

Eutanasia

Aspectos jurídicos, filosóficos,
médicos y religiosos

FERNANDO CANO VALLE
ENRIQUE DÍAZ ARANDA
EUGENIA MALDONADO DE LIZALDE

Coordinadores

-UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



EUTANASIA

Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
Serie ESTUDIOS JURÍDICOS, Núm. 22

Cuidado de la edición y formación en computadora: Wendy V. Rocha Cacho

EUTANASIA

Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos
y religiosos

Coordinadores

FERNANDO CANO VALLE

ENRIQUE DÍAZ ARANDA

EUGENIA MALDONADO DE LIZALDE



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MÉXICO, 2001

Primera edición: 2001

DR © 2001. Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n
Ciudad de la Investigación en Humanidades
Ciudad Universitaria, 04510, México, D. F.

Impreso y hecho en México

ISBN 968-36-9756-9

CONTENIDO

Debate sobre la vida	XI
Diego VALADÉS	
Palabras del doctor Fernando Cano Valle en el acto inaugural	XV
ASPECTOS JURÍDICOS DE LA EUTANASIA	
Presentación	3
Enrique DÍAZ ARANDA	
Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria?	5
Alicia Beatriz AZZOLINI BINCAZ	
El consentimiento del ofendido en la eutanasia	17
Rodrigo ZAMORA ETCHARREN	
United States Legal Aspects of Euthanasia	25
Ronald L. SCOTT	
La política de eutanasia en los Países Bajos	51
Joanne DORNEWAARD	
La eutanasia activa en Colombia: algunas reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional	71
Germán LOZANO VILLEGAS	

Relatoría	87
Enrique DÍAZ ARANDA	

ASPECTOS BIOÉTICOS Y DERECHOS HUMANOS
DE LA EUTANASIA

Presentación	99
Eugenia MALDONADO DE LIZALDE	

Eutanasia	101
Federico ORTIZ QUESADA	

Aspectos bioéticos y derechos humanos de la eutanasia	113
Hanne-Lore SCHLÜTER S.	

Algunas consideraciones sobre la eutanasia	121
Paulette DIETERLEN	

Relatoría	129
Eugenia MALDONADO DE LIZALDE	

ASPECTOS MÉDICOS DE LA EUTANASIA

Presentación	139
Fernando CANO VALLE	

Eutanasia: reflexión obligada	145
Arnoldo KRAUS	

Aspectos éticos de la eutanasia	177
César RIVERA BENÍTEZ	

Aspectos médicos de la eutanasia	183
Hugo FERNÁNDEZ DE CASTRO	

Un menor sufrimiento, factor de una muerte digna . . .	247
Horacio GARCÍA ROMERO	
El delito de auxilio e inducción en el suicidio; homicidio con consentimiento de la víctima. La eutanasia, análisis jurídico	263
Benigno LICEA GONZÁLEZ	
Relatoría	275
Fernando CANO VALLE	
ASPECTOS RELIGIOSOS DE LA EUTANASIA	
Respetar la dignidad del moribundo. Consideraciones éticas sobre la eutanasia	295
Manuel ALARCÓN VÁZQUEZ	
La eutanasia	303
Abraham PALTÍ	
Aspectos religiosos de la eutanasia	307
Mario LARA MARTÍNEZ	
La eutanasia: aspectos religiosos. Punto de vista protestante	311
Abel CLEMENTE VÁZQUEZ	
Relatoría. Reflexión sobre la eutanasia desde el punto de vista de la teología natural	319
Jorge ADAME GODDARD	

Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, se terminó de imprimir el 12 de noviembre de 2001 en los talleres de Formación Gráfica, S. A. de C. V. En esta edición se empleó papel cultural de 57 x 87 de 37 kgs. para los interiores y cartulina couché de 162 kgs. para los forros. Consta de 1,000 ejemplares.

DEBATE SOBRE LA VIDA

Por paradójico que parezca, una obra sobre la eutanasia en realidad consiste en un debate sobre la vida. Este volumen no es la excepción, por lo que el lector podrá apreciar que las cuatro partes en que la obra está dividida conciernen a otras tantas formas de ver cómo termina la vida.

Para tener un panorama actual sobre el tema, tres distinguidos investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas, Fernando Cano Valle, Enrique Díaz Aranda y Eugenia Maldonado de Lizalde, coordinaron un seminario internacional en el que fueron examinados los aspectos jurídicos, filosóficos, éticos, médicos y religiosos de la eutanasia. Fue un ejercicio que se caracterizó por la pluralidad de puntos de vista, sostenidos en un ambiente de respeto personal y seriedad académica. Los tres organizadores son universitarios ejemplares, preocupados sólo por la sistematización del conocimiento y por la aportación de ideas.

La eutanasia es un tema que repercute en las fibras más íntimas del ser humano. La eutanasia, como problema, escinde a quienes sustentan tesis contrapuestas. Sin embargo también es una cuestión que debe ser abordada con el rigor que un espacio académico permite. En la academia mexicana no hay temas prohibidos, por el contrario, todos los asuntos de relevancia cultural deben ser objeto de cuidadoso estudio. La eutanasia, en este caso, ofrece un buen ejemplo de cómo se puede examinar un problema desde diferentes ángulos profesionales y desde distintas perspectivas personales, para ofrecer al interesado un material de consulta y de reflexión.

Si echamos la mirada atrás veremos que cuando menos desde el siglo V a. J. C. el tema ha sido objeto de discusión. Así lo acredita Sócrates (Platón, *República*, III, 407), cuando atribuye a Asclepio (Esculapio para los romanos) la decisión de no prolongar la vida “en los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro”, en cuyo caso no intentaba “prolongar la desdichada vida de los enfermos”. El filósofo atribuye a Asclepio, dios griego de la medicina a quien ya en el siglo VIII a. J. C. se rendía culto en Epidauro, capacidades de estadista (*politicon*), porque consideraba que la prolongación de la vida de alguna persona (“así fuera más rico que Midas”) en tales condiciones, “no era útil para él ni para el Estado (*polis*)”. Cuando se trataba de una enfermedad prolongada e incurable, abunda Sócrates, “no es provechoso vivir así”, por lo que quien se encuentre en semejante situación debe despedirse de su médico.

Veinticinco siglos de este debate sobre la vida no han sido suficientes para arribar a conclusiones homogéneas. Tal vez quien mejor capta la profundidad de los argumentos sea R. Dworkin (*Life's dominion*, especialmente capítulo 7), quien identifica con precisión los problemas concernientes a la autonomía de la voluntad, el mejor interés protegido y la santidad de la vida humana. Más allá de las tesis jurídicas y filosóficas, “hay misterios” difíciles de superar, señala el propio Dworkin.

Los temas jurídicos de frontera tienen que ser abordados de manera interdisciplinaria. Las formas de regulación no pueden separarse del objeto de la regulación. En el caso de la eutanasia las normas legales y jurisprudenciales aplicables han ido surgiendo como resultado de consideraciones jurídicas, directamente asociadas a los conceptos de libertad y dignidad; pero estos conceptos a su vez se apoyan en elaboraciones filosóficas, éticas y religiosas de larga raigambre; y unas y otros, en este caso, tienen que tomar en cuenta datos procedentes de la realidad biológica.

Tampoco es posible eludir consideraciones de tipo político. Son éstas, quizá, las más antiguas, como lo acreditan las previ-

siones atribuidas a Asclepio. En este sentido, el extremo más térrífico es el ofrecido por el programa eutanásico aplicado por el régimen nazi entre 1939 y 1941. Constituye un sórdido atentado a la humanidad que no debe quedar en el olvido ni debe ser confundido con las políticas legislativas emprendidas por diversos Estados democráticos.

En cuanto a derecho comparado, en esta obra son estudiados los casos de Colombia, Estados Unidos y Holanda. Se escogieron como ejemplos significativos, aun cuando no son, esos países, los únicos en los que se ha discutido y se está decidiendo en torno a esta materia. La legislación holandesa de abril de 2001 está precedida por treinta años de experiencias, que incluye la Ley de Inhumaciones de 1993; y en Estados Unidos hay un debate que se remonta a 1903. Además, esta es una cuestión que ya ha sido objeto de atención por parte del Consejo de Europa, a través de las recomendaciones sobre los derechos de los enfermos y moribundos, de 1976, y sobre la dignidad de los enfermos terminales y los moribundos, de 1999; el Parlamento Europeo, a su vez, formuló desde 1991 una propuesta sobre asistencia a los enfermos terminales.

El tema de la eutanasia se está desarrollando en dos grandes fases: la eutanasia activa y la eutanasia pasiva, que incluye el testamento vital. Son cuestiones distintas ser auxiliado para prescindir de la vida, y ser objeto de suspensión de un tratamiento a petición propia (de manera directa o por disposición testamentaria) o de un tercero. En diferentes ámbitos jurídicos la eutanasia está siendo objeto de estudio. Las políticas de regulación son muy variadas. En España, por ejemplo, no hay disposiciones de carácter nacional, pero en Cataluña (diciembre de 2000) ya se adoptó el testamento vital, y en Extremadura se propuso (abril de 2001) legislar sobre la eutanasia pasiva y el testamento vital.

Otros Estados donde ya hay regulación legislativa o decisiones jurisprudenciales que permiten o toleran la eutanasia son Australia, China, Dinamarca, Gran Bretaña, Suiza y Uruguay.

En Alemania, Bélgica, Francia e Italia se discute con diversos grados de intensidad y de posibilidades de legislar. Aunque entre nosotros todavía no es una cuestión que interese a un amplio sector de la opinión pública, sí convoca la atención de numerosos estudiosos.

Es comprensible que día con día acrezca el interés sobre este tema. Los avances de la medicina, a los que también se alude en este volumen, ofrecen posibilidades terapéuticas que hace unos lustros, e incluso apenas años, eran insospechadas. La esperanza de vida tiende a aumentar, como correlato del desarrollo científico (que ya incluye la medicina genómica) pero también como resultado de políticas sociales. Al lado de los plausibles avances científicos, también se acentúa el problema de la distansia, o conjunto de acciones para prolongar artificialmente la vida.

El presente libro aporta nuevos elementos para que el tema sea considerado en todas sus amplias implicaciones. Sabemos que la vida es un derecho de cada hombre y que la libertad es un derecho de todos; sabemos también que la vida individual se extingue, pero la libertad colectiva no. En las páginas que siguen el lector encontrará elementos de información y argumentos que le ofrecerán un panorama muy amplio sobre los enfoques actuales de la eutanasia. Los participantes tienen, como denominador común, su alta calidad académica.

Diego VALADÉS

Director del Instituto de Investigaciones Jurídicas

Ciudad Universitaria, octubre de 2001

PALABRAS DEL DOCTOR FERNANDO CANO VALLE EN EL ACTO INAUGURAL

El Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, dentro del Programa de Actividades Académicas del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derecho, ha convocado a este Debate sobre eutanasia. En dos días y medio hemos de hablar de la vida humana y de la pérdida de ésta por acción u omisión que, en sí misma o en la intención, causa la muerte. Esto puede entenderse como eutanasia.

Nuestra actividad académica está dividida en mesas de trabajo, en las cuales expertos abordarán los temas en relación con el derecho, los aspectos filosóficos y bioéticos; aquellos estrictamente médicos y los siempre importantes principios religiosos. Con la suma de aquellos conceptos vertidos por nuestros ponentes invitados —a quienes agradezco su participación— estableceremos una serie de elementos a debatir en la reunión plenaria de este Debate.

Doctor Diego Valadés: en las diversas reuniones que hemos sostenido con usted como titular del Instituto de Investigaciones Jurídicas, hemos apreciado su enorme preocupación por los temas jurídicos de la vida contemporánea y la conveniencia de que esta dependencia universitaria participe en la solución o propuestas alternativas para un mejor entendimiento de la legislación en la sociedad mexicana y no en un mundo hipotético.

Si bien la eutanasia ha sido un tema recurrente, hoy la cuestión eutanásica está abierta a la sociedad; si bien hay sociedades que carecen de un sistema de salud que abarque a todos sus ciu-

dadanos, hay otras que están en vías de atenuar el problema no resuelto que plantea el modo de ayudar a los enfermos que desean morir sin poner en peligro a los que no lo desean.

Es muy claro que no es tema de este Debate la eugenesia, el fenómeno totalitario nazi, lamentablemente replicado recientemente en otros países en la búsqueda por eliminar a los incapaces o a los seres más débiles en lo social o en lo económico, no será abordado en este contexto académico.

Sí abordaremos los supuestos beneficios que implicarían la despenalización de la eutanasia y la reafirmación de la autonomía del individuo, aun cuando existen opiniones en el sentido de que la pura noción de autonomía individual no es suficiente justificación para la legalización de la eutanasia; ciertamente, la autonomía es generalmente respetada por el derecho, también es igualmente justa y frecuentemente se ve limitada por las normas jurídicas impuestas en aras del bien común de la sociedad; tal es el caso de la eutanasia.

Algunas personas piensan que la liberación del dolor y otros sufrimientos justifican la despenalización. En respuesta a este planteamiento, se ha preguntado ¿cuántas personas en vías de morir en etapa terminal existen? ¿Qué proporción de ellos requiere del auxilio o suicidio asistido? ¿Cuántos de ellos desean la eutanasia? ¿Son los 2.5 millones de americanos que fallecen cada año en Estados Unidos, o las cerca de 450 mil personas que mueren en México en donde las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la *diabetes mellitus* y los accidentes representan el 50% del total de fallecimientos y que para algunos autores son el perfil de la patología que lleva a enfermedad terminal y eutanasia, con excepción de aquellas muertes repentinas y agudas?

Aquellas otras personas que se oponen a la eutanasia o al suicidio asistido señalan diversos factores para fundamentar dicha oposición:

- a) La devaluación en la integridad de la profesión médica.
- b) Creación de ansiedad y trastornos psicológicos en aquellos pacientes con posibilidad de eutanasia.
- c) Coerción para realizar eutanasia en contra de su deseo.
- d) Aplicar la eutanasia antes que otras medidas paliativas óptimas.
- e) Aplicar eutanasia sin el consentimiento válidamente informado por el estado mental o incompetencia de la persona.
- f) Impacto biológico en la familia.

Ezekiel Emanuel, en abril de 1999, al referirse a la inequidad distributiva y la eutanasia señalaba: “La presión para legalizar la Eutanasia en Estados Unidos viene de personas educadas, con recursos financieros; las encuestas muestran consistentemente que los que apoyan la Eutanasia tienden a una situación financiera adecuada, con estudios de posgrado, blancos, no religiosos, alrededor de 65 años” (que irónico que esta descripción socio-demográfica se ajuste a algunos jueces federales, filósofos y académicos, es decir, personas que ocupan posiciones de autoridad en la sociedad).

Por otro lado, las encuestas señalan que los pobres, afroamericanos y ancianos tienden a oponerse porque se saben una población vulnerable.

En este Debate es preciso saber cuál es la razón por la que antes no había legalmente eutanasia y ahora la hay. Veamos los veinte años de seria y formal experiencia de los Países Bajos; en su análisis sí existe una nueva relación entre la moral, la religión personal y el derecho de sociedades pluralistas. ¿Nos encontramos en una etapa de desvalorización de la vida cuando menos desde el punto de vista ideológico? ¿En el marco de la libertad y de la autonomía humana hemos rebasado el motivo de piedad ante el sufrimiento del enfermo moribundo?

¿Es la autonomía del individuo el contrapeso que se ejerce ante aquella arrogancia de algunos médicos que emiten la indicación de “no resucitación” al resto del equipo médico hospitalario?

Es claro que las normas jurídicas son fundamentalmente impuestas en aras del bien común de la sociedad. En el caso del enfermo terminal el usar el poder de su voluntad no es lo problemático, sino el pretender transferir ese poder a las manos de otro (Pérez Valera).

Por otro lado, y con base en los modernos sistemas gerenciales que administran los servicios de salud, debemos tener presente que cuando la relación médico-paciente se convierte en relación sistema-paciente, el enfermo se convierte de persona humana en ente regido por normas masificadas y, en consecuencia, el enfermo o el anciano viven situaciones difíciles y penosas cuya dignidad y derecho están amenazados o en entredicho. En caso de que la dignidad humana sea minada o alevosamente destruida por la dependencia de otros, debilidad o enfermedad terminal se hace necesario rescatar el proceso de morir; ¿en esas situaciones degradantes el recurso es la eutanasia? Para muchos cualquier definición de autonomía no es válida para sustentar la eutanasia.

¿Eutanasia implica muerte tranquila y sin dolor con fines liberadores de padecimientos intolerables y sin remedio a petición del sujeto, o es el objetivo eliminador de seres desprovistos de valor vital que incluye a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución oficiales?

Una vez más, ¿quién o quiénes se benefician al despenalizar la eutanasia? Las 3,000 o 3,200 personas a quienes, en 1998 o 1999, se les practicó la eutanasia en Holanda, o la buena muerte de 2.3 millones de americanos que fallecen anualmente, o bien los cerca de 450,000 mexicanos que fallecen cada año.

Sobre estos y otros aspectos más hemos de intercambiar opiniones.

A los relatores de cada mesa, el doctor Enrique Díaz Aranda, la maestra Eugenia Maldonado de Lizalde y el doctor Jorge Adame Goddard, nuestro reconocimiento por su valiosa participación, y a cada uno de los ponentes nuestra profunda gratitud por el esfuerzo en la preparación de sus documentos. Señor director, estamos dispuestos a debatir sobre eutanasia.

23 de abril de 2001

PRESENTACIÓN

Enrique DÍAZ ARANDA*

Me es muy grato iniciar con el “debate sobre la eutanasia” desde el punto de vista jurídico; se trata de un tema que no sólo despierta mucho interés sino también opiniones encontradas. Pero antes de tomar una postura a favor o en contra conviene hacer un poco de memoria y señalar que el tema de la eutanasia comienza a cobrar fuerza a partir de los años sesenta, dado el avance de la tecnología y su aplicación en la medicina a través de los llamados medios extraordinarios, con los cuales se puede prolongar la vida de enfermos terminales; hay que enfatizar que dichos enfermos no tienen la posibilidad de recobrar su salud y, por decirlo así, sólo esperan un poco más para morir. Surge así la pregunta ¿pueden ser legalmente asistidos los pacientes terminales que solicitan su muerte?

La sociedad mexicana ha sido informada hace algunas semanas sobre la existencia de una nueva ley a favor de la eutanasia en Holanda y el periódico *El mundo de España* nos informó que el 19 de abril de este año fue aprobada por el Parlamento autonómico de Cataluña la “Ley del testamento vital” y, en el mismo sentido, se debate en estos momentos en Extremadura una nueva Ley de Salud que permitiría la validez jurídica del testamento vital.

Por todo ello, en el Instituto de Investigaciones Jurídicas hemos organizado el Debate sobre la eutanasia, cuyo objetivo es

* Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

dar a conocer a la sociedad mexicana los diferentes puntos de vista desde los cuales se puede enfocar el problema, a saber: jurídico, bioético, médico y religioso.

En la mesa referente al aspecto jurídico se presentarán ponencias en las cuales se trata de establecer si quien priva de la vida al paciente terminal que lo solicita comete el delito de auxilio ejecutivo al suicidio previsto en el artículo 312 del Código Penal, si su conducta es de autor o partícipe y si la solicitud de muerte que hace el titular de la vida en situación de enfermedad terminal tiene alguna relevancia para determinar la responsabilidad penal de quien le provoca la muerte. Desde la perspectiva del derecho comparado, los representantes de Colombia, Estados Unidos de América y los Países Bajos nos darán a conocer cuál ha sido la solución adoptada en sus respectivos países. En la mesa se expondrán diversos argumentos y pronunciamientos, incluso posturas antagónicas, es aquí donde queremos enfatizar el talante plural y democrático que nos guía; por ello, hemos procurado dar voz a todas las corrientes de opinión para que la sociedad cuente con mayor información sobre el tema, pueda discutir con conocimientos más sólidos y, con el tiempo, pueda decidir sobre la conveniencia de su regulación jurídica en México.

INTERVENCIÓN EN LA EUTANASIA: ¿PARTICIPACIÓN CRIMINAL O COLABORACIÓN HUMANITARIA?

Alicia Beatriz AZZOLINI BINCAZ*

I. El acto de dar muerte, dejar morir o ayudar a morir a otra persona para su bien o en interés de ella se ha denominado eutanasia.¹ Es un acto por naturaleza piadoso, encaminado a aliviar el sufrimiento intenso de un ser humano próximo a morir o en condiciones de salud tales que afectan de modo severo e irreversible su calidad de vida.

El tema ha dado lugar a múltiples controversias: desde qué debemos entender propiamente por eutanasia, pasando por las implicaciones éticas del problema, hasta la conveniencia de su legalización. Filósofos, médicos, abogados, religiosos, psicólogos, humanistas y muchos más han reflexionado sobre esta cuestión sin que hasta ahora se haya arribado a conclusiones contundentes. Siempre queda una duda, un mal sabor de boca que no acaba de quitarse, la inevitable sensación de impotencia que siente el hombre cuando se enfrenta a la muerte.

Parte de la complejidad del asunto es consecuencia de la multiplicidad de supuestos que se asocian con la eutanasia y para los que no siempre es posible hallar soluciones homogéneas. No

* Coordinadora de asesores de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

1 Del griego *eu* y *thánatos*, muerte buena o muerte blanda. La definición de eutanasia fue tomada del trabajo de Lecuona, Laura, "Eutanasia: algunas distinciones", en Platt, Mark, *Dilemas éticos*, México, Fondo de Cultura Económica-UNAM, 1997.

es lo mismo el caso de un paciente terminal de cáncer, que sufre dolores insoportables y le pide al médico que acelere su muerte, que el de la víctima de un accidente de tránsito que, en estado vegetativo, depende de aparatos para sobrevivir, y el médico o los parientes deciden desconectarlo. El consentimiento de la víctima es, en los casos señalados, el factor que marca una diferencia insoslayable.

Precisamente para intentar llegar a unas pocas conclusiones con aspiraciones de certeza, es preciso deslindar con claridad los supuestos que serán abordados en este trabajo y la perspectiva que guiará el análisis.

Una primera clasificación distingue entre eutanasia activa y pasiva; la primera es aquella en que una persona, en general pero no necesariamente un médico, administra a otra persona, a sabiendas de que con ello la matará, una droga que no produce mayor dolor. A su vez, la eutanasia pasiva es aquella en la que alguien decide retirar a otra persona, con el fin de acelerar su muerte, los aparatos o medicamentos que la mantuvieron viva, o bien negarle el acceso al tratamiento que podría prolongar su vida. Como puede apreciarse, los conceptos de eutanasia activa y pasiva no se corresponden en todos los casos con los de acción y omisión.²

La eutanasia puede ser, además, *voluntaria*, cuando se realiza a petición del paciente o con su consentimiento informado, expreso y consciente; *no voluntaria*, que es la que se practica sobre un paciente incompetente sin tomar en cuenta sus deseos ni su percepción de lo que constituye su propio bien. Por paciente incompetente se entiende aquél que no satisface los requisitos mínimos que permiten juzgarlo como competente para la toma de decisiones relacionadas con su salud. Por último, la eutanasia *involuntaria* es la que se impone a un paciente en contra de su vo-

2 Cfr. *ibidem*, p. 24.

luntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses.³

Las diversas clases de eutanasia han dado lugar a diferentes valoraciones éticas que no cabe analizar aquí. Estas reflexiones se enmarcan en el ámbito de lo jurídico, en particular del derecho penal.

La *eutanasia involuntaria*, aun cuando se aplique a personas incompetentes, no tiene ninguna justificación válida en el marco de nuestra legislación.⁴ Respecto de la *eutanasia no voluntaria* pueden distinguirse dos supuestos: que la persona haya sido declarada incompetente para tomar decisiones relativas a su salud, ya sea porque está en permanente estado de inconsciencia —coma permanente e irreversible—, o porque padece de trastornos mentales o su desarrollo mental es insuficiente —enfermos mentales o un bebé, por ejemplo—. El sujeto que no muestra actividad cerebral alguna debe ser declarado muerto conforme a lo establecido en el artículo 343 de la *Ley General de Salud*, la que asimismo autoriza a que con el consentimiento del cónyuge, concubinario o concubina, descendientes, ascendientes, hermanos, adoptante o adoptado se prescinda de los medios artificiales que prolongan la vida de quien presenta muerte cerebral comprobada. Y si se trata de un débil mental o de un bebé, la *eutanasia no voluntaria* es sumamente cuestionada en el plano ético,⁵ de modo que para llegar a una solución jurídica satisfactoria se requeriría un análisis que excede los límites de esas reflexiones.

En conclusión, en el marco de este trabajo se entenderá por eutanasia a las modalidades activa y pasiva, voluntarias. No se

3 *Ibidem*, p. 27.

4 Laura Lecuona considera que, desde la perspectiva ética, la eutanasia involuntaria aplicada a personas incompetentes puede llegar a justificarse en casos muy específicos. *Ibidem*, p. 34.

5 Sobre la problemática de la gente minusválida como titular de derechos humanos, véase Nino, Carlos, “Los titulares de derechos humanos: el concepto de persona moral”, en Valdivia, Lourdes y Villanueva, Enrique, *Filosofía del lenguaje, de la ciencia, de los derechos humanos y problemas de su enseñanza*, México, UNAM, 1987, pp. 144 y 145.

abordará ningún supuesto de eutanasia que pudiera presentarse fuera de los casos mencionados. El tema central será la participación delictiva en la eutanasia, por lo que el análisis se centrará sólo en ese aspecto de esta difícil problemática.

II. La eutanasia no tiene una regulación específica en nuestro sistema penal. Pero los supuestos de eutanasia activa o pasiva voluntaria son abarcados, en principio, por el artículo 312 del Código Penal Federal y el respectivo del Distrito Federal.

El artículo 312 puede dividirse en dos partes. La primera contiene, a su vez, dos hipótesis: *a)* prestar auxilio a otro “para que se suicide”, y *b)* inducir a otro “para que se suicide”. Esta última se refiere al que presta auxilio al suicida al punto de ejecutar él mismo la muerte, es la figura del *homicidio consentido* o, como prefieren llamarlo algunos autores, del *homicidio suicidio*.⁶

La eutanasia puede tener cabida en cualquiera de los supuestos mencionados. Dentro del conjunto de quienes prestan a otro auxilio para que se suicide, o de los que induzcan a otro para que se suicide, o de los que prestan auxilio al suicida al punto de causarles ellos mismos la muerte, podemos identificar, en cada caso, el subconjunto que resulta de la intersección con el conjunto de los que actúan con móviles piadosos, en beneficio de la víctima y con su consentimiento.

III. Los supuestos de quien *auxilia* o *induce* a otro al suicidio mencionan figuras clásicas de la participación, contempladas en las fracciones VI y V, respectivamente, del artículo 13. Pero, con independencia de la postura que se adopte respecto del tema de autoría y participación, en este caso particular no hay duda de que no se trata de partícipes en el ilícito ajeno, sino de conductas propiamente de autoría.⁷ En efecto, quien auxilia o induce a

6 Islas de González Mariscal, Olga, *Análisis lógico de los delitos contra la vida*, México, Trillas, 1998, pp. 258 y ss.

7 Existen autores que no comparten esta posición, al respecto véase Díaz Aranda, Enrique, *Del suicidio a la eutanasia*, México, Cárdenas Editor, 1997, *passim*.

otro a suicidarse es autor material de dichas conductas y no un partícipe en un hecho de otro, ya que el suicidio es un acto permitido por nuestra legislación. En un Estado de derecho, ha señalado acertadamente Díaz Aranda, *el derecho a la vida debe interpretarse como un derecho de máxima libertad, cuyo ejercicio por su titular debe estar garantizado dentro de un ámbito de autonomía individual que no puede ser perturbado por el Estado ni por terceros*.⁸ Pero el ejercicio de este derecho no puede afectar a otras personas; el derecho que una persona tiene a quitarse la vida no se traduce en un derecho a morir exigible *erga omnes*. Así como el sistema jurídico permite disponer de la propia vida, obliga a respetar la de los demás, por lo que prohíbe realizar actos que lesionen o favorezcan la lesión de la vida ajena. Auxiliar o inducir a otro para que se prive de la vida es una conducta prohibida, porque la vida ajena está protegida por el sistema penal como un bien muy valioso. El instigador está comprimiendo el ámbito de libre autodeterminación de la vida del pasivo y el auxiliador está interfiriendo en ese ámbito que el legislador reconoce sólo al titular de la vida.

En virtud de que en estos supuestos inducir o auxiliar constituyen conductas típicas de autoría, se prevé la misma punibilidad para ambas, cosa que no sucede cuando nos enfrentamos a situaciones tradicionales de participación, en las que cómplice e instigador tienen sanciones diferentes.⁹

No hay ningún obstáculo que impida imaginar conductas de participación con quien auxilia o instiga al suicidio. Alguien puede sugerirle a un amigo que ayude a morir a otra persona o que la convenza para que se suicide. Asimismo, un individuo

8 *Ibidem*, p. 139. Sobre la disponibilidad de la vida resultan de sumo interés las reflexiones de Carlos Nino que, sin ser contrapuestas a las que aquí se plantean, revelan consecuencias interesantes; véase *Ética y derechos humanos*, Buenos Aires, Astrea, 1989, pp. 466-478.

9 De acuerdo con la regulación de los artículos 13 y 64 bis al instigador le corresponde la punibilidad del autor, mientras que al cómplice o al auxiliador la tres cuartas partes de aquélla.

puede colaborar con el auxiliador. Cabe la posibilidad, en principio, de que alguien sea autor mediato, al menos del auxilio al suicidio. Así, por ejemplo, el médico que se ha puesto de acuerdo con el paciente terminal para ayudarlo a morir, ordena a la enfermera preparar una medicina que seguramente le ocasionará la muerte. La enfermera, ignorante de los alcances de su conducta, le entrega la medicina al paciente, quien conocedor de las consecuencias la toma y muere instantáneamente. En este caso, como en la mayoría de los de autoría mediata, se estarían afectando, además, los derechos de la enfermera, quien, sin saberlo, se vio involucrada en el suicidio de otra persona. Resulta más difícil imaginar un ejemplo de quien presta ayuda posterior en cumplimiento de una promesa anterior, pero a pesar de esta dificultad no se puede descartar la posibilidad de que en el caso concreto se presente este tipo de colaboración.

Aunque en un primer momento pareciera que el evento central es el suicidio, desde la perspectiva del derecho penal la conducta principal, prohibida por la norma, es la de auxiliar o inducir a otro a suicidarse; los tipos de participación estarán relacionados con esa actuación del autor material.

IV. Es distinto el caso del homicidio consentido, donde el autor priva de la vida a otro que así se lo solicitó o, al menos, lo consintió. Aquí es más fácil identificar la conducta principal, la de privar de la vida, alrededor de la cual girarán las conductas de los partícipes. Algunos autores extranjeros, que consideran al suicidio como el hecho principal, quieren ver también este supuesto como de participación en el suicidio de otro.¹⁰ Esta postura es a todas luces equivocada, estamos frente a un tipo de homicidio en el que el sujeto activo priva de la vida al pasivo que lo consintió. Aquí la punibilidad es más alta que la del auxiliador o el instigador del suicida, ya que mientras éstos lesionan el ámbito de la libertad de autodeterminación de la propia vida,

¹⁰ Sobre el tema, véase Islas de González Mariscal, Olga, *op. cit.*, nota 6, p. 258.

quien comete un homicidio consentido lesiona el bien jurídico vida —ajena—.

La conducta del autor material del homicidio consentido podrá estar acompañada de las conductas propias de los partícipes. Es posible imaginar que el autor del homicidio cuente con un cómplice que lo auxilie, o bien que sea convencido por un tercero de aceptar la solicitud del pasivo para que lo prive de la vida, o que el pasivo le solicite a su pariente que lo mate y el pariente le dice al médico que lo haga, estando el pasivo de acuerdo. Tampoco hay inconveniente en suponer que el activo esté acompañado por un coautor que realice conjuntamente la conducta de privar de la vida a quien consintió que ambos lo hicieran. Asimismo, cabe la posibilidad de que alguien prometa con anterioridad a la realización del hecho típico brindar una ayuda posterior (un médico que promete al pariente que va a suministrar una sustancia letal al moribundo que lo solicitó y elaborar un acta de defunción donde no se mencionen las circunstancias reales de la muerte). El problema se presenta respecto del tipo de autoría mediata, que se refiere a quien lleve a cabo el delito —el homicidio— sirviéndose de otro (artículo 13, fracción IV del Código Penal Federal y del Distrito Federal). Esta figura se caracteriza como dominio de la voluntad, en la que alguien realiza un tipo penal pero no de propia mano, sino mediante otra persona que le sirve a sus fines.¹¹ Jakobs señala que la responsabilidad del autor mediato es predominante en virtud de su superior dominio de decisión, pero también el instrumento es autor, por lo general mediante el dominio de la acción.¹² Precisamente el tipo del homicidio consentido dice: *si se lo prestaré —el auxilio al suicida— hasta el punto de causarle él mismo la muerte*. La referencia a *él mismo* parece descartar la posibili-

11 Cfr. Roxin, Claus, “Sobre la autoría y participación en derecho penal”, *Problemas actuales de las ciencias penales y de la filosofía del derecho*, Buenos Aires, Ediciones Pannedille, 1970, p. 62.

12 Jakobs, G., *Derecho penal. Parte general*, Madrid, Marcial Pons, 1997, pp. 763 y 764.

dad de que pueda servirse de otro para cometerlo. Díaz Aranda sostiene que en este caso no puede darse la autoría mediata porque se violaría el principio de legalidad.¹³ La observación es acertada, ya que habría que realizar una interpretación muy forzada, que no se corresponde con la realidad fáctica, para sostener que el autor mediato, al usar a otro como simple instrumento, está causando él mismo la muerte. Además, es válido en este caso la observación formulada respecto del auxilio o instigación al suicidio. No es legítimo que una persona use a un tercero para privar de la vida a un ser humano sin que ese tercero esté enterado de los alcances de su acto. En este caso se lesionaría, además, la esfera de libertad del tercero, que puede o no estar de acuerdo con matar al que lo solicita.

V. En todos los supuestos del artículo 312 pueden darse casos de eutanasia. Tradicionalmente el tema se asocia únicamente con el homicidio consentido, pero no hay inconveniente en pensar que alguien pueda auxiliar o inducir a otro al suicidio con móviles piadosos. El caso de Ingrid Frank, una joven alemana que en 1987 se suicidó ante una video cámara, con la ayuda de una mujer de 78 años que le proporcionó píldoras de una sustancia letal, es un ejemplo de ello.¹⁴

Pero en todo caso cabe preguntarse si los supuestos del artículo 312, que a su vez constituyen casos de eutanasia, merecen un tratamiento distinto, más benévolo, que los que no lo son. El artículo prevé una pena de uno a cinco años de prisión para el que auxilie o induzca a otro al suicidio y de cuatro a doce años para el que preste un auxilio tal al punto de ejecutar él mismo la muerte. ¿Debe aplicarse la misma sanción a quien actúa con móviles piadosos para favorecer una buena muerte en el pasivo? ¿Quedan incluidas en los tipos del artículo 312 las conductas de

13 Díaz Aranda, Enrique, *op. cit.*, nota 7, p. 252.

14 Citado por Herrera Ibáñez, Alejandro, "El médico ante la solicitud de eutanasia", en Valdés *et al.*, *Dilemas de la sociedad contemporánea*, México, Editores Torres Asociados, 1997.

quienes actúan por piedad? ¿Comete un injusto penal quien obra en tales circunstancias?

VI. Hay quienes, como Olga Islas, piensan que la punibilidad atenuada del homicidio consentido está dada presumiblemente porque la solicitud del pasivo obedece al padecimiento de sufrimientos intolerables. De esta manera equipara, prácticamente, este tipo de homicidio con la eutanasia.¹⁵ No parece una presunción adecuada, ya que el legislador no hace alusión alguna a los motivos del consentimiento del pasivo.

Según Jiménez Huerta el sólo consentimiento es suficiente para graduar el matiz antijurídico, para disminuir la intensidad antijurídica de la conducta.¹⁶ Esta postura parece más adecuada y es más congruente con lo sostenido por la misma Olga Islas respecto del duelo y de la riña, donde reconoce que la aceptación del pasivo resta valor al bien jurídico protegido.

En efecto, el legislador prevé de cuatro a doce años de prisión para el homicidio en riña y de dos a ocho para el homicidio en duelo, sin exigir más que el consentimiento de participar en estos eventos. Es congruente pensar que en el homicidio consentido donde la punibilidad es igual o mayor —de cuatro a doce años— no están contemplados los sufrimientos del pasivo o los móviles piadosos. Aunque en la riña también el activo arriesgó su vida, eso no es suficiente para que tenga una punibilidad igual a la eutanasia. De lo contrario no habría proporcionalidad alguna entre las punibilidades previstas, ya que es indiscutible que un homicida piadoso merece una sanción menor, si es que merece alguna, que el rijoso o el duelista. Por eso Jiménez Huerta propuso, en su momento, que se incluyera una atenuante en la parte general que se refiriera a quien actuara por sentimientos de piedad o, de no ser así, que se incluyera en el capítulo de homicidio un precepto especial para los casos de homicidio piadoso.¹⁷

15 Islas de González Mariscal, Olga, *op. cit.*, nota 6, pp. 260 y ss.

16 Jiménez Huerta, Mariano, *Derecho penal mexicano*, México, Porrúa, 1986, t. II, p. 59.

17 *Ibidem*, p. 64.

Pero gran parte de la doctrina, así como filósofos y médicos, han procurado propuestas más radicales que no sólo atenúen sino que dejen impunes las conductas de los que auxilien o mantengan por móviles piadosos con el consentimiento de la víctima.

El tema se ha tratado de solucionar sin modificar el texto de los códigos penales desde distintas perspectivas: causa de justificación, de exculpación o de atipicidad.

Entre quienes sostienen que quien mata por piedad lo hace en estado de necesidad encontramos a Enrique Gimbernat, que hace prevalecer el derecho a una muerte digna emanado de la dignidad de la persona humana.¹⁸ Bustos Ramírez alude al estado de necesidad exculpante —para sortear más fácilmente la problemática de la valoración de los bienes—¹⁹ y Jescheck a la ausencia de culpabilidad por inexigibilidad de otra conducta.²⁰

Díaz Aranda, por su parte, se pronuncia por la atipicidad de quien causa directamente la muerte del enfermo terminal o con graves minusvalías. Según este autor el tipo que condena el homicidio consentido tiene la finalidad de evitar que otro ejecute la muerte del que puede ejercer por sí mismo el derecho a la disponibilidad de su vida. No quedaría comprendido por el tipo el caso de quien mata al que no puede por su incapacidad física ejercer ese derecho.²¹

VII. De las posturas anteriores, la que intenta resolver el problema desde la perspectiva de las justificantes, en especial del estado de necesidad, parece la más adecuada. No hay en principio inconveniente para reconocer en el sistema jurídico mexicano el derecho a una vida digna y, por ende, a morir con dignidad. En efecto, los principios que se derivan de la Constitución política mexicana, de los tratados internacionales signados por

18 Gimbernat Ordeig, Enrique, “Eutanasia y derecho penal”, *Estudios de derecho penal*, Madrid, Tecnos, 1990.

19 Citado por Díaz Aranda, Enrique, *op. cit.*, nota 7, p. 47.

20 Jescheck, H. H., *Tratado de derecho penal*, p. 281: citado por Díaz Aranda, Enrique, *op. cit.*, nota 7, p. 282.

21 Díaz Aranda, Enrique, *op. cit.*, nota 7, p. 290.

México y de las recientes reformas a la Ley General de Salud permiten afirmar que habría una colisión de bienes jurídicos entre el derecho a morir dignamente y la vida desvalorada por el consentimiento del pasivo. Esta solución permite abarcar mayor número de casos de eutanasia —un médico podría proporcionar una droga mortal a un paciente que se lo pidiera y que, en sentido estricto, tuviera la fortaleza física para poder autolesionarse— y supera de mejor manera los escollos derivados del principio de legalidad que nos impide distinguir donde la ley no lo hace.

Si esto es así, en los casos de conjunción entre el auxilio, la instigación al suicidio, y el homicidio consentido y la eutanasia que reunieran las características de un estado de necesidad justificante, no habría injusto que perseguir. No cabría entonces la participación criminal —ni aunque se adopte la postura del Código de Tabasco que los considera como tipos autónomos—, ya que no se estaría participando en ningún delito. Sólo podríamos hablar de colaboración humanitaria.

EL CONSENTIMIENTO DEL OFENDIDO EN LA EUTANASIA

Rodrigo ZAMORA ETCHARREN*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Naturaleza jurídica del consentimiento del ofendido.* III. *El consentimiento del ofendido en la eutanasia.* IV. *Conclusiones.*

I. INTRODUCCIÓN

El problema del aborto versa sobre la muerte antes de una vida plena y la eutanasia sobre la muerte después de que la vida plena ha terminado.¹ Prolongación de signos vitales no es prolongación de la vida humana... vida biológica es diferente que vida humana.²

En las reformas de 1994 a la legislación penal mexicana se introdujo la fracción III al artículo 15 del Código Penal, en la que se incluyó al consentimiento del ofendido como causa excluyente de delito.

