerando su muerte. No deja de ser problemático, porque la persona que consideró importante expresar por anticipado su voluntad lo hizo para tener la tranquilidad de que no la dejarían vivir en la situación de deterioro que temía. Los

médicos, en cambio, sí están dispuestos a aplicar la eutanasia (actuando de acuerdo con la ley) cuando el paciente se encuentra en la primera etapa de la enfermedad, entiende lo que implica que ésta avance, y puede expresar de manera clara y consistente su deseo de que se le ayude a terminar con su vida. El médico puede comprobar los otros requisitos que se deben cumplir: que su sufrimiento es intolerable (en este caso emocional por saber que avanza hacia su desintegración como persona) y que no existen alternativas para aliviarlo. También en Bélgica se ha aplicado la eutanasia a pacientes en esta situación; en marzo de 2008 murió así el escritor Hugo Claus.

Al considerar las condiciones bajo las cuales debe permitirse la eutanasia en México, es importante tomar en cuenta la experiencia de estos países, porque en ellos se ha visto que hay soluciones que en teoría suenan bien, pero en la práctica no funcionan. Para el caso de los pacientes con demencia, el problema principal a considerar es si se pueden dejar en manos de otros las decisiones sobre la propia muerte. Si alguien está tan seguro de no querer vivir completamente demente, ¿por qué no pide la eutanasia cuando todavía puede asumir la responsabilidad de la decisión? El problema es que dejará de vivir un tiempo de vida que todavía podría disfrutar y ésta es la dramática confrontación que vemos en el documental *Terry Pratchett: Choosing to Die*, producido y dirigido por Charlie Russell en 2011 (www.youtube.com/watch?v=slZnfC-VISY). En él, el escritor sir Terence David John, Terry Pratchett, a quien se le ha diagnosticado la enfermedad de Alzheimer, hace su propia investigación para conocer de primera mano lo que significa recibir ayuda para suicidarse. Viaja a Bélgica para hablar con la viuda del escritor Hugo Claus y se entrevista en el reino Unido con dos personas que han decidido viajar a la clínica Dignitas de Suiza para obtener el suicidio asistido. De hecho, viaja a Suiza y está presente el día que una de estas personas, Peter Smedley, decide morir. Ahí, el escritor tiene la oportunidad de hablar con la doctora que se encargó de evaluar la condición física y mental del paciente antes de proporcionar los medicamentos que causarían su muerte. El escritor escucha lo que temía: la doctora le dice que no hay forma de que un médico ayude a morir a alguien una vez que la persona no puede pedirlo directamente, habría que inyectarlo sin que supiera; “yo, al menos, no lo haría”.

En el [capítulo IV](#), dedicado a revisar las posiciones del catolicismo, planteo que la jerarquía de la Iglesia católica ha sido un gran obstáculo siempre que surge una iniciativa para legalizar la muerte asistida. El ejemplo más reciente fue su participación en noviembre de 2012 en Massachusetts, en donde contribuyó de manera importante a evitar que se ganara la votación que permitiría el suicidio médicamente asistido. En nuestro país, la influencia de la Iglesia en este tema ha sido más sutil. Un ejemplo puede verse en el hecho de que un término utilizado en la literatura bioética católica para oponerse a la eutanasia, el de *ortotanasia*, quedó incluido en nuestras leyes. El lema que se repite es “ortotanasia sí, eutanasia no”, y desde luego que la Iglesia católica está en todo su derecho de repetir esta consigna para sus fieles, pero los legisladores católicos no tienen por qué introducir un término con esa carga ideológica en las leyes de un país laico. Y conviene aclarar que es fácil estar de acuerdo con el concepto de ortotanasia (etimológicamente muerte correcta) que describe una muerte que ni se adelanta ni se

pospone, y en la que el paciente recibe atención para aliviar su sufrimiento. El punto es que no es necesario utilizar otro término (y menos importarlo de la literatura católica) cuando ya existe uno, internacionalmente aceptado, para referirse a ese tipo de atención: cuidados paliativos.

En relación con el [capítulo V](#), dedicado a revisar la experiencia de los Países Bajos, me interesa comentar uno de los principales temas del debate actual en ese país, además del de la eutanasia en los pacientes con demencia. Es el de las personas de edad avanzada que están “cansadas de vivir” o que consideran que han “completado su vida” y quieren que se les ayude a morir, pero no padecen una enfermedad grave que esté causando un sufrimiento intolerable, por lo cual no cumplen los criterios legales que permiten a un médico ayudarlas a morir. El interés de personas en edad avanzada por contar con medios eficaces para suicidarse de manera segura y sin violencia también se ha manifestado en otros países. En el Reino Unido, en 2009 se fundó la Society for Old Age Rational Suicide, SOARS (Sociedad para el Suicidio Racional para Personas de Edad Avanzada). Aun cuando en este país la muerte médicamente asistida no está permitida en ningún caso, esta sociedad busca cambiar la ley para que las personas muy mayores puedan recibir ayuda para morir si están mentalmente competentes y quieren terminar con el sufrimiento causado por diferentes problemas de salud, aunque no tengan una enfermedad terminal. Resulta lógico suponer que esta ayuda será más fácil de obtener en los Países Bajos en donde la muerte médicamente asistida sí está permitida bajo ciertos criterios y se ha mantenido un cuidadoso análisis de lo que sucede en la práctica para revisar los límites de lo establecido legalmente. La experiencia demostró que la idea de que las personas pudieran pedir por anticipado la eutanasia para que se les aplicara en un estado avanzado de demencia, aunque en teoría parecía adecuada, no funcionó en la práctica. Para el caso de las personas de edad avanzada, la revisión va en sentido inverso: ver si los límites actuales bajo los cuales se permite la muerte médicamente asistida pueden extenderse. De hecho ya se han extendido desde que se despenalizó la eutanasia en 1984. La principal causa por la que los pacientes la solicitaban era por padecer un sufrimiento físico, pero luego se reconoció que también podía ser psicológico o emocional, siempre y cuando estuviera causado por una enfermedad o condición médica. Después de todo, ésta es la razón de que sean médicos los que ayudan a morir a pacientes. Como médicos, mantienen una relación profesional con sus pacientes, son responsables de su atención y tienen la formación para valorar su sufrimiento. Por lo mismo, no queda tan claro que ellos ayuden a personas que desean morir por razones que no provienen de una enfermedad o condición médica. Sin embargo, el caso de los ancianos que prefieren terminar su vida antes de avanzar hacia una condición de deterioro podría llegar a quedar incluido dentro de los límites de la ley que permite la eutanasia, porque muchas de las condiciones que presentan debidas a su vejez pueden ser diagnosticadas médicamente. Si bien todavía no les causan un sufrimiento intolerable, la Real Asociación Médica Neerlandesa (KNMG) considera que en la medida en que la gente envejece sufre una serie de problemas físicos que se van acumulando y empeorando: pérdida de la vista, del oído, fatiga, dificultad para caminar, incontinencia,