Al efecto, la doctrina cuestiona las implicaciones del consentimiento que el ofendido otorgue ante una conducta que, en la generalidad de los casos, sería delictiva y atentaría contra un bien

* Socio del Bufete Zamora-Pierce; miembro de la Barra Mexicana Colegio de Abogados, A. C., y de la Barra del Estado de Nueva York.

¹ Dworkin, Ronald, *Life's Dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia and Freedom*, Estados Unidos, Vintage Books, 1994, p. 3.

² Roldán González, Julio, *Ética médica*, 2a. ed., México, Ediciones de la Universidad La Salle, 1984, p. 94.

jurídico del que el ofendido o la sociedad son titulares. Es claro que quien ofende el derecho del que así lo quiere no puede equipararse al que viola el derecho de quien así no lo quiere.

II. NATURALEZA JURÍDICA DEL CONSENTIMIENTO DEL OFENDIDO

El consentimiento del ofendido, en palabras de Muñoz Conde,³ puede desplegar sus efectos por una triple vía: *a)* como causa de exclusión de la tipicidad del hecho; *b)* como causa específica de atenuación de la pena, y *c)* como causa de justificación.

1. *Causa de atipicidad*

La mayoría de los tipos penales presuponen la ausencia de consentimiento del titular del bien jurídico individual o, en su caso, de la persona sobre la que recae la acción, ya que, en caso de mediar consentimiento, el hecho se considera atípico.

Los tipos penales protectores de bienes jurídicos disponibles aluden, en forma directa o indirecta, a la ausencia de consentimiento, o bien lo dan por supuesto. Al no poderse lesionar el bien jurídico por parte del sujeto activo, en estos casos, el consentimiento pasa a ser una causa de atipicidad de la conducta.

2. *Causa de justificación*

El consentimiento justificante representa una renuncia a la protección del derecho. Por lo mismo, su alcance se limita a aquellos casos en que el ordenamiento jurídico le conceda a la persona protegida la posibilidad de emplear su derecho de autodeterminación.⁴ Por consiguiente, su alcance efectivo se limita a

³ Muñoz Conde, Francisco y García Arán, Mercedes, *Derecho penal. Parte general*, 2a. ed., Valencia, Editorial Tirant lo Blanch, 1996, p. 421.

⁴ Wessels, Johannes, *Derecho penal. Parte general*, trad. de la 6a. ed. alemana, Buenos Aires, Depalma, 1980, p. 101.

los casos en que el ordenamiento jurídico le conceda a la persona protegida la posibilidad de emplear su derecho de autodeterminación, renunciando a sus bienes.⁵

3. *Causa de atenuación de la pena*

Los efectos que hemos mencionado en los dos puntos anteriores no podrán ser los mismos en los casos en que los tipos penales tutelén bienes jurídicos indisponibles. En estos supuestos, lo más que podrá hacer el consentimiento del ofendido será: *a*) tipificar la conducta en un tipo especial que tenga fijada una pena menor a la del tipo genérico, o *b*) influir en el juzgador para que, en caso de condenar al ofensor, le imponga, dentro del rango que el tipo permita, una pena media o mínima.

Todo esto sucederá cuando el consentimiento se otorgue en relación a bienes jurídicos cuyo titular sea la colectividad, sin importar que la conducta se oriente sobre un sujeto en específico. De conformidad con lo anterior, el artículo 52 del Código Penal Federal dispone que el juez fijará las penas y medidas de seguridad que estime justas y procedentes dentro de los límites señalados para cada delito, con base en la gravedad del ilícito y el grado de culpabilidad del agente, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, los motivos que lo determinaron a delinquir y todas las condiciones especiales y personales en que se encontraba el agente al momento de la comisión del ilícito.

III. EL CONSENTIMIENTO DEL OFENDIDO EN LA EUTANASIA

1. *Bien jurídico protegido*

El Código Penal Federal (artículo 15, fracción III, inciso *a*) establece la necesidad de que el consentimiento, para que surta

5 *Ibidem*, p. 100.

sus efectos, debe hacerse respecto de bienes jurídicos disponibles.

Villalobos indica que sólo cuando el interés social consiste en amparar un interés privado de que puede disponer su beneficiario, y por tanto cuando ambos intereses coinciden íntegramente de manera que desaparecido el interés individual desaparezca también el interés social, será que el consentimiento podrá surtir sus efectos como causa excluyente de delito.⁶

Maggiore dice que son derechos no disponibles: *a)* los derechos típicamente públicos, o sea, los pertenecientes al Estado o a las entidades públicas en ejercicio de alguna actividad pública, salvo cuando la disponibilidad resulta de alguna expresa disposición legal; *b)* los derechos mediatamente públicos, en cuanto se refieren a bienes e intereses de naturaleza colectiva o social, tales como los derechos de familia y los que se refieren a la integridad y salud de la estirpe, a la fe pública, al sentimiento religioso o al respeto a los difuntos, y *c)* los derechos personalísimos, impropiaamente llamados derechos sobre la propia persona.⁷

Tenemos, entonces, que el consentimiento solamente puede ser otorgado en relación a bienes jurídicos individuales, es decir, aquellos sobre los cuáles cada quien pueda adoptar sus decisiones sin que éstas afecten a la sociedad, al bien común o al interés público. La gran mayoría de la doctrina, fundándose en lo anterior, establece su negativa a permitir el consentimiento válido en los casos que involucren la vida.

2. Efectos

La legislación mexicana, en forma clara, establece que el consentimiento del ofendido en el homicidio despliega sus efectos como causa específica de atenuación de la pena.⁸ El artículo

6 Villalobos, Ignacio, *Derecho penal mexicano. Parte general*, 2a. ed., México, Porrúa, 1960, p. 340.

7 Maggiore, Giuseppe, *Derecho penal*, 2 ts., trad. de la 5a. ed. italiana, Bogotá, Temis, 1954, pp. 439 y 440.

8 Cabe señalar que autores como el doctor Enrique Díaz Aranda (*Del*

312 del Código Penal Federal establece una atenuación de la pena para los casos de suicidio asistido y homicidio consentido: “El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”.

De este precepto tenemos que el ordenamiento penal mexicano no contempla el consentimiento del ofendido como causa de atipicidad o de justificación del homicidio, sino como causa de atenuación de la pena.

3. *Soluciones*

¿Qué tan mala puede ser la eutanasia si opera en favor de los intereses del solicitante? ¿Debemos vivir bajo coerción o bajo responsabilidad y autonomía? ¿Los avances de la medicina para prolongar la vida deben acarrear una mayor protección para los pacientes que no deseen prolongarla innecesariamente? La pregunta que nos debemos hacer no es si la vida plena debe ceder ante otros valores, sino ¿cómo debemos entender y respetar cada uno el concepto de “vida plena”?⁹

Nuestra sociedad entiende que el estar vivo, por sí mismo, es bueno, y que una muerte prematura es mala. Tenemos una idea misteriosa del sentido intrínseco de la vida. Sin embargo, ¿cómo puede ser que una persona se pueda suicidar pero no pueda pedir asistencia para ello? ¿Cómo puede ser importante una vida si ella no le importa a alguien?¹⁰

La verdad de las cosas es que, hoy día, existe alrededor del mundo un gran número de personas que, por su especial situa-

suicidio a la eutanasia, 1a. reimp., México, Cárdenas Editor, 1998, p. 282) sostienen que el homicidio consentido por una persona cuya situación física le imposibilita permanentemente para ejecutar su propia muerte, es atípico.

9 Dworkin, Ronald, *op. cit.*, nota 1, p. 217.

10 *Ibidem*, p. 69.

ción, ruega y pide a terceros que se dé terminación a su existencia. Estas son personas que sufren de dolores extremos e interminables, seriamente inválidas, o que se encuentran cerca de la muerte.

Ya Argüelles dijo: “Yo sé bien que la justicia y la piedad tienen áreas distintas; pero tampoco ignoro que la justicia transida de piedad es más justa”.¹¹ No considero que una mera reducción de la pena sea suficiente. Posibles soluciones son legalizar la eutanasia u otorgar a la autoridad judicial la facultad del perdón judicial.

La primera opción ya ha sido implantada, entre otros lugares, en Holanda, donde los artículos 293 y 294 de su Código Penal, a pesar de sancionar el homicidio consentido, lo hacen con una pena de 0 a 12 años de prisión. El gobierno holandés emitió unas reglas que, si son respetadas por los médicos que practiquen la eutanasia, conllevan la absolución del inculcado.¹² En sentido similar han obrado Colombia, Uruguay y Rusia.¹³

Por su parte, múltiples naciones han incorporado en sus códigos penales la facultad a la autoridad judicial de otorgar el perdón judicial al inculcado. Entre estas naciones tenemos a Argentina, Brasil, Francia, Alemania, Italia, Noruega, Polonia y España.¹⁴

4. *Problemas*

La aplicación práctica y diaria de la eutanasia ciertamente presenta serios problemas. No es este el trabajo que debe lidiar con ellos, sin embargo, desde ahora preveo los siguientes:

11 Argüelles, Francisco, “La muerte por móviles de piedad”, *Criminalia*, año XVII, núm. 2, febrero de 1951.

12 Para un análisis de la eutanasia en Holanda, véanse Pool, Robert, *Negotiating a Good Death. Euthanasia in the Netherlands*, Estados Unidos, The Haworth Press, Inc., 2000; Díaz Aranda, Enrique, *op. cit.*, nota 8, p. 84.

13 Artiachi de León, Angélica, “El derecho a una muerte digna”, *Criminalia*, año LIX, núm. 3, septiembre-diciembre de 1993.

14 *Idem.*

- a) *Legitimación del solicitante.* ¿Sólo la persona que será sujeto pasivo de la eutanasia o también terceros? ¿Sólo familiares?, ¿de cuál grado?, ¿qué pasa en casos de conflictos entre los terceros?
- b) *Capacidad del solicitante.* ¿Debe encontrarse en un estado (de madurez y de conciencia) que entienda las implicaciones del consentimiento? ¿Qué pasa con los solicitantes que padezcan de enfermedades que constantemente les hagan padecer cambios de ánimo y sus decisiones continuamente cambien?
- c) *Consentimiento presunto.* ¿Se debe permitir esta clase de consentimiento para la eutanasia? ¿Si no se permite, hay algo que hacer para pacientes en coma o inconscientes?

En fin, los problemas son muchos.

5. *Salvaguardas*

A fin de evitar la mayoría de los problemas que pueden surgir con la legalización de la eutanasia, conviene que su reglamentación prevea que:

- El sujeto pasivo otorgue un consentimiento solemne, voluntario, razonado y continuo (revocable en cualquier momento).
- El sujeto pasivo sufra de dolores o enfermedades insoportables e incurables.
- El médico (único profesionalista autorizado para practicarla) consulte al menos con dos colegas independientes.
- El médico emita un reporte médico de todo el proceso.
- El médico platique con el paciente las alternativas de la eutanasia.
- Se tomen las medidas para que el sujeto pasivo y sus familiares sufran lo menos posible.

- La autorización no deberá surtir sus efectos sino al menos una semana después de otorgada.
- El Ministerio Público tenga intervención antes y después de practicada la eutanasia.
- El Poder Judicial otorgue su consentimiento para la práctica de cada eutanasia.¹⁵

IV. CONCLUSIONES

Primera. La legislación mexicana contempla el consentimiento del ofendido en la eutanasia como una causa de atenuación de la pena.

Segunda. No considero que la reducción de la pena sea suficiente; pues debe legalizarse la práctica de la eutanasia u otorgar a la autoridad judicial la facultad del perdón judicial en estos casos.

¹⁵ Para una posible reglamentación del proceso de la eutanasia, véase *idem.*

UNITED STATES LEGAL ASPECTS OF EUTHANASIA

Ronald L. SCOTT*

SUMARIO: I. *Introduction*. II. *Autonomy & privacy*. III. *Patient's right to refuse medical treatment*. IV. *Advance directives*. V. *Physician-assisted suicide*. VI. *Conclusion*.

I. INTRODUCTION

Active euthanasia as practiced in the Netherlands is not legally permissible anywhere in the United States. A large majority of states make assisting in suicide a crime, whether the assistance is by a physician or anyone else. Although state courts and the U. S. Supreme Court have long held that a competent patient may refuse necessary lifesaving treatment, only one state has legalized physician-assisted suicide. And the Supreme Court has held that patients do not have a constitutional right to physician-assisted suicide. Courts are loath to use the word “euthanasia”

* Research Professor, University of Houston Law Center, Health Law and Policy Institute, J. D., 1976, University of Oklahoma, LL. M., 1996, University of Houston. The author is presently working with the Texas Legislature on a variety of legal and policy issues related to health law and policy, with an emphasis on regulation of tobacco, telemedicine and e-healthcare issues. He teaches Health Care Legislation, E-Health Law, and Introduction to American Law. Prior to his academic appointment, Mr. Scott practiced corporate and international law. He is admitted as a Solicitor to the High Court of England, and to the bars of Texas and Oklahoma. The author may be contacted at rscott@central.uh.edu.

in discussing right-to-die issues, referring instead to a right to hasten one's death or other phrases less pejorative than the term euthanasia.

II. AUTONOMY & PRIVACY

“Autonomy” can be understood by terms such as “self-rule”, “self-determination”, “self-government”, and “independence”.¹ For clarity, we should distinguish autonomy from privacy. As can be seen from the Supreme Court's use of “privacy” to mean “autonomy”, there is an overlap between the two concepts. Autonomy “has nothing to do with privacy in the ordinary sense (a liberty to enjoy one's solitude unwitnessed, unintruded upon, even unknown about in certain ways); but it is central to the constitutional doctrine of privacy-as-autonomy”.² It has been argued that the right to privacy is a plea for the right to misrepresent oneself to others.³ The distinction between autonomy and privacy is easier to express than that of their relationship. Perhaps the concept of privacy simply recognizes how we value autonomy, *i. e.*, our willingness to respect the privacy of an individual is a result of the value we place on autonomy. When a person says, “it's none of your business”, we recognize his right of autonomy by agreeing with him, *i. e.*, the grant of privacy. One aspect of autonomy that is especially relevant in the medical context is the autonomy of one's body. The law recognizes and protects such bodily autonomy in tort. Without consent, a simple unconsented to touching may constitute battery. In the early history of medical malpractice, lack of informed consent to surgery was often pleaded as battery.⁴ Bodily

1 Feinberg, Joel, “Autonomy, Sovereignty, and Privacy: Moral Ideals in the Constitution?”, 58 *Notre Dame L. Rev.*, 445 y 446, 1983.

2 *Ibidem*, at 485.

3 Epstein, Richard E., “The Legal Regulation of Genetic Discrimination: Old Responses to New Technology?”, 74 *Boston U. L. R.*, vol. 1, 12, 1994.

4 *Mohr v. Williams*, 104 N. W. 12 (Minn. 1905).

autonomy may also be violated by withholding requested treatment rather than by imposing treatment against one's will, but clearly the starting point is that a competent person has the decision making authority.⁵ Autonomy encompasses far more than mere bodily autonomy. The most basic autonomy-right is the right to choose how to live one's life, particularly in the area of critical life-decisions such as religion, marriage, procreation, career, personal values, etc.⁶ Autonomy has become institutionalized in American culture.⁷ Our liberal tradition exalts "separation, autonomy, individuation and natural rights" and equates "maturity... with personal autonomy".⁸

Consider also the comment from Justice Marshall in *Kelly v. Johnson*,⁹ "the values of privacy, self-identity, autonomy, and personal integrity [are those] I have always assumed the Constitution was designed to protect". Issues associated with privacy and autonomy originally focused on the individual's right to be left alone by the government, but have extended to our thinking about relationships with each other.¹⁰ One commentator said the phrase "it's none of your business" is as important to our vocabulary as "it's a free country".¹¹ Autonomy carries with it the idea that in making choices, one is aware of the foreseeable consequences and assumes responsibility for such consequences that flow to him from his voluntary choices.¹²

5 Feinberg, Joel, *op cit.*, nota 1, at 453.

6 *Ibidem*, at 454.

7 Kephart Cipriani, Jean, "The Limits of the Autonomy Principle: Refusal of Life-Sustaining Medical Treatment for Incompetent Persons", 22 *Hofstra L. Rev.*, 703, 1994.

8 *Ibidem*, at 704.

9 *Kelly v. Johnson*, 425 U. S. 238, 251 (1976) (Marshall, J., dissenting).

10 Kephart Cipriani, Jean, *op. cit.*, nota 7, at 704.

11 Kreimer, Seth F., "Sunlight, Secrets and the Scarlet Letters: The Tension Between Privacy and Disclosure in Constitutional Law", 140 *U. Pa. L. Rev.*, 1, 71, 1991.

12 Feinberg, Joel, *op. cit.*, nota 1, at 481.

III. PATIENT'S RIGHT TO REFUSE MEDICAL TREATMENT

1. *Wons v. Public Health Trust*

Moving forward one's death by refusing medical attention is sometimes referred to as "passive" euthanasia to be distinguished from "euthanasia", a term that describes the hastening of one's death done willingly and by the act of another.¹³ Several cases have involved a person's refusal to consent to lifesaving treatment, and the patient's right to refuse such treatment has been upheld by the courts.

In *Wons v. Public Health Trust*,¹⁴ the Florida Supreme Court considered whether a competent adult has a lawful right to refuse a life-saving blood transfusion. Plaintiff Norma Wons entered Jackson Memorial Hospital (operated by the Public Health Trust of Dade County) with dysfunctional uterine bleeding. Doctors informed her that she would require treatment in the form of a blood transfusion, or in all probability she would die. Mrs. Wons, a practicing Jehovah's Witness and mother of two minor children, declined the treatment on grounds that to receive blood from outside her own body would violate her religious principles. At the time, Mrs. Wons was conscious and able to make an informed decision about her treatment.

The Health Trust petitioned the circuit court to force Mrs. Wons to undergo a blood transfusion. At the hearing, Mrs. Wons's husband testified that he fully supported his wife's decision to refuse treatment and that, in the unfortunate event she were to die, their two children would be cared for by Mr. Wons and Mrs. Wons's mother and brothers. Nevertheless, the court granted the petition and ordered the hospital doctors to administer the blood transfusion. This was done while Mrs. Wons was unconscious. The trial judge reasoned that minor children have a right to be

13 "The Right to Die", 7 *Houston L. Rev.*, 654, 1970.

14 *Wons v. Public Health Trust*, 541 So. 2d 96 (Fla. 1989).

reared by two loving parents, a right that overrides a mother's rights of free religious exercise and privacy.

Upon regaining consciousness, Mrs. Wons appealed. The Florida Supreme Court analyzed an individual's right to refuse medical treatment in terms of their decision in *Satz v. Perlmutter*¹⁵ a case that established four criteria wherein the right to refuse medical treatment may be overridden by a compelling state interest. These factors are preservation of life, protection of innocent third parties, prevention of suicide, and maintenance of the ethical integrity of the medical profession.¹⁶ The court noted that these factors are by no means a "bright-line test" capable of resolving every dispute regarding the refusal of medical treatment. Rather, these factors are intended to be considered in making the difficult decision of when a compelling state interest overrides the basic constitutional rights of privacy and religious freedom. The court held that the state's interest in maintaining a two-parent home for the benefit of minor children does not override Mrs. Wons's constitutional rights of privacy and religion.¹⁷

The primary state interest advanced in this case, the protection of innocent third parties, has its basis in the doctrine of *parens patriae*, and seeks to prevent the abandonment of minor children.¹⁸ There would be no abandonment in this case. The testimony showed that in the event of Mrs. Wons's death, the father, with the aid of relatives, would care for her two minor children.¹⁹ Perhaps the most important state interest is the preservation of life. Should a favorable medical prognosis affect the state's interest? Is the state's interest in preservation of life less where chances of recovery are low? In principle, the court might recognize "quality of life" concerns, but the court here

15 *Satz v. Perlmutter*, 379 So. 2d 359 (Fla. 1978), aff'd 362 So. 2d 160 (Fla. 4th DCA 1980).

16 362 So. 2d, 160, 162.

17 *Wons v. Public Health Trust*, 541 So. 2d 96, 98.

18 *Satz v. Perlmutter*, 362 So. 2d, 160, 162.

19 *Wons v. Public Health Trust*, 541 So. 2d 96, 98.

said that a favorable prognosis does not mean that the state has an automatic right to intervene. Mrs. Wons could not return to a normal life, since receiving a blood transfusion is a serious sin for a Jehovah's Witness. The "cost" to the patient, whether economic, emotional, or spiritual must be viewed from the patient's perspective.²⁰ The remaining two *Perlmutter* state interests are the duty to prevent suicide and the maintenance of the ethical integrity of the medical profession. *Wons* is not a suicide case, since Mrs. Wons does not desire to die. Rather, she has chosen not to live, since living would require the violation of her religious beliefs. If the patient should die because no blood transfusion is administered, her death would be of natural causes, not suicide. Judge Ehrlich said that the ethical integrity of the medical profession is not seriously impaired under the facts of this case since existing medical mores recognize the right to refuse treatment in "appropriate cases", and that it is not necessary to deny the patient's right of self determination to recognize the interests of health care providers. Also, informed consent and the right of privacy have as foundations the right to bodily integrity and control of one's fate, and therefore, such rights are superior to concerns of maintaining the ethical integrity of the medical profession.²¹

2. *Cruzan v. Harmon*²²

Nancy Beth Cruzan was injured in an automobile accident on January 11, 1983. She was found in a ditch without detectable respiratory or cardiac function, but the paramedics were able to restore her breathing and heartbeat. She was transported to a hospital. Her neurosurgeon diagnosed a cerebral contusion complicated by the lack of oxygen (anoxia). Cruzan progressed to an

20 *Wons v. Public Health Trust*, 541 So 2d, 96, 100.

21 *Ibidem*, at 101.

22 *Cruzan v. Harmon*, 760 S.W. 2d 408, 411 (Mo. 1988) (en banc), aff'd sub nom. *Cruzan v. Director*, Mo. Dep't of Health, 110 S. Ct. 2841 (1990).

unconscious state and a gastrostomy feeding and hydration tube was implanted. For eight years, she remained in a persistent vegetative state. She retained motor reflexes but almost no cognitive function, although she could perhaps feel pain. Her medical condition was as follows: *a*) she did not require artificial life support to maintain respiration or circulation; *b*) her only responses to the environment were reflexive ones to sound and perhaps pain; *c*) she had suffered anoxia of the brain and cerebral cortical atrophy, a condition that was irreversible, permanent, progressive, and ongoing; *d*) her cognitive brain function was limited to her grimacing, perhaps in response to pain and sound; *e*) she was a spastic quadriplegic; *f*) all four of her extremities were contracted with irreversible damage, and *g*) she had neither cognitive nor reflexive ability to swallow food or water to maintain her daily needs.

However, Cruzan was not terminally ill. And according to experts she could have lived for another thirty years with the State of Missouri paying for her care.²³ Her parents sought and obtained a court order to have nutrition and hydration withdrawn. The Missouri Supreme Court later reversed the order. The court held there was no clear and convincing evidence that Cruzan would have wanted her life-sustaining treatment withdrawn. The court said her parents could not exercise “substituted judgment” since they could not comply with the formalities of Missouri’s living will statute.²⁴ The court held that the State of Missouri had a clear interest in preserving life, but that “the state’s interest is not in quality of life... [w]ere quality of life at issue, persons with all manner of handicaps might find the state seeking to terminate their lives. Instead, the state’s interest is in life; that interest is unqualified”.²⁵

23 S. E. Seicshnaydre, “Cruzan v. Director, Missouri Department Of Health: Discerning The Possibilities And The Limitations Of An Incompetent’s Exercise Of The Right To Refuse Treatment”, 65 *Tul. L. Rev.*, 1289, 1991.

24 Cruzan, 760 S.W.2d 408, 425.

25 *Ibidem*, at 420.

3. *Cruzan v. Director*²⁶

In *Cruzan v. Director*, the decision was affirmed by the U. S. Supreme Court which held that the U. S. Constitution does not forbid the “clear and convincing” evidence standard required under Missouri law. The Court also concluded that the Missouri Supreme Court’s finding that the evidence did not show clear and convincing proof of Cruzan’s desire to have hydration and nutrition removed was constitutional. Further, the due process clause does not require that a state accept the “substituted judgment” of family members without adequate proof that their views in fact reflect those of the patient.²⁷ The due process clause protects two separate interests, *i. e.*, *a*) an interest in life, and *b*) an interest in refusing medical treatment. Also, Missouri may seek to safeguard an individual’s personal choice between life and death by imposing a heightened evidentiary standard.²⁸

There were two dissents in the case. Justice Brennan argued that Cruzan possessed a fundamental right under the Constitution to be free of unwanted nutrition and hydration and that her right was not outweighed by any state interest. He felt that Missouri’s “procedural obstacles” impermissibly burdened the exercise of her right.²⁹ In his dissenting opinion, Justice Stevens found that Missouri only had an “abstract, undifferentiated interest in the preservation of life”. The Constitution therefore required the state to respect Cruzan’s “own best interests” which arguably would be satisfied by allowing her guardians to exercise her right to refuse medical treatment.³⁰

After the Supreme Court rendered its decision, the Cruzan family went back to the Probate court to present new evidence

²⁶ *Cruzan v. Director*, Missouri Department of Health, 110 S. Ct. 2841, 1990.

²⁷ *Idem*.

²⁸ *Ibidem*, at 2852 y 2853.

²⁹ *Ibidem*, at 2864 (Brennan, J., dissenting).

³⁰ *Ibidem*, at 2879 (Stevens, J., dissenting).

from three of Cruzan's co-workers who all testified that Cruzan had previously said she would never want to live "like a vegetable". The state of Missouri withdrew from this action, and with a specific finding that the evidence was "clear and convincing" the Cruzan's were finally able to obtain an order to remove the nutrition and hydration tube. Cruzan's court-appointed guardian did not contest the matter. Nancy Cruzan died on December 26, 1990.³¹

IV. ADVANCE DIRECTIVES

As a result of the ruling in *Cruzan v. Director*, mechanisms for documenting a competent person's choice about terminating life-sustaining treatment became popular. Many states enacted statutes that provided for advanced medical directives including living wills and durable powers of attorney for health care.³² Congress responded by enacting The Patient Self-Determination Act of 1990³³ ("the Act"). The Act requires health care providers to furnish information to patients regarding advance medical directives, institutional protocols, and current state laws. The information describes the patient's right to refuse medical treatment in accordance with state law, whether statutory or case law. Further, the health care provider must outline its policies for respecting the patient's advance directives.³⁴ After providing the required advance directives information to the patient, the health care provider is required to document whether the patient has executed an advance directive. There have been a number of

31 Seicshnaydre, 65 *Tul. L. Rev.*, 1289, 1301.

32 Salatka, Michael A., "The Patient Self-Determination Act of 1990: Issues Regarding the Facilitation of Advance Directives, Patient Autonomy, Assisted Suicide, and Euthanasia", 1 *J. Pharmacy & Law*, 155, 1992.

33 Pub. L. No. 101-508, 4206, 104 Stat. 291 (1990). The Patient Self-Determination Act amends the Social Security Act's provisions on Medicare and Medicaid. Social Security Act 1927, 42 U. S.C. 1396, 1990.

34 Salatka, *op. cit.*, nota 32, at 157.

criticisms of the Act. The Act does not help clarify cases where a patient has not executed an advance directive, even in emergency situations where the victim cannot be admitted to a health care institution. Also, the Act does not alter state laws preventing a patient from refusing medical treatment, e. g., a patient who is not “terminally ill” under Illinois law cannot be certain his advance directive will be honored.³⁵ Even though her death (or life) was a strong factor in passing the legislation, the Act would not have helped Nancy Cruzan since she had not executed an advance directive.

Advance directives are usually living wills or durable powers of attorney. All fifty states have enacted a living will statute that allows competent individuals to exercise their right to refuse health care prior to their own incompetency. A large majority of states have also enacted durable powers of attorney statutes. As an alternative or addition to a living will, individuals may formulate advance directives by appointing an agent or proxy a durable power of attorney for health care under state law. The agent is authorized to perform certain acts or make authoritative decisions about medical treatment.³⁶

V. PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE

“Ending of the life of another in order to end that patient’s suffering is usually referred to as active euthanasia (or mercy killing) or, depending on the mechanism by which death occurs, assisted suicide”.³⁷ There are important differences between assisted suicide and active euthanasia. For example, active euthanasia could involve a physician injecting a patient with a lethal dose of barbiturates. Alternatively, the physician could merely prescribe a lethal dose of barbiturates, and allow the patient to

35 *Ibidem*, at 158.

36 *Ibidem*, at 159.

37 Meisel, Alan, *The Right to Die*, vol. 2, 1995, p. 482.

perform the injection. In the latter case, the physician would arguably be assisting the patient to commit suicide. The legal and moral distinction between assisted suicide and active euthanasia arises because the patient has the final control and “is the last human agent in bringing about death”.³⁸ Even with this distinction, assisting another in suicide is a crime in a large majority of states either by statute or common law (whether committed by a physician or anyone else).³⁹

The U. S. Supreme Court has recognized a basic constitutional “right to privacy”, but the name of the right is perhaps misleading. The right is more suggestive of a domain within which an individual’s choice must be respected, *i. e.*, a “sovereign personal right of self-determination”.⁴⁰ The Court has recognized the right of privacy in a number of cases involving rights of marital autonomy, abortion, heterosexual intimacies, contraceptives, and child-rearing.⁴¹ The right covers “only personal rights that can be deemed ‘fundamental’ or ‘implicit in the concept of ordered liberty.’ This privacy right encompasses and protects the personal intimacies of the home, the family, marriage, motherhood, procreation, and child-rearing...”⁴² Two cases have addressed the constitutionality of statutory prohibitions against assisted suicide. *Compassion in Dying* considered whether such statutes violate the due process clause of the Fourteenth Amendment which provides that a person may not be “deprived of life, liberty or property without due process of law”. The “due process of law” language may be confusing to those unfamiliar with constitutional law. As interpreted by the U. S. Supreme Court, certain rights (including some privacy rights) are encompassed within the term “liberty”, and a state may not infringe

38 *Ibidem*, at 486.

39 *Ibidem*, at 478.

40 *Ibidem*, at 483.

41 *Ibidem*, at 487.

42 *Paris Adult Theatre I v. Slaton*, 413 U. S. 49, 65 (1973) [quoting *Palko v. Connecticut*, 302 U. S. 319, 325 (1937)].

those rights “no matter what process it uses”.⁴³ The second case, *Vacco v. Quill*, considered whether prohibitions against assisted suicide violate the equal protection clause of the Fourteenth Amendment which provides that no state shall “deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws”.

1. *Compassion in Dying v. State of Washington*

*Compassion in Dying*⁴⁴ was the first federal court of appeals case to address the constitutionality of statutes prohibiting assisted suicide. The question presented in the case is whether a person who is terminally ill has a constitutionally protected liberty interest in hastening what might otherwise be a protracted, undignified, and extremely painful death. Further, if such an interest exists, the court must consider whether or not the state of Washington may constitutionally restrict its exercise by banning a form of medical assistance that is frequently requested by terminally ill people who wish to die. The court held that there is a constitutionally protected liberty interest in determining the “time and manner” of one’s own death but that such interest must be weighed against the state’s legitimate and countervailing interests, especially those that relate to the preservation of human life. After balancing the competing interests, the court held that insofar as the Washington statute prohibits physicians from prescribing life-ending medication for use by terminally-ill, competent adults who wish to hasten their own deaths, the statute violates the due process clause of the Fourteenth Amendment.

The plaintiffs were four physicians who treat terminally ill patients, three terminally ill patients, and a Washington non-profit organization called Compassion In Dying.⁴⁵ The patients in-

⁴³ Véase Burnham, William, *Introduction to the Law and Legal System of The United States*, 1999, p. 339.

⁴⁴ *Compassion In Dying v. State Of Washington*, 79 F.3d 790 (9th Cir. 1996).

⁴⁵ *Ibidem*, at 794.

cluded Jane Roe, a 69-year-old retired pediatrician who has suffered since 1988 from cancer that has now metastasized throughout her skeleton; John Doe, a 44-year-old artist dying of AIDS; and James Poe, a 69-year-old retired sales representative who suffers from emphysema that causes a constant sensation of suffocating.⁴⁶ All three were competent and died before the opinion had been rendered, but the case was allowed to continue on the basis that the issue would come up again and that terminally ill patients may die before the issue is decided by the court. In addition, the doctor's claims remained alive.

The court first asked whether there was a violation of the due process clause and said it must first determine whether there is a liberty interest in choosing the time and manner of one's death—in common parlance “Is there a right to Die?” The court held there is a liberty interest, and then analyzed whether prohibiting physicians from administering life-ending medication to terminally ill patients who wish to die violates such patient's due process rights.⁴⁷ The court notes that whether constitutional rights have been violated is determined by balancing the liberty interests of the plaintiffs against the relevant state interests. The court did not narrowly define the liberty interest as a constitutional right to aid in killing oneself. For an important reason, the court used broader and more accurate terms such as “the right to die”, “determining the time and manner of one's death”, and “hastening one's death”. The liberty interest encompasses a whole range of acts that are generally not considered to constitute “suicide”. An example is the act of refusing or terminating unwanted medical treatment. The court said a competent adult has a liberty interest in refusing to be connected to a respirator or in being disconnected from one, even if he is terminally ill and cannot live without mechanical assistance. Further, the court said the law does not classify as “suicide” the

⁴⁶ *Ibidem*, at 795.

⁴⁷ *Ibidem*, at 798.

death of a patient that results from the granting of his wish to decline or discontinue treatment nor does it label as assistance in suicide the acts of those who help the patient carry out that wish, whether by physically disconnecting the respirator or by removing an intravenous tube. The court said, “[a]ccordingly, we believe that the broader terms — ‘the right to die’, ‘controlling the time and manner of one’s death’, and ‘hastening one’s death’ — more accurately describe the liberty interest at issue here”.⁴⁸

The court identified six relevant interests of the state: *a*) the general interest in preserving life; *b*) the specific interest in preventing suicide; *c*) the interest in avoiding the involvement of third parties and in precluding the use of arbitrary, unfair, or undue influence; *d*) the interest in protecting family members and loved ones; *e*) the interest in protecting the integrity of the medical profession, and *f*) the interest in avoiding adverse consequences that might ensue if the statutory provision at issue is declared unconstitutional.⁴⁹

The court pointed out that the state of Washington has already decided that its interest in preserving life should ordinarily give way to the wishes of the patients. At least in the case of competent, terminally ill adults who are dependent on medical treatment. In its Natural Death Act,⁵⁰ Washington permits adults to have “life-sustaining treatment withheld or withdrawn in instances of a terminal condition or permanent unconsciousness”.⁵¹ In adopting the statute, the Washington legislature necessarily determined that the state’s interest in preserving life is not so strong as to thwart the informed desire of a terminally ill, competent adult to refuse medical treatment.⁵²

48 *Ibidem*, at 802.

49 *Ibidem*, at 817.

50 *Ibidem*, citado en *Wash. Rev. Code* 70.122.020 *et seq.*

51 *Ibidem*, citado en *Wash. Rev. Code* 70.122.010.

52 *Ibidem*, at 817.

In this case, the concern regarding the third factor is that infirm, elderly persons will be subject to undue pressure to end their lives from callous, financially-burdened or self-interested relatives, or others who have influence over them. Persons with a stake in the outcome may exert pressure on the terminally ill to reject or decline life-saving treatment or may take other steps likely to hasten their demise. Surrogates under a mandate to exercise “substituted judgment” may make unfeeling life and death decisions for their incompetent relatives. The court concluded that involvement of physicians will help temper some of the problems of undue influence and also notes that the “terminally ill” patients would die anyway.

This case is a powerful statement of the constitutional rights of patients, whether or not patients are seeking assisted suicide, and shows the present outer boundaries of thinking in the areas of patients’ rights to autonomy, freedom of choice, and freedom from interference by a well-meaning state. It also shows how far as a society we have come in thinking about the nature of life, the quality thereof, and even the nature of death. Motivated in part by the activist patients in the AIDS arena, we have become active rather than passive patients, taking a serious role in treatment decisions that would in an earlier era have been unthinkable. In essence, physicians have begun to respect their patients’ rights of autonomy in both choosing and refusing treatment. *Compassion in Dying* perhaps shows the outer reaches of autonomy and the courts’ protection thereof. However, the U. S. Supreme Court reversed the case.

2. *Washington v. Glucksberg*

In *Washington v. Glucksberg*,⁵³ the U. S. Supreme Court reversed the circuit court’s decision in *Compassion in Dying*. *Glucksberg* held that the asserted right to assistance in commit-

53 *Washington v. Glucksberg*, 117 S.Ct. 2258 (1997).

ting suicide was not a fundamental liberty interest protected by the due process clause and that Washington's ban on assisted suicide was rationally related to a legitimate government interest. The Court said:

[a]n examination of our Nation's history, legal traditions, and practices demonstrates that Anglo-American common law has punished or otherwise disapproved of assisting suicide for over 700 years; that rendering such assistance is still a crime in almost every State; [and] that such prohibitions have never contained exceptions for those who were near death...⁵⁴

Considering that history, the Court concluded the asserted "right" to assistance in committing suicide is not a fundamental liberty interest protected by the due process clause.

The Court rejected the circuit court's descriptions of the interest at stake, *e. g.*, "determining the time and manner of one's death" and the "right to die". The Court said that "the question before the Court is more properly characterized as whether the 'liberty' specially protected by the [due process] Clause includes a right to commit suicide which itself includes a right to assistance in doing so".⁵⁵ The Court said that "this asserted right has no place in our Nation's traditions, given the country's consistent, almost universal, and continuing rejection of the right, even for terminally ill, mentally competent adults".⁵⁶ The Court said that to uphold the asserted right, it would have to "reverse centuries of legal doctrine and practice, and strike down the considered policy choice of almost every State".⁵⁷ The Court recognized the constitutionally protected right to refuse lifesaving hydration and nutrition that was at issue in *Cruzan*, but said its decision in *Cruzan* "was not simply deduced from abstract concepts of personal autonomy, but was instead grounded in the

⁵⁴ *Ibidem*, at 2259.

⁵⁵ *Ibidem*, at 2260.

⁵⁶ *Idem*.

⁵⁷ *Idem*.

Nation's history and traditions, given the common-law rule that forced medication was a battery, and the long legal tradition protecting the decision to refuse unwanted medical treatment".⁵⁸

The Court gave more credence to the issue of protecting the integrity of the medical profession than did the circuit court. The Court adopted the position of the American Medical Association that "physician-assisted suicide is fundamentally incompatible with the physician's role as healer".⁵⁹ The Court also expressed concern that physician-assisted suicide might be improperly used to reduce the "substantial financial burden of end-of-life health care costs".⁶⁰

The Court noted that terminal patients have options in addition to assisted suicide. Washington law permits physicians to minimize pain when withdrawing artificial life-support by administering medication that will hasten death even further. Also, Washington law permits physicians "to administer medication to patients in terminal conditions when the primary intent is to alleviate pain, even when the medication is so powerful as to hasten death and the patient chooses to receive it with that understanding".⁶¹ At the time of this decision, the state of Oregon had already passed a statute allowing physician-assisted suicide. Although the Court rejected a constitutional right to assisted suicide, it also believed that states are better able to deal with the issues through legislation. The Court said that "[t]he experimentation that should be out of the question in constitutional adjudication displacing legislative judgments is entirely proper, as well as highly desirable, when the legislative power addresses an emerging issue like assisted suicide".⁶² The Court "should accordingly stay its hand to allow reasonable legislative consi-

58 *Idem.*

59 *Ibidem*, at 2273.

60 *Idem.*

61 *Ibidem*, at 2289.

62 *Ibidem*, at 2293.

deration". Further, the Court acknowledged "the legislative institutional competence"⁶³ as the better forum to address the issue.

3. *Quill v. Vacco*

In *Quill v. Vacco*,⁶⁴ plaintiff physicians argued that New York's statute prohibiting assisted suicide violated the U. S. Constitution's equal protection clause which provides that no state shall "deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws". Although the statute prohibited physicians from assisting their patients in suicide, New York law allowed patients on life support systems to hasten their deaths by requiring physicians to remove the life support systems. The court said there was nothing "natural" about causing death by withdrawing hydration, nutrition or ventilation. Further, the court felt that writing a prescription to hasten death "involves a far less active role for the physician than is required in bringing about death through asphyxiation, starvation and/or dehydration" and that "[t]he ending of life by these means is nothing more nor less than assisted suicide".⁶⁵ Finding the distinction between removing live support and assisting in suicide irrational, the court held that "physicians who are willing to do so may prescribe drugs to be self-administered by mentally competent patients who seek to end their lives during the final stages of a terminal illness".⁶⁶ However, the U. S. Supreme Court also reversed this case.

4. *Vacco v. Quill*

In *Vacco v. Quill*,⁶⁷ the U. S. Supreme Court reversed the Second Circuit's holding that New York's statute violated the

63 *Idem*.

64 *Quill v. Vacco*, 80 F.3d 716 (2d Cir. 1996), rev'd 117 S. Ct. 2293 (1997).

65 *Ibidem*, at 729.

66 *Ibidem*, at 718.

67 *Vacco v. Quill*, 117 S.Ct. 2293.

equal protection clause. The Court held that New York had a number of valid reasons for distinguishing between refusing treatment and assisting a suicide. Such reasons include: *a*) prohibiting intentional killing and preserving life; *b*) preventing suicide; *c*) maintaining physicians' role as healers; *d*) protecting vulnerable patients from indifference, prejudice, and psychological and financial pressure to end their lives, and *e*) avoiding a possible slippery slope toward euthanasia.⁶⁸ The Court did not find the purported distinctions irrational and held that there "are valid and important public interests that easily satisfy the constitutional requirement that a legislative classification bear a rational relation to some legitimate end".⁶⁹

The Court said that "neither New York's ban on assisting suicide nor its statutes permitting patients to refuse medical treatment treat anyone differently from anyone else or draw any distinctions between persons. Everyone, regardless of physical condition, is entitled, if competent, to refuse unwanted lifesaving medical treatment; no one is permitted to assist a suicide".⁷⁰ Further, laws that apply evenhandedly to all comply with the equal protection clause.⁷¹ The Court distinguished refusal of life-sustaining treatment and assisted suicide on the legal principles of causation and intent. A patient refusing life-sustaining medical treatment dies from an underlying fatal condition while a patient ingesting lethal medication prescribed by a physician is killed by that medication.⁷² Further, a physician's intent in withdrawing perhaps futile treatment is merely to honor his patient's wishes, and a physician's aggressive prescribing is intended to ease pain, not cause death. Further, when a patient requests the removal of life support, he may not have the specific intent to die,

68 *Ibidem*, at 2295 y 2296.

69 *Ibidem*, at 2296.

70 *Ibidem*, at 2297 y 2298.

71 *Ibidem*, at 2298.

72 *Idem*.

but rather to be free of futile medical technology.⁷³ However, a patient injecting a lethal drug arguably has the specific intent to end his life.

5. *Oregon's Death with Dignity Act*

In 1997, Oregon became the first (and only) state where physician-assisted suicide is legal. The Death with Dignity Act⁷⁴ was a citizen's initiative passed by 51% of Oregon voters in 1994, and reaffirmed by 60% of voters in 1997 after surviving a number of legal challenges.

Under the statute, a competent adult (18 years of age or older) patient who is a resident of Oregon, and has been determined by an attending physician and consulting physician to be suffering from a terminal disease, and who has voluntarily expressed his or her wish to die, may make a written request for medication for the purpose of ending his or her life in a humane and dignified manner in accordance with Oregon's Death With Dignity Act.⁷⁵

The patient must submit a written request substantially the form proscribed by statute, signed and dated by the patient and witnessed by at least two individuals who, in the presence of the patient, attest that to the best of their knowledge and belief the patient is capable, acting voluntarily, and is not being coerced to sign the request.⁷⁶ Witnesses must meet certain qualifications to reduce the possibility of fraud or coercion. For example, at least one of the witnesses must be a person who is not a relative of the patient by blood, marriage or adoption; a person who at the time the request is signed would be entitled to any portion of the estate of the qualified patient upon death under any will or by operation of law; or an owner, operator or em-

⁷³ *Ibidem*, at 2298 y 2299.

⁷⁴ Or. Stat. 127.800 *et. seq.*

⁷⁵ *Ibidem*, 127.805.

⁷⁶ *Ibidem*, at 127.810.

ployee of a health care facility where the qualified patient is receiving medical treatment or is a resident.⁷⁷ Further, the patient's attending physician may not be a witness.

Under the statute, the attending physician has a number of responsibilities.⁷⁸ The attending physician must make the initial determination of whether a patient has a terminal disease, is capable, and has made the request voluntarily.⁷⁹ He must confirm Oregon residency. He must ensure that the patient is making an informed decision by advising the patient of his or her medical diagnosis; prognosis, the risks associated with taking the medication to be prescribed; the probable result of taking the medication to be prescribed; and feasible alternatives, such as palliative care, hospice care and pain control. Further, the attending physician must refer the patient to a consulting physician for medical confirmation of the diagnosis, and for a determination that the patient is capable and acting voluntarily. If appropriate, he must refer the patient for counseling, and must recommend that the patient notify next of kin. Also, he should counsel the patient about the importance of having another person present when the patient takes the medication and of not taking the medication in a public place. The patient must be advised that he or she may rescind the request at any time and in any manner. There is a 15-day waiting period between the patient's initial oral request and the writing of a prescription, and a further 48-hour waiting period between the time of the patient's written request and the writing of a prescription.⁸⁰ The patient must again be offered the chance to rescind at the end of the 15-day waiting period.

A consulting physician must examine the patient and his or her relevant medical records and confirm, in writing, the attending physician's diagnosis that the patient is suffering from a

⁷⁷ *Idem.*

⁷⁸ *Ibidem*, at 127.815.

⁷⁹ *Idem.*

⁸⁰ *Ibidem*, at 127.850.

terminal disease, and verify that the patient is capable, is acting voluntarily and has made an informed decision.⁸¹

The entire process mandated by the statute must be documented in the patient's medical record, including all oral or written requests, the attending and consulting physicians' diagnosis, determination of capacity, and verification that the patient is acting voluntarily and made an informed decision.⁸² Further, the statute contains reporting requirements. It requires any health care provider dispensing medication pursuant to the statute to file a copy of the dispensing record with the Oregon Health Division (OHD).⁸³ The OHD prepares and makes publicly available an annual statistical report of the information collected. Both physicians and patients are protected from criminal prosecution if they comply with the statutory requirements.⁸⁴ Also, a patient's act of voluntarily ingesting medication pursuant to the statute cannot affect the patient's rights under a life, health, or accident insurance or annuity policy.⁸⁵

The statute specifically provides that it shall not be construed to authorize a physician or any other person to end a patient's life by lethal injection, mercy killing or active euthanasia.⁸⁶ However, actions taken in accordance with the statute shall not, for any purpose, constitute suicide, assisted suicide, mercy killing or homicide, under the law.⁸⁷

The Annual Report 2000 from OHD noted the following:

In 2000, a total of 39 prescriptions for lethal doses of medication were written, compared with 24 in 1998 and 33 in 1999. Twenty-six of the third-year prescription recipients died after ingesting the medication; eight died from their underlying disease; five

81 *Ibidem*, at 127.810.

82 *Ibidem*, at 127.855.

83 *Ibidem*, at 127.865.

84 *Ibidem*, at 127.885.

85 *Ibidem*, at 127.875.

86 *Ibidem*, at 127.880.

87 *Idem*.

were alive on December 31, 2000. In addition, one 1999 prescription recipient died in 2000 after ingesting the medication. In total, 27 patients ingested legally prescribed lethal medication in 2000 (26 patients who received prescriptions in 2000; 1 patient who received a prescription in 1999). During 1998 and 1999, 16 and 27 patients, respectively, died after ingesting the medications.⁸⁸

The report concluded that the number of terminally ill patients using lethal medication in 2000 remains small, with little change from 1999. Further, patients using physician-assisted suicide “are better educated, but otherwise demographically comparable to other Oregonians dying of similar diseases”.⁸⁹ Finally, physicians reported “patient concern about becoming a burden has increased during the last three years, though all patients expressed multiple concerns in the third year”.⁹⁰

VI. CONCLUSION

Laws prohibiting physician-assisted suicide have sometimes been blamed in part for physician’s unwillingness to adequately treat pain. But attitudes are changing. On September 1, 1999, the Oregon medical board disciplined a physician accused of undertreating the pain of six of his patients in a case of first impression. The action taken may reflect a policy shift in the way physicians and society view treatment for pain. In one instance, the physician prescribed Tylenol to treat pain suffered by a terminally ill elderly cancer patient. The physician was also cited for refusing morphine for an 82-year-old man with congestive heart failure, and for declining to resume pain medication for a woman on a mechanical ventilator. Although a few state medi-

88 Véase <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ar-smmry.htm> (visita 6 de abril de 2001).

89 *Idem.*

90 *Idem.*

cal boards have investigated complaints of physicians undertreating pain, a spokesperson for the Federation of State Medical Boards believes this is the first time a state board in the United States has taken action for giving too little pain medication. In years past, physicians have been disciplined for over-prescribing pain medication, particularly opioid analgesics, due to a largely groundless fear about patients becoming addicts. Newer studies find that most patients in severe pain do not become addicted to pain medication, and that many patients needlessly suffer pain. A study in 1998 that found one in four elderly cancer patients in nursing homes received nothing for their daily pain.⁹¹ A number of states have passed laws shielding physicians from disciplinary action if they prescribe drugs necessary to treat patients with intractable pain.

An ideal patient would be well informed and actively participate in all treatment decisions. Physicians do not have perfect patients. And doctors need to sensitively communicate with their patients about end-of-life issues. We routinely quote the Hippocratic Oath for principles of confidentiality and statements such as the physician shall do no harm, etc. The Oath also says "...I will follow that... regimen which... I consider for the benefit of my patients". The patient's judgment does not seem to deserve consideration.⁹² Physicians are admonished "to [conceal] most things from the patient while attending to him; [to] give necessary orders with cheerfulness and serenity... revealing nothing of the patient's future or present condition".⁹³ The AMA's first Code of Ethics was adopted twenty-five centuries later (1847) and also scolded patients that their "obedience... to the prescriptions of [their] physician should be prompt and implicit.

91 McCrary, S. Van, *New Research Indicates that Untreated Pain is a Major Problem Among Older Nursing Home Residents With Cancer*, 1 de julio de 1998 (<http://www.law.uh.edu/healthlawperspectives>).

92 Katz, Jay, "Informed Consent. Must it Remain a Fairy Tale?", *10 J. Con. H. L. & Pol'y* 69, sec. I (1994).

93 *Idem*.

[They] should never permit [their] own crude opinions... to influence [their] attention to [their physicians]”.⁹⁴ We must not allow our society’s new-found willingness to allow death to occur “naturally” to act as a license for not discussing the issue with each patient personally. Autonomy and respect for the patient demands such a discussion, even in the face of medical futility. As with many such issues, the answer probably lies in a better understanding of these complex issues by all medical professionals.

94 *Idem.*

LA POLÍTICA DE EUTANASIA EN LOS PAÍSES BAJOS

Joanne DORNEWAARD*

SUMARIO: I. *Definición e historia.* II. *La nueva ley.*
III. *Procedimiento de notificación.* IV. *Conclusión.*
V. *Anexo.*

Primero quiero agradecer al doctor Fernando Cano Valle por darme la oportunidad de explicar la política de eutanasia en los Países Bajos. Sobre todo por la polémica y la confusión que ha provocado nuestra nueva ley a nivel internacional.

Antes de comenzar, quiero aclarar que no soy abogada, aunque conozco la ley y puedo explicar a grandes rasgos en qué consiste.

I. DEFINICIÓN E HISTORIA

Para empezar es muy importante subrayar la definición de eutanasia. En los Países Bajos se entiende por eutanasia la terminación de la vida que lleva a cabo el médico a petición del paciente, repito, a petición del paciente, después de un proceso de evaluación muy delicado.

La administración neerlandesa no cierra los ojos ante el hecho de que la eutanasia se produce en la vida real. La cuestión de si debería limitarse la penalización de la eutanasia, y de cómo

* Primera secretaria de la Embajada de los Países Bajos.

podría hacerse, constituye en Holanda el tema de una amplia discusión política y social que abarca más de veinte años. Respeto a la vida humana, la voluntad del paciente, transparencia y la comprobación uniforme de las prácticas médicas, son las prioridades en esta discusión.

Por encargo del gobierno neerlandés, en 1996 se llevó a cabo una investigación independiente sobre el estado de la cuestión de las actuaciones médicas de terminación de la vida en 1995 con respecto a 1990. Hasta el momento, los Países Bajos es el único país donde se ha realizado una investigación de estas características. De la mencionada investigación se desprende que la práctica en torno al final de la vida no se mueve en un terreno resbaladizo, sino que la franqueza y la transparencia existentes en torno a este tema han llevado a una manera de actuar cada vez más cuidadosa y concienzuda.

II. LA NUEVA LEY

Después de veinte años, las discusiones han dado como resultado una nueva ley y modificaciones en el Código Penal, que acaban de ser aprobadas el pasado 10 de abril. Transcribiré dos artículos modificados del Código Penal: los artículos 293 y 294. Después sigo con los artículos más importantes de la nueva Ley sobre Requisitos de Cuidado y Esmero Profesional.

El artículo 293 del Código Penal, que ha sido modificado, quedó formulado de la siguiente manera:

Artículo 293

1. El que quita la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2o. de la Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a

Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7o., párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales.

La modificación de artículo 294 del Código Penal resulta en el siguiente texto:

Artículo 294

El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.

Estos dos artículos muestran que la eutanasia sigue siendo castigada, pero que, bajo estrictas condiciones de cuidado, hay excepciones que ofrecen al médico la posibilidad de ayudar a un paciente con una enfermedad terminal y dolor insoportable, sin repercusiones.

En el capítulo 2, artículo 2o., de la nueva ley están estipulados los requisitos de cuidado y esmero profesional, los cuales debe cumplir el médico, a saber:

Artículo 2o.

1. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico:

a) Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;

b) Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora;

c) Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro;

d) Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último;

e) Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados *a* al *d*, y

f) Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible.

Hay que subrayar dos cosas. Primero, la legislación se centra en la petición del paciente. No basta la petición en sí. El médico tiene obligación de determinar que no sólo existe la petición, sino también que la petición es: *a*) voluntaria, y *b*) bien meditada. Además quiero subrayar la importancia de la consulta con otro médico. Antes de que el médico acceda a atender una petición de eutanasia, debe consultar con un médico independiente que no está involucrado en el tratamiento del paciente. Este médico independiente investiga la evolución del proceso patológico, la voluntariedad de la petición y la seria meditación de la petición. Después se requiere de la evaluación asesora, por escrito, de un colega.

En los Países Bajos va a construirse una red de trabajo de médicos (de familiar) especialmente capacitados para dar una respuesta especializada a las preguntas con las que se enfrentan los médicos a la hora de tomar una decisión en torno al final de la vida. El médico que trata al paciente en cuestión tendrá la posibilidad de consultar a uno de estos asesores.

Quiero aclarar que no se aceptan todas las peticiones de eutanasia. Dos terceras partes de todas las peticiones de eutanasia que reciben los médicos son denegadas. A menudo hay tratamientos que ofrecen una solución, y en ocasiones el paciente llega al proceso agónico antes de que se haya decidido sobre la petición.

Los médicos no están obligados a acceder a las peticiones de eutanasia. Por otra parte, la práctica demuestra que muchos pacientes encuentran sosiego en el conocimiento de que el médico está dispuesto, llegado el caso, a proceder a la eutanasia y ter-

minan su vida de forma natural sin necesidad de hacer uso de la misma.

III. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN

En los Países Bajos el médico debe notificar todo caso de muerte no natural al forense municipal. En el caso de eutanasia el médico tiene que notificar al forense municipal y a la comisión regional de comprobación de la eutanasia.

La comisión, integrada por un jurista, un médico y un experto en cuestiones éticas, comprueba si la actuación del médico cumple los criterios de cuidado. Si la comisión dictamina que el médico ha actuado con el cuidado y el esmero profesional exigible, el caso está concluido. Si la comisión demuestra un problema en la actuación, envía el caso al Ministerio Fiscal.

Hay cinco comisiones regionales que publican informes anuales en los cuales todos los casos están descritos y en que se explica de manera abierta cómo están examinados los casos concretos, pero anónimos, con requisitos de cuidado y esmero profesional. Por medio de estas publicaciones, las comisiones contribuirán a establecer el control y la conciencia social acerca de la terminación de la vida a petición propia. A fin de cuentas, los aspectos mencionados promueven la actuación esmerada de los médicos.

IV. CONCLUSIÓN

Concluyo mi trabajo con una breve descripción del procedimiento de eutanasia en palabras sencillas.

Si un paciente con una enfermedad terminal y dolor insoponible quiere ver la posibilidad de eutanasia, el médico familiar debe discutir de manera profunda el caso con su paciente, es decir: analizar la situación, las posibilidades de tratamientos contra el dolor, las perspectivas de vida, etcétera.

En pocas palabras, antes de llegar a la opción de eutanasia, el médico tiene que descartar todas las otras posibilidades. Además debe consultar a un médico independiente que ve personalmente al paciente. Después de una discusión amplia con el paciente y el médico independiente, el médico toma su decisión de acceder o no a la petición del paciente. En caso de que tome la decisión a favor del paciente en cuestión, la notifica a la comisión regional que dictamina que el médico ha actuado con el cuidado y el esmero profesional exigible.

Como ya mencionamos antes, se da prioridad a la voluntariedad del paciente en esta discusión. Si un paciente está en coma, o tan enfermo que no puede expresar su voluntad, el doctor no puede acceder a una posible petición de la familia. La ley no lo permite.

Hay pacientes que quieren prolongar su vida por cualquier medio, aunque esto implique la prolongación del sufrimiento o la pérdida de la dignidad. Pero hay otros pacientes, también en casos terminales, quienes ya no quieren prolongar una vida sin futuro, en la cual el dolor es constante y el sufrimiento no termina. A la hora de solicitar la eutanasia, el dolor, la degradación personal y el deseo de morir con dignidad son los principales motivos de los pacientes.

El gobierno neerlandés creó un espacio jurídico para que los médicos puedan ayudar, respetando siempre la vida humana. La eutanasia sigue siendo castigada en los Países Bajos, pero los médicos que deseen prestar ayuda a pacientes con las características ya mencionadas, pueden hacerlo siempre y cuando se apeguen estrictamente a la ley.

Los nuevos artículos, creados y modificados con respecto a la eutanasia, fueron aprobados hace poco tiempo, después de un proceso de amplia discusión y consulta. La nueva ley tiene una amplia reverberación social en la sociedad neerlandesa.

Espero que con esta breve explicación sea evidente que en la nueva ley están claramente estipulados los requisitos y que de esta manera mi país abre la posibilidad de una muerte digna

para las personas con enfermedades terminales que ya agotaron todo tipo de terapia y que sufren de un dolor constante sin esperanza de vida.

Quiero enfatizar que en las discusiones para aprobar la ley se tomó como prioridad que el procedimiento, desde el principio hasta el final, sea completamente transparente.

Con esto doy por concluido mi trabajo. A continuación transcribo la ley completa traducida al español.

V. ANEXO

COMPROBACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA
A PETICIÓN PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO.
MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL Y LA LEY
REGULADORA DE LOS FUNERALES
(LEY DE COMPROBACIÓN DE LA TERMINACIÓN
DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA
Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO)

Proyecto de ley modificado

Doña Beatriz, Reina de los Países Bajos por la gracia de Dios, Princesa de Orange-Nassau...

A todos los que la presente vieren y entendieren, sabed:

Que previas reflexiones ha llegado a la conclusión de que es conveniente que en el Código Penal se incluya una eximente 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 al suicidio y que, a tal fin, se establezca por ley un procedimiento de notificación y comprobación: que, tras haber escuchado el dictamen del Consejo de Estado y después de que las Cortes Generales la hayan aprobado y entendido de común acuerdo, en consecuencia yo apruebo y entiendo por la presente.

CAPÍTULO 1. DEFINICIONES

Artículo 1o.

En esta ley, se entenderá por:

- a. Nuestros ministros: el ministro de Justicia y el ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte;
- b. Auxilio al suicidio: ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal;
- c. El médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio al suicidio;
- d. El asesor: el médico al que se ha consultado sobre la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición o de prestar auxilio al suicidio;
- e. Los asistentes sociales: los asistentes sociales a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del libro 7 del Código Civil;
- f. La comisión: comisión de comprobación a que se refiere el artículo 3o.;
- g. Inspector regional: inspector regional de la Inspección de la Asistencia Sanitaria del Control Estatal de la Salud Pública.

CAPÍTULO 2. REQUISITOS DE CUIDADO
Y ESmero PROFESIONAL*Artículo 2o.*

1. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico:

- a) Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;

- b) Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora;
- c) Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro;
- d) Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último;
- e) Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados *a* al *d*, y
- f) Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible.

2. El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero.

3. Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión.

4. En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años y que se le pue-

da considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo.

CAPÍTULO 3. COMISIONES REGIONALES DE COMPROBACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO

Párrafo 1: Creación, composición y nombramiento

Artículo 3o.

1. Existen comisiones regionales para la comprobación de las notificaciones de casos en los que se ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición propia y el auxilio al suicidio a las que se refieren el artículo 293, párrafo segundo, y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal.

2. Una comisión estará compuesta por un número impar de miembros, de los cuales al menos uno deberá ser jurista, y que a la vez será presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas o en problemas de aplicación de las normas al caso concreto. También formarán parte de esta comisión los suplentes de las personas de cada una de las categorías nombradas en la primera frase.

Artículo 4o.

1. El presidente y los miembros de la comisión, así como los miembros suplentes, serán nombrados por Nuestros Ministros para un periodo de seis años. Los miembros serán susceptibles de un único nuevo nombramiento para otro periodo de seis años.

2. Cada comisión tendrá un secretario y uno o varios secretarios suplentes, todos ellos juristas, que serán nombrados por Nuestros Ministros. El secretario tendrá un voto consultivo en las reuniones de la comisión.

3. En todo lo relativo a su trabajo para la comisión, el secretario únicamente deberá rendir cuentas ante dicha comisión.

Párrafo 2: Despido

Artículo 5o.

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán solicitar siempre el despido a Nuestros Ministros.

Artículo 6o.

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán ser despedidos por Nuestros Ministros por razón de ineptitud o incapacidad o por cualquier otra razón bien fundada.

Párrafo 3: Remuneración

Artículo 7o.

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes percibirán dietas y el reembolso de los gastos de viaje y alojamiento conforme al actual baremo oficial, lo anterior en la medida en que no se conceda por otro concepto una remuneración del Tesoro Público en conceptos de los citados gastos.

Párrafo 4: Tareas y competencias

Artículo 8o.

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7o., párrafo dos, de la Ley Reguladora de los Funerales, la comisión juzgará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o el auxilio al suicidio, ha actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2o.

2. La comisión podrá solicitar al médico que complemente su informe por escrito u oralmente, en el caso de que esta medida se considere necesaria para poder juzgar convenientemente la actuación del médico.

3. La comisión podrá pedir información al médico forense, al asesor o a los asistentes pertinentes, en el caso de que ello sea necesario para poder juzgar adecuadamente la actuación del médico.

Artículo 9o.

1. La comisión comunicará al médico por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de seis semanas contadas a partir de la recepción del informe al que se refiere el artículo 8o., párrafo primero.

2. La comisión comunicará su dictamen a la Fiscalía General del Estado y al inspector regional para la asistencia sanitaria:

- a. En el caso de que, en opinión de la comisión, el médico no haya actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2o., o
- b. En caso de que se produzca una situación como la recogida en el artículo 12, última frase de la Ley Reguladora de los Funerales. La comisión comunicará esta circunstancia al médico.

3. El plazo citado en el apartado 1 podrá ser prolongado una sola vez por un máximo de seis semanas. La comisión se lo comunicará al médico.

4. La comisión tendrá competencia para dar una explicación oral al médico sobre su dictamen. Esta explicación oral podrá realizarse a petición de la comisión o a petición del médico.

Artículo 10

La comisión estará obligada a facilitar al fiscal toda la información que solicite y que sea necesaria:

1o. Para poder juzgar la actuación del médico en un caso como el referido en la artículo 9o., párrafo segundo; o

2o. Para una investigación criminal.

Si se ha facilitado información al fiscal, la comisión se lo comunicará al médico.

Párrafo 6: Método de trabajo

Artículo 11

La comisión se encargará de llevar un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia o de auxilio al suicidio que se le hayan notificado y hayan sido sometidos a su juicio. Nuestros Ministros podrán establecer reglas más detalladas al respecto mediante orden ministerial.

Artículo 12

1. El dictamen se aprobará por mayoría simple de votos.

2. Un dictamen sólo podrá ser aprobado por la comisión en el caso de que todos los miembros de la comisión tomen parte en la votación.

Artículo 13

Los presidentes de las comisiones regionales de comprobación se reunirán por lo menos dos veces al año para tratar el método de trabajo y el funcionamiento de las comisiones. A la reunión acudirán un representante de la Fiscalía General del Estado y un representante de la Inspección para la Asistencia Sanitaria de la Inspección del Estado de la Sanidad Pública.

Apartado 7: Secreto y abstención

Artículo 14

Los miembros o los miembros suplentes de la comisión estarán obligados a mantener en secreto los datos de los que dispongan en la realización de sus tareas, salvo que alguna disposición legal les obligue a comunicarlo (y con el alcance concreto de la

obligación correspondiente) o que su tarea haga necesaria la realización de un comunicado.

Artículo 15

Un miembro de la comisión que ocupe su puesto en la misma con el fin de tratar un asunto, deberá abstenerse y podrá ser recusado en el caso de que se produzcan hechos o circunstancias que pudieran afectar a la imparcialidad de su dictamen.

Artículo 16

Los miembros, los miembros suplentes y el secretario de la comisión se abstendrán de opinar acerca de la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio.

Párrafo 8: Presentación de informes

Artículo 17

1. Una vez al año, antes del 1 de abril, las comisiones presentarán ante Nuestros Ministros un informe común del trabajo realizado en la pasado año natural. Nuestros Ministros redactarán un modelo mediante orden ministerial.

2. En el informe de trabajo realizado referido en el párrafo 1 se hará mención en cualquier caso:

- a. Del número de casos de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio que se les hayan notificado y sobre los cuales la comisión ha emitido un dictamen;
- b. La naturaleza de estos casos;
- c. Los dictámenes y las consideraciones que han llevado a los mismos.

Artículo 18

Con ocasión de la presentación del presupuesto al Parlamento, Nuestros Ministros entregarán anualmente un informe sobre

el funcionamiento de las comisiones, partiendo del informe del trabajo realizado mencionado en el artículo 17, párrafo primero.

Artículo 19

1. A propuesta de Nuestros Ministros y por medio de decreto legislativo, se establecerán reglas sobre las comisiones con respecto a:

- a. Su número y competencias relativas,
- b. Su sede.

2. En virtud de o mediante decreto legislativo, Nuestros Ministros podrán establecer más reglas sobre las comisiones en lo relativo a:

- a. El número y competencias relativas;
- b. El método de trabajo y la presentación de informes.

CAPÍTULO 4. MODIFICACIONES EN OTRAS LEYES

Artículo 20

El Código Penal va a ser modificado de la siguiente manera:

A

El artículo 293 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 293

1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2o. de la Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, y que se lo haya co-

municado al forense municipal conforme al artículo 7o., párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales.

B

El artículo 294 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 294

1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta.

2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.

C

En el artículo 295 se añadirá después de “293”: párrafo primero.

D

En el artículo 422 se añadirá después de “293”: párrafo primero.

Artículo 21

La Ley Reguladora de los Funerales se modifica de la siguiente manera:

A

El artículo 7o. pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 7o.

1. El que haya realizado la autopsia procederá a expedir una certificación de defunción si está convencido de que la muerte se ha producido por causas naturales.

2. En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o el auxilio al suicidio, a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal, el médico que trata al paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente, mediante el cumplimiento de un formulario, al forense municipal o a uno de los forenses municipales, de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 2o. de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

3. Si se producen otros casos distintos de los mencionados en el párrafo segundo y el médico que trata al paciente considera que no puede proceder a expedir un certificado de defunción, se lo comunicará (llenando un formulario) inmediatamente al forense municipal o a uno de los forenses municipales.

B

El artículo 9o. pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 9o.

1. La forma y la composición de los modelos de certificado de defunción a presentar por el médico que trata al paciente y por el forense municipal, se regularán por medio de decreto legislativo.

2. La forma y la composición de los modelos para la notificación y el informe a los que se refiere el artículo 7o., párrafo segundo, de la notificación a que se refiere el artículo 7o., párrafo tercero y de los formularios a que se refiere el artículo 10, párrafos primero y segundo, serán regulados por medio de decreto legislativo a propuesta de Nuestro Ministro de Justicia y Nuestro Ministro de Bienestar, Sanidad y Deportes.

C

El artículo 10 pasa a tener el siguiente texto:

Artículo 10

1. Si el forense municipal cree que no puede proceder a expedir una certificación de defunción, informará inmediatamente al fiscal a este respecto llenando el formulario establecido por medio de decreto legislativo y avisará en el acto al funcionario del registro civil.

2. Sin perjuicio de lo estipulado en el párrafo primero y en caso de que se produzca una notificación como las mencionadas en el artículo 7o., párrafo segundo, el forense municipal se lo comunicará (rellenando un formulario) inmediatamente a la comisión regional de comprobación a la que se refiere el artículo 3o. de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y de Auxilio al Suicidio. Asimismo, adjuntará el informe motivado al que se refiere el artículo 7o., párrafo segundo.

D

Al artículo 12 se le añade una frase con el siguiente texto:

En caso de que el fiscal, en los casos referidos en el artículo 7o., párrafo segundo, considere que no puede proceder a expedir una certificación de no objeción al entierro o a la incineración, se lo comunicará inmediatamente el forense municipal y a la comisión regional de comprobación a la que se refiere el artículo 3o. de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y de Auxilio al Suicidio.

E

En el artículo 81, parte primera, se sustituye “7o., párrafo primero” por: 7o., párrafos primero y segundo.

Artículo 22

La Ley General de Derecho Administrativo es modificada de la siguiente manera:

En el artículo 1.6, al final de la parte *d*, se sustituye el punto por un punto y coma y se añade una parte quinta que reza así:

- e. Decisiones y actuaciones en ejecución de la Ley de la Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

CAPÍTULO 5. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 23

Esta ley entrará en vigor en la fecha que se estipule mediante Decreto Real.

Artículo 24

Esta ley se denominará: Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

Ordeno que esta ley sea publicada en el *Boletín Oficial del Estado de los Países Bajos* y que todos los ministerios, autoridades, colegios y funcionarios relacionados con ella, la lleven a la práctica.

El Ministro de Justicia.

El Ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte.

Senado, año 2000-2001, 26691, núm. 137.

LA EUTANASIA ACTIVA EN COLOMBIA: ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL

Germán LOZANO VILLEGAS*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Homicidio por piedad y eutanasia*. III. *La decisión de la Corte*. IV. *El consentimiento*. V. *El derecho a la vida y a la autonomía del individuo en la Constitución de 1991*. VI. *El consentimiento informado*.

I. INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista del ordenamiento jurídico colombiano, el tema de la eutanasia,¹ o comúnmente conocida como “derecho a una muerte digna”, fue analizado por la Corte Constitucional colombiana con ocasión de la sentencia de constitucionalidad número 239 de 1997, en donde se demandó la inconstitucionalidad

* Profesor de derecho constitucional y administrativo en la Universidad Externado de Colombia.

¹ Como bibliografía jurídica sobre el tema pueden consultarse, entre otros, Casado González, María, *La eutanasia: aspectos éticos y jurídicos*, Madrid, Reus, 1994; Díaz Aranda, Enrique, *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*, Madrid, Universidad Complutense, Facultad de Derecho, 1995; *id.*, *Del suicidio a la eutanasia*, México, Cárdenas Editor, 1997; Diez Ripollés, José Luis y Muñoz Sánchez, Juan (coords.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996; Núñez Paz, Miguel Ángel, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Problemática jurídica a la luz del Código Penal de 1995*, Madrid, Tecnos, 1999.

dad del artículo 326 del Código Penal que tipifica como delito el homicidio por piedad.

En primer lugar es necesario destacar, brevemente, que en Colombia el control abstracto de constitucionalidad, es decir, aquel que recae sobre normas de carácter general con fuerza de ley, se ha atribuido como competencia expresa a la Corte Constitucional, quien ejerce la función de salvaguardar la supremacía de la Constitución y hace las veces de su intérprete supremo. Dicho en otras palabras, a este organismo jurisdiccional se le atribuye la posibilidad de excluir del ordenamiento jurídico con efectos *erga omnes* o generales, las normas que sean contrarias al contenido material o formal de la carta superior.

Adicionalmente, por expresa disposición del artículo 241 de la Constitución de 1991, la posibilidad de interponer la acción de inconstitucionalidad, o en otros términos, la legitimación activa en el proceso de constitucionalidad, radica en cabeza de cualquier ciudadano,² nota característica del constitucionalismo colombiano a partir de la reforma constitucional en 1910 a la derogada Constitución de 1886.

Por las anteriores razones, el tema de la eutanasia fue conocido por el citado organismo jurisdiccional y de ahí la importancia que revisten los efectos de la declaración sobre el ordenamiento jurídico;³ máxime si la decisión adoptada lo que hizo en la práctica fue despenalizar la eutanasia activa, circunstancia que ha dado origen a una airada controversia en mi país sobre la opor-

2 Dentro de las competencias de la Corte Constitucional, el artículo 241 numeral 4 de la Constitución Política de 1991 establece: “Decidir sobre las demandas de inconstitucionalidad que presenten los ciudadanos contra las leyes, tanto por su contenido material como por vicios de procedimiento en su formación”. *Constitución Política de Colombia*, Santa Fe de Bogotá, Presidencia de la República, 1991, p. 92.

3 Sobre el tema puede consultarse: Lozano Villegas, Germán, *El valor normativo de las sentencias de la Corte Constitucional con ocasión del control abstracto y su incidencia en sistema de fuentes del derecho: el caso colombiano*, Santa Fe de Bogotá, Publicaciones Universidad Externado de Colombia, marzo de 2000.

tunidad de la misma,⁴ así como también sobre el papel de la Corte Constitucional en el sistema constitucional colombiano.

En síntesis, la decisión de la Corte Constitucional declaró exequible (constitucional) el homicidio por piedad, pero creó una excepción, la cual consiste en que si concurren dos condiciones: *a)* consentimiento del sujeto pasivo, y *b)* presencia de un profesional en medicina que propicie la muerte al paciente, no podrá deducirse responsabilidad penal a este último; es decir, se creo una causal de justificación especial para el delito citado.

II. HOMICIDIO POR PIEDAD Y EUTANASIA

En términos generales, dentro del tema de la muerte digna pueden presentarse varios comportamientos, tales como: *a)* asistencia al suicidio (en donde un tercero le suministra los elementos al paciente para que éste se dé muerte a sí mismo); *b)* eutanasia activa (caso en donde un tercero da muerte al paciente ya sea con o sin su consentimiento, de ahí que se hable de forma voluntaria e involuntaria), y *c)* eutanasia pasiva (evento en el cual se deja de practicar al paciente el tratamiento respectivo por imposibilidad de recuperación, la cual también puede ser voluntaria o involuntaria).⁵

Ahora bien, el demandado artículo 326 del Código Penal define el homicidio por piedad como: “El que matare a otro por piedad, para poner fin a sus intensos sufrimientos provenientes

4 Sobre el particular pueden consultarse: Gaviria Díaz, Carlos, *Rescate de la dignidad*; Sánchez Torres, Fernando, “Dilema médico”, *El Tiempo*, sección Lecturas Dominicales, Santa Fe de Bogotá, febrero de 2001.

5 Corte Constitucional, sentencia de constitucionalidad C-239 de 1997. Magistrado ponente: Carlos Gaviria Díaz, Santa Fe de Bogotá, 20 de mayo de 1997. También puede consultarse: Zugaldía Espinar, José Miguel, “Algunas consideraciones sobre la eutanasia en las legislaciones penales de Colombia y España”, *Revista Chilena de Derecho*, vol. 14, núms. 2-3, mayo-diciembre de 1987.

de la lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”.⁶

Si se comparan las definiciones antes mencionadas, es posible inferir que el tema que concretamente aborda la sentencia en cuestión es el relativo al de la eutanasia activa, si se tiene en cuenta que involucra la intervención de un tercero (sujeto activo) quien propicia la muerte a otro.⁷

Igualmente, como se desprende de la simple lectura del artículo 326 del Código Penal, se tipifica como delito la acción de un sujeto de dar muerte a otro bajo una motivación subjetiva de piedad, sin que desde el punto de vista legal interese el consentimiento de la víctima. Sobre este último aspecto —el consentimiento del paciente— es con fundamento en el cual la Corte Constitucional en virtud de una sentencia manipulativa o aditiva del ordenamiento —en nuestra opinión— abre la posibilidad para que exista la eutanasia activa en Colombia.

Antes de entrar al análisis de la fundamentación jurídica de la sentencia, es importante recordar brevemente las razones que esgrimió el actor en la demanda de constitucionalidad y los argumentos que utilizó la Corte para enfrentarlos de la siguiente manera:

En primer lugar, el accionante sostiene que el Estado social de derecho (tal como se define la República de Colombia en el artículo 1o. de la Constitución) propende por la protección de la vida, previniendo cualquier ataque sobre ella y que, a su criterio, el artículo 326 del Código Penal permite al médico o al particular tomar la decisión de terminar con la vida de una persona enferma toda vez que la sanción penal respectiva (seis meses a

6 *Ibidem*.

7 El tema de la eutanasia activa fue tratado con mayor claridad por el Código Penal colombiano de 1936, que en su artículo 364 establecía: “Si se ha causado el homicidio por piedad con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones personales, reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por prisión o arresto y aun aplicarse el perdón judicial”.

tres años) es muy baja y por lo tanto se constituye en una autorización para dar muerte a otro. En segunda instancia, manifiesta que la norma acusada vulnera el derecho a la igualdad, toda vez que se establece una discriminación entre el homicidio por piedad frente el homicidio *stricto sensu*, haciendo la sanción inferior para la primera con relación a la segunda y, en ese tenor, se estaría desvalorando la vida de una persona convaleciente.⁸

III. LA DECISIÓN DE LA CORTE

En relación con los argumentos expuestos por el actor, el alto tribunal de justicia afirma que el actor confunde el homicidio por piedad con otros tipos de homicidio, ya que el primero tiene una característica especial que es una motivación subjetiva en eliminar el sufrimiento, dolor o padecimiento ajeno, en contraposición al homicidio por fines de lucro o el homicidio cuyo fin consiste en la preservación o el mejoramiento de la especie humana —homicidio eugenésico—, entre otros.

También se destaca que a la luz del ordenamiento constitucional colombiano el derecho penal es de carácter subjetivo, es decir, su fundamento radica en el concepto de culpabilidad, en donde convergen dos factores: *a)* la voluntad del sujeto activo en la realización del ilícito, y *b)* la relación o nexo de causalidad entre la acción y el resultado. Adicionalmente, precisó la Corte que, dependiendo de la acción u omisión del delito, pueden generarse varias conductas que pueden ser tipificadas con sanciones diversas.

Al anterior argumento se suma el análisis de la piedad, definida como un sentimiento altruista y de bondad en la cabeza del sujeto activo al momento de la realización del hecho punible. Esta especificidad de la piedad justifica la existencia de una

8 Véase Corte Constitucional, sentencia de constitucionalidad C-239 de 1997.

pena menor para el delito si, desde luego, convergen los demás supuestos de hecho que el tipo legal requiere.

Con las razones expuestas anteriormente, el juez constitucional descarta la posibilidad de una inconstitucionalidad sobre el artículo 326 del Código Penal ya mencionado.

Sin embargo, una vez eliminados los cargos de inconstitucionalidad, la Corte *motu proprio* realiza un análisis sobre el tema del consentimiento de la víctima y sus implicaciones frente al homicidio por piedad. En este punto, el más relevante de la sentencia, es donde se plantea la discusión sobre si a la luz de la Constitución de 1991 puede permitirse la eutanasia activa voluntaria.

IV. EL CONSENTIMIENTO

La Corte empieza por sostener que el consentimiento desde el punto de vista del derecho penal puede ser visto desde varias perspectivas: como causal de antijuridicidad, como causal de atenuación punitiva, o incluso, como elemento necesario del tipo penal y que, por lo tanto, es necesario establecer a cuál de estas categorías pertenece el consentimiento del sujeto pasivo en el homicidio por piedad. Además, esta interpretación, dice la Corte, debe hacerse a la luz de los postulados de la Constitución de 1991.⁹

V. EL DERECHO A LA VIDA Y A LA AUTONOMÍA DEL INDIVIDUO EN LA CONSTITUCIÓN DE 1991

En el ordenamiento jurídico colombiano se encuentra prevista la vida como un valor, un principio y derecho fundamental¹⁰ y

⁹ El Código Penal (Decreto 100 de 1980) es anterior a la Constitución Política de 1991.