entre muchos otros. Además de otro tipo de pérdidas: de habilidades, de actividades placenteras, de recursos financieros, de la pareja o de los amigos que fallecen, por mencionar algunas. Todos éstos son factores que, al sumarse, pueden causar un sufrimiento intolerable.

Una información que también me parece importante actualizar es la que se refiere a la frecuencia de eutanasias y otras decisiones médicas al final de la vida en los Países Bajos (presentada en el anexo 5):

El porcentaje de muertes con eutanasia:¹

1990: 1.7% 1995: 2.4% 2000: 2.6% 2005: 1.7% 2010: 2.8%

El porcentaje de muertes con suicidio médicamente asistido:

1990: 0.2% 1995: 0.2% 2000: 0.2% 2005: 0.1% 2010: 0.1%

El porcentaje de muertes con terminación de la vida sin solicitud expresa:

1990: 0.8% 1995: 0.7% 2000: 0.7% 2005: 0.4% 2010: 0.2%

El porcentaje de muertes intensificando el alivio de síntomas:

1990: 18.8% 1995: 19.1% 2000: 20.1% 2005: 24.7% 2010: 36.4%

El porcentaje de muertes con suspensión de tratamientos:

1990: 17.9% 1995: 20.2% 2000: 20.2% 2005: 15.6% 2010: 18.2%

Puesto que en el [capítulo V](#) incluí una comparación de la situación legal en diferentes países, voy a referirme a lo que pasa en la actualidad (abril de 2013). Además de los Países Bajos y Bélgica, Luxemburgo permite la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Junto con el estado de Oregón, en los Estados Unidos, Washington y Montana permiten el suicidio médicamente asistido (*aid in dying*). En Colombia se podría estar cerca de que se apruebe un proyecto de ley que regule la práctica de la eutanasia, que desde 1997 fue autorizada por la Corte Constitucional. Por otra parte, los países en que se da un debate importante para permitir la muerte médicamente asistida (privilegiando varios de ellos la modalidad del suicidio médicamente asistido) son los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Australia y Francia.

En cuanto a México, se han dado cambios legales para mejorar la atención médica de los pacientes al final de su vida y para que éstos puedan expresar su voluntad sobre los tratamientos que reciben. Éste es el sentido de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, vigente desde 2008, que permite a los enfermos rechazar tratamientos que sólo añaden más sufrimiento, aunque la consecuencia de no recibirlos sea que mueran. Al mismo tiempo, con esta ley se da seguridad a los médicos de que no tendrán problemas legales por la muerte del paciente. Sin embargo, el nombre de la ley no alude a

lo que pretende regular; al parecer los legisladores no comprendieron que una cosa es respaldar la voluntad de un enfermo que está consciente y competente para expresar que rechaza un tratamiento, y otra cosa es respaldar la voluntad de una persona que, estando o no enferma, previó la posibilidad de llegar a encontrarse en una situación de incompetencia y estableció, mediante un documento, qué tratamientos querría recibir y cuáles rechazar. Esta ley se refiere a la primera situación, pero su nombre hace pensar en la segunda situación, de la voluntad anticipada (que también se ha llamado *testamento vital*). Tal parece que, al darse cuenta del error, las autoridades responsables de su integración decidieron que la misma ley de voluntad anticipada sirviera para las dos cosas: para que un enfermo consciente y competente exprese por escrito su rechazo al tratamiento y también para que cualquier persona establezca por anticipado su voluntad respecto a los tratamientos que querría y los que rechazaría en caso de no poder hacerlo en el futuro. En mi opinión, sería más adecuado llamar a cada cosa por su nombre y, por una parte, corregir la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal para que cubra adecuadamente esta situación; por otra parte, aportar claridad legal sobre lo que incluye el rechazo al tratamiento de un paciente competente.