¹⁰ Lo anterior se desprende del preámbulo de la Constitución, que en su parte respectiva dice: "...asegurar a sus integrantes la vida..."; del artículo 1o.

es el pilar para el ejercicio de los demás derechos; sin embargo, cuando la vida de un sujeto se ve afectada por una enfermedad grave e incurable se presenta la interrogante de si la persona puede escoger entre seguir viviendo, o morir anticipadamente en condiciones menos dolorosas.

Esta cuestión ha dado lugar a una variada vertiente de posiciones filosóficas sobre el tema, que desde luego para los efectos aquí requeridos deben plantearse desde el punto de vista de los derechos fundamentales, y lógicamente desde la perspectiva del derecho constitucional. En ese sentido, la Corte, de manera certera, precisó que en un Estado constitucional pluralista, la multiplicidad de opciones filosóficas y de diversa índole deben ser absorbidas desde el punto de vista del pluralismo. En otros términos, la Constitución debe permitir el amparo de diversas corrientes filosóficas sin atar sus principios a una de ellas.

Aparte de la consagración constitucional y protección a la vida, el Estado colombiano propende porque ésta se desarrolle en condiciones de dignidad y libertad (el libre derecho de la personalidad),¹¹ argumentos que sirven de sostén a la Corte para tomar postura en este debate ideológico, en estos términos:

que reza: “Colombia es una República fundada en el respeto de la dignidad humana”, y de su artículo 11, que consagra: “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”. *Constitución Política de Colombia, cit.*, nota 2.

11 Sobre el tema, la Corte Constitucional se ha manifestado de la siguiente forma: “El derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad protege la capacidad de las personas para definir, en forma autónoma, las opciones vitales que habrán de guiar el curso de su existencia. En esta medida, ha señalado que, en el artículo 16 de la Carta Política, se consagra la libertad *in nuce*, toda vez que cualquier tipo de libertad se reduce finalmente a ella o, dicho de otro modo, la anotada norma constitucional constituye una cláusula general de libertad. Así caracterizado, el derecho al libre desarrollo de la personalidad presupone, en cuanto a su efectividad, que el titular del mismo tenga la capacidad volitiva y autonomía suficientes para llevar a cabo juicios de valor que le permitan establecer las opciones vitales conforme a las cuales dirigirá su senda existencial”. Corte Constitucional, sentencia de unificación SU 642 de 1998; magistrado ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz, Santa Fe de Bogotá, 5 de noviembre de 1998.

En síntesis, desde una perspectiva pluralista no puede afirmarse el deber absoluto de vivir, pues, como lo ha dicho Radbruch, bajo una Constitución que opta por este tipo de filosofía, las relaciones entre el derecho y la moral no se plantean a la altura de los deberes sino de los derechos. En otras palabras: quien vive como obligatoria una conducta, en función de sus creencias religiosas o morales, no puede pretender que ella se haga coercitivamente exigible a todos; sólo que a él se le permita vivir moral plena y actuar en función de ella sin interferencias.¹²

Las anteriores palabras sintetizan de manera clara la opinión de la Corte Constitucional sobre el tema, que en buena parte no es más que desarrollo de la jurisprudencia sobre el carácter no absoluto de los derechos fundamentales¹³ y el papel del Estado frente a éstos. Lo dicho nos permite concluir que el Estado se encuentra obligado a proteger la vida, pero haciendo esta función compatible con el respeto a la dignidad humana, la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad, y a la prohibición de tratos crueles e inhumanos frente a los derechos inalienables de la persona humana, protegidos por la Constitución.

Valga agregar que estos derechos revisten particular importancia si su titular se encuentra en un estado deplorable de salud, ya que como bien lo anota la Corte Constitucional:

...la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente...¹⁴

12 Véase Corte Constitucional, sentencia de constitucionalidad C-239 de 1997.

13 Sobre el particular pueden revisarse las siguientes sentencias: C-093 de 1995; C-522 de 1995; C-578 de 1995; C-045 de 1996, entre otras.

14 Véase *supra* nota 12.

Estos elementos le sirven a la Corte para darle una relevancia especial al consentimiento del sujeto pasivo y así justificar su decisión.

VI. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ya habiendo tratado el tema del derecho a la vida frente a la autonomía, la Corte empieza a decantar qué características debe tener el consentimiento de la persona, tarea que desarrolla tomando como base el criterio del consentimiento informado¹⁵ utilizado por el juez constitucional en los casos de tratamientos médicos.

Este tipo de consentimiento consiste en que el paciente tiene derecho a conocer y escoger el tipo de tratamiento al cual va a ser sometido, e incluso, a tomar la decisión de no continuar determinado tratamiento médico. Esta doctrina igualmente se ha elaborado por la jurisprudencia constitucional con fundamento en el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a una vida digna.

Dentro de las características de este tipo de consentimiento se encuentran: *a)* debe ser prestado de manera libre e inequívoca por el paciente, quien debe tener la capacidad de entender las circunstancias que rodean su enfermedad (es importante advertir

15 La Corte ha definido el consentimiento informado en los siguientes términos: “Dada la distancia científica que generalmente existe entre el médico y el enfermo, lo mínimo que se le puede exigir a aquél es que anticipadamente informe al paciente sobre los riesgos que corre con la operación o tratamiento o las secuelas que quedarían, con la debida prudencia, sin minimizar los resultados pero sin alarmar al enfermo en tal forma que desalentaría el tratamiento; es un equilibrio entre la discreción y la información que sólo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Esto se ha llamado el *consentimiento informado*; no es otra cosa que la tensión constante hacia el porvenir que le permite al hombre escoger entre diversas opciones. Es la existencia como libertad: tomar en sus manos su propio devenir existencial”. Corte Constitucional, sentencia de tutela T-477 de 1995; magistrado ponente: Alejandro Martínez Caballero, Santa Fe de Bogotá, 23 de octubre de 1995.

que este punto puede admitir ciertas dificultades en la práctica), y *b*) el receptor de dicho consentimiento únicamente puede ser un profesional acreditado en medicina, quien deberá explicar al paciente de manera pormenorizada las implicaciones y riesgos de la enfermedad, así como las alternativas de curación y efectos. En este aspecto, la jurisprudencia constitucional en reiteradas oportunidades ha hecho prevalecer en algunos casos la voluntad del paciente sobre la del profesional cuando entran en contradicciones de orden médico,¹⁶ lo que nos deja entrever que en esta materia siempre ha sido objeto de protección la voluntad y decisión del paciente.¹⁷

Sumando los anteriores criterios, la sentencia reconoce que el homicidio por piedad es constitucional —tal como se anotó atrás— y que por lo tanto cualquier persona que despoje de su vida a otro ser en condición de enfermedad grave e incurable será considerada responsable frente al ordenamiento, salvo o excepto —y aquí es donde la Corte entra a crear— que exista el consentimiento libre del sujeto pasivo, y que el receptor de la voluntad y ejecutor de la muerte sea exclusivamente un médico.

En los términos de la sentencia se sostuvo: “Resuelve: Primero: Declarar *exequible* (constitucional) el artículo 326 del Decreto 100 de 1980 (Código Penal)”, con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la volun-

16 En otra jurisprudencia la Corte sostuvo: “El peticionario está capacitado para decidir la suerte de su propio cuerpo y para asumir las consecuencias que su decisión acarree en su estado de salud”. Corte Constitucional, sentencia de tutela T-401 de 1994, magistrado ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz, Santa Fe de Bogotá, 12 de septiembre de 1994.

17 Con fundamento en el consentimiento informado se ha desarrollado otro criterio de más dudosa aceptación, como es el llamado consentimiento informado cualificado y que se aplica para la autorización de operaciones y tratamientos por parte de los padres respecto a menores de cinco años con problemas de hermafroditismo o transexualidad. Sobre el tema puede revisarse la sentencia de unificación de tutela SU 337 de 1999, magistrado ponente: Alejandro Martínez Caballero, Santa Fe de Bogotá, 12 de mayo de 1999.

tad libre de sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada.¹⁸ En materia penal la Corte creó una causal de justificación en el homicidio por piedad que abre la posibilidad de la eutanasia activa voluntaria; e incluso dos de los magistrados que votaron a favor por la sentencia, manifestaron que la declaración de inconstitucionalidad debió extenderse al delito denominado *inducción o ayuda al suicidio*.¹⁹

Como puede inferirse de la decisión adoptada, es claro que la tipología de la sentencia corresponde a las denominadas decisiones manipulativas²⁰ o, en derecho colombiano, también llamadas integradoras del ordenamiento jurídico, en el sentido de que el fallo le imprime un significado propio al precepto legal diferente del inicialmente planteado por el legislador. Y aunque este tipo de decisiones son ampliamente reconocidas por los Estados con sistemas de jurisdicción constitucional, sí es importante realizar algunas precisiones sobre el texto mismo de la sentencia que surgen como consecuencia de los tres salvamentos de voto que tuvo la decisión.²¹

18 *Idem*.

19 Lo dicho se explica en virtud del principio de unidad normativa, consagrado en el régimen procedimental de la Corte Constitucional, y que faculta a esta última para extender la declaración de inconstitucionalidad a otras normas no demandadas habida cuenta su estrecha conexidad. Lo que se busca con esta figura es evitar que se haga nugatoria la declaración de inconstitucionalidad sobre determinada disposición cuando existe otra que reproduce su contenido. No sobra agregar que esta práctica no pocas veces usada por la Corte Constitucional ha generado cierta controversia doctrinal, si se tiene en cuenta que la acción de inconstitucionalidad en Colombia es pública, por lo tanto es cuestionable abrogarle esta competencia unilateral al juez constitucional.

20 Sobre el tema puede consultarse: Solano, Edgar, *Las sentencias manipulativas y el respeto a la democracia en Colombia*, Santa Fe de Bogotá, Universidad Externado de Colombia, diciembre de 2000.

21 La Sentencia C-239 de 1997 tuvo tres salvamentos de voto correspondientes a los magistrados: José Gregorio Hernández Galindo, Vladimiro Naranjo Mesa y Hernando Herrera Vergara, y dos aclaraciones de voto: una especial del magistrado Eduardo Cifuentes Muñoz y otra conjunta por los magistrados Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz (este último ponente del fallo).

De manera general, los tres salvamentos se apartan del fallo, arguyendo que la sentencia crea una nueva disposición legal sobre la eutanasia activa, que es un tema de exclusivo resorte del legislador, y que aun cuando se reconocen diversas modalidades en las sentencias de constitucionalidad, la Corte Constitucional se extralimitó en su función.

De otra parte, sostienen en sus escritos que el presente fallo relativizó el derecho a la vida que pasó de ser un derecho inviolable y fundamental a un derecho de carácter renunciable y disponible, circunstancia que desdibuja su naturaleza de carácter fundamental. De igual manera, se denuncia que el derecho al libre desarrollo de la personalidad no puede entenderse de carácter absoluto.

Del fallo y de los respectivos salvamentos de voto pueden deducirse varias interrogantes sobre las cuales expresaré brevemente mi opinión, manifestando de antemano mi adherencia a la decisión final de la Corte aunque más no en su forma de argumentación:

En primer lugar, considero que la Corte Constitucional no ha invadido el espectro del órgano legislativo, toda vez que el tema de la eutanasia se planteó en forma de prohibición (homicidio por piedad); por ello, la Corte no tuvo discrecionalidad política, simplemente el resultado del análisis de constitucionalidad fue positivo aunque no de manera general sino exceptivo. Sobre este tema el profesor Rubio Llorente afirma: “No parece necesario insistir sobre el hecho de que la paradoja que encierra la atribución de capacidad creadora a una actividad que es destructora sólo aparente, pues es obvio que cualquier modificación de un sistema normativo cerrado crea nuevas reglas”.²² En conclusión, los efectos de la declaratoria de inconstitucionalidad o constitucionalidad, bien sea general o parcial, crea un nuevo derecho. Por esta razón, lo que hizo la Corte Constitucional para no ex-

22 Rubio Llorente, Francisco, *La forma del poder*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1993, p. 524.

pulsar la norma del ordenamiento fue darle una dimensión constitucional en virtud de su interpretación.²³

Adicionalmente, se censura la interpretación de la Corte por desconocer la inviolabilidad del derecho a la vida, frente a lo cual es importante recordar que los derechos no pueden entenderse de manera absoluta sin desconocer los demás valores y principios que también se consagran en la Constitución. De tal manera, encuentro coherente el planteamiento del juez constitucional en articular los conceptos: derecho a una vida²⁴ digna y libre desarrollo de la personalidad.²⁵ De la tesis expuesta en la sentencia no se infiere que el derecho a la vida pierda sus características esenciales; se trata de una ponderación concreta y particular de principios que crea límites, máxime si se tiene en cuenta que nos referimos a derechos fundamentales más no a deberes absolutos, estos últimos propios de los sistemas autoritarios.

23 Sobre el tema puede consultarse: Hesse, Konrad, *Escritos de derecho constitucional*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1992, pp. 33 y ss.

24 Sobre el derecho a la vida pueden consultarse las siguientes sentencias: T-452/92, T-525/92, T-529/92, T-571/92, T-573/92, T-102/93, T-179/93, T-188/93, T-250/93, T-251/93, T-308/93, T-328/93, T-374/93, T-552/93, T-29/94, T-67/94, T-123/94, C-133/94, T-140/94, T-160/94, T-174/94, T-243/94, T-277/94, T-354/94, T-382/94, T-500/94, C-519/94, T-552/94, T-567/94, T-7/95, T-15/95, T-112/95, T-165/95, T-271/95, T-387/95, T-436/95, T-513/95, T-557/95, C-591/95, T-88/96, T-232/96, T-236/96, T-257/96, T-258/96, T-269/96, C-296/96, T-474/96, T-571/96, T-645/96, C-13/97, T-58/97, T-59/97, SU-111/97, T-120/97, T-125/97, SU-200/97, C-239/97, T-306/97, C-309/97, T-322/97, T-362/97, SU-442/97, T-99/98, T-218/98, T-236/98, T-248/98, T-260/98, T-304/98, T-370/98, T-427/98, T-434/98, T-491/98, T-590/98, T-10/99, T-41/99, T-46/99, SU-62/99, T-76/99, T-99/99, T-119/99, T-177/99, T-208/99, T-212/99, T-231/99, T-459/99, T-444/99, entre otras.

25 Sobre el libre desarrollo de la personalidad pueden consultarse, entre otras, las siguientes sentencias: T-14/92, T-222/92, T-424/92, T-542/92, T-585/92, C-588/92, T-50/93, T-65/93, T-118/93, C-176/93, SU-277/93, T-308/93, T-309/93, T-495/93, C-221/94, T-150/95, T-337/95, C-309/96, C-339/96, C-660/96, C-663/96, T-35/97, C-182/97, C-182/97, T-366/97, C-616/97, T-67/98, T-101/98, T-124/98, T-259/98, C-404/98, C-481/98, C-507/99.

De otra parte, hay un aspecto en el cual difiero en la interpretación de la Corte que se refleja en uno de los salvamentos de voto,²⁶ y es el relativo a la restricción que ésta origina en dos vertientes: la primera con relación a los enfermos terminales, es decir, que excluye cualquier otra enfermedad no terminal con graves padecimientos y limitaciones, por ejemplo cuadripléjicos, entre otras, que es un aspecto que de forma coherente con la interpretación que hizo la Corte pudo haberse planteado; y segunda, en cuanto al médico como única persona justificada para valorar el consentimiento del paciente y excluir a figuras como las autoridades de salud, el juez, etcétera. Estas dos restricciones, aunque pueden estar bien enfocadas en primera instancia, no se compadecen con el texto de la sentencia ni menos aparecen debidamente justificadas en la interpretación del alto tribunal.

Finalmente, para concluir, esta sentencia constituye un histórico e importante avance en materia de derechos fundamentales en el ordenamiento constitucional colombiano, ya que sienta las bases para la aplicación de la eutanasia activa consentida que, en términos de Zugaldía, es la más difícil de determinar desde el tratamiento jurídico penal;²⁷ y enhorabuena abre la discusión para que en un debate político, propio del órgano legislativo, se establezcan las regulaciones especiales en la materia, que a su vez abrirán paso a reglamentar temas como la eutanasia pasiva, distanasia, medicina paliativa y en general, los temas relativos a la llamada “muerte digna” que, desafortunadamente, hasta la fecha se encuentran sin una respuesta del ordenamiento jurídico.

Tan cierta es la afirmación anterior, que recientemente en julio de 2000 se discutió y aprobó como ley de la república un nuevo Código Penal, el que entró en vigor desde julio de 2001, y que en su cuerpo reproduce de manera casi textual las disposi-

26 Magistrado José Gregorio Hernández.

27 Zugaldía Espinar, José Miguel, *op. cit.*, nota 5, p. 250.

ciones vigentes sobre el homicidio por piedad —mencionado— y la inducción o ayuda al suicidio.²⁸

Esta circunstancia dará seguramente lugar a controvertir los efectos de la decisión de la Corte, aun cuando es clara la previsión de la Constitución en establecer que las decisiones de la jurisdicción constitucional gozan de cosa juzgada constitucional y por lo tanto, la vinculatoriedad de las mismas frente al sistema jurídico. Máxime si el propio artículo 243 constitucional establece:

Los fallos que dicte la Corte en ejercicio del control jurisdiccional hacen tránsito a cosa juzgada constitucional.

Ninguna autoridad podrá reproducir el contenido material del acto jurídico declarado inexecutable por razones de fondo, mientras subsistan en la Carta las disposiciones que sirvieron para hacer la confrontación entre la norma ordinaria y la Constitución.²⁹

28 Nos referimos a los artículos 106 y 107 del Código Penal colombiano y a la Ley 599 de 2000 (24 de julio) que consagran: “Artículo 106. *Homicidio por piedad*. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años”, y “Artículo 107. *Inducción o ayuda al suicidio*. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años”.

29 *Constitución Política de Colombia, cit.*, nota 2, p. 94. Sobre el particular pueden consultarse las siguientes sentencias: Corte Constitucional: C-416/92, C-588/92, T-597/92, C-2/93, C-4/93, C-42/93, C-42/93 (S. V), C-97/93, C-103/93, C-113/93, C-125/93, C-165/93, C-170/93, C-194/93, C-205/93, C-295/93, C-312/93, C-466/93, C-685/96, C-542/97.

RELATORÍA

Enrique DÍAZ ARANDA*

SUMARIO: I. *Cuestiones preliminares.* II. *Casos asociados al término eutanasia y soluciones jurídicas tradicionales.* III. *Propuesta de solución.*

En la primera mesa, la eutanasia se abordó fundamentalmente desde dos perspectivas: la interpretación del derecho penal vigente y del derecho comparado. Así, interpretando el derecho penal vigente en México, se trató de dilucidar si quien ejecuta la muerte de quien lo solicita es solamente un auxiliador en un suicidio o es autor de homicidio y, de igual forma, se señalaron cuáles son los alcances del consentimiento del sujeto pasivo en la eutanasia. En cuanto al derecho comparado se expusieron las soluciones a la eutanasia en tres Estados: Holanda, Estados Unidos y Colombia. Cabe resaltar que en los tres países la vía para ofrecer una solución al problema inició con la reinterpretación judicial de la legislación penal. Cada una de esas exposiciones puede leerse en los respectivos trabajos. En esta relatoría ofreceré una interpretación personal sobre el tema.

I. CUESTIONES PRELIMINARES

El término eutanasia proviene de los vocablos griegos: *eu* y *thanatos*, los cuales significan “buena muerte”. Sin embargo, con

* Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

base en las ponencias se pudo comprobar la diversidad de hipótesis o supuestos que suelen identificarse como eutanasia; dos de esos supuestos son los más comunes, y existen otras tres hipótesis asociadas a dicho término, a continuación los señalo y expongo las soluciones que, conforme a una primera interpretación del derecho penal mexicano vigente, se pueden sostener.

II. CASOS ASOCIADOS AL TÉRMINO EUTANASIA Y SOLUCIONES JURÍDICAS TRADICIONALES

1. *Privar de la vida a otro por móviles de piedad*

Desde ahora conviene desechar este supuesto como eutanasia, porque sólo se refiere a los motivos o razones que impulsan al homicida a privar de la vida a otro sin tomar en consideración qué opina quien va a morir. Precisamente como la víctima no ha pedido su muerte ni la consiente voluntariamente, entonces quien la priva de la vida (sujeto activo) comete el delito de homicidio previsto en el artículo 302 del Código Penal mexicano, y dicha conducta se sanciona con pena privativa de la libertad de 12 a 24 años de prisión (artículo 307 del mismo ordenamiento). Los móviles altruistas o de piedad que guiaron al homicida sólo atenuarán su culpabilidad y ello deberá valorarlo el juez para, en su caso, imponer la pena mínima prevista en la ley, que es de 12 años de prisión.

Se debe precisar que los móviles del sujeto activo no pueden justificar el homicidio de un tercero, pues ello supondría dejar en manos de otro la valoración de nuestra propia vida. Conceptos como felicidad, dignidad, dolor o sufrimiento son relativos y, por ello, sólo el titular de la vida puede decidir si su vida vale o no la pena. De ahí que si dijéramos que un tercero o el Estado puede valorar lícitamente sobre nuestra propia existencia al grado de decidir si debemos o no continuar con nuestra vida, entonces estaríamos abriendo las puertas para la comisión impune

del delito contra la humanidad denominado genocidio, cuya práctica durante el régimen nacional-socialista nazi es por todos conocida y rechazada.

Por lo anterior, insisto, al hablar de eutanasia debemos desechar cualquier supuesto en el que no se cuente con la opinión, consentimiento y solicitud del sujeto que va a morir.

2. *Privar de la vida a quien lo solicita*

Son muchos los motivos que pueden llevar al ser humano a decidir morir, pero en la toma de tal decisión subyace fundamentalmente la falta de un motivo para vivir.

Sin embargo, bajo el rubro de eutanasia no pueden quedar comprendidos supuestos en los cuales el sujeto pide su muerte debido a un padecimiento psicológico, por ejemplo, por depresión o por haber terminado una relación amorosa.

En efecto, en este debate sobre eutanasia sólo se ha analizado el supuesto en que el enfermo en fase terminal solicita su muerte. Así entendida la eutanasia, podemos analizar las diversas hipótesis que se pueden presentar:

- a) *Eutanasia activa directa*. Consiste en provocar la muerte del paciente en el momento en que lo solicita. Estos supuestos son el tema central de esta mesa, y de acuerdo con nuestra legislación vigente se sancionan con pena privativa de la libertad de 4 a 12 años de prisión (artículo 312 del Código Penal). No obstante, para estos supuestos existen diversas vías de interpretación a través de las cuales podría quedar impune la conducta del médico que accede a la solicitud de muerte del paciente, de ello me ocuparé en el último apartado de este trabajo.
- b) *Eutanasia activa indirecta o eutanasia lenitiva*. Supone administrar al paciente calmantes para mitigar o aliviar dolores, aunque ello traerá como consecuencia secundaria la anticipación del momento de la muerte. En estos casos

el médico cumple con los deberes impuestos por la *lex artis* que le ordenan mitigar el dolor, y por ello su conducta queda fuera del radio de prohibición de las normas penales y no puede ser considerada como típica y, en consecuencia, no puede ser constitutiva de delito.

- c) *Eutanasia pasiva*. Implica no iniciar o interrumpir el tratamiento o cualquier otro medio que contribuya a la prolongación de la vida que presenta un deterioro irreversible o una enfermedad incurable y se halla en fase terminal, acelerando el desenlace mortal. Desde la perspectiva del derecho penal vigente, la conducta del médico que no aplica o interrumpe el funcionamiento de los medios extraordinarios sólo se disculpa cuando dichos medios son empleados para salvar otra vida con mejor pronóstico (estado de necesidad exculpante), es decir, cuando el médico se encuentra ante dos pacientes y sólo cuenta con los medios para prolongar la vida de uno de ellos.
- d) *Ortotanasia*. Consiste en omitir la aplicación de los medios de prolongación artificial de la vida cuando se ha verificado la muerte cerebral y se da paso al denominado estado vegetativo. Como la Ley General de Salud señala que la pérdida de la vida se verifica con la muerte cerebral (artículo 343), entonces, aunque el sujeto haya manifestado previamente su deseo de morir, no estaríamos ante un supuesto de eutanasia dado que el sujeto ya está muerto.
- e) *Proponer al enfermo terminal su muerte y hacer nacer en él dicha resolución*. En estos supuestos se interfiere decisivamente en la toma de la decisión y, por ello, el médico o cualquier tercero que induce al enfermo incurre en el delito de inducción al suicidio, cuya sanción es de 1 a 5 años de prisión (artículo 312 del Código Penal).
- f) *Proporcionar al enfermo terminal los medios para provocar su muerte*. Esto acaecería si se le dieran el vaso con la solución de cianuro al paciente para que él mismo la beba, o en el supuesto de las llamadas “máquinas de la muer-

te”, en las cuales el paciente mismo puede accionar el mecanismo de activación del aparato. Aunque estos supuestos quedarían dentro de la hipótesis de auxilio al suicidio y la pena a imponer sería la de 1 a 5 años de prisión (artículo 312 del Código Penal), considero que dichos supuestos también podrían dejar de ser sancionados por el derecho penal a través de una reinterpretación que permita al médico auxiliar al enfermo terminal que lo solicita, de ello también me ocuparé en el siguiente apartado.

Hasta donde alcanzo a ver, las anteriores son las distintas hipótesis y soluciones tradicionales que se presentan en torno a la eutanasia conforme al derecho penal vigente en México. A continuación concentraré mi exposición y mi propuesta de interpretación para la llamada eutanasia activa directa (apartado II. 2, inciso *a*) y el auxilio a la eutanasia (apartado II. 2, inciso *f*).

III. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

En México es común tratar de solucionar problemas como el de la eutanasia proponiendo reformas a la ley. Sin embargo, desde mi punto de vista, se pueden encontrar mejores soluciones a través de la interpretación del derecho vigente.

Para ofrecer una propuesta de solución primero se debe tener en cuenta que el suicidio no es un acto prohibido por las leyes penales mexicanas y, por tanto, se puede afirmar que el suicidio no es un delito.

El legislador penal mexicano no ha aclarado, en la exposición de motivos del Código Penal, porqué no se sanciona el suicidio y, por ello, se necesita recurrir a la interpretación. Al efecto existen dos posturas:

- a) La postura tradicional argumenta razones de política criminal; pues a quien ha atentado contra su vida ya no se le

puede aplicar la pena y, en el caso del suicidio frustrado si se impusiera al sujeto una pena privativa de libertad, ello sería tanto como decirle que se le castiga por haber fallado en la provocación de su propia muerte.

- b) En las sociedades contemporáneas de talante plural y democrático se puede llegar a considerar que, bajo determinadas circunstancias, el suicido es la máxima expresión de la libre autodeterminación de la vida.

Existe una sociedad plural y democrática en aquellos países en los cuales su carta magna o Constitución reconoce los siguientes derechos fundamentales del individuo: derecho a la libertad; derecho al libre desarrollo de la personalidad; derecho a la libertad ideológica, y derecho a la dignidad humana.

A diferencia de las Constituciones alemana y española,* la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no reconoce con fórmulas tan generales dichas garantías; pero sí reconoce específicas formas de manifestación de dichas garantías, a saber: la libertad, prohibiendo cualquier forma de esclavitud (artículo 2o.) o pacto que menoscabe la libertad (artículo 5o., párrafo 5), así como la protección a los ciudadanos contra detenciones arbitrarias de la autoridad (artículo 14, párrafo 2); el libre desarrollo de la personalidad para elegir profesión o trabajo (artículo 5o., párrafo 1); libertad ideológica para impartir cátedra (artículo 3o., fracción VII); manifestar ideas (artículo 7o.) o profesar cualquier culto religioso (artículo 24); la dignidad humana deberá orientar a la educación (artículo 3o., fracción II, inciso c) y será uno de los pilares de la rectoría del Estado en el desarrollo nacional (artículo 25).

Aunado a lo anterior, México ha suscrito y ratificado la Declaración Universal de Derechos Humanos, por la cual se obliga

* Sobre estos artículos y su discusión, *cf.* Díaz Aranda, Enrique, *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid-Ministerio de Justicia, 1995, especialmente pp. 93-119.

a proteger: la libertad del individuo (artículos 3o. y 12); el libre desarrollo de la personalidad de sus ciudadanos (artículo 22, fracción I) y la libertad ideológica (artículo 24).

Por ello, aunque la Constitución de 1917 no estableció fórmulas tan acabadas como las incluidas en las Constituciones europeas a partir de la segunda mitad del siglo XX, lo cierto es que las reformas y los tratados internacionales suscritos y ratificados por nuestro país —los cuales son ley suprema de acuerdo con el artículo 133 de la Constitución— nos pueden llevar a sostener que en México están vigentes los derechos a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, a la libertad ideológica y a la dignidad humana, como una manifestación del Estado social y democrático de derecho. Si esto es así, entonces podemos sostener la existencia de un derecho a la libre disposición de la vida por su titular.

Por otra parte, el Código Penal vigente en México data de 1931, mientras que el debate sobre la eutanasia activa directa cobra importancia a partir los años sesenta con el avance de la tecnología y su aplicación en la medicina; ejemplos como el soporte ventilatorio a través de respiradores automáticos o las técnicas de resucitación cardiopulmonar y los métodos invasivos hemodinámicos, nos pueden ilustrar cómo es que en la actualidad se puede prolongar la vida de un enfermo terminal, pero ello no significa curar la enfermedad sino sólo retardar el momento de la muerte con sufrimientos, es decir, con dichos medios se consigue prolongar la agonía del paciente. Atento a lo anterior, se puede afirmar que el legislador penal de 1931 no emitió la norma penal contenida en el artículo 312 del Código Penal vigente para prohibir y sancionar específicamente los casos de eutanasia activa directa, ya que ello no formaba parte de la realidad de aquel entonces.

A mayor abundamiento, el 10 de enero de 1994 fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* una reforma al Código Penal Federal, la cual establece que el consentimiento del titular del bien jurídico afectado es una causa de exclusión del delito

(artículo 15, fracción III). Esto significa que cuando el titular de un bien jurídico pide a otro la lesión de dicho bien, entonces, la conducta de quien obedece o realiza la conducta solicitada no es constitutiva de delito y, por tanto, no puede ser sancionado con pena privativa de libertad.

En resumen, como el legislador de 1931 no emitió el artículo 312 del Código Penal para sancionar la eutanasia activa directa y como la disponibilidad de la propia vida es un derecho fundamental, entonces, quien priva de la vida al enfermo terminal que lo solicita no incurre en responsabilidad penal dado que dicho supuesto no está dentro del ámbito de protección de la norma jurídico-penal y, por esa razón, dicha hipótesis de eutanasia queda fuera del radio de imputación al tipo objetivo (teoría de la imputación al tipo objetivo). La misma conclusión se puede aplicar a quien sólo auxilia al enfermo terminal para provocar su propia muerte.

En este orden de ideas, si el hombre es un fin en sí mismo y si, como hemos sostenido, existe un derecho fundamental a la libre disponibilidad de la vida por su titular y si, por otra parte, la prohibición penal de privar de la vida a quien lo solicita no fue emitida por el legislador para sancionar penalmente a quienes practican la eutanasia activa directa —porque no tuvo en cuenta esos supuestos en 1931— y si, por último, el consentimiento del titular del bien jurídico afectado es una causa de exclusión del delito, entonces si el médico priva de la vida al paciente terminal que lo solicita no cometerá el delito de homicidio consentido previsto en el artículo 312 del Código Penal, y tampoco incurrirá en el delito de auxilio al suicidio si el médico sólo auxilia al enfermo terminal para que él mismo ponga fin a su vida.

Por supuesto que una propuesta como la anterior requiere de criterios bien definidos que eviten abusos. Al efecto, se debe partir de los requisitos señalados en la misma fracción III del artículo 15 exigiendo no sólo la capacidad jurídica del paciente, sino también que haya sido informado, haciéndole conocer en términos accesibles su diagnóstico y pronóstico. Claro está que

dicho diagnóstico de enfermedad terminal deberá confirmarse por el comité ético del hospital o cuando menos por otro especialista. Amén de que el consentimiento del paciente sea serio, reiterado y expreso, sin que pudiera proceder el consentimiento tácito ni otorgar la facultad a ninguna otra persona para poder decidir en lugar del enfermo.

Si los órganos judiciales emitieran una interpretación como la anterior y establecieran con claridad los requisitos necesarios para la práctica de la eutanasia activa directa, entonces los enfermos terminales podrían saber que sólo su voluntad puede ayudarlos a evitar una agonía innecesaria y, a su vez, evitaría poner entre la espada y la pared al médico que sabe que no puede curar al enfermo y sólo le está alargando la agonía para evitar ser sancionado penalmente.

PRESENTACIÓN

Eugenia MALDONADO DE LIZALDE

¿Es necesario debatir y reflexionar profundamente sobre cuestiones que afectan seriamente a la sociedad? ¿Debe eludirse por mera comodidad o rémoras morales el analizar con rigor temas controvertidos?

Las reflexiones que se derivan de este Debate, desde la vertiente médica, de los derechos humanos, de la vertiente jurídica y de la religiosa, evidencian un interés social y práctico por una cuestión de actualidad. Es necesario analizar el previsible impacto de la eutanasia sobre la protección de la vida humana, así como cualquier implicación derivada de tal acción.

Términos como asistencia médica al suicidio, eutanasia pasiva y activa, distanasia, ortotanasia, cuidados paliativos, suicidio, testamento vital o biológico merecen toda nuestra atención, estudio y cuidado académicos. La despenalización de la eutanasia o su posterior legalización son, aquí y ahora, una cuestión abierta. Muchos países, entre los que se encuentran España, Estados Unidos, Holanda, Australia, Francia, Italia y Alemania, han empezado a hacer revisiones legislativas sobre este tema.

El Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, consciente de las inquietudes contemporáneas, abre este Debate para discutir la eutanasia y todo lo relacionado con ella, para poder obtener una visión más clara, objetiva e informada, sobre todo del tema problemático de este Debate que hoy nos convoca.

EUTANASIA

Federico ORTIZ QUESADA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De entre tantas, la eutanasia de Sigmund Freud resulta ilustrativa. Freud ejerció la conciencia de sí hasta su máxima expresión: él evitaba la anestesia en las operaciones de su boca aduciendo que prefería sufrir el dolor que no ser capaz de pensar con claridad. Sin embargo, cuando ya no pudo tolerar el sufrimiento le solicitó a su médico una dosis mortal de morfina. “Querido Shur, recuerda nuestra primera plática, prometiste que me ayudarías cuando llegara el momento. Todo es tortura y ya no tiene sentido”.⁷ Arthur Koestler, novelista y filósofo húngaro, una de las mentes más brillantes de su generación, afligido por una leucemia y enfermedad de Parkinson, tomó el mismo camino.

Sin embargo, a pesar de que se advierte el sufrimiento del moribundo, la eutanasia se encuentra legal y moralmente proscrita en la mayor parte de los países debido a las diversas tradiciones religiosas que establecen la santidad de la vida. La vida es un don de Dios; no del hombre. En el código ético básico de la religión judeocristiana, el *Decálogo*, así se manifiesta: “No matarás” (Éxodo 20, 13). La Iglesia Católica Romana abunda:

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

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

“Todos son responsables de la vida que Dios les ha dado. Dios es el dueño de la vida. Estamos obligados a aceptarla y preservarla por su honor y salvación de nuestras almas. Somos los administradores, no los propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No es nuestra para disponer de ella”. El Corán expresa: “No tomes la vida que Alá hizo sagrada...”.

Además, el propósito central de la medicina es evitar la muerte, preservar la vida. En la deontología fundacional de la medicina científico-técnica, el Código Hipocrático, se ordena: “Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pida, ni sugeriré un tal uso, y, del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente”. Es lógico que los preceptos legales consideren punible la práctica de la eutanasia debido a que no existen provisiones al respecto, pueden considerarse suicidios o asesinatos. En este último caso han caído la mayoría de los actos de eutanasia, sobre todo en países católicos como México.

A lo largo de la historia, el debate de la eutanasia ha tocado todas las posiciones ideológicas: desde las prohibiciones extremas hasta las restricciones parciales, y en casos recientes, de gran laxitud.⁸ Un movimiento a favor de su legalización dio inicio en Inglaterra en 1935, cuando Killick Millard fundó la sociedad para la eutanasia. La discusión se ha llevado a las cortes de Australia, Colombia, Estados Unidos, Holanda y otros países. En la segunda mitad del siglo XX varios países europeos restaron severidad a las condenas contra la eutanasia.

En el Territorio Norte de Australia entró en vigor, en junio de 1996, la Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales. Autorizaba al médico a dar muerte al enfermo con una acción positiva, como una inyección letal. Además, permitía que cualquier ciudadano pudiera viajar a ese Estado para someterse al tratamiento. En marzo de 1997 fue derogada por el Parlamento

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

por sólo cinco votos. En el periodo en el que estuvo vigente, cuatro pacientes fueron autorizados a quitarse la vida. En Francia, un informe del Comité de Ética de las Ciencias y de la Salud Francesa (CCNE), publicado en marzo, ha abierto una puerta a la despenalización de la eutanasia al recomendar la creación de una nueva figura legal, la “eutanasia de excepción”, para “casos raros y excepcionales”. Este tipo de eutanasia sería diferente de la activa, considerada un homicidio, y de la pasiva, castigada como si se tratara de una omisión de socorro a una persona en peligro. Según uno de los redactores de la recomendación, en Francia se practican anualmente alrededor de 2,000 eutanasias clandestinas.

En los Estados Unidos, en el estado de Oregon, en 1994 se aprobó la “Ley Muerte con Dignidad” que no entró en vigor debido a las protestas sociales. Finalmente, en 1997, el electorado la aprobó con el 60% de los votos y con restricciones a su aplicación. En este precepto estadounidense se admite el suicidio asistido: los médicos pueden prescribir drogas letales pero no administrarlas. El país que más ha avanzado en la legislación sobre eutanasia es Holanda. El 29 de noviembre de 2000, la cámara baja del Parlamento holandés aprobó la eutanasia por 104 votos contra 40, y el 11 de abril de 2001 el Senado la ratificó por 46 votos sobre 28. La legislación entrará en vigor una vez que la reina Beatriz firme el decreto. Holanda se constituye como el primer país que legaliza totalmente esta práctica.

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

en la pirámide de edades provocada por el incremento de viejos; g) la existencia, cada vez mayor, de discapacitados; h) el surgimiento de enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes, como son la demencia senil, el síndrome de Alzheimer, la diabetes, el cáncer, las patologías cardiovasculares, enfermedades reumáticas y otras; i) los avances científico-técnicos en medicina que llegan a los extremos de prolongar la agonía poniéndole dificultades al morir —*distanasia*— y que son causantes de elevados costos en la atención del enfermo, y j) la deshumanización médica.

Las causas anteriores se han visto traducidas en favor de la eutanasia en diversas encuestas, de la siguiente manera: en España, el 67%; en Estados Unidos, 75%; en Gran Bretaña, 80%; en Australia, 81%, y en Holanda 92%. Estas cifras deben ser analizadas dentro de un contexto cultural, económico, social, político, técnico y científico. Por ejemplo, en Estados Unidos el 80% muere en los hospitales y si en éstos la agonía es sumamente dolorosa, es lógico que opten por la eutanasia.

En 1995, un estudio a gran escala en cinco centros médicos estadounidenses⁹ demostró que

...solamente el 41% de los pacientes había platicado con sus médicos respecto a su pronóstico o resucitación cardiopulmonar. Los médicos malentendieron las preferencias de los enfermos en el 80% de los casos; no implementaron los rechazos de los pacientes referentes a maniobras de resucitación. Cuando los pacientes señalaron que no querían estas maniobras, no se inscribió la orden en el 50% de los casos.

Un médico investigador señaló: “Cuando las personas mueren después de un sufrimiento prolongado, los médicos dicen:

9 Support Principal Investigators, “A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, núm. 20, 22-29 de noviembre de 1995, pp. 1591-1598.

‘Hicimos todo lo que podíamos’. No dicen: Pusimos a esta persona en el infierno antes de que muriera”. Esto nos lleva a una primera conclusión: antes que pensar en la práctica de la eutanasia, deben mejorarse las condiciones del moribundo. No se trata de ayudar a bien morir, sino a vivir bien hasta el último momento.

Una buena muerte debe comenzar por el cuidado compasivo al moribundo. Esta disposición es esencial al budismo, como señala Sogyal Rimpoché en *El libro tibetano de la vida y de la muerte*: “Lo esencial en la vida es establecer con los demás una comunicación sincera y libre de temores, y ésta nunca es tan importante como cuando se trata de una persona moribunda”.¹⁰ Quien sabe que va a morir está lleno de temores: al dolor, que en ocasiones llega a ser intolerable; a la pérdida de la razón, que es lo máspreciado para el ser humano; al sufrimiento, que transforma la personalidad; a la indignidad, al volverse dependiente de los demás; a la separación y al abandono en que se sume quien va a morir; a la pérdida de respeto por la suciedad y la peste que en ocasiones invade a algunos dolientes; al miedo, que se convierte en una montaña de turbación donde toda confianza se pierde. Es aquí donde el médico puede ser de mayor alivio, manteniendo la confianza y conciencia del moribundo. Para el budismo es fundamental controlar el dolor sin enturbiar la conciencia.