A la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, que es de orden local, siguieron otras leyes locales en diferentes estados (como Aguascalientes, Michoacán y Nayarit), las cuales contienen el mismo error. Sin embargo, la ley del D. F. también fue un precedente importante para una ley de orden federal que será aplicada en todo el país y que toma un nombre mucho más adecuado. Con ella se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos y se crea el título Octavo Bis denominado De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal; lamentablemente, su reglamento no ha sido aprobado. Tanto las leyes locales como la federal, además de respaldar la decisión del paciente de no recibir tratamientos con la posible consecuencia de adelantar su muerte (lo que se llamaba *eutanasia pasiva* y los legisladores llamaron *ortotanasia*), establece que los pacientes deben recibir cuidados paliativos, lo cual incluye proporcionar medicamentos para aliviar sus síntomas, aun cuando éstos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte. Las leyes prohíben explícitamente acciones cuya finalidad sea causar la muerte y se entiende que nuestros legisladores hayan decidido realizar los cambios de manera paulatina. Pero es deseable que se deje abierta la puerta para considerar la aprobación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en el futuro, pues sólo así se respaldará la libertad de todos los enfermos. En la mayoría de los casos, la suspensión de tratamientos inútiles y los cuidados paliativos serán suficientes para que la gente muera en buenas condiciones, pero en algunos casos no podrá aliviarse el sufrimiento, físico o emocional, y habrá pacientes que prefieran adelantar su muerte y requieran la ayuda médica para hacerlo en las mejores condiciones. A esas personas también hay que garantizarles el derecho a decidir.

Hay un tema que se relaciona con el [capítulo VI](#), en que analizo los elementos a considerar en la discusión sobre la muerte médicamente asistida, al que quiero referirme: la participación de los médicos. Para empezar, me parece importante subrayar un hecho que se pierde de vista en esta discusión, sobre todo por parte de quienes argumentan en

favor de la legalización de la eutanasia. Suelen poner el énfasis en defender el derecho de los pacientes a decidir la terminación de su vida, lo cual, sin duda, es el punto de partida para que exista esta acción. Pero el elemento controvertido no es éste, sino que se pida a otro, a un médico, que participe para que el paciente tenga una muerte segura y sin dolor; una participación que consiste en causar (eutanasia) o ayudar a causar (suicidio médicamente asistido) una muerte. Desde luego, hay razones de peso, ampliamente comentadas en el capítulo, para que un médico esté dispuesto a dar esa ayuda tan especial; lo que es más importante, hay médicos que sienten que es un deber moral asistir a un paciente que pide ayuda para morir, porque no hacerlo sería abandonarlo. Sin embargo, es un hecho que cuando en diferentes lugares del mundo surgen iniciativas o controversias judiciales que consideran la legalización de la muerte médicamente asistida, la mayor resistencia a los cambios legales proviene de los médicos, mientras que las encuestas muestran un apoyo mayoritario de la población. Se entiende su oposición, porque se da por hecho que son los médicos los que serían responsables de aplicar la eutanasia o de ayudar a un paciente a suicidarse. ¿Por qué ellos, que eligieron su profesión para luchar por la vida? La razón es que, en el acuerdo de la sociedad de que se debe permitir la ayuda a morir en condiciones especiales, el consenso es que esta ayuda se dé a pacientes que están sufriendo por su enfermedad, no a cualquier persona que desea terminar con su vida, aun si sus razones son comprensibles. Por tanto, las personas más indicadas para ayudar a morir son los médicos, no sólo porque tienen el acceso y el conocimiento para usar los medicamentos que causan una muerte segura y sin dolor, sino porque la decisión de un paciente de adelantar su muerte se da en el contexto de la relación médico-paciente, cuando su médico no puede ofrecerle nada más para evitar su sufrimiento. Sin embargo, no está de más profundizar en esta controversia y analizar tanto lo que justifica y lo que implica que sean médicos quienes participen en la muerte médicamente asistida, como lo que justificaría e implicaría decidir que no sean médicos quienes ayuden a morir en las situaciones excepcionales en que se considere éticamente aceptable.

En el curso de ocho años ha surgido una enorme bibliografía relacionada con la eutanasia, el suicidio médicamente asistido y otras decisiones relacionadas con el final de la vida en el contexto de la atención médica. Requeriría mucho espacio dar cuenta de todas ellas. A continuación, me voy a limitar a referir las que considero especialmente relevantes; incluyo las que me han servido para sustentar lo que he expresado en este epílogo, así como las que recientemente se han publicado sobre México.

Álvarez del Río, A. y M. L. Marván, “On Euthanasia. Exploring Psychological Meaning and Attitudes in a Sample of Mexican Physicians and Medical Students”, *Developing World Bioethics*, vol. 11, núm. 3 (2011), pp. 146-53.

Angell, M., “May Doctors Help You to Die?”, *The New York Review of Books* (octubre 11, 2012).

Battin, M., “Terminal Sedation: Pulling the Sheet over Our Eyes”, *Hastings Center Report*, vol. 38, núm. 5 (2008), pp. 27-30.

- Berheim, J. L., "Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy?", *BMJ*, vol. 336, núm. 7649 (2008), pp. 864-867.
- Côté, R. C., *In Search of a Gentle Death. The Fight for Your Right to Die with Dignity*, Carolina del Sur, Corinthian Books, 2012.
- Eutanasia: hacia una muerte digna*, Foro Consultivo Científico y Tecnológico/Colegio de Bioética, A. C., 2008.
- Hardwig, J., "Going to Meet Death. The Art of Dying in the Early Part of the Twenty-First Century", *Hastings Center Report*, vol. 39, núm. 4 (2009), pp. 37-45.
- Leeman, C. P., "Distinguishing Among Irrational Suicide and Other Forms of Hastened Death: Implications for Clinical Practice", *Psychosomatics*, vol. 50, núm. 3 (2009), pp. 185-191.
- Lisker, R. *et al.*, "Physician-assisted Death. Opinions of a Sample of Mexican Physicians", *Arch Med Res*, vol. 39 (2008), pp. 452-458.
- Montiel, L. y M. García (eds.), *Pensar el final: la eutanasia*, Madrid, Editorial Complutense, 2007.
- Norwood, F., *The Maintenance of Life. Preventing Social Death through Euthanasia Talk and End-of-Life Care- Lessons from The Netherlands*, Durham, Carolina Academic Press, 2009.
- Rietjens, J. A. C. *et al.*, "Terminal Sedation and Euthanasia. A Comparison of Clinical Practices", *Arch Intern Med*, vol. 166, núm. 7 (2006), pp. 749-753.
- Schüklenk, U., *et al.*, "End-of-Life Decision-Making in Canada: The Report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End-of-Life Decision-Making", *Bioethics*, vol. 25 (2011), pp. 1-73.
- Simón Lorda, P. *et al.*, "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras", *Rev Calidad Asistencial*, vol. 23, núm. 6 (2008), pp. 271-285.
- Sudore, R., "Can we agree to disagree?", *JAMA*, vol. 302, núm. 15 (2009), pp. 1629-1630.
- Sumner, L. W., *Assisted Death: A Study in Ethics and Law*, Oxford, Oxford University Press, 2011.
- Tulloch, G., *Euthanasia- Choice and Death*, Edimburgo, Edinburgh University Press, 2005.
- Verhagen, E. y P. J. Sauer, "The Groningen Protocol- Euthanasia in Severely Ill Newborns", *New England Journal of Medicine*, vol. 352 (2005), pp. 959-962.
- Wanzer, S. y J. Glenmullen, *To Die Well. Your Right to Comfort, Calm, and Choice in the Last Days of Life*, Cambridge, Da Capo Press, 2007.
- Warnock, M. y E. Macdonald, *Easeful Death. Is there a Case for Assisted Dying?*, Oxford, Oxford University Press, 2008.
- Youngner, S. y G. K. Kimsa (eds.), *Physician-Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience*, Nueva York, Cambridge University Press, 2012.

Para concluir este epílogo, quiero compartir una reflexión. Dentro de algunos años, ¿50?, ¿100?, las personas que volteen a ver cómo se muere en las primeras décadas del siglo XXI no entenderán por qué una persona que se daba cuenta que no había marcha atrás en su enfermedad, que sabía que lo que seguía sólo significaba más sufrimiento, que quería hacer uso de la libertad para decidir el momento y la forma de su muerte, no contara (más que en unos escasos lugares) con la única ayuda que en ese momento necesitaba para morir, acompañada y sin dolor, cuando lo decidiera.

Hay que reconocer que en este momento, en la mayoría de los países sólo se respalda legalmente la voluntad de las personas que no quieren la eutanasia o el suicidio asistido para ellas. Al mismo tiempo, cuando se discute la conveniencia de legalizar estas acciones, muchas de estas personas reaccionan como si la legalización implicara que ya no se va a respetar su voluntad, porque ellas van a tener que pedir la eutanasia. Evidentemente que no, pero esa suposición debería permitirles tener una idea de lo que implica la situación actual para las personas que no pueden contar con la opción que sí quieren. Lo mismo puede decirse de los médicos. Actualmente hay médicos que no están dispuestos a ayudar a un paciente a morir, pero también hay médicos que están dispuestos a dar esa ayuda. Las razones por las que las personas mantienen una u otra posición ética en relación con la eutanasia no deben discutirse, porque son tan válidas unas como otras. Lo que no es válido es querer imponer a otros las convicciones personales o impedirles que actúen de acuerdo con las propias. Por eso, las sociedades necesitan políticas que garanticen el respeto a la voluntad de todos los ciudadanos.

El siguiente paso puede ser más difícil. Implica pasar de reconocer teóricamente que la muerte médicamente asistida debe ser una opción legal, a establecer cómo se va a permitir en la práctica, lo cual requiere definir con mucha claridad bajo qué condiciones. ¿Qué pacientes pueden recibir esa ayuda?, ¿en qué momento?, ¿qué criterios se deben reunir?, ¿quién debe proporcionar la ayuda?, ¿cuál será el mejor método para revisar que no se abuse de la práctica? Tenemos la experiencia de algunos lugares, la cual es invaluable, pero corresponde a cada país encontrar sus propias respuestas. Reconocer que se trata de una tarea muy compleja debería ser un incentivo para no postergarla más.

Abril, 2013

¹ B. D. Onwuteaka-Philipsen *et al.*, “Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey”, *The Lancet*, vol. 380, núm. 9845 (2012), pp. 908-915.

BIBLIOGRAFÍA

- Admiraal, P., “La eutanasia y el suicidio asistido”, en D. Thomasma *et al.*, *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Álvarez, A., “A las puertas del dolor”, *Nexos*, vol. 307 (2003), pp. 40-44.
- , *Muerte y subjetividad. Una experiencia de investigación*, México, 1998, tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Álvarez, A., B. Blum Gordillo y G. Gordillo Paniagua, “Bioética de los trasplantes renales”, en G. Gordillo Paniagua, R. Exine y J. de la Cruz (eds.), *Nefrología pediátrica*, Madrid, Elsevier Science, 2003.
- Aristondo, J., *Signos de “cultura de la vida” cuando llega la muerte del ser humano*, Facultad de Teología del Norte de España, sede Vittoria-Gasteiz, discurso inaugural del curso 1998-1999.
- Baird, R., y S. Rosenbaum, *Eutanasia: los dilemas morales*, Barcelona, Alcor, 1992.
- Beauchamp, T., “The Medical Ethics of Physician-assisted Suicide”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25, núm. 6 (1999), pp. 437-439.
- Beauchamp, T., y J. F. Childress, *Principios de ética biomédica*, 4a. ed., Barcelona, Masson, 1998.
- Becker, C., “Opiniones budistas acerca del suicidio y la eutanasia”, *Revista de estudios budistas*, núm. 4 (Asociación Latinoamericana de Estudios Budistas, 1992-1993), pp. 7-29.
- Beresford, D., “A Beautiful Life and a Beautiful Death”, *The Observer* (26 de enero de 2003).
- Bioética. Temas y perspectivas*, núm. 527 (Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1990).
- Bok, S., “Euthanasia”, en G. Dworkin *et al.*, *Euthanasia and Physician-assisted Suicide. For and Against*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
- Brunet L., E. Cavase y S. Limache, “Le choix de nos parents”, *Panoramiques*, núm. 21 [Pour une mort plus douce] (1995).
- Calsamiglia, A., “Sobre la eutanasia”, en R. Vázquez (ed.), *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, Instituto Tecnológico Autónomo de México/Fondo de Cultura Económica, 1999.
- Camus, A., *El mito de Sísifo*, Madrid, Alianza Editorial, 1981.