En un estudio referido por Sogyal Rimpoché, en el Hospicio de St. Christopher de Londres, sobre la base de medidas de cuidado al moribundo, se observó que el 98% de ellos tuvo una muerte pacífica, una buena muerte, eutanasia. La fundadora de este hospicio, Dame Cicely Saunders, expresa: “Si alguno de nuestros pacientes solicita eutanasia, significa que no estamos haciendo bien nuestro trabajo”. En relación con la legalización de la eutanasia activa, esta mujer manifiesta: “Legalizar la eutanasia voluntaria (activa) sería un acto irresponsable que pondría

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

trabas a la asistencia, presionaría a los más vulnerables y aboliría nuestro verdadero respeto y nuestra responsabilidad hacia los frágiles y los ancianos, los incapacitados y los moribundos”.¹¹ En la misma línea de pensamiento se manifestó Elisabeth Kübler-Ross, la famosa autora de *La muerte y los moribundos*: “Me parece muy triste que hayamos de tener leyes sobre estos asuntos. Creo que deberíamos utilizar nuestro juicio humano y afrontar nuestro propio miedo a la muerte. Entonces podríamos escuchar a los pacientes y respetar sus necesidades, y no tendríamos este problema”.¹²

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

11 *Ibidem*, p. 448.

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

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

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

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

Otra cosa, muy diferente, es la llamada eutanasia voluntaria pasiva que, como señalé al principio, suele ser tolerada. Las principales asociaciones médicas del mundo la permiten en aquellos pacientes incurables y a punto de morir. Así, es posible revocar los equipos de soporte vital como son los respiradores artificiales; suspender los procedimientos médicos y medicaciones que no sean para el dolor; cancelar sueros y alimentación parenteral; evitando las maniobras de resucitación cardiopulmonar si sobreviene un paro cardíaco. Tal vez, el procedimiento más comúnmente usado sea la administración de analgésicos tipo morfina que al mismo tiempo que provocan dolor, deprimen la respiración acelerando, de esta manera, la muerte.

Pero la eutanasia pasiva voluntaria es todavía condenada por la Iglesia Católica sobre la base de que nadie, sino Dios, es dueño del cuerpo, y que el significado del sufrimiento debe ser elucidado. El budismo, religión no teísta, sostiene una opinión diferente: “La persona que decide que ya ha sufrido bastante y desea que se le deje morir se encuentra en una situación que no podemos llamar virtuosa ni no virtuosa... Más que al deseo de poner fin a la propia vida, responde al deseo de poner fin al sufrimiento. Por consiguiente, es un acto kármicamente neutro”.

Vale la pena destacar que los pacientes con muerte cerebral —a quienes se les suspenden las medidas terapéuticas extraordinarias y fallecen— no deben ser considerados sujetos de eutanasia. En ellos se ha completado el morir. Desde 1952, el Papa Pío XII condenaba las medidas terapéuticas “que degradan al hombre a la condición de un ser sensorial o autómatas vivientes”.¹⁵ Cuando se afirma el deber médico de proteger la vida se hace referencia a la vida humana ligada indisolublemente a la con-

ciencia. Aquí llegaríamos a una tercera conclusión: la eutanasia voluntaria y pasiva, en casos seleccionados y autorizados por un comité de bioética que incluya a médicos, filósofos, religiosos, puede ser tolerada siempre y cuando se analice cada caso en particular. Esto sería una eutanasia de excepción.

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

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

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

El hombre ha soñado siempre con hallar un sitio en el que no le falte nada. Los griegos y los judíos lo buscaron en el tiempo; los primeros creyeron que existió en el pasado y lo llamaron la edad de oro; los segundos, por el contrario, lo ubican en el porvenir. La imaginación medieval lo creía posible en algún punto del planeta, y en su búsqueda los europeos dieron con nuestro continente buscando especies y la eterna juventud. Para el pensamiento religioso se trata de un lugar más allá de nuestro espacio y tiempo; para la filosofía de la historia, de un sin lugar, de una utopía. Para nosotros, simples mortales, si nos fuera dable imponerle condiciones a tal sitio, sin duda, las primeras serían sin dolor y sin muerte.

Contra el dolor y la muerte el hombre ha luchado a lo largo de toda su historia. Y con la ambición de vencerlos ha tenido primero que tomar la sabiduría de los dioses y arrebatarse sus secretos a la naturaleza. El precio viene siendo muy alto, el hombre mientras más conoce, más se aleja de la naturaleza y se aproxima a los dioses. Gracias a su inteligencia, asume progresivamente facultades que antes sólo eran de los dioses, crece en el dominio de la vida y la muerte, y ahonda en los tormentos de la conciencia. Y hay una paradoja en todo esto: el mismo individuo, la misma sociedad que podría hoy sin vacilaciones eliminar pueblos enteros que desean vivir y prosperar, dudaría en cambio para auxiliar a un desahuciado que clama por su muerte.

El avance científico-técnico y las nuevas enfermedades deben acompañarse de una reflexión consciente acerca de los valores humanos fundamentales. Porque ahora se advierte que el hombre de nuestro tiempo tiene menos dolores gracias a la tecnolo-

gía médica, pero tiene más sufrimiento. El pensamiento actual posee, en el terreno ético, muchas debilidades. Por eso es necesario insistir en lo fundamental de lo humano. Se debe respetar lo más sagrado del hombre: la vida, sin perder de vista las transformaciones humanas que se constituyen como la revolución intelectual y ética del milenio que inauguramos.

ASPECTOS BIOÉTICOS Y DERECHOS HUMANOS DE LA EUTANASIA

Hanne-Lore SCHLÜTER S.*

Pocos debates en nuestros días suscitan tanta controversia como el de la eutanasia. El “hecho de provocar la muerte sin dolor a un enfermo incurable”, como la define el *Diccionario del español actual*, tiene tantos partidarios como detractores.

Max Charlesworth (1993), bioeticista australiano, sostiene que al no poder existir un consenso público sobre un conjunto de valores centrales en las sociedades liberales, también habrá pluralidad de posturas éticas.

Los temas relativos a la ética de la salud o ética médica, o incluso la supuesta bioética, se consideran con frecuencia como una abstracción del contexto político y social del que parten. Sin embargo, es obvio que las decisiones en estos temas serán radicalmente distintas, si se toman dentro de una sociedad liberal democrática, o bien dentro de otro tipo de sociedad no liberal, ya sea teocrática, autoritaria (utilizando este término de forma neutral), paternalista o ‘tradicional’. En una sociedad liberal el valor supremo es la autonomía personal, es decir, el derecho de uno mismo a elegir su estilo de vida propio.

Una frase acuñada por John Stuart Mill en el siglo XIX le da presencia a este valor: “*Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su mente, el individuo es soberano*”.

* Coordinadora del Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana.

Esta primacía que tiene la autonomía personal, dentro de una sociedad liberal, conlleva ciertas consecuencias. En primer lugar, en este tipo de sociedad existe un marcado contraste entre la esfera de la moralidad personal y la esfera de la ley. Esta última no se preocupa de asuntos de moralidad personal ni del cumplimiento de la moral. En segundo lugar, la sociedad liberal se caracteriza por un pluralismo ético que permite a sus miembros una amplia variedad de posturas religiosas (o no religiosas). En tercer lugar, dejando aparte el compromiso con la primacía de la autonomía personal, no existe un consenso social determinado sobre un conjunto de ‘valores esenciales’ o una ‘moralidad pública’ que deban ser salvaguardados y promovidos por la ley.

En una sociedad liberal cabría esperar que el valor de la autonomía personal fuera fundamental en el seno de los debates éticos.

De lo que se ha dicho hasta ahora es lógico deducir que en una sociedad liberal, basada en el principio de la autonomía moral del individuo, la ley no debería influir en evitar que en ciertas circunstancias la gente se quite la vida. En otras palabras, aunque el suicidio pudiera ser o no un pecado en determinados momentos, desde luego no debería ser un delito. Se tendría que demostrar que el suicidio lleva consigo un daño directo a otros y que era en algún sentido obvio un acto antisocial antes de que se convirtiera en delito. Por supuesto, algunos sostienen en campos consecuencialistas que incluso si el suicidio no es moralmente malo en sí mismo, su tolerancia legal establecería en efecto su aprobación y apoyo, y fomentaría el suicidio entre enfermos mentales, ancianos, etcétera.

Además, se defiende que la tolerancia legal del suicidio afectaría el respeto de la comunidad por la ‘santidad de la vida humana’, que es central en cualquier sociedad, y conduciría inevitablemente a ‘matar por compasión’ o peor. Pero en primer lugar, el hecho de que el Estado despenalice el suicidio no implica que ratifique el suicidio como moralmente aceptable, de la

misma manera en que la despenalización de la prostitución, la homosexualidad y el aborto no significaría que el Estado adoptara estas prácticas como moralmente aceptables. Lo que el Estado hace, en efecto, es declarar que el suicidio, como la prostitución y la homosexualidad, entran dentro del campo de la moralidad personal, y como tal no son asunto de la ley.

En segundo lugar, no es suficiente defender que simplemente proporcionar asistencia al suicidio, así como su despenalización, podría ‘posiblemente’ tener consecuencias nocivas para la sociedad en su totalidad. Se necesitaría demostrar empíricamente que estas consecuencias antisociales son significativamente probables.

La palabra eutanasia viene del griego, así: *eu*, bueno; *thantos*, muerte. “Buena muerte”, término que ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona, a petición suya, con el fin de minimizar su sufrimiento.

1) *Eutanasia pasiva*. Este es un término mal utilizado por los medios de comunicación y a lo único que se refiere es a la muerte natural, así se suspende el uso de los instrumentos de apoyo de vida o el suministro de medicamentos para que se dé una muerte completamente natural que no contraria en nada la ley natural.

2) *Eutanasia activa*. Este término se refiere a la muerte que se ocasiona de una manera directa para poner fin al sufrimiento del paciente.

El suicidio asistido se relaciona vagamente con la eutanasia; éste se produce cuando alguien le da información y los medios necesarios a un paciente para que pueda terminar fácilmente con su propia vida.

Los datos acerca de la opinión pública sobre la eutanasia en aquellos países en los que en 1998 se llevaron a cabo encuestas, dan apoyo a la eutanasia: 60% en Estados Unidos, 74% en Canadá, 80% en Gran Bretaña, y 81% en Australia.

El mejor remedio contra cualquier abuso sería establecer controles rigurosos sobre la determinación del consentimiento real o

implícito de los pacientes, en lugar de la prohibición total del suicidio asistido a petición del paciente. Ciertamente algunos hospitales de Holanda se esfuerzan por asegurar que los pacientes puedan tomar una decisión con conocimiento de causa sobre la petición de asistencia para acabar con la vida.

Cuando el mundo discute sobre la legalización de la eutanasia, mira a Holanda. El martes 10 de abril de 2001 Holanda se convirtió en el primer país del mundo en legalizar la eutanasia, luego de que el Senado aprobara una ley que la permite bajo ciertas condiciones. Para que la ley entre en vigor deberá ser firmada ahora por la reina Beatriz y comenzará a aplicarse en el segundo semestre de 2001, o a más tardar el 1 de enero de 2002. La vecina Bélgica debate desde hace meses la aprobación de una ley sobre este tema. Cuando Holanda se plantea cómo cuidar mejor a los enfermos terminales, tiene que mirar sobre todo la experiencia en otros aspectos, pues la aplicación de la eutanasia ha llevado a descuidar la medicina paliativa. Ahora quiere recuperar el terreno perdido y, con la profesionalidad y método característicos de la cultura holandesa, se han puesto en marcha cursos de cuidados paliativos para profesionales del sector sanitario y voluntarios que desean atender a enfermos terminales.

Desde ahora, quienes dispongan del “certificado de cuidados paliativos” podrán mostrar que están calificados para asistir a enfermos desahuciados en sus necesidades físicas, sociales y anímicas, para aliviarles en su dolor y acompañarles hasta el trance de la muerte. El curso también prepara a estos voluntarios y profesionales para ayudar a los familiares a sobrellevar la pérdida de la persona querida.

El gobierno holandés presupuestó para 1998 el equivalente a 1.5 millones de dólares para la investigación y el desarrollo de cuidados paliativos con el fin de ofrecer alternativas a la demanda de eutanasia. El Centro Nacional de Apoyo a Voluntarios Cuidadores de Enfermos Terminales recibió el encargo de desarrollar el material didáctico destinado al curso. El material ofrece información básica a quienes deseen asistir a moribundos en

hospitales o en sus propios hogares. A su vez, la organización forma personal docente para que organice estos cursos.

El hecho de que el gobierno holandés haya impulsado un "certificado de cuidados paliativos" no supone que intente dar marcha atrás en la práctica de la eutanasia. Según cifras oficiales, en 1995 la eutanasia se aplicó aproximadamente a 10,000 personas.

Desde 1992, Dinamarca autoriza al paciente aquejado de una enfermedad incurable a decidir él mismo la interrupción del tratamiento. En Colombia, el Tribunal Constitucional admitió la práctica de la eutanasia en 1977 para los enfermos en fase terminal que la reclamen expresamente. En China, el gobierno autorizó en 1998 a los hospitales a practicar la eutanasia para enfermos en fase terminal. En Estados Unidos de Norteamérica la ley federal prohíbe la eutanasia; sin embargo, estados como Oregon y Nueva York permiten la eutanasia médica con algunas reservas.

Se deduce de todo lo que se ha dicho que si el suicidio puede ser moral y legal; entonces asistir a una persona a que se suicide debería ser también moral y legal. Con esta perspectiva, sin embargo, el Estado tiene derecho a intervenir en el control de tales situaciones con la finalidad de asegurar que el paciente sea capaz de iniciar y consentir tal disposición con conocimiento de causa y no esté coaccionado ni por parte de miembros de la familia ni personal médico. De esta forma la ley, por lo menos en teoría, controla y regula los acuerdos efectuados entre pacientes que son enfermos terminales y sus médicos, con la finalidad de asegurar que tales acuerdos se guíen por una preocupación por la autonomía del paciente individual.

En una sociedad liberal que tiene minorías étnicas y religiosas dentro de ella, estas opiniones diferentes sobre la muerte y el morir, y si tenemos o no un derecho a morir como elijamos, tienen que tolerarse, por supuesto, y tanto los médicos como cualquier responsable de la salud deben ser sensibles a ellas para proporcionar tratamiento médico apropiado. Pero no hay

razón por la que en una sociedad liberal y multicultural los criterios de ciertos grupos religiosos se opongan al punto de vista liberal subrayado anteriormente, ni para que miembros de estos grupos exijan que se convierta en leyes vinculantes para todos su punto de vista particular. Podría ofender a algunos judíos ortodoxos o musulmanes que el suicidio sea despenalizado en nuestra sociedad, igual que ofende a algunos católicos que el divorcio o el aborto sean legalmente permitidos.

Pero en una sociedad liberal éticamente pluralista ninguno de ellos tiene derecho a pedir que el Estado intervenga en temas dentro del ámbito de la moralidad privada. Pueden, como dice Mill, objetar y discutir entre ellos y con el resto de la sociedad, e intentar persuadirles, pero no pueden invocar a la ley a reconocer y ratificar oficialmente sus criterios en contra de criterios ajenos.

Los casos considerados hasta ahora han tenido que ver principalmente con pacientes competentes que han sido capaces de tomar decisiones autónomas sobre cómo acabar con la vida, o de nombrar a apoderados y darles instrucciones claras para que puedan tomar decisiones por ellos. La posición moral en tales casos está clara, aunque podría estar lejos de serlo en la práctica real, y la postura del Estado y la ley, por lo menos en una sociedad liberal, está también clara.

Pero la situación pasa a ser mucho más compleja en aquellos casos en los que la gente no puede tomar decisiones autónomas por sí misma ni designar ni nombrar a apoderados, y en los que otro tiene que tomar una decisión por ellos.

Algunos han sostenido que la prueba objetiva más sólida sobre el “mejor interés del paciente” es la calidad de vida que el sujeto pueda tener. Debe señalarse que la noción de ‘calidad de vida’ tiene varias connotaciones diferentes.

En primer lugar se define en términos del sufrimiento y angustia que ocasionaría al sujeto (neonato disminuído, enfermo de Alzheimer, estados de coma profundos, etcétera) la prolongación de su vida mediante tratamiento activo. En el segundo, se

define en términos de lo que el sujeto elegiría si le fuera posible, lo que implica que algunas formas de vida son tan ‘terribles’ que nadie elegiría continuar viviendo. En tercer lugar, se define de forma más general el término de ‘los mejores intereses del sujeto’, lo que implica que podría convenirle no prolongar su existencia mediante tratamiento activo. Sin duda estas tres definiciones se superponen en la práctica. Se ha mostrado que pacientes individuales (por decisión propia, a través de alguien designado con poderes o por una decisión imputada a ellos) deben tomar la decisión final sobre cómo acabar con la vida, y no un médico o algún agente externo que tome decisiones basándose en alguna prueba médica ‘objetiva’ sobre el grado de valor o calidad de la vida de un paciente, o en el hecho de que la prolongación de la vida de un paciente sería una carga social y económica.

Algunos han visto la admisión del derecho a morir como el primer paso en una pendiente resbaladiza que terminará inevitablemente en algo como el programa de eutanasia nazi en los años treinta, cuando 275,000 personas fueron juzgadas con una base objetivamente ‘científica’, como ‘socialmente inútiles’ y en consecuencia asesinados por personal médicamente calificado en hospitales y sanatorios. El personal médico no ordenó expresamente matar a estos pacientes sino que simplemente dio permiso para hacerlo. Estos centros fueron el prototipo de los campos de exterminio posteriores para los judíos y otras personas ‘racialmente inferiores’. Pero un ‘derecho a morir’ que se basa en todos los niveles en la autonomía moral del individuo está totalmente en contra de tal postura. Estamos en una pendiente resbaladiza sólo cuando nos alejamos de considerar la decisión de acabar con la vida de uno como una decisión moral que pertenece al paciente individual, y que está basada en su derecho a la autonomía moral, y la vemos ante todo como un asunto médico o científico o como un tema social. Por lo tanto, en una sociedad liberal, cualquier legislación que dé expresión al ‘dere-

cho a morir' debe estar relacionada esencialmente con el derecho autónomo del paciente a controlar el final de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- CHARLESWORTH, Max, *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge University Press, 1993.
- , *The Ethics of Happiness*, Geelong, Deakin University Press, 1991.
- FIBLA, Carla, *Debate sobre la eutanasia*, España, Planeta, 1999.
- FOOT, Philippa, "Euthanasia", *Death and Decision*, editado por Ernan McMullin, Washington, American Association for the Advancement of Science, Selected Symposium 18, 1978.
- MONTÓN, Carmen, *El derecho a morir bien atendido*, Aceprensa, Servicio 88/98.
- PROCTOR, Robert, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1989.
- STUART MILL, John, *On Liberty*, editado por R. B. Mc Callum, Oxford, 1946.
- VAN DER MAAS, Paul J. et al., *Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life*, *The Lancet*, 8338, 1991.
- VER PIETER ADMIRAAL, "Is There a Place for Euthanasia?", *Bioethics News*, Monash University, vol. 10, núm. 4, 1991.
- VERSPIEREN, Patrick, *Face a celui qui meurt*, París, Desclée de Brouwer, 1984.
- WATCHER, Maurice A. de, "Active Euthanasia in the Netherlands", *Journal of the American Medical Association*, vol. 262, 1989.
- WEIR, Robert, *Selective Treatment of Handicapped Newborns*, Nueva York, Oxford University Press, 1984.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EUTANASIA

Paulette DIETERLEN

Todos los que nos interesamos en el tema de la eutanasia recibimos un fuerte impacto al saber que el Parlamento holandés había votado en favor de la despenalización de la eutanasia. Si bien existen lugares donde se practica su despenalización legal, va a ser materia de muchas discusiones. A mi juicio es uno de los problemas éticos más difíciles de enfrentar, ya que en torno a él se conjugan experiencias pasadas, intuiciones contradictorias, actitudes opuestas, etcétera. La pregunta que suelen hacerse muchos teóricos que tratan el tema es acerca de la posibilidad de dar argumentos a favor de la eutanasia en una sociedad liberal donde, de entrada, aceptamos los derechos de las personas para decidir sobre un sinnúmero de asuntos y donde aceptamos que exista una pluralidad de puntos de vista.

Primero veamos algunas objeciones contra la eutanasia. Quizá uno de los fantasmas principales que rondan las discusiones sobre este tema es la política denominada *Gnadentod*, que significa “muerte dulce” y que fue empleada por los nazis para camuflar una política de exterminio de los individuos que eran juzgados como incapaces de llevar una vida productiva y provechosa. Esta política fue puesta en marcha por decreto el 1 de septiembre de 1939; como consecuencia, 275,000 personas murieron en cámaras de gas que sirvieron para experimentar, mismas en las que más tarde se ejecutarían a miles de judíos.¹

1 Foot, Philippa, “Euthanasia”, *Virtues and Vices*, Oxford, Blackwell, 1981, p. 31.

Además de este fantasma existen otras creencias en las que se basa el rechazo a la eutanasia, como por ejemplo, pensar que, en última instancia, se trata de un asesinato. También podemos encontrar opiniones que se refieren a la probabilidad de que la decisión sobre practicar eutanasia provenga de un error o de un acto de ignorancia y nos encontramos con una decisión irreversible. Otra objeción consiste en pensar que dicha práctica provocaría que los médicos tuvieran un poder de vida y muerte, lo que generaría en las personas que ingresaran a un hospital un estado de angustia y zozobra. Existe la creencia de que la eutanasia traería consecuencias terribles a nivel de salud pública, pues podríamos sospechar que la decisión sobre la vida y la muerte se toma en función de los costos de determinados tratamientos.²

Obviamente un punto de vista poderoso es el de la religión, y se refiere a la capacidad única de Dios de dar y terminar con la vida. Por ejemplo, John Locke pensaba que la vida humana no era propiedad de la persona que la vivía sino de Dios, por lo tanto el suicidio era un insulto al regalo que Dios da: la vida. Kant argumentó que alguien que contemple el suicidio cae en una contradicción. Por una parte, está interesado en promover aquello que va en su mejor interés al tratar de evadir futuros sufrimientos o morir en una situación en la que ha perdido control sobre él; pero por otro lado, al quitarse la vida desea abolir su propio “yo” y con ello toda posibilidad de asegurar el cumplimiento de futuros intereses. Como lo que es contradictorio es irracional, el suicidio es irracional.³ Asimismo, algunos autores condenan la eutanasia porque va contra la idea, no siempre religiosa, de la “santidad de la vida”. Este concepto junto con el de “calidad de vida” son los temas relevantes en la discusión acerca de la eutanasia.

2 Cfr. Goffi, Jean-Yves, “Euthanasie”, *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, París, Presses Universitaires de France, 1997, p. 543.

3 Citado por Charlesworth, Max, *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, p. 30.

Veamos algunas definiciones de eutanasia para, más adelante, hacer algunas distinciones. Eutanasia viene de las palabras griegas *eu* y *thanatos* que significan “muerte suave” o “muerte buena”. Existe cierto acuerdo en que la palabra se usó en *La vida de los doce Césares*, de Suetonio, donde se describe que: “la muerte de Augusto fue dulce”, se llevó a cabo de una manera rápida y sin sufrimiento. El emperador pudo dejar en orden sus negocios... y se fue con la satisfacción de haber cumplido su misión hasta el final.⁴ Varios autores se han referido a la necesidad de buscar formas de muerte dulce. Lo hicieron Tomás Moro en su *Utopía* y Francis Bacon en *Nueva Atlántida*.

Laura Lecuona⁵ nos propone dos definiciones de la eutanasia:

- a) El acto de dar muerte sin sufrimiento físico a otra persona por su bien o en interés de ella.
- b) El acto de dar muerte o dejar morir sin sufrimiento físico a otra persona por su bien o en interés de ella.

Lecuona nos dice que “al abordar el tema de la eutanasia, los autores acostumbran establecer dos tipos diferentes de distinción: una —que supone la adopción de la segunda definición— entre eutanasia activa y eutanasia pasiva; y otra —indiferente a la definición que se elija— entre eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria”.⁶ Dejando a un lado la involuntaria, porque presupone dar muerte a una persona contra su voluntad, pasaremos a examinar las otras distinciones.

Cuando establecemos la distinción entre la eutanasia activa y la pasiva encontramos el problema filosófico de la acción y la omisión, de la diferencia que existe entre hacer algo y dejar que algo suceda. El juicio sobre las acciones morales por omisión es

4 Citado por Goffi, Jean-Yves, *op. cit.*, nota 2, p. 543.

5 Lecuona, Laura, “Eutanasia: algunas distinciones”, en Platts, Mark (comp.), *Dilemas éticos*, México, Fondo de Cultura Económica-UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas, 2000, p. 98.

6 *Ibidem*, p. 99.

un problema filosófico complicado, entre otras cosas, por la dificultad para determinar cuándo una serie de sucesos se debe a una acción o a una omisión, por la dificultad para establecer una diferencia entre el punto de vista del agente y la del crítico moral y por la imposibilidad de sentirnos responsables por todas nuestras omisiones. Philippa Foot⁷ hace una distinción relevante para explicar ciertas decisiones morales. Primero, distingue entre “permitir” y “causar algo”, y después, entre dos sentidos de permitir. En el primer sentido, permitir está relacionado con la idea de abstenernos, de prevenir; hay una serie de acontecimientos que ya está sucediendo y hay algo que puede hacer una persona para impedirlo. En el segundo sentido, “permitir” se refiere a la idea de “dejar que algo suceda”: remover un obstáculo que está impidiendo que se desarrolle una serie de sucesos. Mientras que causar algo estaría relacionado con la eutanasia activa, que implicaría matar a alguien; permitirlo se relacionaría con la pasiva, que significa no hacer nada para evitar la muerte. Generalmente la eutanasia pasiva suele tener un grado de aceptación mayor que la activa.

La distinción entre la eutanasia voluntaria y la no voluntaria existe cuando la persona puede decidir si desea la muerte y cuando son otros los que tiene que tomar la decisión en su lugar. Los argumentos referentes al primer caso suelen basarse en el principio de la autonomía; los segundos, en el principio del interés de la persona.

Los filósofos que recurren al concepto de autonomía afirman que los pacientes competentes deben elegir su propia muerte. Esto significa que es crucial afirmar el derecho de las personas a tomar decisiones centrales y que debe permitírseles terminar con su vida cuando lo deseen, al menos si su decisión no es completamente irracional.⁸

7 Foot, Philippa, “The Problem of Abortion”, *Virtues and Vices*, cit., nota 1, p. 26.

8 Cfr. Dworkin, Ronald, *Lifes dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Nueva York, Vintage Books, 1993, p. 190.

Dicha autonomía también se ha expresado en el lenguaje de los derechos, como el derecho a la muerte. Este derecho moral implica que podemos controlar la duración de nuestra vida y la forma en la que queremos morir. Una persona puede arriesgarse a tener cierta clase de muerte o a sacrificar su vida, por ejemplo, para defender a otros o a su patria y, por lo tanto, también debe tener el derecho de impedir un tratamiento médico, a sabiendas de que si no lo toma va a morir, y puede terminar con su vida cuando considere que dejará de ser un agente autónomo capaz de llevar una vida con sentido.

La autonomía es, en este sentido, la posibilidad que tengo de decidir sobre mi propia muerte. De esta posición se deduce que las personas tenemos el derecho moral de terminar con nuestra vida y que, por lo tanto, esa acción no debe ser penalizada ni condenada moralmente. Si tomamos seriamente el concepto de autonomía no hay nada que impida que podamos pedir ayuda para que nos asistan en el momento de la muerte, ya sea dejándonos de dar un tratamiento médico o ayudándonos a quitarnos la vida.

El concepto de autonomía arroja dos problemas. El primero consiste en el peso que se le da a la autonomía ejercida en el presente, frente al peso que se le da a la que se ejerce en el pasado. Esta distinción es relevante porque existen casos en que las personas en estado consciente deciden que prefieren morir si llegan a estar en una situación donde no puedan decidirlo. El segundo problema se refiere a la persona que va a ejercer su autonomía. En algunos casos la autonomía del paciente puede ir contra la del médico.

El otro tema importante se refiere a las decisiones que tomamos por el interés de alguien más. Quizá este sea el punto más debatido sobre la eutanasia, porque implica casos de niños con enfermedades como la *spina bifida*, adultos en estado de coma, personas con enfermedades degenerativas avanzadas, etcétera, es decir pacientes que no pueden tomar decisiones autónomas. Las preguntas que surgen son: ¿cuándo es justificable concluir

que la vida de las personas no vale la pena?, si pensamos que la vida de alguien no vale la pena, ¿qué política debemos tomar?⁹ En estos casos nos encontramos con la disyuntiva entre permitir que se mate y hacer los máximos esfuerzos por salvar una vida. Al respecto, existen varias alternativas: *a)* tomar todos los pasos para tratar de salvar la vida; *b)* tomar todos los medios “ordinarios” para salvar la vida, pero no usar medios extraordinarios; *c)* sin matar, no tomar ninguna medida que nos ayude a preservar la vida; *d)* llevar a cabo un acto que, aunque no tenga como intención matar, nos lleva como consecuencia a privar de la vida, es decir, la doctrina del doble efecto, y *e)* matar deliberadamente.¹⁰ Los debates sobre la eutanasia reflejan un punto de vista moral sobre las alternativas antes mencionadas.

Cuando hablamos de eutanasia, es indispensable abordar el tema de la “calidad de vida”. Este concepto dista mucho de ser claro. Puede significar cosas distintas. Primero, podemos definirla como la condición de sufrimiento que traería si se siguiera un tratamiento determinado; segundo, como aquello que alguien piensa que el paciente hubiese elegido en caso de ser una persona autónoma; tercero, como lo que se adecua a los intereses de las personas.

El término “calidad de vida” se ha utilizado pragmáticamente para establecer una distinción entre sobrevivencia física y vida propiamente humana. Sin embargo, es difícil proporcionar un criterio claro que nos permita definirlo.

Para el utilitarismo es importante que podamos medir, de alguna manera, los estados de vida y compararlos para saber si un estado de salud es tan bueno como otro.

Sin embargo, la idea de que podemos comparar “calidades de vida” proviene de una confusión entre la calidad de vida biológica o médica y la calidad de vida moral o personal. Es posible

9 Glover, Johathan, *Causing Death and Saving Lives*, Middlesex, Penguin Books, 1981, p. 192.

10 *Ibidem*, p. 195.

pensar que una persona tenga un grado de vida biológico bajo y que, sin embargo, goce de una alta calidad de vida moral. La primera puede ser medida en términos médicos; la segunda está relacionada con las decisiones que puede tomar una persona a pesar de sus problemas biológicos.¹¹

Un tema recurrente cuando hablamos de la eutanasia se refiere a la santidad de la vida humana. Las personas que creen en la santidad de la vida piensan que las personas deben soportar el dolor o permanecer inconscientes hasta que la vida termine naturalmente; creen que terminar con la vida de una forma deliberada niega su valor inherente y cósmico. La convicción de que la vida humana es sagrada quizá sea uno de los argumentos más fuertes contra la eutanasia.¹²

Sin embargo, algunos autores piensan que cuando hablamos de eutanasia es incorrecto referirnos al carácter sagrado de la vida humana. Por ejemplo, Peter Singer trata de elaborar una noción coherente y racional de la eutanasia sin recurrir a dicho concepto. La distinción a la que él se refiere consiste en que hay seres conscientes de ellos mismos, racionales y autónomos, y seres que únicamente poseen sensibilidad. Los primeros, típicamente los seres humanos adultos y competentes, son capaces de tener una concepción de su propio futuro que es suficiente para garantizar una preferencia por la vida y para justificar las prohibiciones de acciones que amenacen sus vidas.¹³ Pero, por otro lado, si la única perspectiva de futuro de un ser humano es vivir deterioradamente por la enfermedad o el sufrimiento, se puede mostrar una preferencia racional de poner fin a esa situación. De esta manera podemos justificar la eutanasia voluntaria. En cuanto al valor de la vida de los seres que solamente están dotados de sensibilidad, ésta se obtiene a partir de las experiencias placenteras que uno pueda tener; si estas experiencias son defec-

11 Cfr. Charlesworth, Max, *op. cit.*, nota 3, p. 49.

12 Cfr. Dworkin, Ronald, *op. cit.*, nota 8, p. 195.

13 Cfr. Singer, Peter, *Practical Ethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, pp. 175-217.

tuosas, el valor de la vida es nulo. El problema con este argumento es que presupone de alguna manera que existe un índice que nos permite saber cuándo una vida es mejor que otra. Sin embargo, creo que la idea de que existen vidas que no merecen prolongarse es empíricamente comprobable y moralmente juzgable.

Lo único que hice, en este trabajo, fue presentar algunos de los problemas filosóficos que se plantean con la eutanasia. Las decisiones están en manos de los pacientes, sus familiares, los integrantes de los consejos asesores de los hospitales, los médicos y los jueces. Por esta razón estoy de acuerdo con Dworkin cuando afirma que no podremos entender el debate sobre la eutanasia a menos que conozcamos las actitudes que sobre ella manifiestan los actores que participan en las decisiones.¹⁴

14 Cfr. Dworkin, Ronald, *op. cit.*, nota 8, p. 193.

RELATORÍA

Eugenia MALDONADO DE LIZALDE*

A mediados de los sesenta renace la preocupación ética vinculada a cuestiones médicas, legales, políticas, sociales y morales, y se introduce muy evidentemente en la vida pública y en el programa filosófico contemporáneo.

Existe una mayor sensibilidad, junto con el mejoramiento de las condiciones de la existencia, sobre el valor de la vida entendida como manifestación de la personalidad humana, lo que desemboca en una reafirmación de la dignidad del sujeto que abarca hasta el momento de su propia muerte. El criterio tradicional del respeto a la vida humana, en virtud de su carácter sagrado, se acompaña con el criterio de si tal respeto se vincula a los conceptos necesarios de calidad —respeto, dignidad, autodeterminación y autonomía de los pacientes— que garanticen su humanización el campo de la medicina y de la disyuntiva vida-muerte.

Los debates sobre el suicidio, la eutanasia y el suicidio asistido médicamente, el aborto, las madres subrogadas y los derechos de la infancia, la clonación, la ética de la guerra y los debates sobre la alimentación de los pueblos que padecen hambre han abierto un espacio a la ética médica, en una relación directa de temas vinculados a la vida, la calidad de vida y la muerte.

* Investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Las cuestiones morales y éticas relacionadas con la ayuda o no ayuda que podrían prestar los médicos a los pacientes que desean morir con dignidad, tiene una importancia primordial para médicos, filósofos, interesados en derechos humanos, abogados y público en general. Se ha avivado el debate al presentarse casos que van más allá de la eutanasia pasiva u ortotanasia para llegar a la eutanasia activa y sus varias derivaciones.

Es importante que nos demos cuenta de que la ética aplicada tiene que crecer a la par que el desarrollo científico y tecnológico, las políticas sociales y las decisiones políticas y económicas, so capa de un terrible rezago humanístico.

Habrá que partir, en este cuestionamiento, de la base de que la vida no puede medirse sólo por su cantidad, sino por su calidad. El derecho a la vida coexiste con el derecho a no soportar tratos inhumanos.¹ Si suponemos que la vida tiene un origen de carácter sagrado, puesto que se basa en la doctrina de la creación del hombre por Dios, nos vemos enfrentados a una ética de carácter teológico que evoca el origen trascendente de la vida en cuanto ésta ha sido dada por Dios al hombre. Ello excluye toda consideración sobre la calidad de la vida, porque tiene un carácter absoluto que escapa a los designios humanos y pertenece a la divinidad. El principio de santidad considera la vida básica y la asocia a una concepción biologicista, sin atender a deficiencias humanas o físicas. A ello se contraponen el principio de calidad que parte del supuesto que la vida es un valor relativo que comprende todos los datos de la experiencia y comunicación humanas, y no sólo una visión acrítica de la vida como simple realidad biopsicológica. La calidad no se refiere a la consideración de la vida como inviolable, sino a algo graduable cualitativamente, no excluyente *a priori* de toda ponderación de otros intereses, como el valor de la vida misma, de las relaciones familiares, la responsabilidad social, etcétera, en la cual el dolor y el

1 Gimbernat Ordeig, Enrique, "Derecho a la vida y eutanasia", *Revista Mexicana de Justicia*, núm. 87, octubre-diciembre de 1987.

sufrimiento no son mesurables objetivamente ni están sujetos al tipo de juicios necesarios para dar forma a una política pública. Empero, el dolor, la insufribilidad del mismo, la humillación y la degradación persisten en el cierto tipo de pacientes a que haremos referencia.

Así, abordamos el controvertido tema de las decisiones relativas al final de la vida, bien sea que el paciente pueda quitársela por sí mismo, como es el caso de suicidio, bien sea que necesite ayuda de otra u otras personas: la eutanasia. En el caso del suicidio, hay otras situaciones en que la enfermedad o la incapacidad pueden impedir la auto-inflicción de la muerte, por lo que se vuelve indispensable, entonces, el auxilio de terceros. Por lo general, y en el mejor de los casos, esas “otras personas” son médicos, y la moralidad de los actos individuales de eutanasia y del auxilio médico al suicidio, así como la legalización o despenalización de tales conductas, constituye una de las más candentes cuestiones del debate ético-moral-social contemporáneo.

Es absolutamente indispensable que tengamos siempre en mente que el tema epónimo debe circunscribirse a los enfermos terminales o desahuciados, o bien, a aquellos aquejados de dolencias que hagan su vida insufrible e intolerable, que pueden o deben tener la oportunidad de escoger su muerte y no verse obligados a sufrir un encarnizamiento terapéutico, respetando así, en su caso, el “testamento vital” o “biológico” del *moriturus*. Este testamento vital debe ser voluntario, serio, consciente y reiterado: deben ser examinadas con cuidado las circunstancias en que se solicita auxilio médico, bien al suicidio asistido, bien a una eutanasia pasiva directa, y debe de ponerse en marcha, a la vez, un sistema de vigilancia administrativa y médica en relación con estas peticiones para evitar rigurosamente todos los abusos posibles; a la vez es necesario que se compruebe que no hubo coerción hacia el paciente, bien familiar bien económica, o bien falta de capacitación y/o información pertinente y actualizada del médico tratante, mismo que debe asesorarse de un

psiquiatra para descartar cuadros agudos de depresión que, de alguna manera, influyen en la decisión del paciente en cuestión.

En circunstancias muy concretas, muy bien reglamentadas, se dice que “es moralmente permisible —y debería serlo desde un punto de vista legal— que los médicos faciliten los conocimientos y/o los medios necesarios para que los pacientes serios, responsables, conscientes e informados puedan quitarse la vida”.²

Evidentemente la instigación al suicidio y la eutanasia plantean el problema de la disponibilidad de la vida humana. La vida humana como tal es un derecho, más nunca se ha dicho que sea un deber, salvo cuando la obligación de vivir es compatible con la admisión de que mi vida no me pertenece sino a una entidad superior; cuando es un don divino, por consecuencia, el suicidio es ilícito. Pero la tesis católica de que es Dios y no el hombre el que puede disponer de la vida, carece de fundamento ético fuera del marco religioso estricto y no puede ser compartido por los ateos, por ejemplo, que son tan ciudadanos —pacientes en potencia— como los demás.³

Otro factor que hay que considerar es la autonomía del paciente. La eutanasia, desde los albores de la cultura occidental hasta el régimen nazi, se basó en motivos sociales, políticos, económicos, médicos o eugenésicos, que rara vez tuvieron en consideración la voluntad de los pacientes.

Hace más o menos tres décadas, con el auge de los derechos humanos, ha quedado muy claro que en el mundo occidental no se tiene derecho en ningún caso a eliminar (*Vernichtung*) a enfermos o minusválidos.

El debate actual reside en saber si los pacientes terminales pueden no solamente rechazar el tratamiento que consideren, piensen o estimen innecesario o perjudicial, sino incluso solicitar que se ponga fin a su vida, ya que de no hacerlo se causa un

2 Dworkin, R. *et al.*, *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Madrid, Cambridge University Press, 2000, p. 12.