- Cano-Valle, F., E. Díaz Aranda y E. Maldonado, *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.
- Cassel, C., “El suicidio asistido por el médico: ¿progreso o peligro?”, en D. Thomas y T. Kushner, *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, Madrid, Cambridge University Press, 1999.
- Catecismo de la Iglesia católica*, Madrid, Asociación de Editores del Catecismo, 1993.
- Charlesworth, M., *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
- Colomo, J., *Muerte cerebral. Biología y ética*, Pamplona, Eunsa, 1993.
- Degrazia, D., “Advance directives, dementia, and ‘The someone else problem’”, *Bioethics*, vol. 13, núm. 5 (1999), pp. 374-391.
- Delden, J. van der, “Slippery Slopes in Flat Countries – a Response”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25 (1999), pp. 22-24.
- Díaz Aranda, E., *Del suicidio a la eutanasia*, México, Cárdenas Editor Distribuidor, 1998.
- Díez, J. L., y J. Muñoz (eds.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1995.
- Dimont, M. I., *Jews, God and History*, Nueva York, Signet, 1962.
- Dobson, R., “Society Should Accept that Euthanasia Is a Personal Decision”, *BMJ*, vol. 326 (2003), p. 416.
- Dornwaard, J., “La política de eutanasia en los Países Bajos”, en F. Cano-Valle *et al.*, *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.
- Dworkin, G., R. G. Frey y S. Bok (eds.), *Euthanasia and Physician-assisted Suicide. For and Against*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
- Dworkin, R., *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Nueva York, Vintage Books, 1994.
- Dyre, C., “Woman Makes Legal History in Right to Die Case”, *BMJ*, vol. 324 (2002), p. 629.
- Emery, G., “Death by Dehydration Seems Peaceful, Nurses Say”, *Reuters Health News* (23 de julio de 2003).
- Foot, P., *Las virtudes y los vicios*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-Universidad Nacional Autónoma de México, 1994.
- Gafo, J. (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2000 (Dilemas éticos de la medicina actual, 13).
- , “Eutanasia y el derecho a morir en paz”, en J. Gafo *et al.*, *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1984.
- , “La tradición católica”, en J. Gafo (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2000 (Dilemas éticos de la medicina actual, 13).

- Gafo, J., M. Vidal, E. Gil, S. Urraca, G. Higuera, J. M. Fernández Martos, J. M. Pílon, G. Ruiz y A. Tornos, *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1984.
- Ganzini, L., W. Johnston, B. McFarland, S. Tolle y M. Lee, “Attitudes of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis and their Care Givers toward Assisted Suicide”, *New England Journal of Medicine*, vol. 339, núm. 14 (1998), pp. 967-972.
- Gevers, S., y J. Legemaate, “Physician Assisted Suicide in Psychiatry: An Analysis of Case Law and Professional Opinions”, en D. Thomasma *et al.*, *Asking to die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Gillon, R., “Euthanasia in the Netherlands – down the Slippery Slope?”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25, núm. 1 (1999), pp. 3-4.
- , “Persistent vegetative state, withdrawal of artificial nutrition and hydration, and the patient’s ‘best interests’”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 24 (1998), pp. 75-76.
- González, J., *Ética y libertad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica, 1997.
- Gracia, D., “Eutanasia: estado de la cuestión”, en S. Urraca (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, pp. 273-292.
- , “Historia de la eutanasia”, en S. Urraca (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, pp. 67-91.
- , “Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética”, *Nefrología*, vol. 21 (2001), pp. 13-29.
- Griffiths, J., “The Slippery Slope: Are the Dutch Sliding down or are They Chambering Up?”, en D. Thomasma *et al.*, *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Groenwoud, J. H., P. J. van der Maas, G. van der Wal, M. W. Hengeveld, A. J. Tholen, W. Schudel y A. van der Heide, “Physician-assisted Death in Psychiatric Practice in the Netherlands”, *New England Journal of Medicine*, vol. 336, núm. 25 (1997), pp. 1795-1801.
- Heide, A. van der, P. J. van der Maas, G. van der Wal, C. Graaff, J. Kester, L. Kollée, R. Leeuw y R. Holl, “Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands”, *Lancet*, vol. 350, núm. 9073 (1997), pp. 251-255.
- Hennezel, M. de, *La muerte íntima*, Barcelona, Plaza & Janés, 1996.
- , *La tentación de la eutanasia*, México, Nueva Imagen, 2001.
- Herrera, A., “El médico ante la solicitud de eutanasia”, en M. Valdés *et al.*, *Dilemas morales de la sociedad contemporánea*, vol. II, México, Torres Asociados, 1977.
- Humphry, D., y A. Wickett, *The Right to Die*, Oregon, Helmock Society, 1990.
- Hurst, S., y A. Mauron, “Assisted Suicide and Euthanasia in Switzerland: Allowing a Role for Non-physicians”, *BMJ*, vol. 326, núm. 7383 (2003), pp. 271-273.
- Jochemsen, H., y J. Keown, “Voluntary Euthanasia under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25, núm. 1 (1999), pp. 16-21.

- Kastenbaum, R., y B. Kastenbaum, *Encyclopedia of Death*, Nueva York, Avon Books, 1993.
- Keown, J. (ed.), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999 [hay edición en español: *La eutanasia examinada*, trad. de Esteban Torres, México, Fondo de Cultura Económica, 2004].
- , “Euthanasia in the Netherlands: Sliding down the Slippery Slope?”, en J. Keown (ed.), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
- Kevorkian, J., *Eutanasia. La buena muerte*, Barcelona, Grijalbo, 1991.
- Kimsma, G., y E. Leeuwen, “Euthanasia, an Assisted Suicide in the Netherlands and the USA: Comparing Practices, Justifications and Key Concept in Bioethics and Law”, en D. Thomasma *et al.*, *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Kimsma, G., y B. J. van Duin, “Teaching Euthanasia: the Integration of the Practice of Euthanasia into Grief, Death and Dying Curricula of Post-graduate Family Medicine Training”, en D. Thomasma *et al.*, *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Kmietowicz, Z., “Woman who Won Right to Refuse Treatment Dies”, *BMJ*, vol. 324, núm. 7345 (2002), p. 1055.
- Kraus, A., y A. Álvarez, *La eutanasia*, México, Conaculta, 1998.
- Küng, H., *Ser cristiano*, Madrid, Ediciones Cristiandad, 1978.
- Küng, H., y K. Kuschel (eds.), *Hacia una ética mundial. Declaración del Parlamento de las Religiones del Mundo*, Madrid, Trotta, 1994.
- Küng, H., y W. Jens, *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Trotta, 1997.
- Lecuona, L., “Eutanasia: Algunas distinciones”, en M. Platts (ed.), *Dilemas éticos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica, 1997.
- Lee, D., “Physician-assisted Suicide: A Conservative Critique of Intervention”, *Hasting Center Report*, vol. 33, núm. 1 (2003), pp. 17-19.
- Legemaate, J., “Twenty-five Years of Dutch Experience and Policy on Euthanasia and Assisted Suicide: An Overview”, en D. Thomasma *et al.*, *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Lock, S., J. Last y G. Dunea, *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*, Oxford, Oxford University Press, 2001.
- Mackie, J. L., *Ethics. Inventing right and wrong*, Londres, Penguin Books, 1990.
- Maguire, D., *La muerte libremente elegida*, Santander, Sal Terrae, 1975.
- Marx, Karl F. H., “Medical Euthanasia”, en Stanley Joel Reiser *et al.*, *Ethics in Medicine. Historical Perspectives and Contemporary Concerns*, MIT Press, Cambridge, Mass., 1977.
- Marzansku, M., “Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 26 (2000), pp. 108-112.

- Mayor, F., “Bioética: una reflexión para el nuevo milenio”, *Diálogo*, vol. 23 (1 de abril de 1998).
- Medical Dictionary*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1998.
- Mill, J. S., *On Liberty*, ed. de R. B. McCallum, Oxford, Blackwell, 1946.
- Montaigne, *Ensayos*, México, Conaculta/Océano, 1999.
- Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1996.
- Nuevo catecismo para adultos. Versión íntegra del catecismo holandés*, Barcelona, Herder, 1969.
- Nuland, S., *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Madrid, Alianza Editorial, 1995.
- Ogden, R., “Non-physician Assisted Suicide: The Technological Imperative of the Deathing Counterculture”, *Death studies*, vol. 25 (2001), pp. 387-401.
- Panicola, M., “Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight”, *Hastings Center Report*, vol. 31, núm. 6 (2001), pp. 14-25.
- , “Letter. Catholic Views of Life”, *Hastings Center Report*, vol. 32, núm. 3 (2001), p. 5.
- Pinner, G., “Truth-telling and the Diagnosis of Dementia”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 176 (2000), pp. 514-515.
- Platón, *Obras completas*, Madrid, Aguilar, 1981.
- Pohier, J., “Catholique, je suis pour l’euthanasie volontaire”, *Panoramiques*, núm. 21 [Pour une mort plus douce] (1995), pp. 119-124.
- , *La mort opportune*, París, Éditions du Seuil, 1998.
- Pool, R., *Negotiating a Good Death. Euthanasia in the Netherlands*, Nueva York, The Haworth Press, 2000.
- Quill, T., *Death and Dignity. Making Choices and Taking Charge*, Nueva York/Londres, Norton & Company, 1994.
- Quill, T., B. Lo y D. Brock, “Palliative Options of Last Resort”, *JAMA*, vol. 278, núm. 23 (1997), pp. 2099-2104.
- Rachels, J., “Active and Passive Euthanasia”, *New England Journal of Medicine*, vol. 292, núm. 2 (1975), pp. 78-80.
- , “Euthanasia”, en T. Regan, *Matters of Life and Death. New Introductory Essays in Moral Philosophy*, Random House, Nueva York, 1980, pp. 28-66.
- Randall, F., “Reply to Farside’s editorial: Palliative care — a euthanasia — free zone”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25 (1999), pp. 221-223.
- Regional Euthanasia Review Committees*, informe anual, Ministerie van Volksgezondeheid, Welzijn en Sport, 2002.
- Reich, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, ed. rev., 5 vols., Nueva York, Simon & Schuster Macmillan, 1995.
- Rioux, E., “Protestant, je suis pour l’euthanasie volontaire”, *Panoramiques*, núm. 21 [Pour une mort plus douce] (1995).
- Rodríguez, M., *La nueva tanasia: Libertad y dignidad*, México, Botas, 1989.