3 Gimbernat Ordeig, Enrique, *op. cit.*, nota 1, p. 140.

daño cuádruple, según lo señala el maestro Floris Margadant: los sufrimientos propios del paciente, la tensión emocional para el paciente y su familia, el daño patrimonial para la familia del paciente y el daño para la sociedad que nace del hecho de que a menudo se ocupan instalaciones costosas y escasas, que deberían ser ocupadas para casos de mayor perspectiva vital.⁴

Dworkin⁵ señala lo siguiente:

Nuestra sociedad está basada en el principio de la competición y la juventud, se margina a ancianos y enfermos crónicos de modo sistemático. Pasada la barrera de los 65 años el hombre va sufriendo en sus carnes un conjunto de marginaciones o muertes progresivas, la muerte laboral, la muerte familiar (los ancianos no puede vivir en el seno de la familiar nuclear y por tanto han de vivir solos o ir a residencias, etcétera). Cuando a todo esto se añade la invalidez biológica y la enfermedad, no puede extrañar que los pacientes puedan verse en situaciones tan trágicas que ellos consideren peores que la misma muerte. Éstos son los casos en que suelen pedir la eutanasia. No lo harían si vivieran de otro modo, sin depender de los demás, sin sufrir tanta soledad, sin verse excluidos del mundo de los vivientes. La sociedad tiene el deber de reparar esta tremenda injusticia haciendo por ellos todo lo que esté en su mano...

Ahora bien, el debate se centra no sólo en casos de enfermedades terminales acompañadas de atroces sufrimientos, sino incluso en el supuesto de inválidos tetraplégicos, con gran sufrimiento psíquico y moral. La encuesta de King & Roser, en 1990, demuestra que hay situaciones peores que la muerte; no son variantes relevantes la religión, la edad o la clase social, sino la movilidad física, el dolor, el agotamiento, la capacidad-incapacidad de cuidar de sí mismo, así como la humillación e indignidad que pueden presuponer ciertos tratamientos médicos o cuidados

4 Margadant, Guillermo F., "Eutanasia", *Lex*, año 3, núm. 14, 1988, p. 6.

5 Dworkin, R. *et al.*, *op. cit.*, nota 2, p. 14.

terapéuticos para los pacientes *in extremis*, desahuciados o incapaces.

Así, la polémica se entabla entre la protección oficial a la vida humana *vs.* el derecho de autodeterminación del paciente; así como el riesgo del acortamiento de la vida *vs.* las ventajas de la calidad de la atención médica paliativa, ya que actualmente, salvo el Reino de los Países Bajos, en el Territorio Norte de Australia (en 2000 se dejó en suspenso la legislación relativa; en una población de 168,000 habitantes por 53 votos contra 58) y en el estado de Oregon, Estados Unidos (Acta de la Muerte con Dignidad, 1993), la eutanasia activa, suicidio asistido u homicidio consentido continúan siendo objeto de sanciones penales.

La orientación actual reconoce el derecho del individuo a rechazar el tratamiento médico e incluso el derecho de dejarse morir, así como la correlativa obligación de parte del médico de respetar la voluntad del enfermo. Lo que implica una disponibilidad del bien de la salud o de la vida característica del principio de la personalidad. Bajo este punto de vista nos encontramos ante una paradoja: la medicina con sus enormes adelantos ha contribuido a aumentar los límites de la vida, pero también a alejar a la muerte de forma artificial o artificiosa.

Una perspectiva humanista, metafísica o no, laica o religiosa, radica en reconocer al ser humano una dignidad intrínseca que convierte al sujeto en “un fin en sí mismo” y nunca como un objeto medio. Kant decía, con absoluta razón, que el hombre es un fin en sí mismo y no un instrumento para alcanzar un fin social. Con ello nuestra propuesta es no el estudio entre la viabilidad de la vida y la muerte, sino entre un sufrimiento prolongado e innecesario o no; la muerte de todas maneras habrá de llegar.

Es necesario poner de relieve que hoy en día parece existir mayor sensibilidad en cuanto al mejoramiento de las condiciones de vida, y sobre el valor de la vida entendida como manifestación de la personalidad humana, lo que desemboca necesaria-

mente en una reafirmación de la dignidad del sujeto extendida hasta el momento de su propia muerte.

Así pues, este Debate nos convoca a la respuesta de una pregunta “¿Existe, entonces, la posibilidad ética de solucionar positivamente el problema médico, sociológico y jurídico de quien desea morir y solicita ayuda a tal efecto?”.

PRESENTACIÓN

Fernando CANO VALLE*

La resucitación cardiopulmonar para el manejo del paro cardiaco es una actividad que implica no solamente un conocimiento médico profundo, además representa un entrenamiento depurado de todo un grupo humano a fin de recuperar la vida de un paciente, su uso ha abierto todo un frente de análisis y debate en torno a la eutanasia.

En los años cuarenta y cincuenta el uso del masaje cardiaco con tórax abierto en el quirófano había sido el método de elección ante un paro cardiaco, así como el uso de la respiración boca a boca, estimulación eléctrica del corazón en las diversas salas hospitalarias e incluso en el ámbito extra-hospitalario.

Hoy, el equipo médico y de enfermería ofrece el apoyo de resucitación mediante compresión torácica, intubación y ventilación mecánica, drogas intravenosas, uso del desfibrilador, etcétera. Como cualquier otro tratamiento médico, no hay duda: *el procedimiento salva vidas*; ¿a qué costo y qué beneficio? Esa es una pregunta importante. Como paralelo al avance de tecnologías médicas para un mayor soporte vital del paciente en estado crítico, aparecen nuevas actitudes en las salas de urgencias y de terapia intensiva. Éstas se podrían resumir en dos palabras:

No resucitar. Ahí aparece toda una serie de interpretaciones y dilemas en donde no es infrecuente que el grupo médico se arroge

* Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

la definición de si o no resucitar, y, *de facto*, incurrir en un acto de eutanasia.

El propósito de las unidades de cuidados intensivos es proveer el soporte tecnológico bajo monitorización de pacientes en estado crítico cuya recuperación es posible.

La dinámica de trabajo en esas unidades es intensa, basada en el avance tecnológico, sofisticación farmacológica, y en donde el criterio predictivo es fundamental por la elevada mortalidad que ahí sucede.

En los últimos años se han elaborado diversas metodologías y protocolos que guían la actividad médica en esos espacios hospitalarios y que son de gran ayuda en la evaluación permanente del enfermo y la predicción de sobrevida.

Algunas de estas metodologías, y citaré algunas, permiten la conformación de criterios médicos que, no hay duda, son una plataforma médica, científica y ética para tomar decisiones.

Prism, Pediatric Risk of Mortality, *score* basado en el examen clínico y apoyo de laboratorio muestra en forma objetiva el estado funcional orgánico de un niño en estado crítico.

La predicción de muerte en una unidad de cuidados intensivos mediante evaluaciones como Apache III, permiten ver cómo la mortalidad en grupos etáreos es muy diferente. Por ejemplo, en 255 unidades de cuidados intensivos en 161 hospitales de Estados Unidos ingresaron 37,668 pacientes (1993-1996). La predicción de muerte en niños de 0 a 10 años fue de 2.9%, de 20-30 años de 14.2%, de 40-50 años de 44.7%, y en personas mayores de 70 años el 75% fallece. Independientemente de las causas.

Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (Apache por sus siglas en inglés) I, II, III, sustenta un alto nivel predictivo del costo en terapia intensiva médica. Lo que permite estimar costos en el 2000 con una base de 263,700 dólares *per capita*, si el promedio de mortalidad es de menos del 30% en una estancia de 3-7 días; se incrementa el costo *per capita* a 768,600 cada 24 horas si la mortalidad es mayor al 50%.

Saps II Score simplificado, estado fisiológico agudo. Es otro modelo de probabilidad de muerte basado en las características del paciente, como sexo, edad, cirugía previa, estado vital, estancia hospitalaria, entre otros parámetros. Estos modelos predictivos nos han señalado que el shock cardiogénico, la insuficiencia cardiaca congestiva, isquemia e infarto cardiaco también son las primeras causas; neumonías virales o bacterianas, insuficiencia hepática, sangrado de tubo digestivo, hemorragia intracerebral, trauma craneano y sepsis urinaria suelen ser las más frecuentes y de mayor mortalidad.

Por otro lado, la opción eutanásica si señala la participación de algún componente de la sociedad lo hace especialmente con la actividad médica; también es necesario decir que la actividad médica en sentido tradicional, a semejanza de la actividad jurídica, implica el reconocimiento y relación con el otro. Ambas ciencias se encuentran con el hombre y ambas se nutren de la competencia y autonomía de la persona. Sin embargo, el reclamo autónomo no sólo exige respeto y subordinación desde la perspectiva del médico, no así desde la perspectiva jurídica. No pocos países en la actualidad mencionan que una fórmula que podría mediar ambos terrenos se encuentra en los denominados testamentos biológicos o vitales, es decir testamento sobre la aplicación de la muerte en ciertas circunstancias que no necesariamente implican la legalización o despenalización de la eutanasia.

El testamento vital representaría un paso adelante en lo legislativo, y se concede a los pacientes, bajo seguridad jurídica, el derecho a decidir, aceptar o rechazar un tratamiento sobre todo cuando la vida ya se encuentra irremediablemente comprometida; si bien plasmar en un documento todas las soluciones viables se muestra difícil y complicado por lo indeterminable del futuro, no es menos cierto que aquellos planteamientos generales tendrán que ver, por supuesto, con el sentido ético de quienes la practican como la garantía de una muerte digna de quien la recibe.

Acerca de la complejidad de la eutanasia, Romeo Casabona escribe:

Hay que dejar sentado que en la realidad se presentan con una complejidad muy superior, que dificulta la valoración de la oportunidad de la decisión a tomar. Afirmaciones como “incurable”, “proximidad de la muerte”, “perspectivas de curación”, “prolongación de la vida”, etcétera, son posiciones muy relativas y de una referencia en muchas ocasiones poco fiable. De ahí la exquisitez y escrupulosidad que habrá que tener a la hora de enfrentarse con el caso concreto.

Muchas interrogantes de la eutanasia, de la experimentación humana, de la manipulación genética y de los otros temas de la bioética, como calidad de la atención médica, conviene estudiarlos en sus términos más sustanciales y generales para iluminar a los especialistas y a la opinión pública que, a veces, queda desdibujada y confundida por la excesiva ligereza de planteamientos y de conclusiones en algunos medios de comunicación que tocan y tergiversan principios fundamentales que afectan radicalmente a la sociedad en la tolerancia, punto de encuentro entre autonomía y no autonomía.

Durante las dos mesas de trabajo en las que se vieron los aspectos jurídicos, bioéticos y de derechos humanos, reiteradamente se habló de la autonomía del paciente como un valor supremo en una *sociedad liberal* por lo que la *eutanasia no debería ser un delito*; sin embargo, también se sostuvo que esta máxima es insostenible ante el derecho.

También en forma reiterada se mencionaron las diversas actitudes de algunos médicos sobre el ensañamiento terapéutico o distanasia (hecho que llamó la atención de uno de nuestros asistentes a la red de video conferencia y que señaló la conveniencia de que los juristas pudieran acercarse un poco a la vida hospitalaria). Respecto a la atención médica del paciente en estado crítico y/o el enfermo terminal, en 1992, la Sociedad de Medicina Crítica en Estados Unidos publicó los resultados de la eva-

luación de esos especialistas. Mostraban que el 87% de los especialistas prolongaban los tratamientos innecesariamente; posteriormente, en 1995, se encontró que el 96% de los especialistas en terapia intensiva médica sostenían el tratamiento en espera de la muerte en forma prolongada hasta por un año, a pesar de que el 34% de los pacientes habían señalado en sus directrices avanzadas o la subrogación de sus decisiones ser discontinuados de cualquier forma de vida artificial. Aún más, la evaluación mostró que el 82% de los esfuerzos médicos se encontraban en el terreno de la futilidad.

Al parecer, aquellos que señalan las políticas de salud y los que conforman las decisiones personales deben profundizar más en la conformación de un balance entre el principio de respeto a la vida y el respeto a la autonomía, con el propósito de proteger al individuo y a la sociedad.

EUTANASIA: REFLEXIÓN OBLIGADA*

Arnoldo KRAUS**

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

I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

II. DEFINICIONES (OBLIGADAS)

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

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

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

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

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

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

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

III. TRES PREGUNTAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15 Elías, N., *op. cit.*, nota 13.

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

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

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

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

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

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

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

IV. MÉDICOS Y ÉTICA

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

Estas son:

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

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

3) La muerte no equivale a fracaso.

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

18 *Idem.*

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

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

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

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

20 *Idem.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cito a Brody:²⁸

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

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

V. ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA EUTANASIA

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

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

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

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

²⁸ *Idem*.

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

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

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

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

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

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

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

32 *Idem.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. ARGUMENTOS EN FAVOR DE LA EUTANASIA

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

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

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

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

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

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

38 Elías, N., *op. cit.*, nota 13.

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

VII. EUTANASIA. OTROS PROBLEMAS

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

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

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

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

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

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

40 *Idem*.

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

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

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

VIII. SUICIDIO ASISTIDO

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

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

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

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

44 *Idem*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

51 *Idem.*

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

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

IX. EUTANASIA EN HOLANDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X. COROLARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASPECTOS ÉTICOS DE LA EUTANASIA

César RIVERA BENÍTEZ*

SUMARIO: I. *Participación del paciente en la toma de decisiones.* II. *Uso electivo de tratamiento para sostén de la vida.* III. *Bibliografía.*

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

La ética de la clínica tiene el propósito de mejorar la toma de decisiones entre los pacientes y los médicos y que con frecuencia presenta los principales problemas: la participación del paciente en las decisiones sobre el tratamiento y el uso electivo de tratamiento para sostén de la vida.

I. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES

En las últimas décadas, la relación entre pacientes y médicos ha evolucionado desde la forma paternalista tradicional, en la cual

* Jefe de terapia intensiva del servicio de infectología del Hospital General de la Secretaría de Salud.

los médicos decidían las opciones para sus pacientes, hasta una relación más igualitaria, en la que la toma de decisiones es compartida, a la vez que los médicos proporcionan información y consejo que permiten que el paciente adulto competente elija las opciones posibles. El proceso por el cual los médicos y los pacientes toman decisiones en conjunto se llama “consentimiento informado”, y que se basa en el principio ético de la autonomía individual y del derecho legal a la autodeterminación.

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

II. USO ELECTIVO DE TRATAMIENTO PARA SOSTÉN DE LA VIDA

Existe consenso en la ley, la política pública y la ética médica acerca del derecho de los pacientes a renunciar al tratamiento para el sostén de la vida, incluyendo resucitación cardiopulmonar. En estudios de investigación en Estados Unidos la incidencia de órdenes de no reanimación cardiopulmonar es del 3% al 4% en pacientes hospitalizados y del 5% al 14% en pacientes admitidos en las unidades de cuidados intensivos. Por el contrario, del 66% al 75% de las muertes hospitalarias y el 39% de las muertes en unidades de cuidados intensivos son precedidas por una orden de no reanimación.

Estas decisiones deben de ser consideradas en forma muy importante como parte del cuidado del paciente.

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

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

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

Los familiares o amigos, cuando los hay, a menudo actúan como la persona más próxima en la toma de decisiones acerca de pacientes incompetentes. De acuerdo con estudios recientes, los familiares actúan como responsables del paciente del 45% al 86% en las decisiones de no reanimación. Estas personas deben de interpretar los deseos, preferencias, valores, actitudes y objetivos acerca de la situación médica del momento; este estándar se denomina juicio sustituto. Los estudios realizados por Uhlman y Pearlman muestran poca concordancia con respecto a las preferencias de los pacientes y de los familiares, por lo que se duda del juicio sustitutivo y se prefiere la orden anticipada del paciente.

En México, si bien no existen estadísticas relacionadas a la no reanimación cardiopulmonar, éstas se llevan a cabo en determinados pacientes con características muy especiales, como etapa final de una enfermedad, ya sea que esté hospitalizado, en

unidad de cuidados intensivos o la decisión del paciente de morir en su domicilio sin ningún apoyo de prolongación de la vida.

Los cuidados paliativos son otra medida para tratar el dolor y otros síntomas en enfermos terminales, pero nunca serán un sustituto de la eutanasia, si bien ayudan a muchos pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, algunos dolores terminales y algunos otros síntomas estresantes no pueden ser controlados completamente con los mejores cuidados. Sin embargo, es la calidad de vida, más que el dolor, la razón más frecuente por la que el paciente solicita la ayuda para morir. ¿Por qué tendremos que forzar a algunos a vivir los últimos días o semanas de su vida en esas condiciones; no es indigno? La eutanasia voluntaria, ante todo, es una elección personal.

Muchos de los grupos que están en contra de la eutanasia es por razones profundamente religiosas. Creyendo que la vida es sagrada y que es un regalo de Dios y que no puede ser deliberadamente terminada. Este es un punto de vista muy respetable. Sin embargo, este punto de vista religioso no puede ni debería aplicarse en aquellos que no comparten estas ideas religiosas.

Una de las mayores dificultades, y que es la clave para abrir la discusión sobre la eutanasia, es la definición. Actualmente, con su clasificación, se pretende modificar la actitud del sujeto que ayuda a bien morir, en forma pasiva, activa, directa o indirecta o suicidio asistido, lo que es cuestionado por aspectos religiosos, médicos, legales, éticos, políticos, individuales y prácticos.

La decisión de legislar, aplicar, solicitar y participar en ella, es una decisión muy difícil con la que no necesariamente todos los individuos tenemos que estar de acuerdo.

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

Las necesidades sociales y el reconocimiento de los derechos de todos los individuos en relación a tomar su propia decisión de morir dignamente va más allá de un debate religioso, político, legal, académico, etcétera. Es una necesidad que se vive a diario, sobre todo en las poblaciones más desprotegidas, en las cuales sus derechos políticos, sociales y económicos no cumplen con la más mínima expectativa de un bien vivir, entonces, cuando menos que tengan la de un bien morir.

Curiosamente son los países desarrollados los que más han avanzado en legislar el tema de la eutanasia, ¿por qué? ¿Los países en vías de desarrollo no tienen las mismas necesidades? ¿O no se les ha permitido que la manifiesten? En México, los pacientes de escasos recursos probablemente practiquen de alguna forma algún tipo de eutanasia; por ejemplo: no tener recursos económicos para proporcionarse un tratamiento adecuado, y dejar la evolución natural de su enfermedad hasta su muerte; de acuerdo con su cultura o solvencia económica, solicitan el alta voluntaria de un paciente enfermo terminal para llevárselo a morir a su domicilio junto con sus familiares y que tenga una muerte digna.

Quizá el tener una muerte digna sin sufrimientos sea más un sentimiento desarrollado a través de la vida que un concepto filosófico, religioso, legal o histórico de un pensamiento ajeno.

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

El tema es muy difícil y controversial, pero está dado y pasarán muchos años más en que se siga discutiendo, y será necesario que se legisle para evitar abusos; y como todas las decisiones que el hombre ha tomado en las que se conjugan ideas filosóficas, religiosas, legales, culturales, sociales y políticas, al princi-

pio tendrán su contraparte aparentemente no benéfica, pero se irán mejorando hasta que satisfagan las necesidades de la sociedad.

El avance tecnológico ya nos alcanzó, las decisiones que el individuo como sociedad necesita para vivir y morir mejor no pueden esperar más. Las condiciones para la legislación respecto de la eutanasia tendrían que ser estrictamente supervisadas para evitar abusos.

III. BIBLIOGRAFÍA

- APPELBAUM, P. S. y GRISSO, T., "Assesing Patients' Capacities to Consent to Treatment", *N Engl J Med*, vol. 319, 1988.
- CONNELLY, J. E. y DALLEMURA, S., "Ethical Problems in the Medical Office", *JAMA*, núm. 260, 1988.
- DÍAZ ARANDA, Enrique, *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- GOODWIN, Peter, "Learning from Oregon", *VES Symposium*, noviembre de 1998.
- HUNT, Roger, "A Bedsida Perspective of Euthanasia", *VES Symposium*, noviembre de 1996.
- RAFFIN, Thomas A., "Perspectives on Clinical Medical Ethics", en HALL, Jesse *et al.*, *Principles of Critical Care II*, Estados Unidos, McGraw-Hill.
- SIEGLER, M. *et al.*, "Clinical Medical Ethics", *J Clin Ethics*, vol. 1, 1990.
- UHLMAN, R. E. *et al.*, "Physicians' and Spouses' Predictions of Elderly Patients Resucitation Preferences", *J Gerontol*, vol. 43, 1988.

ASPECTOS MÉDICOS DE LA EUTANASIA

Hugo FERNÁNDEZ DE CASTRO

¡Oh, libertad, cuántos crímenes se
cometen en tu nombre!

Madame ROLAND

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Sócrates y la muerte*.
III. *Muerte cerebral*. IV. *La eutanasia*. V. *Categorías
de eutanasia*. VI. *La eutanasia ¿un sistema técnico?*
VII. *Eutanasia y el derecho mexicano*. VIII. *Suicidio
asistido*. IX. *Distanasia*. X. *Ortotanasia*. XI. *Atisbos
hacia el horizonte*. XII. *Colofón*. XIII. *La autonomía
del médico*. XIV. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

Primero que nada, mi agradecimiento a los doctores Diego Valadés y Fernando Cano por su invitación a participar en este *Debate* de la UNAM y foro tan respetado que es el Instituto de Investigaciones Jurídicas, pleno de academia, humanismo, humanistas, científicos y, en fin, pensadores inquietos por el devenir del género humano y la crisis de valores —terrible— que ha marcado ya tan profundamente el siglo XX con su impronta de deshumanización, habida cuenta que más de dos centurias de racionalidad hicieron suponer —ahora se sabe que crédula, optimista e infundadamente— que se había llegado ya a una etapa en la que todos los seres vivientes podrían obtener su libertad,

dignidad y felicidad en la Tierra sin tener que esperar el paso al ultra mundo y al paraíso prometido —o perdido— por todas las religiones.

Quiero encomendarme a la merced del doctor Fernando Cano Valle, así como a la de quienes me hacen el favor de escucharme —o leerme— porque, debido a mi formación como médico de la UNAM o quizá —coincidente y dialécticamente ¡oh Heráclito!— por eso, no me fue posible separar de manera clara o definida las fronteras entre medicina y ética para tratar el tema: tensión y acople constantes entre diversidades, que no contrarios.

Y ¿peor aún? no pude o no supe —o ni quise, en resumidas cuentas— delimitar medicina-ética del arte de la poesía; no en balde el verbo griego ποιέω significa crear, construir, producir, pero también hacer para sí, componer, recorrer (un espacio) y pasar (el tiempo).

Enseguida, paso al tema de la *mesa* —aspectos médicos de la eutanasia— que me ha sido encargado junto a mis colegas distinguidos, no sin hacer antes la salvedad de que he creído pertinente equiparar dos polos —la *distanasia* y la *eutanasia*— y un medio —la *ortotanasia*— refiriéndome a las formas que, al empezar el siglo XXI, tiene a su disposición un ser humano para “cuando llegue el día del último viaje”, según la expresión de Antonio Machado.¹

II. SÓCRATES Y LA MUERTE

¡Ay qué tiempos, señor don Simón! cantaban las abuelas a finales de la centuria decimonónica y principios del siglo XX, tiempos que no volverán porque la mayor parte de lo sustantivo y adjetivo de aquel México ya no existe, en tanto que universal-

1 Retrato: “Y cuando llegue el día del último viaje y esté al partir la nave que nunca ha de tornar, me encontraréis a bordo ligero de equipaje, casi desnudo, como los hijos de la mar”.

mente pareciera haber perdido cierta validez en el siglo XXI la idea milenaria de Sócrates —el mayor héroe ético de todos los tiempos, circunstancias y latitudes— de que no sabiéndose lo que le deparan al ser humano la naturaleza y los hados cuando las tinieblas velen para siempre sus ojos, no tiene sentido ni vale la pena especular sobre la muerte habiendo en la vida tantas cosas no resueltas y tantos problemas.

Quizá por medio de los ocho versos de la tercera —última— estrofa de la *dolora*² *Memorias de un sacristán*, de Campoamor, quede expresada un poco mejor la idea de Sócrates sobre la muerte y la incompetencia —afán infructuoso— del ser humano para discurrir sobre el más allá, pero además introduce —Campoamor— la duda sobre la causa de la muerte: ¿acaso un caso de eutanasia decimonónica, enfocada filosóficamente con la lente poética?

¡Un entierro! ¡Dichosa criatura!
 ¿Fue muerto, o se murió? ¡Todo es incierto!
 Solos estamos sacristán y cura.
 ¡Cuán pocos cortesanos tiene un muerto!
 Nacer para morir es gran locura.
 Suenan las diez. La iglesia es un desierto.
 Dejo al muerto esta luz, y echo la llave.
 Nacer, amar, morir: después... ¡quién sabe!

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

2 *Dolora*: poema pequeño con ánimo filosófico y aliento dramático, expresado mediante versos que ponen de relieve los contrastes de la existencia y la ironía del hado fatal.

de la petición tanatófila de quien ya no quiere vivir, y *falta* de *punibilidad* para quien la satisface.

III. MUERTE CEREBRAL

Además, crecientemente desde la segunda mitad del siglo XX y sus conceptos de salud pública y seguridad social, adelantos científico-técnicos, cuidados intensivos y sistemas nacionales de salud, por lo común la gente ya no sufre o fallece de *muerte natural* sino a causa de la carencia o el exceso de determinados servicios profesionales, aparatos o medicamentos; en otras palabras, la gente ya no pasa a la otra vida por un paro cardiaco o respiratorio simple y determinante, por lo general en el seno de su hogar, sino por muerte cerebral dictaminada en un nosocomio: del cardio-pneumocentrismo se pasó en un santiamén al corticocentrismo.³

El criterio para conocer o certificar la muerte cerebral se integra con:

- Apnea: pérdida espontánea de la respiración.
- Falta absoluta de reflejos del tallo encefálico.
- Carencia total de respuesta a los estímulos provenientes del medio externo.

Estas condiciones deben revisarse y confirmarse no menos de tres veces escalonadas en un lapso de doce horas, durante las cuales se mantendrán terapéutica y artefactos que conservan la vida artificialmente, siempre interesándose en las impresiones de los deudos.

³ Los primeros en interesarse sobre la precisión y definición del estado de muerte cerebral fueron los franceses: *coma dépassé*, Pierre Mollaret y M. Coulon, 1959.

1. *Muerte humana, muerte cerebral y estado vegetativo persistente*

Adicionalmente, hay una diferenciación asaz precisa entre tres estadios, con parentesco entre ellos pero no exactamente iguales: muerte humana, muerte cerebral y estado vegetativo persistente —conocido por las siglas yanquis como PVS—:⁴

- a) *Muerte humana*: el cese irreversible del funcionamiento integral del organismo considerado como un todo.⁵
- b) *Muerte cerebral*: destrucción de todo el cerebro, lo mismo los cuadrantes cerebrales⁶ que el tallo cerebral.⁷
- c) *Estado vegetativo persistente*: describe sólo la condición clínica, caracterizada porque exclusivamente son los dos cuadrantes cerebrales los que están dañados de modo permanente, pero el tallo cerebral está relativamente intacto.

Cualquiera que sea el caso, el problema y el dilema —sobre todo para el galeno y la enfermera— es precisar el significado y la identificación de los siguientes conceptos médicos, padecer y estadios de ese ser humano digno, confiado, único e irremplazable que es *su* paciente: conciencia del entorno, conciencia de ser o estar, inconsciencia, interacciones volitivas con el ambiente, irreversibilidad, movimientos a propósito, sensibilidad al —y conciencia del— dolor y al sufrimiento psíquico y físico.

2. *Noción legal de pérdida de vida y de muerte cerebral*

La *Ley General de Salud* —concisa— precisa el significado médico-legal en México de pérdida de la vida y muerte cerebral

4 El concepto de *estado vegetativo persistente* fue fijado, en 1972, por el escocés Bryan Jennett y el estadounidense Fred Plum.

5 The *Ad Hoc* Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death (1968).

6 Cerebro: asiento de los centros nerviosos superiores.

7 Tallo cerebral: lugar donde se ubican los centros nerviosos inferiores.

en el título decimocuarto —*donación, transplantes y pérdida de la vida*— de su capítulo IV:

Artículo 343. Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presenta la muerte cerebral, o
- II. Se presentan los siguientes signos de muerte:
 - a) La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b) La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c) La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d) El paro cardíaco irreversible.

Artículo 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los signos siguientes:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.⁸

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las pruebas siguientes:

- I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral,⁹ o
- II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con lapso de cinco horas.¹⁰

8 El término nociceptivo (nociceptor) comprende tanto la terminación nerviosa como la neurona receptora de estímulos dolorosos o nocivos (perjudiciales o desfavorables).

9 Angiografía con radioisótopos para establecer, de modo evidente, la ausencia de circulación intracraneal.

10 El electroencefalograma establece el *silencio cerebral*: pérdida —ausencia— de toda actividad eléctrica en el cerebro.

3. *Reflexiones primarias sobre nacimiento y muerte. Conciencia de ser y estar*

El nacimiento y la muerte son los dos acontecimientos más grandes en la existencia de cualquier ser vivo, no sólo del hombre, pero más aún cuando éste, el único ser vivo que lo hace, toma conciencia de ser y de estar y aprecia el privilegio de la existencia, la libertad y el pensamiento, no nada más propios sino también de los otros, porque el ser humano no está solo ni aislado en el mundo, sino en sociedad.

Jamás los vegetales, los animales y los elementos abióticos —¡oh Perogrullo!— han tenido la facultad, prodigiosa, exclusiva y, tantas veces... desdeñada o desperdiciada por el hombre, de tener conciencia de ser o de estar; da vértigo nada más con imaginar que se podría ser un ente en tales condiciones, por ejemplo el desconocimiento de la existencia propia en el género humano antes del nacimiento y, por supuesto, también después de la muerte: nada antes y nada después, sin siquiera saber que hay silencio y oscuridad totales y perennes.

Nadie pide *a priori no nacer* pese a que se dice con razón que el nuevo ser —desde el principio— ya tiene personalidad jurídica y moral y, por eso, dignidad y autonomía; no obstante, a cada segundo hay adolescentes, jóvenes, adultos o ancianos que condenan al limbo al aún no nacido y atajan o tronchan su desarrollo y lo expulsan del paraíso uterino.¹¹

Pero hay otro aspecto también muy enajenador —y vinculado con el tema de hoy— sobre el cual nadie menos que el gran poeta nicaragüense del modernismo de hispanoamérica, Rubén Darío, expresó lo dramático del sufrimiento de un ser vivo, cuando sabe que es o está.

11 Como se desea sólo lo que no se posee, el no nacido o ser humano que aún no tiene vida jamás podrá ser consciente de aquello de lo cual carece, empezando por la existencia y, por lo tanto, tampoco podría expresar su deseo de vivir, aunque... tampoco de morir.

Lo fatal

Dichoso el árbol que es apenas sensitivo,
 y más la piedra dura, porque esa ya no siente,
 pero no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo,
 ni mayor pesadumbre que la vida consciente.
 Ser, y no saber nada, y ser sin rumbo cierto,
 y el temor de haber sido y un futuro terror...
 Y el espanto seguro de estar mañana muerto,
 y sufrir por la vida y por la sombra y por
 lo que no conocemos y apenas sospechamos,
 y la carne que tienta con sus frescos racimos,
 y la tumba que aguarda con sus fúnebres ramos.
 ¡Y no saber a dónde vamos ni de donde venimos!..

Hay quien opina que el momento de ver la luz última es mejor que el instante en el cual se ve la primera, por ejemplo el escritor judío R. Jonachan ben Nappacha quien —al terminar de leer el *Libro de Job*— explicó que:

El final del ser humano es la muerte y el final de la bestia es el rastro: todos estamos condenados a morir. Feliz quien ha sido criado en la Torá, cuya fatiga ha estado en la Torá y que ha complacido a su Hacedor, crecido con un buen nombre y que abandona este mundo con un buen nombre. De él dijo el rey Salomón: “Un buen nombre es mejor que el aceite más preciado y el día de la muerte lo es más que el del natalicio”.

Parecería entonces irrefutable o indudable la tesis de natalicio y óbito como los dos sucesos más trascendentales de la existencia de cualquier ser vivo, pero el estudiante malgrado de medicina y poeta —tardío del romanticismo— mexicano, Manuel Acuña,¹² tan injustamente menospreciado, de forma tajante expresó una visión distinta:

Ante un cadáver

...la luz de tus pupilas ya no existe,
tu máquina vital descansa inerte
y a cumplir con su objeto se resiste.

Miseria y nada más... dirán al verte
los que creen que el imperio de la vida
acaba donde empieza el de la muerte.

Y suponiendo tu misión cumplida
se acercarán a ti y, en su mirada,
te mandarán la eterna despedida.

Pero no, tu misión no está acabada,
que ni es la nada el punto en que nacemos
ni el punto en que morimos es la nada.

Círculo es la existencia, y mal hacemos
cuando, al querer medirla, le asignamos
la cuna y el sepulcro por extremos.

La madre es sólo el molde en que tomamos
nuestra forma, la forma pasajera
con que la ingrata vida atravesamos.

Pero ni es esa forma la primera
que nuestro ser reviste, ni tampoco
será su última forma cuando muera.

...Pero allí donde el ánimo se agota
y perece la máquina, allí mismo
el ser que muere es otro ser que brota.

...Que al fin de esta existencia transitoria,
a la que tanto nuestro afán se adhiere,
la materia, inmortal como la gloria,
cambia de formas, pero nunca muere.

Queden a la vera del camino el nacimiento y el aborto —no son temas de hoy— para volver a ese gran suceso que es la muerte, casi siempre visto con tristeza y rechazado por la mayor parte de los seres humanos sin importar la religión que profesen o la condición de ateo o de agnóstico, siendo que los creyentes deberían estar gozosos, pues para ellos representa el paso al *más*

allá, a la vida después de la vida, su reencuentro con los seres queridos de la Tierra y su fusión con Dios. Tampoco este aspecto será tocado, pues la religión —cualquiera que sea, respetable y envidiable cuando auténtica— es asunto de fe y no debe —ni puede y, es probable, ni siquiera querría— ser tratada en foros donde la razón argumenta y aduce pros y contras; en último caso, ahí está la teología o filosofía de la religión, la disciplina filosófica que, aunque tampoco se interesa en probar cuál es la verdadera religión o cuál la mejor, sí se ocupa —metodología fenomenológica— de definir la religiosidad.

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

¡*Cosas veredes*, Sancho mío!

4. *Se desea lo que no se posee*

La vida no sólo es un misterio sino una oportunidad única debida al azar, una maravilla y un privilegio, pero quien tiene salud, vida y bienestar no los apetece ni —tantas veces— los aquilata debidamente, porque tales bienes ya son suyos y los ve con la mayor naturalidad del mundo, en tanto que la muerte, la inconsciencia y el sueño eterno son cosa ajena —no poseída— para el individuo vivo y sano y por eso pudiera desearlos.¹³

No obstante, como es obvio que para la misma persona sana la enfermedad es algo que no tiene pero no por eso anhela ¿será que al ponente le falla —y le falta— un poco el razonamiento —y el enraizamiento— filosófico en esta materia?¹⁴

13 Excepto cuando duerme, cubiertos cuerpo y mente por velos espesos.

14 Hay casos en que la gente sí aspira a estar enferma por efecto de mecanismo de defensa del yo.

5. *Impotencia de la fe para asegurar la felicidad*

Vade retro: lo cierto y real es que hay mucha gente en el mundo que a cada momento pide morir, ya sea en el hospital, en su hogar o en la intimidad de su conciencia, cuando se dirige a Dios y le dice: “Señor, tenemos un problema muy serio tú y yo, porque mientras tú insistes día a día en mantenerme en la Tierra, yo, cada vez que amanezco y cada vez que anochezco, te pido con fervor y con respeto filial que me lleves contigo mas no me concedes mi deseo”.¹⁵

Es un estado de ánimo similar al que expresó Manuel Machado¹⁶ en su poema:

Nada

Ya nada ansío. Nada ya mi cabeza
logra ya levantar nuevo y hermoso.
Cuando quiero vivir, pienso en la muerte...
Y cuando quiero ver, cierro los ojos.

Ramón de Campoamor dice de la nada y de la vida en tres estrofas —finales— de su *dolora*:

Lo que hace el tiempo

¿Y quién es el responsable
de hacer tragar sin medida tanta hiel?
¡La vida! ¡Esta es la culpable!
La vida, sólo es la vida nuestra infiel.
La vida, que desalada,
de un vértigo del Infierno corre en pos:

15 Testimonio —historia oral— de una gran dama y pianista, doña Estela G. de Chavero (fallecida a los 92 años de edad en junio de 1997), viuda del universitario mexicano de excelencia que fue don Alfredo Chavero Híjar y Haro, e hija de la excepcional pianista y maestra veracruzana doña Estela Manríquez de Lara.

16 1874-1947.

ella corre hacia la nada;
 ¿quieres ir hacia lo eterno? Ve hacia Dios.
 ¡Sí! Corre hacia Dios, y Él haga
 que tengas siempre una vieja juventud.
 La tumba todo lo traga:
 sólo de tragarse deja la virtud.

Mucha gente tácitamente le solicita al ser supremo que sea su mano la que mueva los botones que le quitarían la vida o le retiran los aparatos que le permitirían vivir artificialmente, pero nadie acusa a esa persona de pro-eutanásica o proclive al suicidio ni a la divinidad de responsable —o culpable— de homicidio.

Hipócrates y los médicos de la Escuela de Cos también se inclinaron y decidieron por dejar de atender a un enfermo incurable y dejarlo solo a su merced y a la de la madre natura, so pena de desafiar la *hybris* y desatar el furor de la *physis*, pero no sólo la naturaleza del cuerpo humano sino la universal, condición que hubiera sido fatal —de acuerdo con el pensamiento griego— para la sobrevivencia de la vida y del género humano.

En tal sentido apunta Platón, cuando en su diálogo *Fedro* le hace decir a Sócrates: “¿Crees entonces que la *naturaleza* del alma es posible entenderla digna y cabalmente sin la *naturaleza* del todo? [Y Fedro responde:] Si es que algún caso hay que hacer a Hipócrates, el de los asclepiadas, ni siquiera la del cuerpo se entendería sin ese método”.

Asimismo, el sabio —filólogo— mexicano Germán Viveros expresa:

‘Las naturalezas no reciben enseñanza de nada’¹⁷ sino, más bien, son sanadoras de enfermedades, descubridoras de recursos curativos, sin necesidad de información previa, como es el caso del parpadeo, de la salivación o de la tos; la naturaleza hace todo por

17 Hipócrates, *Epidemias VI*, 5, 1: “Las naturalezas son médicos de las enfermedades. La naturaleza descubre los recursos por sí misma, no a partir del entendimiento... La naturaleza, bien instruida, hace lo debido por propia iniciativa, no por haber adquirido conocimiento”.

iniciativa propia. En este sentido la *ποιεω* hipocrática asumía índole propia e independiente, con lo cual simultáneamente también dictaba norma metodológica al médico que, por ella, orientaba en parte su acción profesional, confiando en que su adecuación con *ποιεω* le evitaría errores... Una u otra causa permitía al médico identificar una enfermedad: en qué consiste, de dónde proviene, cuál puede ser su duración, es letal, qué cambios presenta, etcétera; todo esto orientado a determinar cuál podría ser la actitud profesional de un médico, una vez que hubiere advertido el carácter curable o mortal de una enfermedad. Él debía tener conciencia de que era imposible curarlas a todas y cuando éstas superaban la constitución física de un paciente, al punto de ubicarse en el ámbito de lo divino que, a su vez, anunciaba la muerte próxima o un estado patológico sin esperanzas de curación.

La Biblia¹⁸ dice muy claramente, sin ambages y hasta justificando la *eutanasia voluntaria* cuando ya no hay interés —ni fuerza— de vivir:

Deseo de la muerte

¡Oh, si se realizara lo que pido,
 si Dios otorgara lo que espero,
 si Dios se decidiese a aniquilarme,
 si extendiera su mano y me talara!
 Tendría entonces al menos un consuelo,
 una efusión de gozo en mis males sin piedad:
 el no haber eludido los preceptos del Santo.
 ¿Cuál es mi fuerza, para que más espere?
 ¿Cuál es mi meta, para vivir aún?
 ¿Es acaso mi fuerza la fuerza de la roca?
 ¿Es mi carne de bronce?
 ¡Oh, ya no encuentro apoyo alguno en mí,
 se me ha ido lejos toda ayuda!

18 Job, 6, 8-13.

Nada más que la Biblia¹⁹ —también— se rebela contra la muerte anticipada:

Contempla la obra de Dios: ¿quién podrá enderezar lo que Él torció? En el día de la prosperidad, goza de felicidad; en el día de la desventura, reflexiona. Tanto lo uno como lo otro lo ha hecho Dios, para que el hombre no descubra nada de lo futuro. Estas dos cosas he visto en mis días de vanidad: justo que perece a pesar de su justicia, e impío que prolonga sus días a pesar de su iniquidad.

*No seas justo en demasía,
y no seas sabio en exceso;
¿para qué destruirte?
No seas malo en demasía
y no seas necio;
¿para qué morir antes de tiempo?*

En el párrafo bíblico anterior hay dos referencias muy concretas y sabias, vinculadas sin duda alguna al Oráculo de Delfos y el dúo de sentencias célebres plasmadas en sus muros pétreos:

Nada en demasía: la *frónesis*, en su sentido de prudencia.