- Rodríguez, P., *Morir es nada*, Barcelona, Ediciones B, 2002.
- Rowland, L., “Assisted Suicide and Alternatives in Amyotrophic Lateral Sclerosis”, *New England Journal of Medicine*, vol. 339, núm. 14 (1998), pp. 987-989.
- Schwartzenberg, L., “Des soins palliatifs à l’euthanasie”, *Panoramiques*, núm. 21 [Pour une mort plus douce] (1995).
- Seay, G., “Do Physicians Have an Inviolable Duty Not to Kill?”, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, núm. 1 (2001), pp. 75-91.
- Shannon, T., “The Kindness of Strangers: Organ Trasplantation in a Capitalist Age”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 11, núm. 3 (2001), pp. 285-303.
- Sheldon, T., “Euthanasia Endorsed in Dutch Patient with Dementia”, *BMJ*, vol. 319 (1999), p. 75.
- , “Only half of Dutch Doctors Report Euthanasia, Report Says”, *BMJ*, vol. 326 (2003), p. 1164.
- , “Reported Euthanasia Cases in Holland Fall for Second Year”, *BMJ*, vol. 324 (2002), p. 1354.
- , “‘Terminal Sedation’ Different from Eutanasia, Dutch Ministres Agree”, *BMJ*, vol. 327 (2003), p. 465.
- Sherwin, B., “Euthanasia as a Halakhic Option”, en K. Kaplan y M. Szhwartz, *Jewish approaches to suicide, martyrdom, and euthanasia*, Nueva Jersey, Jason Aronson Inc., 1998.
- Singer, P., *Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics*, Nueva York, St. Martin’s Griffin, 1994.
- , *Ética práctica*, 2a. ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1995.
- Smith, R., “Death, come closer”, *The collapse of our traditional ethics*, *BMJ* (2003), p. 327.
- Smith, W. J., *Culture of death*, San Francisco, Encounter Books, 2000.
- Soulier, J., *Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética*, Madrid, Temas de Hoy, 1995.
- Spector, H. “Suicidio médicamente asistido y autonomía”, en O. Hansberg y M. Platts (eds.), *Responsabilidad y libertad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica, 2002, pp. 188-194.
- Sporcken, P., *Medicina y ética en discusión*, Verbo Divino, Estella, 1974.
- Swarte, N., M. van der Lee, J. van der Bom y A. P. Heintz, “Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: A cross sectional study”, *BMJ*, vol. 327 (2003), p. 189.
- Szasz, T., *Libertad fatal*, Barcelona, Paidós, 2002.
- Ten Have, H., “Eutanasia: la experiencia neerlandesa”, en *Morir con dignidad: Dilemas éticos al final de la vida*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1996.
- Ten Have, H., R. Janssens y Z. Zylicz, “Hospice and euthanasia in the Netherlands: An ethical point of view”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 25 (1999), pp. 408-412.
- Thévoz, M. y R. Jaccard, *Manifiesto por una muerte digna*, Barcelona, Kairós, 1993.

- Thomasma, D., T. Kimbrough-Kushner, G. Kimsma y C. Ciesielski-Carlucci (eds.), *Asking to die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Thomasma, D., y K. Thomasine, *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, Madrid, Cambridge University Press, 1999.
- Urraca, S., “Eutanasia: concepto y contacto”, en S. Urraca (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996.
- (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996.
- Valdés, M., A. Herrera, M. Platts, M. Beuchot y G. Hierro, *Dilemas morales de la sociedad contemporánea*, vol. II, México, Torres Asociados, 1997.
- Veldink, J. H., J. H. Wokke, G. van der Wal, V. Jong y L. H. van der Berg, “Euthanasia and Physicians Assisted Suicide among Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis in the Netherlands”, *New England Journal of Medicine*, vol. 346 (2002), pp. 1638-1644.
- Verspieren, P., *Face à celui qui meurt*, París, Desclée de Brouwer, 1999.
- Vico Peinado, J., *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica*, Madrid, San Pablo, 1995.
- Vidal, M., *Eutanasia: un reto a la conciencia*, Madrid, San Pablo, 1994.
- Wal, G. van der, y P. J. van der Maas, “Empirical Research on Euthanasia and Other Medical End-of-life Decisions and the Euthanasia Notification Procedure”, en D. Thomasma et al., *Asking to die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Welie, J., “Why Physicians? Reflections on the Netherlands’ New Euthanasia Law”, *Hastings Center Report*, vol. 32, núm. 1 (2002), pp. 42-44.
- Werth, J., “Policy and Psychosocial Considerations Associated with Non-physician Assisted Suicide: A Commentary on Ogden”, *Death Studies*, vol. 25 (2001), pp. 403-411.
- Yeoman, B., “Death with Dignity”, *AARP Magazine* (marzo-abril de 2003).
- Zylicz, Z., “Palliative Care: Dutch Hospice and Euthanasia”, en D. Thomasma et al., *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, Madrid, Cambridge University Press, 1999.

Literalmente, el mexicano vive todo el tiempo con la Muerte: le canta corridos o sonecitos de la tierra para enamorarla, baila con ella, la conquista con requiebros, y hasta dice haberla fecundado para que, en una vívida paradoja, la Parca traiga una vez más la vida nueva. Sin embargo, llegado el momento de enfrentarla, a todos nos impone un gran respeto quien decide morir por propia mano o con ayuda, cuando la vida se ha vuelto un infierno intolerable, o la situación en que se vive es tal que resulta indignante continuarla.

Práctica y ética de la eutanasia es un moroso y amoroso acercamiento al tema desde todas las aristas. Libertad, autodeterminación, dignidad, respeto, responsabilidad, vida y muerte, no son meros vocablos recurrentes en el texto que su autora va tejiendo con el conocimiento de causa que da el haber reflexionado largamente sobre el derecho que asiste a quien decide apresurar el paso ante la propia muerte.

¿Tiene el paciente el derecho a decidir cuándo y cómo terminar su vida? ¿Tiene derecho a pedir ayuda a un médico cuando carece de la competencia necesaria para terminar el sufrimiento? El médico, ¿tiene el deber de responder a esta petición cuando el caso se presenta? Y el Estado, ¿debe respaldar el derecho del paciente a decidir y del médico a brindar auxilio cuando se ofrece?

Más que respuestas al punto, la doctora Asunción Álvarez del Río —miembro del Colegio de Bioética, A. C. y profesora-investigadora del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM— compila, propone elementos de juicio y convoca a una serena reflexión en torno de la vida y de la muerte, más allá de prejuicios éticos o religiosos, con el afán entero de que se dé un debate abierto sobre la eutanasia, que conduzca a que el Estado mexicano legisle en esta materia tan espinosa, y deje de castigarse malamente a quien tan sólo ayuda a bien morir.

Índice

ÍNDICE	8
PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA	12
INTRODUCCIÓN	15
I. QUÉ SE ENTIENDE POR EUTANASIA	21
1. Un poco de historia	21
2. La diversidad de significados	24
3. Una definición de la práctica actual	25
4. Otras definiciones y clasificaciones	27
4.1. Eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria	27
4.2. Eutanasia activa y eutanasia pasiva	29
4.3. Suicidio (medicamente) asistido	31
4.4. Muerte médicamente asistida	32
5. La diversidad de situaciones	32
6. La buena muerte	33
II. MARIE DE HENNEZEL: SÍ A LOS CUIDADOS PALIATIVOS; NO A LA EUTANASIA	37
1. Aportes y excesos de una interpretación	38
2. ¿Es legítimo elegir la muerte?	42
3. Cierta intolerancia	45
4. Una opción a la eutanasia	46
5. Aciertos y desaciertos de una crítica	48
III. RONALD DWORKIN: TOMAR EN SERIO EL VALOR SAGRADO DE LA VIDA	51
1. Lo sagrado, ¿intocable?	52
2. ¿Por qué morir antes?	54
3. Diversidad de situaciones	56
3.1. Personas conscientes y competentes	56
3.2. Personas inconscientes	59
3.3. Personas conscientes, pero incompetentes	63
4. Los principios y la ley. Limitaciones y contradicciones	67
5. Compromisos y responsabilidades	69
IV. LAS POSICIONES DEL CATOLICISMO FRENTE A LA	

EUTANASIA	74
1. La prohibición en su contexto histórico	75
2. La moral católica actual	76
3. La Iglesia oficial	77
4. Principios y conceptos. Superaciones y excepciones	79
4.1. Principio de la santidad de la vida	80
4.2. Principio de doble efecto	80
4.3. Principio de totalidad	81
4.4. Medidas ordinarias y extraordinarias	82
4.5. Principio de administración	84
5. Una posición intermedia	84
5.1. Javier Gafo	85
5.2. José Vico Peinado	86
6. La eutanasia como opción para los católicos	88
6.1. Un alegato por la responsabilidad	88
6.2. Los derechos de los vivos al final de su vida	90
7. La aportación de esta revisión	94
V. LA EXPERIENCIA NEERLANDESA	101
1. Los pasos hacia la legalización	103
1.1. 1973-1983	103
1.2. 1984-1993	104
1.3. 1994-2002	105
2. Los temas del debate actual	107
2.1. Pacientes con sufrimiento mental sin enfermedad física	108
2.1.1. Los casos llevados a juicio	108
2.1.2. La autonomía en el paciente psiquiátrico	110
2.1.3. La consulta al psiquiatra	113
2.1.4. Los límites de una práctica	113
2.2. Terminación activa de la vida sin solicitud expresa	115
2.2.1. El caso de los neonatos e infantes	115
2.2.2. Pacientes que no piden la terminación de su vida	117
3. Otras decisiones médicas al final de la vida	119
4. Una comparación con otros países	122
4.1. Diferentes soluciones	122
4.2. Controversias y pendientes	124

VI. LOS ELEMENTOS DEL DEBATE	133
1. El derecho a la muerte voluntaria	134
2. Eutanasia y suicidio. Semejanzas y diferencias	137
3. La elección en cuestión	139
4. La muerte médicamente asistida	142
4.1. ¿Tiene derecho un paciente a decidir la terminación de su vida?	142
4.2. ¿Tiene derecho a pedir ayuda a su médico un paciente que quiere morir?	144
4.3. ¿Tiene el médico el deber de responder a la petición de ayuda para morir?	145
4.4. ¿El Estado debe respaldar los derechos del paciente y el deber del médico?	147
5. Argumentos a favor y en contra de la legalización	148
6. Cuidados paliativos y eutanasia	151
7. Eutanasia pasiva y eutanasia activa, ¿qué tan diferentes?	154
8. Algunos testimonios	157
9. El debate impostergable	163
VII. ¿QUÉ CONCLUIR?	172
ANEXOS	179
1. Modelo de voluntad anticipada (antes testamento vital)	179
2. Declaración de pedido de eutanasia	180
3. El procedimiento de notificación de eutanasia en los Países Bajos	181
4. Modelo de notificación de eutanasia en los Países Bajos	182
5. Frecuencia de eutanasias y otras decisiones médicas al final de la vida en los Países Bajos	186
6. Relación de casos incluidos	190
EPÍLOGO A LA EDICIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA	192
BIBLIOGRAFÍA	204