Conócete a tí mismo: la *docta ignorancia* socrática.

IV. LA EUTANASIA

Así, pues, enfrentemos el hecho real en este siglo XXI que apenas va empezando pero que recibió de la centuria anterior el legado tristemente enajenante, célebre y deshumanizante de la *eutanasia*.

No es cosa nueva la *eutanasia*, puesto que ya Platón virtualmente la considera cuando establece —en su *República*— que “se dejarán morir todos los ciudadanos que no sean sanos de cuer-

19 *Idem*; “Eclesiastés”, 7, 13-17.

po”, en tanto que también Tomás Moro²⁰ argumentó en favor de ella en su *Utopía*,²¹ probándose una vez más lo verídico de la sentencia latina: No hay nada nuevo bajo el Sol.

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

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

Los valores ¿cuáles, cómo, qué son? Desde luego, considerados desde el enfoque de la *areté* o excelencia griega clásica y abarcando las dos dimensiones de su esencia: los *valores-propiedades* intrínsecas de la materia u objeto, y también la apreciación del sujeto sobre el objeto, porque una y otra, interrelacionadas y simultáneas, son precisas para fijar la valía.

1. ¿Qué es la eutanasia?

¿Qué es entonces, exactamente y con palabras concisas o precisas, la eutanasia?

20 Curiosamente, Lope de Vega escribió un poema —dos cuartetas octosílabas— de arte menor dedicado a Tomás Moro, que suena interesante en este trabajo sobre eutanasia: “Aquí yace un Moro santo en la vida y en la muerte, de la Iglesia muro fuerte, mártir por honrarla tanto. Fue Tomás, y más seguro fue Bautista que Tomás, que fue, sin volver atrás, mártir muerto, moro y muro”.

21 Moro, Tomás, *Utopía* (1516): “Si éste [mal] es absolutamente incurable y, en consecuencia, el enfermo resiente sufrimientos atroces, los sacerdotes y magistrados exhortan al paciente diciéndole que, puesto que ya no puede hacer ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los demás y un tormento para sí mismo, ya que no hace más que sobrevivir a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo la peste y la infección ni tolerar el tormento de una vida semejante y que, por lo tanto, no ha de dudar en morir, lleno de esperanza de librarse de una vida acerba cual una cárcel y de un suplicio, o en permitir que sean otros quienes lo libren de ella”. *Utopía*, en griego, significa: *no hay tal lugar*.

¿Es una idea, un concepto, una doctrina, una teoría, un método, un escape?

Pues quizás sí todo eso, pero más aún: la eutanasia es ya un estilo de pensamiento y de vida, es decir, de muerte, porque ambos conceptos no son entes separados sino dimensiones en tensión y acople constantes —como lo concibió Heráclito de Éfeso— que integran una entidad única, conforme Alfonso Reyes lo expresó en su soneto:

Visitación

Soy la muerte— me dijo. No sabía
que tan estrechamente me cercara,
al punto de volcarme por la cara
su turbadora vaharada fría.

Ya no intento eludir su compañía:
mis pasos sigue, transparente y clara,
y desde entonces no me desampara
ni me deja de noche ni de día.

¡Y pensar —confesé— que de mil modos
quise disimularte con apodos,
entre miedos y errores confundida!
“Más tienes de caricia que de pena”.
Eras alivio y te llamé cadena.
Eras la muerte y te llamé la vida.

La Organización Mundial de la Salud —cruda y escuetamente— define la eutanasia como la “acción del médico que causa deliberadamente la muerte del paciente”.

Didier Julia conceptúa la eutanasia como el “método admitido por ciertas corrientes filosóficas y religiosas para abreviar una agonía o una enfermedad sin esperanza de curación por medio de una muerte sin dolor”. Aunque parece correcta su definición o concepto, es patente que tiene un criterio reduccionista, pues sólo considera la eutanasia en los casos de coma, fase terminal de un padecimiento o enfermedad crónica o incurable.

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

El eterno *deber ser*, frente a la realidad, a lo que es.

Claro que se podría argumentar —viendo los toros desde la barrera— que es mejor estar vivo porque una vez traspasada la barrera al más allá ya no se siente dolor, es cierto, pero tampoco el difunto es percibido por el mundo ni percibe nada ya, y no tiene conciencia, esperanza alguna ni bienestar —tampoco malestar— posible; por eso, mejor... ¡viva la vida!

De modo similar lo pensó Bécquer (1836-1870) en una de sus *Rimas*, en cuanto a la desesperanza de quien pierde potencia física, mental o social y a veces sufre dolores, a veces no, pero ¡está vivo!

Así van deslizándose los días
unos de otros en pos,
hoy lo mismo que ayer... y todos ellos
sin gozo ni dolor.

¡Ay! A veces me acuerdo suspirando
del antiguo sufrir...
Amargo es el dolor; pero siquiera
¡padecer es vivir!

Para José Ingenieros²² —el médico y filósofo argentino— “la ley es dura, pero es la ley. Nacer y morir son los términos inviolables de la vida; ella nos dice con voz firme que lo anormal no es nacer ni morir en la plenitud de nuestras funciones. Nacemos para crecer; envejecemos para morir. Todo lo que la Naturaleza nos ofrece para el crecimiento nos lo substraer preparando la muerte”.

En fin, tornemos a la *eutanasia* para dejar constancia de que también es una *quimera* en el sentido contemporáneo del término: no ha resuelto —y quizá nunca resuelva— problemas y dilemas éticos y morales de bienestar y felicidad del cuerpo —vacío sin las fuerzas y potencias, *psyché* y *thymos*, que organizan e impulsan y renuevan la existencia humana— y, en cambio, ha acentuado y acentuará aún más los intrínquilos anímicos de la *estada en esta vida* y el tránsito *al más allá* del ser humano y de la persona, sea lo que fuere en realidad dicho viaje.

2. *Lo que no es la eutanasia*

Pero hay que ver el otro lado de la moneda: ¿qué no es la eutanasia?

Bastará con una sola idea para poder expresar con bastante precisión el sesgo actual —falaz, tendencioso, inhumano— que ha sido asumido no sólo por una buena parte de la sociedad y de los médicos o enfermeras, sino también por los estudiantes de medicina, factor que torna más dañinos el concepto, el hecho y las consecuencias —irreversibles— de la eutanasia:

¡Es una gran equivocación —por no decir embuste— fijar y pregonar que eutanasia es equivalente a una buena muerte, esto es, morir con dignidad!

22 José Ingenieros —porteño e hijo de un transterrado italiano, nacido en 1877 y muerto precozmente en 1925— es tildado de positivista, olvidándose aclarar que también se formó intelectualmente en el humanismo socialista derivado del marxismo primigenio, doctrina que le dejó una huella indeleble.

¿Desde cuándo matar a alguien que puede aún vivir, pese a que su condición de salud sea precaria, como lo es el caso de los enfermos en fase terminal, es algo digno, humano y benéfico?

¿Desde cuándo convencer a un profesional de la salud de que por su propia mano debe quitarle la vida a una persona, es una muestra de ayuda o solidaridad o un factor académico, educativo, disciplinario o humanitario?

El hecho de que una persona muera antes de tiempo y que a propósito sea privado de la existencia por un profesional que se suponía hasta no hace mucho que sus estudios habían estado basados en el mejoramiento de la calidad de vida y en la preservación de la vida, implica un cambio total en perspectiva de la educación médica del siglo XXI. ¿Está preparada y dispuesta la sociedad a aceptar tal giro?

Porque resulta que vida (¿ya no es así?) es la antítesis de muerte y, ésta, no es que le quite dignidad, bienestar, satisfacción, placidez o felicidad a quien expira, sino que ¡le quita todo, se lo arranca de una vez por todas y para siempre!

Entonces ¿en dónde estriba la *buena muerte* si la “parca” deja inerme, sin posibilidad de ninguna defensa, al infeliz a quien le han sido aplicados —retirados o no aplicados— artefactos o sustancias para aprontar su ida que, bien vistas las cosas, es huida y es ejercicio de instintos bajos, antisolidarios y poco humanos?

3. *¿Por qué pide la muerte un ser humano?*

Parecería cuento de terror o fantástico, por ejemplo de Edgar Allan Poe, que un ser humano pidiera morir, pero es un hecho y una realidad que se ha ido extendiendo y consolidando insidiosa y progresivamente desde el cuarto último del siglo XX.

Por lo general el hombre demanda la muerte cuando el dolor físico, psíquico o social lo agobia en exceso, por su extensión en calidad o cantidad.

Y la muerte le es otorgada por parientes y profesionales de la salud, cuando se juzga y decide “que ya no es posible hacer nada” por él.

4. *Relación médico-paciente. Los cuatro principios de la ética médica*

Antes de analizar o tratar de conceptuar las categorías establecidas de eutanasia, deben bordarse —y abordarse— algunos conceptos que es indispensable precisar en cualquier análisis sobre la *relación médico-paciente*, un vínculo precioso que no debe nunca más ya basarse en el paternalismo²³ ni tender a que el profesional sanitario decida todo por sí mismo, sin tomar en cuenta los puntos de vista y los intereses de su paciente.

La relación entre galeno y enfermo debe y tiene que ser abierta, sin condicionantes y basada en *cuatro principios* —sustanciales— de la *ética médica*, descritos y comentados brevemente a continuación, en orden alfabético:

A. *Autonomía y eutanasia*

Es la capacidad plena para que cada quien decida su camino, aunque tiene limitantes que se verán más adelante.

Hay que enfatizar una noción que muchas veces no se conoce o no es tomada en cuenta: la autonomía no es solamente una facultad exclusiva del paciente, pues también existe la autonomía de la voluntad del trabajador profesional de la salud y su educación dirigida —en principio— a salvar la vida, no a extinguirla.

23 Aunque (qué más se quisiera —en cierto sentido— que volver a los tiempos del médico decimonónico, honesto y honrado, modesto, profesional y responsable, tan estudioso y veraz como honorable, auténtico, cariñoso y ligado sentimentalmente al paciente y su familia, cuidadoso de los intereses de ambos) ¿será que el siglo XXI ya no es propio para que florezcan tales utopías y se tornen realidades?

A la luz del principio de autonomía, son seis los rasgos principales requeridos para etiquetar a un individuo —en estado de *alerta*— como apto para demandar la muerte, o para que establezca condiciones —formulación previa, acción futura— cuando ya no tenga capacidad de manifestar su voluntad:

- Calidad deteriorada de vida física, mental o social.
- Posesión de facultades racionales, siendo adjetivo que las físicas estén menoscabadas o no.
- Capacidad —la necesaria, aunque mínima— para expresar la voluntad independiente.
- Libertad total de pensamiento, aunque no haya plenitud de expresión y acción.
- Información y conocimiento completos.
- Ausencia de coacción externa o interna.

a. Limitaciones del principio de autonomía

Hay que enfatizar que el concepto *ser humano* no es igual al de *persona*, por lo cual el principio de *autonomía* tiene limitaciones cuando precisamente un sujeto está afectado por:

- a) Insuficiencia de información y conocimiento.
- b) Privación física, familiar, psíquica o social —parcial o total, temporal o permanente— de la libertad en menores de edad, viejos,²⁴ inválidos, enfermos mentales, gente apegada dogmática y sectariamente a alguna religión, secta o doctrina política-social y, los presos, sobre todo los condenados a sentencias muy largas, prisión perpetua o muerte.

24 Ya el general Charles de Gaulle, gran escritor —como Churchill— y figura enorme y sin competidores que por sí solo llena todo el siglo XX de la historia de Francia, sentenció: “La vejez es naufragio”.

b. La vejez es naufragio

No deberá entenderse por anciano necesariamente a quien tenga demencia senil ni a quien traspase los 55 (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) o los 65 años de edad (Instituto Mexicano del Seguro Social), sino a quien muestre signos visibles de agotamiento físico o intelectual, aunque en cualquiera de los casos la vejez es también una edad o época con valores apreciables, como bien lo recuerda y puntualiza Rosalía de Castro:²⁵

Es más fuerte, si es vieja la verde encina;
 más bello el Sol parece
 cuando declina;
 y esto se infiere
 porque ama uno la vida
 cuando se muere.

Asimismo, las mujeres embarazadas, porque su devoción al crío las puede hacer desprenderse de su independencia de pensamiento, expresión y acción, así como de sus potencialidades de libertad.

Guillermo Blest-Gana,²⁶ poeta del romanticismo chileno, expresó muy bien, en el soneto que aparece enseguida, el sentimiento, intereses, anhelos y desesperanzas de quien ha vivido mucho y juzga —acertado o no— que ya nada le depara la existencia:

25 Rosalía de Castro, escritora y poetisa del romanticismo y del simbolismo gallegos y español y, también, humanista social de excepción interesada sobre todo en la humanidad doliente (1837-1885).

26 Guillermo Blest-Gana (1829-1905) y su hermano —también literato— Alberto (1830-1920) fueron vástagos de un padre irlandés y de una madre chilena con ascendencia vasca.

La muerte

Seres queridos te miré sañuda
arrebatarame, y te juzgué implacable
como la desventura inexorable,
como el dolor y cruel como la vida.

Mas hoy que a mí te acercas, fría, muda,
sin odio y sin amor, no hosca ni afable,
a ti la majestad de lo insondable
y lo eterno, mi espíritu saluda.

Y yo, sin la impaciencia del suicida
ni el pavor del feliz ni el miedo inerte
del criminal, aguardo tu venida,
que igual a la de todos es mi suerte:
cuando nada se espera de la vida,
todo debe esperarse de la muerte.

B. Beneficencia

Hacer el bien a todos, sin distingos, lo mismo a seres humanos y animales o vegetales, que —respeto absoluto— con los elementos abióticos del ambiente. Pero, no obstante lo absoluto de este principio, siempre —para tomar una decisión médica vital o mortal que ataña al paciente— habrá que evaluar beneficios y riesgos, al tiempo que debe recordarse que no es válido hacer un bien mediante el concurso del mal.

C. Justicia

Trato equilibrado para todos, sin distingos, reduccionismo o disparidades por motivos económicos, culturales, políticos, mentales, sociales o afectivos.

Casi en términos similares, quizá tan sólo un poco ampliados, la justicia también ha sido conceptuada como el derecho de cada quien a ser tratado con equidad y a recibir tanto lo que se merece como ser humano como lo que le es propio.

Hay que agregar que, si se quiere enfocar con una nueva mirada este principio y los problemas o dificultades propios de su quehacer, habrá que rescatar sin prejuicios el debate sobre la equidad y con base en principios jurídicos, éticos y humanistas tendentes a lograr en plazo mediano un sistema judicial nacional, un sistema nacional de salud y una conciencia y convicción éticas —individuales y nacionales— plenos de eficiencia, eficacia, congruencia, honestidad, información, libertad vera, oportunidad y justicia.

a. No maleficencia

No hacerle daño a nadie, ni siquiera cuando se reciba un perjuicio o una mala acción, pues la *Ley del Talión* y su ojo por ojo y diente por diente es inhumana y deshumanizadora, carente de racionalidad y obstáculo erigido contra la tendencia natural del hombre hacia lo bueno, aparte de que significa regresión a estadios primitivos de la naturaleza humana, superables cuando hay convicción arraigada de ascender y avanzar.

b. Temperamento y autonomía en la relación médico-paciente

Bien que la concepción freudiana —realista y primorosa— haya descubierto, identificado y puesto a la luz pública la estructura psíquica de la personalidad humana, porque ahora sí ya se tiene la certeza de que sólo la autonomía volitiva del ser es capaz de librar la batalla de perderle miedo al miedo en tanto que, en una soledad interna y libre de prejuicios pero al mismo tiempo volcándose en la relación y comprensión del otro, hallará la coyuntura de transformar su *temperamento* en *carácter*, aunque también de empeorar, pues siendo la libertad el ingrediente esencial de cada quien para elegir y decidir su destino a cada momento —cual péndulo— el hombre puede oscilar del bien al mal o viceversa:

Ello (Id). Innato e inconsciente, corresponde a las sensaciones e impulsos biológicos primitivos o porción más animal y menos humana del hombre: apetito sexual, calor, cansancio, conservación de la vida, defecación, descanso, latido cardiaco, frío, hambre, micción, respiración, sed, soledad, sueño, vigilia.

Dicho de otro modo: es la primera naturaleza o *inmediatez*, según el criterio filosófico.

Debe hacerse resaltar que el precepto —socorrido— de la *sacralidad* o *santidad de la vida* no será incorporado al discurso de este trabajo, por dos razones principales: una, que en la mayor parte de las veces se enfoca desde la atalaya de la fe, en donde es intocable; y dos, que hasta los animales poseen el instinto de la conservación de la existencia, lo cual pudiera situar el factor vida como algo perteneciente a la naturaleza más primigenia de cualquier ser vivo y, por eso, un tanto ajeno a la esencia del debate filosófico.

Superyo (superego). Inconsciente, empieza a formarse después del nacimiento y se relaciona con el ideal ético de la autoridad: escuela, familia, gobierno, iglesia, patrón.

Yo (ego). Es el único segmento que está en contacto —parcialmente— con lo real; comienza su formación aproximadamente después del primer año de vida y su papel es el de armonizar los conflictos y desequilibrios entre el *ello* y el *superyo*, así como el de suprimir ansiedad, angustia y desesperación mediante los *mecanismos de defensa del yo* y situar al individuo en la realidad.

Con el *superyo* y el *yo* equilibrando los impulsos innatos del *ello* pero sin eliminarlos, porque el hombre no es nada más *psyché* y *thymos* sino —como cualquier ser vivo— también *soma*, se conquista y se conforma la segunda naturaleza que, de acuerdo con la certeza filosófica —real e indudable—, es el único camino de avance y ascenso en la búsqueda del bien, la belleza, la justicia, la verdad, la dignidad, la libertad y la felicidad

supremas,²⁷ pero sólo cuando el ser humano pone toda su voluntad, razón y potencia en arriesgarse a llevar al cabo la acción *temeraria* de transformarse en persona, alcanzable cuando oye con fe su convicción y se vuelca de modo responsable, amoroso y solidario en la comunión con el otro.

Ver hacia adelante y arriba, trascender, en lugar de resignarse a la prisión de la primera naturaleza o *inmediatez*.

Hay que subrayar que lo más común y corriente en la crisis teórica y pragmática de la ética y la moral filosófica en la sociedad actual —pos industrial— es que la relación entre el *yo* (pudiente) y el *otro* (débil), indudablemente siempre desigual al paso de los siglos, los milenios, las eras, las culturas, las latitudes y las circunstancias, ahora se encuentra en un estado de enfrentamiento —sin respeto, violento, tantas veces irracional y enemistoso y por lo común vejatorio, contestatario y estéril— del de abajo contra el de arriba, pues en buena hora se ha trastocado el despotismo —y la jerarquía tradicional— que casi nunca ilustrado del pudiente sobre el indigente, aunque desafortunadamente sólo ha servido para encaramar —con tintes demagógicos y populistas— a tantos de abajo que ahora son los dictadores de los que otrora estuvieron arriba, algo semejante a lo desatinado y estéril de la oración católica llamada la *Magnífica*: “A los pobres los llenó de bienes y a los ricos los dejó sin cosa alguna”.

Algunos paradigmas —y desequilibrio e injusticia— de las parejas integradas por un pretendidamente ser superior arriba y adelante de un ser inferior, se plasman en el cuadro que sigue:

27 El ámbito donde menos están los valores que trascienden y dan felicidad y libertad al ser es el cuerpo y los objetos.

<i>Poderoso</i>	<i>Débil</i>	<i>Poderoso</i>	<i>Débil</i>
Dispensador	Solicitante	Autónomo	Dependiente
Suficiente	Necesitado	Padre	Hijo
Médico	Paciente	Profesor	Discípulo
Sabio	Ignorante	Sacerdote	Pecador
Culto	Inculto	Opresor	Oprimido
Inteligente	Lerdo	Gobernante	Súbdito
Sano	Enfermo	Patrón	Trabajador
Apto y capaz	Lesionado	Rico	Indigente
Fuerte	Débil	Pudiente	Pobre
Paternalista	Subordinado	Adulto o viejo	Menor de edad

Voltear las cosas para que den un giro de 180 grados y queden al revés no resuelve nada, ya que todo vuelve al punto de partida, como lo establece el refrán antiguo y sabio cuando habla de *la misma gata pero revolcada* o, cual el *gatopardismo*:²⁸ que todo cambie para que quede igual.

Lo que se requiere —y necesita emerger de un diálogo multidisciplinario, tolerante y prudente— es que de uno y otro lado haya libertad plena, no que se alcance una igualdad quimérica e imposible lo mismo en los reinos de natura, cultura, *psyché* y *thymos* que en el mundo de la economía, la política y la sociedad.

Pero, no hay nada definido en tanto que, como lo prescriben Nicol, González, Sagols y Hülsz, sólo el ser humano que se queda en su natura primaria es y está *determinado* —limitado, aprisionado, aherrojado— mientras que *indeterminación* es *segunda naturaleza*: libertad, potencialidades ilimitadas.

28 Giuseppe Lampedusa, escritor italiano contemporáneo, reflejó en su obra más importante, *Il gattopardo*, la decadencia de la aristocracia de su patria, Sicilia.

D. *La información*

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

El profesional de la salud tiene que estar consciente de que no hay ninguna verdad absoluta y que lo importante no es tanto el *sueño* o la *quimera* de encontrarla, sino el de que el hombre posea el mayor tiempo posible la convicción y el ánimo de buscarla; en otras palabras: no se encontrará nunca la verdad absoluta ni la solución total de los problemas, e iluso quien crea lo contrario, pero —en cambio— en el camino hacia ella se hallarán cosas interesantes, reales, aplicables y buenas, cual los niños —del leñador— *Tyltyl* y *Mytyl* (tuyo y mío, tú-yo) en el realismo y simbolismo de *El pájaro azul*, del belga Maurice Maeterlinck.

Asimismo, la información que proporcione el profesional de la salud tiene que adquirir una nueva competencia: capacidad suficiente para transmitirle información muy *clara* al paciente y a su familia para que la entiendan y con vistas únicas a su bienestar, al tiempo que el médico, el químico, la enfermera o la trabajadora social deberá guardar para sí lo que el enfermo le confíe, aunque hay dos aspectos inquietantes —muy actuales— en torno de la confidencialidad.

1) Hoy en día poco va el médico al hogar del enfermo, es éste quien acude al consultorio, no sólo al privado sino —en mayor número— a las clínicas, centros de salud, hospitales, sanatorios e institutos, donde toda la información —confidencial o no— se guarda en archivos o en computadoras a los cuales tiene acceso mucha gente.

2) ¿Todo lo que el profesional de la salud oiga de —o sobre— su paciente deberá ser guardado en lo más íntimo de su

corazón y memoria? Hoy en día, a cada instante, hay casos en los cuales un dato confidencial que no es puesto en el conocimiento de terceros inocentes puede causarles a éstos daños irreversibles en cuanto a enfermedad, invalidez, vida, infelicidad y... muerte.

Sólo el análisis acucioso de cada caso y la reflexión profunda, junto con un diálogo abierto y una relación médico-paciente respetuosa, solícita, solidaria, responsable, no paternalista y libre, podrán solucionar el problema de la confidencialidad conforme la realidad contemporánea.

También la información debe ser proporcionada y sin *coacción* —externa— alguna por parte del médico, la enfermera o el establecimiento de atención de la salud con el fin de que el paciente disponga de libertad absoluta para decidir, pero asimismo significa que éste deberá abstenerse de introducir *coacción interna* o prejuicios en la toma de decisiones.

Pero ¿quién protegerá al médico cuando el paciente comente con su familia, amigos o gente cercana y hasta extraña, que el médico no quiso ayudarlo a morir, es decir, darle el pasaporte al más allá? ¿Y cuando sí haya querido?

Pareciera que, en el estado actual de cosas, se está sobreprotegiendo al paciente en el debate y tratándosele de modo paternalista, al tiempo que se hace gran alharaca sobre los cuatro principios de la ética médica, considerados únicamente de modo retórico.

Finalmente, téngase en cuenta que debe haber una relación perenne entre la ética y los derechos humanos, subrayando una y otra vez —hasta la hartura— que éstos no son nada más del paciente, sino también del médico o de cualquier trabajador sanitario, incluyendo —sobre todo— cuando se niegue a ser partícipe de la eutanasia, legalizada o delictuosa.

Pero hay algo más, muy importante y relacionado con aspectos jurídico-políticos y sociales: la vida y los derechos humanos no provienen del voto de una mayoría —y menos del parecer de una minoría— expresado en la urnas o en el seno de una asam-

blea legislativa, sea Congreso, sea Parlamento, nacional o multinacional.

Porque la dignidad, la libertad y la felicidad no son regalo de nadie, sino conquista propia de la persona que se propuso llegar a tal estadio superior y, con su esfuerzo, voluntad, amor, decisión y razón, lo alcanzó.

5. *Las cuatro virtudes*

Cuatro cualidades, un poco diferentes pero no exentas de relación con los cuatro principios que acaban de enunciarse tan brevemente, son las *cuatro virtudes cardinales* de la ética médica:

- Compasión
- Confianza
- Discernimiento
- Integridad

V. CATEGORÍAS DE EUTANASIA

Ahora sí, a otro aspecto del asunto cardinal: se dice que hay dos grandes categorías de *eutanasia* —voluntaria o involuntaria— tratando de conceptualizar y jerarquizar esa realidad innegable de la muerte que se pide por la voluntad del *yo* que quiere (o supone él y se supone que quiere) dejar de vivir u otorga el *yo* que considera que el *otro* ya no debe vivir más.

La etiología por la cual ambos tipos de eutanasia son aplicados pudiera resumirse en una media docena de móviles: caridad, coacción, compasión, información insuficiente, intereses propios de quien da la muerte, su modo muy particular de enfocar el bien, solidaridad.

Eutanasia voluntaria: cuando un ser humano pide a otro la muerte de manera precisa, decidida e indudable y... de veras recibe la acción que lo mata, una posición firme, resuelta y bastante diferente a la expresión tímida, débil y no decisiva del de-

seo —simple o difuso— de morir manifestado a otro ser humano o, íntimamente, a la divinidad o al destino.

Eutanasia involuntaria: cuando un individuo recibe la muerte sin haberla pedido, a manos de un ser humano que decide por sí mismo terminar la vida del que mira sufriente.

Son cinco las peculiaridades, muy diferentes, que debe reunir un ser humano —en estado de *letargo*, insensible— para que se le adjudique idoneidad para morir mediante la eutanasia:

- a) Daño irreversible de los centros corticales mayores y falta absoluta de signos de actividad intelectual y sensitiva.
- b) Coma indefinido.
- c) Vida vegetativa, de modo unívoco.
- d) Nutrición por medio de sondas o sueros, exclusivamente.
- e) Ninguna probabilidad de recuperación.

1. *Muerte cerebral*

Estas cinco cualidades, como podrá asumirlo así —comparando— quien esté interesado en ahondar, son las mismas que definen la *muerte cerebral*, *conditio sine qua non* se permite que porciones orgánicas de un paciente vivo —con fines de transplante— le sean extraídas cuando le *enajenen* —para usar un término marxista— las tres últimas propiedades o bienes de que dispone en vida, aunque ya sin percibirlo, enumeradas en orden cronológico riguroso: tejidos u órganos, artefactos que proporcionan vida artificial y... existencia.

2. *Justificación de la eutanasia involuntaria*

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

- Padecimiento en fase terminal, irreversible.
- Sufrimiento biológico, psíquico o social, intenso en calidad, cantidad y tiempo.
- Calidad de vida deteriorada, categoría en la cual se incluyen abandono o soledad.
- Incapacidad del enfermo para expresar sus intereses vitales: insuficiencia o ausencia de facultades racionales, físicas, familiares o sociales.
- Evaluación de la vida —sobrevivencia— del paciente en consonancia con su estado real y actual en cuanto a daños orgánicos o psíquicos y la pérdida de bienestar y de la dignidad de ser humano o, en su caso y mejor aún, de la categoría de persona.
- Existencia de antecedentes fidedignos que prueben, incuestionablemente, que el paciente desahuciado —cuando libre, capaz y poseedor de información absoluta— habría elegido la opción de no seguir viviendo en condiciones —irreversibles— indignas, inhumanas o dolorosas.²⁹
- Antecedentes de rechazo —por parte del paciente— del tratamiento.

29 Cuidado con las *directrices anticipadas* o *disposiciones previas* de un paciente con plena capacidad física y mental que pide se le aplique la eutanasia cuando ya no pueda expresar su voluntad. Según Raanan Gillon, un filósofo inglés coetáneo que ha centrado su quehacer en la ética médica, existe el paciente que ha dejado normas en ese sentido y que cuando está inconsciente y en estado de coma (del cual se recobra), siente una angustia y aflicción enormes porque en esos instantes decisivos le entra un ansia infinita de vivir y temor de que alguien del equipo profesional de salud que lo atiende pueda llevar al cabo sus instrucciones mortíferas, le retire medicinas o artefactos o no le aplique —o principie— tratamientos extraordinarios.

En la *praxis* médica, frecuentemente hay dificultades —muy grandes— para delimitar la diferencia entre lo ordinario y lo extraordinario, aparte de que también le es difícil al médico tomar la decisión de retirar un tratamiento vital que muchas veces él mismo instaló y empezó, o decidir la instalación y principio de un tratamiento que después —lo sabe bien— le costará mucho trabajo y problemas de conciencia decidirse a retirarlo.

Es decir, el dilema de *empezar* o no una terapéutica, de *retirarla* o no.

- Tratamiento inútil por lo irreversible del mal o de la condición psicosocial del paciente.
- Costos altos: tratamiento, atención, cuidados, medicinas, hospital, médicos, enfermeras, artefactos.
- Intereses de terceros o utilitarismo por beneficios acarreados por su deceso.

Además, igual en el caso del deseo de morir expresado voluntariamente que cuando la muerte se da sin concurrir el albedrío del candidato a fallecer, puede haber *eutanasia pasiva* o *eutanasia activa*, aparte del *suicidio asistido* que, se cuece aparte y se tratará después.

3. *Eutanasia pasiva*

Se presenta cuando a un ser humano se le retira un tratamiento o un artefacto que le hace sobrevivir o, también, no se le instala el tratamiento o artefacto que le permitirían la supervivencia.

Eutanasia pasiva o *eutanasia indirecta* es omisión, inercia.

Por otra parte, véase que también la *omisión*³⁰ no es, definitiva y realmente, otra cosa que una *acción*, lo solapada que se quiera pero al fin y al cabo una decisión plasmada a veces como una idea o pensamiento, otras como actitud y, en ocasiones, como un acto, hecho u obra: ¡al pan, pan, y al vino, vino!

Hay un testimonio que no por conocido debe dejar de reproducirse aquí con fines de reflexión profunda y amplia, *per se* irrefutable por provenir de un científico y humanista —el maestro Ignacio Chávez— sin par, además pleno de honestidad y de humanitarismo y carente en lo absoluto de intereses malsanos, ignorancia o sesgos inconfesables:

‘No es la vida celular del laboratorio la que nos importa —dice Pickering—: es la vida fisiológica la que nos concierne’. Y esa

30 Vista como lo que es: abstención de comenzar un tratamiento, su supresión o el retiro de un artefacto.

ha terminado cuando la muerte cerebral es definitiva y las funciones circulatorias y respiratorias sólo se mantienen gracias a medios artificiales. A condición de esperar el tiempo necesario para estar seguros de que la cesación de las funciones es definitiva y no transitoria, y de que el daño es irreversible, la obligación moral de ayuda ha terminado. Un día me enfrenté a ese problema en situación de dura carga emocional. Un médico que era mi amigo y mi enfermo durante largos años, hipertenso y coronario, con un episodio previo de infarto del miocardio, se internó de urgencia en el Instituto de Cardiología por un segundo infarto. En el curso de él sobrevino un paro cardíaco por un segundo infarto que fue dominado con las maniobras externas y con la estimulación eléctrica. Por desgracia el paro había durado lo suficiente para dejarlo descerebrado... Fui llamado a ver al enfermo y al terminar mi examen sobrevino un segundo paro del corazón. El residente, abnegado y conocedor de su papel, se precipitó a darle la respiración boca a boca mientras traían de nuevo el estimulador. ‘¡Para qué —le dije— si se logra de nuevo la resucitación no por eso le devuelve la vida. Está descerebrado!’ Los médicos presentes me miraron sin aire de convencimiento. ‘Lo peor que podría sucederle —agregué— es que volviera a latir su corazón. Hay que dejarlo morir en paz’... Yo sé de casos de descerebración completa que se han prolongado por seis y más años de vida, con vida vegetativa satisfactoria. La historia nos cuenta de Juana la Loca se negó a darle sepultura a su marido bien amado. Esos son problemas psicológicos, en ocasiones psiquiátricos; no deben ser problemas médicos.

4. *Eutanasia activa*

Se presenta cuando quien pretende poner fin a la vida de otro le suministra por alguna vía una sustancia de efectos mortíferos (o le aplica cualesquier otros agentes) que lo priva de la existencia.

Eutanasia activa o *eutanasia directa* es acción.

Ambrosio Paré, el padre de la cirugía moderna, en su libro *Apología y tratado conteniendo los viajes hechos a diversos lu-*

gares, que contiene muchos de sus escritos sobre cirugía, dejó a la posteridad el testimonio de un tipo de *eutanasia involuntaria activa* que quizás pudiera justificarse a la luz del pensamiento de este siglo XXI, sobre todo si se le compara con el caso anterior de *eutanasia involuntaria pasiva* atestiguado por el maestro Ignacio Chávez:

Entramos todos mezclados en la ciudad [Turín] y en un establo que convertimos en alojamiento para nuestros caballos hallamos cuatro soldados muertos y tres heridos, apoyados contra el muro... No veían ni oían ni hablaban y su ropa todavía estaba ardiendo, abrasada por la pólvora. Los observé compadecido de su suerte y en esto llegó un soldado más viejo, quien me preguntó si habría modo de curarlos; le respondí que no y entonces él fue hacia ellos y los degolló, noblemente y sin el menor asomo de mala voluntad. Le manifesté que eso era una villanía y él me contestó que día tras día oraba y le rogaba a Dios que, si alguna ocasión se hallaba en tal estado, buscara a quien fuese capaz de hacer lo mismo que acababa él de hacer, evitándoles tantos sufrimientos, tan grandes e innecesarios.³¹

¿Pueden justificarse racional, honesta y humanísticamente la actitud, pensamiento y acción u omisión del maestro Chávez y del doctor Paré,³² respectivamente?

VI. LA EUTANASIA ¿UN SISTEMA TÉCNICO?

Primero, va enseguida un intento de darle sustento —moralmente aceptable— a casos semejantes de eutanasia involuntaria (pasiva y activa), que a fin de cuentas no serían sino un ejemplo

31 Publicado en 1575 como parte de un libro con sus obras completas: *Les oeuvres*.

32 1509-1590. Ambrosio Paré, hugonote, sobrevivió tras la matanza de la Noche de San Bartolomé gracias a la protección y ayuda del rey Carlos IX, quien lo escondió en sus habitaciones privadas en el Louvre.

de lo que la *filosofía de la tecnología* ha dado en llamar *sistema técnico*:

- Un *sujeto* o *agente* con una intención precisa y *a priori proyectada*.
- Una *finalidad* deseada.
- Un *objeto* que sirve como instrumento o medio.
- Un *ente* —*objeto* o *sujeto*— que será cambiado por la acción del instrumento, manejado por el agente que actúa con toda intención, con el fin planeado.³³
- Y el producto final de la transformación sería el *artefacto* —físico como el cuerpo, el órgano— o intelectual —la idea, el concepto, la acción—; sólo que la eutanasia ha cambiado la naturaleza del *artefacto* y vuelto una modalidad de *interfecto*.

1. *Validación del pensamiento eutanásico* de Chávez y Paré

Ahora sí, la hipótesis para justificar racional y moralmente la eutanasia pasiva y la eutanasia activa que testimoniaron don Ignacio Chávez y el doctor Ambrosio Paré:

- a) El *propósito* o la *finalidad* requiere la *aceptación moral* tanto de quien hace la acción como de quien recibe sus efectos.
- b) Los *medios* para conseguir el fin deseado son *idóneos* a éste.

33 Bien mirado el sistema técnico, no es una noción muy diferente de las cuatro causas del hilemorfismo de Aristóteles, lo cual una vez más indica que sí es verídico que no hay nada nuevo bajo el Sol, pero también aquello —quizá más mexicano— de que “es la misma gata, pero revolcada”: a) causa formal: idea previa e intención transformadora del agente; b) causa material: objeto por transformarse; c) causa eficiente: acción del agente con su instrumento transformador, y d) causa final: objeto transformado, pleno de la representación anticipada o designio temprano del agente.

- c) También los *medios* precisan el *asentimiento moral* de quien hace la acción y de quien recibe sus resultados.
- d) Ausencia absoluta de una opción aplicable que, al aplicarse, lograra producir el mismo beneficio, pero sin daño alguno.
- e) El fin proyectado corresponde al deseo y su intención benéfica, pese al daño potencial.

2. La eutanasia ¿una bendición?

Otros son el criterio y la justificación del doctor George Mair, quien desnuda crudamente su idea sobre la eutanasia:³⁴

Yo los he matado; esta es la palabra e inútil buscar eufemismos. La gente debe tener —moral y técnicamente— los medios para concluir su existencia con dignidad. La muerte, hasta cuando se le llama con su nombre, nada tiene de censurable si es llevada al cabo por motivos humanitarios y generosos... Estoy seguro de haber tenido razón, pero de todos modos la reminiscencia de ciertas intervenciones se rechaza en el fondo de mis recuerdos. Además ¿qué importa cuántas fueron?... La eutanasia, en casos muy precisos, es una bendición... Claro está que hay otros médicos que matan para disminuir el sufrimiento y, en todo lo que se haga discretamente, no hay ningún problema. No obstante, se requiere hablar con claridad pues... ¡es muy importante que los desesperanzados no sean obligados a vivir a como dé lugar!

3. Un enfoque jurídico de la eutanasia

Antes de continuar, es necesario parar mientes en que la ciencia jurídica tiene dos categorías adicionales de *eutanasia*:

Eutanasia lenitiva: cuando se utilizan medicamentos que únicamente alivian o menguan el sufrimiento.³⁵

³⁴ *Confesión de un cirujano*, 1974.

³⁵ Este tipo de eutanasia, la lenitiva, pareciera semejarse —en principio— a la ortotanasia.

Eutanasia larvada: aunque sin tener previamente la meta de abreviarle la vida a su paciente, el médico puede precipitar el fallecimiento por la aplicación de medicamentos analgésicos o narcóticos.

El abogado mexicano y magistrado de la Corte Suprema de Justicia, Francisco González de la Vega, estableció cuatro condiciones para la eutanasia pero —al mismo tiempo— también expresó su rechazo a cada uno de esos argumentos:

- a) *Petición expresa de morir que hace el paciente*. El pensamiento humano oscila como péndulo de un extremo a otro y sus decisiones dependen de su estado de ánimo, más que de una reflexión profunda.
- b) *Dolor muy acentuado en calidad o cantidad*. Hay gente muy estoica —o menos sensible— que resiste o aguanta el sufrimiento más que otros individuos, en tanto que también hay seres humanos —hipersensibles o histéricos— que ante cualquier dolor, por mínimo que sea, hacen grandes aspavientos.
- c) *Enfermedad terminal*. Es frecuente que haya sesgos del diagnóstico o del pronóstico, además de que constantemente están surgiendo nuevas posibilidades de curación, mitigación del dolor o de detención rápida del progreso de una enfermedad.
- d) *La piedad como motivo de quien dé la muerte a su paciente*. ¿Y si la actitud del ejecutor ha sido torcida, inconsistentemente, por efecto de las atribuciones del *ello* o *id*?

Ya Ramón de Campoamor³⁶ lo fija en su célebre dolora *Las dos linternas*: “Y es que en el mundo traidor nada hay verdad ni mentira: todo es según el color del cristal con que se mira”.

36 Ramón de Campoamor (1817-1901), nacido en pleno romanticismo y coetáneo de románticos como Bécquer, Zorrilla, Chateaubriand, Goethe y Víctor Hugo pero, a fin de cuentas, el creador de la poesía realista hispana, como podrá constatarse con su *humorada* siguiente: “Si como el héroe de la Mancha,

Señala el jurisperito Roberto Reynoso Dávila que González de la Vega propuso que se facultara al juez para que, de modo excepcional y en los casos extremos de *homicidio por piedad*, otorgue el perdón —*a posteriori*— si hubieran los requisitos que siguen:

- Propósitos nobles.
- Motivos altruistas.
- Diagnóstico —y pronóstico— inequívocos.
- Solución —y decisión— urgente.

Sólo que los requisitos anteriores estarían nada más justificando y despenalizando el homicidio por piedad, pero, *in pectore* ¿son también argumentos justificantes que permitan y legalicen todos los casos y modalidades de la eutanasia o tranquilicen la conciencia?

VII. EUTANASIA Y EL DERECHO MEXICANO

La Constitución de México es muy clara en cuanto a la importancia, significación y mantenimiento del bienestar, la salud y la vida de cualquier persona, conforme ha sido establecido en los párrafos cuarto y quinto de su artículo 4o., al tiempo que —simplemente— no se ocupa de la muerte como un derecho natural del ser humano ni considera la vida o el cuerpo —y su disponibilidad— como bienes particulares de nadie: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud... Toda persona tiene derecho a un ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar”.

antaño realicé por tu amor grandes hazañas, hoy, sentado a la sombra de un castaño, pensando mucho en tí, como castañas”.

Ley General de Salud

La ley que reglamenta el mandato constitucional sanitario, fija desde un principio sus propósitos vitales en las dos primeras fracciones de su artículo 2o.: “El derecho a la protección de la salud, tiene las finalidades siguientes: I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana”.

Párese mientes en que la norma anterior trata de la *educación para la salud* y, al unísono con el tono marcado por la *carta magna*, tampoco se ocupa de la *educación para la muerte*.

En contraste, el *Código Penal Federal* es muy claro en la preservación de la vida, en sus artículos 149 y 149 bis —capítulos I y II respectivamente, *Violaciones de los deberes de humanidad, Genocidio*— de su título tercero, *Delitos contra la humanidad*: “...ataques a la integridad corporal o a la salud [y empleo de] violencia física o moral”.

Asimismo, la norma es precisa y sin ambigüedades en el artículo 302 del capítulo II del mismo *Código*: “Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro”.

Nada más ni nada menos, excepto lo que se indica en el capítulo VII, *Abandono de personas*, artículos 335 y 340:

Al que abandona a un niño incapaz de cuidarse a sí mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos... Si del abandono a que se refieren los artículos anteriores resultare alguna lesión o la muerte, se presumirán éstas como premeditadas para los efectos de aplicar las sanciones que a estos delitos correspondan.

No obstante, las modificaciones recientes de la Ley General de Salud incluyen cierta legalización —o reconocimiento— de la *eutanasia pasiva*, en el capítulo IV de su título decimocuarto, demasiado amplio a juicio del ponente (aparte de su redacción pésima, como proveniente de iletrados tal cual el estilo en boga):

Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las personas siguientes: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

VIII. SUICIDIO ASISTIDO

Otra cosa —pero al mismo tiempo vinculada y afín— es el *suicidio asistido*: el médico o la enfermera no le aplica a su paciente ninguna sustancia o artefacto que le quite la vida ni le retira tratamiento o aparato alguno pero, en cambio, sí pone a su disposición los medios necesarios para que muera —por mano propia— en forma rápida e indolora.

El *suicidio asistido* es la ayuda a trasmano, embozada y quizá hasta péfida, para que alguien que desee morir logre su empeño,³⁷ una acción sobre la cual debe remarcarse con palabras claras, sin tapujos: ¡Tanto peca quien mata la vaca, como quien le jala la pata!

Utilitarismo y humanismo

Por otra parte, lo más frecuente y negativo de estas condiciones requeridas para morir antes de tiempo es que —lo mismo entre quien da la muerte que quien la recibe— haya confusión entre dos términos aparentemente iguales pero diferentes en realidad:

Vida útil: se define —reduccionista y unilateralmente— si la existencia de un ser que pide la muerte o es candidato involuntario a morir tiene alguna *utilidad* para él mismo o para los de-

37 O alguien que por motivos utilitaristas desee el fallecimiento de otro, alcance su cometido formal.

más; es decir, criterios *utilitaristas* que —es obvio— están considerando al ser humano como un medio en vez de un fin por sí mismo, aparte de que un ser humano en tal condición es incapaz —o insuficiente o ineficaz— para determinar su conveniencia (la del paciente o candidato al otro mundo) en cuanto a continuar viviendo o irse, pero no en términos de utilidad —peor si económica— sino de afán humano, familiar, comunitario, social o humanista.

Vida plena de sentido: un concepto indispensable —harto justo y adecuado— para decidir si debe ser prolongada una vida con alguna esperanza, razón, posibilidad de recuperación o significación para el propio paciente —un ser humano— que sufre.

Pero, sin adjetivos, calificativos o condicionantes ¿qué es la vida para un ser humano? Sonará poco creíble, pero un poeta español —Ángel Ganivet, granadino para más señas— de la generación del 98 y que se suicidó a orilla del río Dvina, en Riga, labró poética, trágica y... acertadamente el concepto de vida:

Vida

¿Qué es la vida que vivimos?
 ¿Es el dolor que sufrimos?
 ¿Es el placer que gozamos?
 ¿Es la idea que pensamos?
 ¿Es la ilusión que fingimos?
 Nace en la idea la ilusión
 y entre ambas la mente duda...
 Placer en dolor se muda...
 y todos reflejo son
 de una mísera ficción.

Un *quasi* coetáneo de Ganivet sólo que argentino, Arturo Capdevila,³⁸ plantea también su propia concepción de la naturaleza y el misterio de la vida, en una estrofa de su poema *In memo-*

riam: “Así es la vida: polvo. Menos que polvo: viento. Menos que viento: sombra. Menos que sombra: un eco. Acaso un eco inútil ¡O todavía menos!”

Coincide Sor Juana Inés de la Cruz, la inmensa —nuestra— Décima Musa, quien dice con primor sin igual en su soneto que “Procura desmentir los elogios que a un retrato de la poetisa inscribió la verdad, que llama pasión”:

Este que ves, engaño colorido,
que del arte ostentando los primores,
con falsos silogismos de colores
es cauteloso engaño del sentido:
éste, en quien la lisonja ha pretendido
excusar de los años los horrores,
y venciendo del tiempo los rigores,
triunfar de la vejez y del olvido;
es un vano artificio del cuidado,
es una flor al tiempo delicada,
es un resguardo inútil para el hado,
es una necia diligencia errada,
es un afán caduco y, bien mirado,
es cadáver, es polvo, es sombra, es nada.

Duda un poco Gustavo A. Bécquer, según lo expresa en una de sus *Rimas*:

¿Vuelve el polvo al polvo?
¿Vuela el alma al Cielo?
¿Todo es vil materia,
podredumbre y cieno?
¡No sé; pero hay algo
que explicar no puedo,
que al par nos infunde
repugnancia y duelo,
al dejar tan tristes,
tan solos los muertos!

IX. DISTANASIA

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

Distanasia no es vida en el sentido exacto, preciso y grato del término que implica existencia ni sólo lo contrario de la eutanasia, sino la antítesis de dignidad, calidad de vida, libertad y respeto; distanasia es la instalación, mantenimiento o acción de no retirar tratamientos heroicos o extraordinarios a quien ya no tiene ninguna probabilidad de sobrevivir, por esencia torturadores, vejatorios y nulificadores o menguantes de la dignidad, la tranquilidad, el bienestar y la felicidad.

La distanasia, como la canción mexicana de los años treinta, es “ansiedad, angustia y desesperación”, aunque también —paralelamente— cumple con la oferta del gran político y humanista Winston Churchill al heroico pueblo británico cuando las huestes nazis y su mente demoniaca asediaban Gran Bretaña, bastión último —en Europa— del humanismo y de la libertad: “Sangre, sudor y lágrimas”.

En fin, aunque todos están más o menos de acuerdo sobre la conveniencia de no optar por la distanasia, sigue siendo difícil alcanzar un juicio moral *ad hoc* sobre la licitud ética de la eutanasia y el sentido adecuado que deben tener en estos tiempos nuevos la vida y la muerte, la dignidad, la inhibición o supresión del sufrimiento y la supervivencia o la desaparición física del paciente, así como si sigue siendo válido que la índole ortodoxa de la misión del médico³⁹ o la enfermera es pugnar por la

39 Es harto conocida la anécdota sucedida cuando el desastre de la *Grand Armée* en Rusia y la petición de Napoleón I al médico militar Desgenettes de que, mediante veneno, rematara a los soldados heridos con el fin de facilitar la retirada francesa ante la acometida del implacable general Invierno; la contes-

existencia y la conservación de una calidad de vida humana decorosa y con bienestar anímico, material y social.

De cualquier modo, la vida y la muerte no son entes ajenos entre sí, sino dos partes complementarias o dimensiones de una unidad llamada existencia humana, envuelta en las brumas de la incertidumbre y de la diversidad de tantas opiniones tan poco acordes entre sí.

La disyuntiva es, pues:

1) Darle fundamento y aceptar la legalización jurídica de la eutanasia y su inclusión como parte significativa de la moralidad de la sociedad posmoderna del siglo XXI, como acaban de hacerlo los legisladores de los Países Bajos.⁴⁰

2) Optar por la muerte digna, la ortotanasia.

Suprimirle la existencia a otro ser humano o, en general, ser vivo, es facilísimo y hasta rápido e indoloro, tal cual lo demuestra el sistema judicial estadounidense cada vez que mediante dosis muy altas de barbitúricos es ejecutado —conforme a derecho— un prisionero condenado a muerte por sus crímenes; lo difícil y complejo es pugnar por mantener la vida, ahuyentar la guadaña mortal y crear condiciones decorosas para hacer placentero el diario acontecer y el ambiente de un paciente o de un prójimo, tesis la cual no es novedad alguna pues ya Séneca⁴¹ había tomado cartas en el asunto: “Cualquiera puede quitarle la

tación que recibió, escueta y determinante, fue: “Mi deber es mantener la vida, no quitarla”.

⁴⁰ El *Informe R Emmelink* incluye el dato de que en 1990 se registró en los Países Bajos un total de 2,300 casos de muerte por *eutanasia*, en 1995 fue de 3,120; ¡820 más, equivalentes a un aumento de 36 por ciento!

Eutanasia involuntaria. Igual en 1990 que en 1995, la cantidad de muertos fue de 1,000, aproximadamente.

Suicidio asistido. De 400 casos en 1990, se pasó a 540 en 1995: un incremento de 140 casos (35 por ciento).

⁴¹ Lucio Anneo Séneca, escritor y filósofo latino nacido el año 4 a. C. en Córdoba, Andalucía y muerto en Roma el 65 d. C., obligado por Nerón a suicidarse por sus implicaciones en la conspiración de Pisón.

vida a un hombre libre, pero no la muerte; mil puertas abiertas conducen a ella”.

X. ORTOTANASIA

La ortotanasia es el punto medio —el equilibrio— tan predicado y ensalzado por Platón y Aristóteles; es una muerte digna y a tiempo para quien los hados y las circunstancias han decretado ya el término de la vida, no a destiempo como la eutanasia, pero tampoco una continuación del dolor físico y psíquico para quien aún vive y todavía no muere.

Así lo señaló —esto último— Ramón de Campoamor en las dos estrofas finales de su *dolora*:

Vivir muriendo

¿A dónde, en tan ciego abismo,
voy tras de ensueños que adoro,
tanto, que entre ellos ignoro
si sombra soy de mí mismo?

¡Sacadme ya, Dios clemente,
de un abismo tan horrendo,
o eternamente muriendo,
o viviendo eternamente!

Quien abandona la vida y muere —o quien abandona la muerte y vive— requiere conocer, para decidir por sí mismo su camino, el contraste existente —como puente— entre el cuerpo y el ánimo; lo material y lo anímico; el alivio y el sufrir; la analgesia y el dolor; el estado de alerta, desvelo o vigilia y el dormir, velamiento o letargo; la satisfacción y la aflicción; el bienestar y el malestar.

La felicidad y la infelicidad, así como la libertad y el aprisionamiento o el decoro y la indignidad, no podrían conocerse o ser asumidos si no existiesen autónomamente dialécticos, por-

que se necesitan las dos dimensiones de la unidad por ser complementarias una de la otra, que no opuestas ni contrarias sino tan sólo diferentes, como los géneros femenino y masculino.

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

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

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

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

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

Y si se argumenta que Moro recomendó la eutanasia en su *Utopía*, debe también tenerse presente el otro pasaje del libro en el cual aconseja —tácita o expresamente— la *ortotanasia*:

Tal como dijera, tienen los mayores cuidados [los utópicos] con los enfermos y no se omite nada de lo que puede contribuir a curarlos, alimentarlos o medicinas. A los que padecen algún mal incurable, les hacen compañía platicando con ellos y se esfuerzan en aliviar su mal en lo posible... Dudo que todos los bienes de este mundo valgan lo que una sola existencia humana.

No, definitivamente se aleja bastante de la verdad quien diga que no hay nada —o muy poco— que hacer por un moribundo o por un desahuciado ya que, al contrario ¡es mucho lo que se puede hacer para que esté a gusto y su tránsito a la nada sea digno y tranquilo!

XI. ATISBOS HACIA EL HORIZONTE

Y vamos a la especulación: cuando el genoma humano esté a disposición de toda la gente, igual paciente y familia que médi-

co y otros profesionales de la salud, si le predicen fundadamente a una persona que se le precisará la edad en la cual padecerá una enfermedad crónica-degenerativa progresiva, irreversible y mortal ¿podrá pedir ese ser humano que le quiten la vida cuando aún esté sano? El médico ¿tendrá que estar presto a cumplir su deseo? Y la ley ¿legalizará tal demanda?

Asimismo, cuando mediante los genes se determine en un bebé que cuando adolescente, joven o adulto se convertirá en un criminal, un malvado o un ser con problemas de sesgo y conflicto infinitos ¿pedirán sus padres la eutanasia para ahorrarle dificultades, sufrimientos y padecer de toda índole al crío? ¿Se le pedirá a un juez —y éste satisfará la solicitud— que se le prive de la vida a ese ser conflictivo o criminal potencial?

Y el bebé, al crecer y poseer tal información ¿también tendrá derecho a pedir la muerte anticipada? ¿A qué edad y circunstancias?

1. *¿Qué es la muerte?*

Además ¿cuál es el significado preciso del concepto —y del vocablo— muerte?

Por mucho que se le busque no se hallará la respuesta exacta y unívoca, pues “el mundo se rompe en géneros”, como el refrán lo ha establecido ya, es decir ¡es tanta y tan variada la *doxa*!

Una vez más Campoamor viene al quite, cuando precisa en una de sus *doloras* los diversos sentimientos, emociones o comentarios que genera la presencia o la visión de la muerte:

La opinión

¡Pobre Carolina mía!
 ¡Nunca la podré olvidar!
 Ved lo que el mundo decía
 viendo el féretro pasar:
 UN CLÉRIGO.- Empiece el canto.

UN DOCTOR.- ¡Cesó el sufrir!
 EL PADRE.- ¡Me ahoga el llanto!
 LA MADRE.- ¡Quiero morir!
 UN MUCHACHO.- ¡Qué adornada!
 UN JOVEN.- ¡Era muy bella!
 UNA MOZA.- ¡Desgraciada!
 UNA VIEJA.- ¡Feliz ella!
 !Duerme en paz! —dicen los buenos
 ¡Adiós! —dicen los demás.
 UN FILÓSOFO.- ¡Uno menos!
 UN POETA.- ¡Un ángel más!

¿Y la muerta? ¿Se ocupó alguien de indagar qué opinó o que habría dicho de su propia muerte?

¿Quién sufre más, el que se va o quien se queda? La muerte ¿es un bien o es un mal?

No resuelve Campoamor el dilema en otra de sus *doloras*:

¡Ay del que nace o muere!

“¡Adiós por siempre, hijo del alma mía!”,
 un triste anciano al expirar clamaba;
 y el tierno infante que su sien besaba,
 “¡adiós por siempre!”, el infeliz decía.

Vertió el viejo la lágrima postrera,
 y vertió la primera el niño en tanto;
 y confundidas última y primera,
 símbolo fueron de su igual quebranto.

¿Cuál lágrima, decid, en mal tan fuerte,
 del corazón brotó más dolorida?
 ¿La del que el mal primero halló en la vida,
 o la de aquel que en un bien halló la muerte?...

Por otra parte, tan veraz es —pese al paso de dos y medio milenios— el aforismo de Hipócrates sobre la cortedad de la existencia, la fugacidad del momento y la gran extensión de la ciencia y del conocimiento en general, que un poeta argentino,

Eduardo J. Bosco,⁴² así lo consideró también en un poema, al tiempo que incluye, quizás veladamente, cierta tendencia a la eutanasia:

Milonga

Me la he pasado en aprontes
desde el día en que nací,
aprontes para la vida,
aprontes para morir.

Me la he pasado en aprontes
afinando el encordado,
ya ni recuerdo las coplas
y hasta el canto me he olvidado.

¿Y para qué te quiero, vida,
si no te alcanzo a vivir?

Si la vida no se vive
es preferible morir.

Me la he pasado en aprontes,
y ya lo dice el refrán:
“Quien templea mucho las cuerdas
al final no ha de cantar”.

Se va viniendo la muerte
y no acabo de afinar.

Ya lo di por terminado
y ni lo alcancé a empezar.

Por último, en el terreno de esta argumentación, vale quizá la pena plantear una línea de pensamiento que hasta el momento permanece inédita en cuanto a su relación con la eutanasia y su justificación.

2. Morir tras ser enterrado vivo

En la centuria decimonónica y en la primera mitad del siglo XX, antes de la moda de la incineración de los cadáveres en lu-

42 Bosco, del neopopularismo gaucho, 1913-1943.

gar de sepultarlos, era muy común en México que la gente tuviera pánico ante la posibilidad de ser enterrada viva y despertar en el féretro, tres metros bajo tierra y enclaustrada por muros y techo de calicanto, horas y minutos angustiosos y pavorosos que durarían tanto como el oxígeno, cuyo agotamiento sería entonces ya la única forma de anular la desesperación y que sobrevinieran asfixia, inconsciencia y muerte, indudablemente bienhechoras.

Aquí sí estaría más que justificado el afán de la muerte, porque a solas en una agonía tan pavorosa no hay ninguna posibilidad de ayuda, consuelo o mitigación del sufrimiento, en este caso más psíquico que físico. Pero no es el caso del desahucio a flor de tierra, porque entonces sí hay muchas —y variadas— formas y posibilidades de auxilio y de temperar o suprimir dolencias, pesadumbre y penas.

Otro tema significativo —tomado de la *praxis*— que deberá escrutarse es aquel dicho heroico —emocionante, sublime y acatado *urbi et orbi*— de ¡Vale más morir de pie que vivir de rodillas!

¿Acaso en lances⁴³ tales sí es moral y legalmente aceptable y justificable la eutanasia?

En los casos —múltiples y variados durante cinco mil años de historia occidental— comprendidos en el adagio anterior, hay que detenerse no sólo a observar y asombrarse del heroísmo, dignidad, altruismo y lealtad humana sino, mejor aún, a reflexionar acuciosa y conscientemente sobre el punto —inquietante e irresoluto— que entraña la cuestión siguiente: ¿quién evalúa o juzga —por no decir determina— si es legítima o no la decisión, ansia, petición o deseo de eutanasia, qué no otra cosa es el heroísmo a ultranza?

43 Por ejemplo, el grito intrépido de la Guardia Imperial Francesa (de Napoleón I): ¡La Guardia muere, pero no se rinde!

¿Es que son dos cosas distintas deseo de morir y solicitud —determinación— de muerte? ¿Son dos asuntos dispares deseo de morir y oferta de matar?

XII. COLOFÓN

Al paciente moribundo o viejo la mayor parte de las veces no se le da la información suficiente en calidad y en cantidad para que decida sino que, al contrario, se le aísla, se le abandona y sobrevienen entonces la depresión, la tristeza, la soledad y el padecer psíquico y anímico, factores y circunstancias más que decisivos para rechazar la vida.

Es cuando sobreviene el grito desconsolado y desolado, aparentemente inevitable, de quien sufre y no ve más remedio para sus males y alivio del sufrimiento que el sueño eterno, tal y como Pedro Calderón de la Barca⁴⁴ lo indicó: “Ven muerte, tan escondida, que no te sienta venir, porque el placer de morir no me vuelva a dar la vida”.

Pero lo que no se le ha dicho al ser que sufre de modo tan atroz es que hay un camino racional, humano, realista y efectivo: atender a quien necesite estar rodeado de cuidados y esmero no sólo para su cuerpo sino también para su *psyché*, su alma y su entorno, conforme sus intereses expresados libremente y sin coacción.

Sólo así pueden entenderse la dignidad y el decoro, aunando vida y muerte como partes inseparables.

León Tolstoi entrevió con mucha sagacidad el problema real del moribundo y sus anhelos, desalientos, expectativas y pensamiento íntimos, consignándolo así en su cuento *La muerte de Iván Ilich*, precisamente en el instante en que este hombre agónico de apenas 45 años escucha por vez primera la voz de su *daimon*, cuando:

44 Don Pedro Calderón de la Barca, el dramaturgo español más popular el Siglo de Oro, 1600-1681.

Lloró a causa de su impotencia, a causa de su terrible soledad, a causa de la crueldad de los humanos, la de Dios, así como de su ausencia... ‘¿Para qué me has hecho todo esto? ¿Para qué me has traído a este mundo? ¿Por qué razón me atormentas de este modo tan terrible...?’ No esperaba ninguna respuesta: y lloraba porque no la había. De nuevo sintió el dolor; pero no se movió ni llamó a nadie. Se dijo: ‘¡Castígame más! Pero ¿por qué? ¿Qué te he hecho?’... Al cabo de un rato se apaciguó y no sólo dejó de llorar, sino hasta de respirar y se tornó todo atención. Era como si escuchase la voz del alma —no esa otra voz que habla por medio de sonidos— y la marcha de los pensamientos que se producían en él... ¿Qué necesitas? —fue el primer concepto que oyó que se podía expresar por medio de palabras. ¿Qué necesitas? —se repitió. ¿Qué?

‘No sufrir. Vivir’ —contestó... ¿Vivir? ¿Cómo? Preguntó la voz del alma... ‘Sí, vivir. Vivir como he vivido antes, vivir bien y agradablemente’... ¿Cómo viviste bien y agradablemente? —exclamó la voz. E Iván Ilich empezó a analizar mentalmente los momentos mejores de su vida agradable. Pero, cosa rara: todos los momentos mejores de su vida le parecieron completamente distintos de lo que le parecieran antaño. Todos, exceptuando los primeros recuerdos de su niñez... En cuanto empezaba la época que había dado por resultado a Iván Ilich tal y como era ahora, todas las alegrías de antaño se disipaban ante sus ojos, convirtiéndose en algo insignificante y a menudo en algo vil.

...Cuanto más se alejaba de su infancia, cuanto más cerca estaba del presente, tanto más insignificantes y dudosas se le antojaban sus alegrías... ‘¿Tal vez no haya vivido como debía?’ —se preguntaba, de pronto. Pero esto no es posible, porque siempre he hecho lo que debía hacer —se decía’; e inmediatamente apartaba la solución única del misterio de la vida y de la muerte, como algo imposible totalmente... Pero, por más que meditó, no halló respuesta. Y cuando le acudía la idea de que no había vivido como es debido, recordaba la regularidad de su existencia; y apartaba esa extraña idea.

Hay un problema de fondo en la vida, la salud, la enfermedad y la muerte de Iván Ilich: en tanto que sus médicos se interesan,

preocupan y ocupan nada más en precisar el diagnóstico en cuanto a ptosis renal, diarrea o apendicitis crónicas y en darle medicamentos y pociones, él sólo piensa en su dolor y en el sufrimiento psíquico y de la gente que lo rodea en su medio familiar, social y laboral, al tiempo que reflexiona en el sino fatal que lo marcó para padecer y desaparecer precozmente, en su incapacidad para modificar el estado de cosas y, en fin, un repaso entero de su vida, acciones, omisiones y comportamiento y una reflexión —profunda y especulativa— sobre su muerte tan próxima y lo que sucederá cuando él ya no esté ni sea.

Pero de todos —familia, amigos, médicos, sirvientes, colegas— él único que lo ve con ojos de misericordia y se pasa —desinteresadamente— horas enteras con él cada día acompañándolo, escuchándolo, ayudándolo, es Guerasim: un joven campesino, fuerte, sano y limpio que hace oficios de criado y le satisface sin chistar y sin cansancio —con solidaridad sin par— todos sus caprichos, necesidades y escucha sus gritos y su silencio.

XIII. LA AUTONOMÍA DEL MÉDICO

Debe insistirse en que se olvida con frecuencia que la decisión ética sobre la vida y la muerte del enfermo no es una noción que atañe sólo a la autonomía, la beneficencia y la justicia —como derechos inalienables— del propio paciente o de su familia, sino también del trabajador del equipo profesional de salud, sobre todo el médico, la enfermera y la trabajadora social: ninguno de ellos puede —ni quiere ni debe— convertirse en criminal —ni cómplice— por el papel que quiere asignársele de exterminador de la vida humana.

En el debate jurídico, ético y médico para resolver el callejón sin salida en que se ha convertido en el siglo XXI el dilema de la eutanasia, la ortotanasia y la distanasia, tendrá que tomarse en cuenta que en ética no hay criterios de cierto y falso, como sí los hay en un discurso epistemológico explicativo-descriptivo,

porque si bien es verdadera la parte prescriptiva en la cual se apoya la ética, de ésta no se puede decir que sea cierta o ficticia.

Asimismo, tendrá que basarse en el diálogo tolerante, el respeto y la prudencia, y con el ánimo y la convicción de renovar las enseñanzas y los contenidos de la ética humanista de la Grecia clásica y de la ética de Kant, pero no como costumbre mecanizada sino como un hábito ajeno al automatismo y la repetición —novedoso, amplio y profundo— que tome en cuenta la potencialidad del ser humano para, desde su raíz y origen, desenvolverse con autenticidad y sin prejuicio su segunda naturaleza y su tendencia innata al bien, venciendo inercia y despojándose de prejuicios, lastre y cualesquier otros factores inmovilizantes de la voluntad, de *eros* y de la proyección del *yo* hacia el *otro*.

Dicho de otro modo: dotar al cuerpo viejo o primitivo de un alma nueva; renovar la confianza —fe— humana en la formación y función del *ethos* como morada y del *ethos* como hábito y puesto que el ser humano tiene un afán innato de transformarse, volverse persona y trascender, deberá debatir mediante un diálogo en cual campeen la tolerancia⁴⁵ y la prudencia, cualidades para las cuales se requiere la posesión y usufructo del poder de ser, estar y tener, sobre todo en lo que atañe a la esfera anímica.

Ya Santa Teresa de Ávila dice claramente que quien quiera sufrir una metamorfosis sustancial y vital deberá encerrarse —y arriesgarse, solitario, sin miedo y pleno de racionalidad y voluntad— a reflexionar libremente y sin prejuicios para poder atender su origen y raíz en lo más profundo de su *ethos*, imagen la suya que corresponde a una escena —esencia— de la conmovedora película *Patch Adams*, del excelente comediante Robin Williams:

Gusanos de seda somos,
gusanillos que hilamos

45 Algunos límites de la tolerancia son la intolerancia, la *doxa* sin responsabilidad ni bases válidas y la duda irracional.

la seda de nuestras vidas
y en el capullito de la
seda nos encerramos
para que el gusano muera
y del capullo salga
volando la mariposa.

Habría que satisfacer por igual el derecho y la justicia así como la ética y la moral filosófica, disciplinas que no siempre coinciden o están en correspondencia, atendiendo a los requerimientos —hay que insistir— del cuerpo, de la *psyché* y del ánimo, pero asentando con firmeza pies y pensamiento en la realidad, en los afanes del ser humano y en su libertad, dignidad y felicidad, pero no —como Platón lo planteaba— en un *topos uranus* y en el más allá, sino con la visión de Aristóteles y su paraíso terráqueo.

Pero no sólo habrá que engolosinarse y centrarse en el debate sino —quizá tan o hasta más importante y actuando en consonancia, sobre la marcha— también en la educación: incluir por consenso académico en el currículo de las escuelas universitarias de medicina, enfermería, trabajo social y odontología, diversas asignaturas vinculadas a la esencia de la esfera humana y humanista del hombre, el segmento que está más allá de su primera naturaleza y que —por afán, voluntad, razón, amor, y esfuerzo— lo torna persona y lo hace trascender: ética médica, filosofía de la medicina, historia de la medicina, literatura, moral filosófica.

El estado actual de cosas, en cuanto a la crisis de la ética teórica y de la *praxis*⁴⁶ ética y la transgresión sistemática y constante del Estado de derecho y de la impunidad jurídica y moral reinante, tendrá que ser superado por el hombre y la sociedad

46 La *praxis* es importante porque el *ethos*, surgido de la convicción, de la voluntad y de la reflexión, requiere que las potencias humanas tendentes al bien y al ascenso se conviertan en acción, hechos y obras concretas pues la ética teórica es necesaria pero no suficiente.

del nuevo siglo, so pena de aprontar el fin del género humano, de su convivencia pacífica, libertad y felicidad y, no sólo, hasta del planeta Tierra.

Debe enfatizarse que la superación y el nuevo desenvolvimiento humanos deberán sobrevenir no porque en la realidad haya un historicismo inexorable que siempre hubiere llevado al ser humano hacia el avance y el ascenso, sino porque los individuos del género humano sigan siendo los únicos seres vivos que pongan voluntad, razón y afán en cambiar psíquica y anímicamente, habida cuenta que lo físico depende de la *physis*... ¿o dependía, hasta que irrumpieron la ingeniería genética y del genoma humano?

Tal es la verdad en torno a la historicidad del hombre y, por eso y con toda razón, los filósofos hablan del género y no de la especie humana.

Y la libertad, un acto humano que como tal genera responsabilidad, tendrá —y deberá— que incluir el derecho y el anhelo de justicia del ser humano en cuanto a seleccionar —sin coacción y con plenitud de información— cómo, dónde y cuándo morir, pero no con base en los patrones y sesgos actuales ni tampoco dejando en la zaga que el médico, o los otros miembros del equipo profesional de salud, también tiene autonomía y derechos y que no fue educado por el pueblo de su nación para exacerbar el sufrimiento de su paciente, pero tampoco para —como las “parcas”— cortar el hilo de su vida y matar, sino para prevenir la salud, mantenerla o restaurarla con métodos dignos, plenos de respeto al otro y ausentes de afán martirizador o de prolongador del dolor y del padecer físico, mental o social de quien confiando en él ha puesto —libremente— en sus manos, capacidades y humanitarismo, su salud, su felicidad y su vida.

Falta quizá, ya casi por último, apuntar que cualquier debate sobre la eutanasia, auténtico y por eso carente de simulación y pleno de pasión por el otro, deberá incluir como principios rectores:

- La necesidad de rescatar las causas (psíquicas, físicas y sociales) tanto de la enfermedad y del ambiente social, familiar y laboral del paciente, como de su decisión.
- La dignidad e inviolabilidad de la persona humana y de los derechos humanos.
- La imposibilidad de la comercialización del cuerpo humano y de la profesión médica.
- La negativa tajante a permitir la discriminación de cualquier tipo.
- Que el ser humano —como lo quiso y lo sugirió Ingenieros— atienda su voluntad, razón, pasión⁴⁷ y sentimientos en busca del otro y de la consecución de sus ideales,⁴⁸ “algunos [de los cuales] se revelan como pasión combativa y otros como pertinaz obsesión; de igual manera distínguen-se dos tipos de idealistas, según predomine en ellos el corazón o el cerebro.⁴⁹ El idealismo sentimental es romántico: la imaginación no es inhibida por la crítica y los ideales viven de sentimiento”.
- Asimismo, el hombre del siglo XXI que quiera transformarse y superar lo que la naturaleza le dio, deberá tener siempre presente que los seres humanos pasivos, determinados, concentrados en la inmediatez y que no toman partido ni deciden por sí mismos sino que se refugian en lo que la *masa* —irresponsable— determine, “en ciertos momentos osan llamar ideales a sus apetitos, como si la urgencia de satisfacciones inmediatas pudiera confundirse con el afán de perfecciones infinitas. Los apetitos se hartan; los ideales nunca”.

47 El *pathos* filosófico.

48 Lo ideal pudiera no ser otra cosa que, con pies y cerebro asentados firmemente en la realidad de la Tierra y no en el *topus uranus*, la búsqueda incansable del bien, lo bello, la justicia y la verdad a la luz del equilibrio entre lo pasado y lo futuro.

49 Véase, una vez más, la referencia sobre cardiocentrismo y corticocentrismo.

- Que el ser humano recobre —restaure— con nuevas visiones y afanes sus anhelos de humanismo, libertad, dignidad, justicia y fraternidad, conforme los ideales, conceptos, ideas, realidades, utopías y logros de diversas épocas históricas, sobre todo de la Grecia clásica, del Renacimiento, de la Edad Contemporánea y, dentro de ella, la Revolución francesa de 1789, así como del romanticismo y del realismo.
- Además —y simultáneamente— zafarse y salirse de una vez por todas del océano de vulgaridad, populismo, mixtificación, comercialización, deshumanización e irresponsabilidad que han caracterizado el mundo desde finales de la centuria decimonónica y la mayor parte del siglo XX: la mejor muestra —y demostración— del horror y error de lo sucedido podrá constatarse no sólo en los crímenes de lesa humanidad ocurridos durante las dos guerras mundiales y las guerras de la posguerra, sino también en el arte y el grado tan alto de fraude al que han llegado los farsantes, los comerciantes y los mercenarios de la pintura, la escultura, la arquitectura, la oratoria, la literatura (prosa y poesía), el canto, la música y la danza.
- ¡Un fantasma recorre el mundo: el fantasma de la mediocridad, la mixtificación y el becerro —y el cencerro— de oro!

Vale la pena reflexionar con profundidad, amor y libertad —con vistas al debate— sobre el privilegio de la vida, una noción aún válida y vigente pese a que ya era parte del ideario de Cátulo⁵⁰ hace más de veinte siglos: “El Sol puede morir y volver a nacer pero nosotros, una vez apagada nuestra breve claridad, hemos de dormir una sola y eterna noche”.

50 Cayo Valerio Cátulo, poeta lírico latino nacido en Verona el año 87 a. C. y muerto en Roma el año 54 a. C., amigo de Cicerón y enemigo de César, con quien finalmente se reconcilió.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- Agenda penal*, 4a. ed., México, Ediciones Fiscales ISEF, 1999.
- BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James, *Principios de ética biomédica*, 40a. ed., España, Masson, 1999.
- BOWKER, John, *Los significados de la muerte*, Gran Bretaña, Cambridge University Press, 1996.
- CAMPOAMOR, Ramón de, *Doloras. Poemas*, 20a. ed., México, Porrúa, 1993, colección “Sepan cuantos...”, núm. 329.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 134a. ed., México, Porrúa, 2001, colección Leyes y Códigos de México.
- CHÁVEZ, Ignacio, *Humanismo médico, educación y cultura*, México, El Colegio Nacional, 1978, 2 ts.
- CRUZ, sor Juana Inés de la, *Poesía lírica*, México, REI-México, 1993, colección Letras Hispánicas, núm. 351.
- DWORKIN, Ronald *et al.*, *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, España, Cambridge University Press, 2000.
- EGGERS LAN, Conrado (introd., crít., trad. y notas), [*Hipócrates*] *De la medicina antigua*, México, UNAM, 1987, Bibliotheca Scriptorvm Graecorvm et Romanorvm Mexicana.
- GAMBRA, Rafael, *Historia sencilla de la filosofía*, 50a. ed., España, Rialp, 1970.
- GONZÁLEZ, Juliana, *El ethos, destino del hombre*, México, Fondo de Cultura Económica-UNAM, 1997.
- , *El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética*, México, Paidós-UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, 2000, Biblioteca Iberoamericana de Ensayo, núm. 10.
- , *Ética y libertad*, 20a. ed., México, Fondo de Cultura Económica-UNAM, 1997.
- GUISÁN, Esperanza, *Introducción a la ética*, España, Cátedra, 1995, colección Teorema, serie mayor.
- HERRERA GUEVARA, Asunción, “Por una ética de lo no idéntico”, *Leviatán. Revista de hechos e ideas*, España, núm. 82, invierno de 2000.

- INGENIEROS, José, *El hombre mediocre*, 150a. ed., México, Porrúa, 1998, colección “Sepan cuantos...”, núm. 324.
- ITZJAK, Daniel ben (ed.), *La Torá*, España, Martínez Roca (Grupo Planeta), 1999.
- JULIA, Didier, *Diccionario de filosofía*, 30a. reimp., México, Diana, 1999.
- La Santa Biblia*, 80a. ed., trad. de E. Martín Nieto, España, Paulinas, 1964.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (dir.), *Historia universal de la medicina*, España, Salvat Editores, 1981, t. VII.
- Ley General de Salud*, 16a. ed., México, Porrúa, 2000, colección Leyes y Códigos de México, 2 ts.
- MAETERLINCK, Maurice, *El pájaro azul*, 70a. ed., México, Porrúa, 1999, colección “Sepan cuantos...”, núm. 270.
- MENÉNDEZ Y PELAYO, Marcelino (selec.), *Las 100 mejores poesías líricas castellanas*, España, Edicomunicación, 1993.
- MONTES DE OCA, Francisco, *Ocho siglos de poesía en lengua española*, 130a. ed., México, Porrúa, 1990, colección “Sepan cuantos...”, núm. 8.
- MORO, Tomás, *Utopía*, México, Porrúa, 2000, colección “Sepan cuantos...”, núm. 283.
- PALACIOS ALBIÑANA, Joaquín, *Antología de la poesía macabra española e hispanoamericana*, 130a. ed., España, Valdemar, 2001, El Club Diógenes, serie Autores Españoles, núm. 153.
- RADBRUCH, Gustav, *Introducción a la filosofía del derecho*, 50a. reimp., México, Fondo de Cultura Económica, 1993, colección Breviarios, Filosofía del derecho, núm. 42.
- REYNOSO DÁVILA, Roberto, *Teoría general del delito*, México, Porrúa, 1995.
- ROLDÁN GONZÁLEZ, Julio, *Ética médica*, 30a. ed., México, Librería Parroquial de Clavería, 1990.
- RUSSELL, Bertrand, *Los problemas de la filosofía*, España, Labor, 1985.
- SEBASTIÁN YARZA, Florencio, *Diccionario griego-español*, España, Ramón Sopena, 1983.

- TOLSTOI, León Nikolaievich, *Obras*, 2a. reimp. de la 4a. ed., España, Aguilar, 1971, 3 ts.
- VÁZQUEZ, Rodolfo (comp.), *Bioética y derecho*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.
- VEGA CARPIO, Lope de, *Poesía lírica*, México, Porrúa, 1995, colección “Sepan cuantos...”, núm. 657.
- VÉLEZ CORREA, Luis A., *Ética médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*, Colombia, Corporación para Investigaciones Biológicas, 1987.
- VILLORO, Luis (coord.), *Los linderos de la ética*, México, Siglo XXI-UNAM, 2000.
- VIVEROS, Germán, *Hipocratismo en México. Siglo XVI*, México, UNAM, 1994, serie Historia de la Ciencia y la Tecnología, núm. 6.

UN MENOR SUFRIMIENTO, FACTOR DE UNA MUERTE DIGNA

Horacio GARCÍA ROMERO*

SUMARIO: I. *Eutanasia pasiva*. II. *Eutanasia activa*.
III. *Eutanasia activa a mediano plazo*. IV. *Otras en-*
cuestas. V. *Anexo*. VI. *Bibliografía*.

En *Utopía*, Tomás Moro, elevado a los altares por la Iglesia católica, nos relata que:

Los utópicos se preocupan con el mayor cariño de los enfermos, y no se ahorra nada de lo que pueda ser bueno para lograr su curación, sean alimentos o medicinas. A los que sufren alguna dolencia incurable y muy dolorosa, los sacerdotes y magistrados influyen en el enfermo, puesto que no puede rendir ningún provecho y es una carga para los demás y para sí mismo, para que acepte la muerte con resignación.

Con la muerte pondrá fin a su tormento. Esto es el consejo que dan los sacerdotes que interpretan la voluntad del Creador; seguirlo será una buena y piadosa obra. Los convencidos se dejan morir voluntariamente no comiendo, o, sin que se aperciban, se les priva de la vida mientras duermen, esta conducta no se impone a nadie, y a los que rehusan seguirla se les prestan los mayores cuidados, pero se honra a lo que por esa razón renuncia vivir.

* Asesor de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

El médico y en general el equipo de salud tienen el privilegio y el deber de cuidar la vida, valor considerado como el más excelso del ser humano, ya que sin él no es posible concebir los demás valores. Tiene también que enfrentarse a la muerte con criterio científico, y sobre todo con un sentido humano que permita ayudar a los pacientes hasta el último momento de su existencia. La muerte es comúnmente el punto final de la evolución de una enfermedad y el proceso de morir en su mecanismo biológico.

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

Podemos intentar establecer o cuando menos buscar los principios que deben guiar nuestra conducta ante la muerte. Si sustentamos estos principios en la autonomía del paciente, la búsqueda del beneficio y el no hacer daño, y empleamos los recursos teniendo como norma la justicia, quizá estemos en condiciones de aliviar al paciente en esa etapa final que José Gorostiza llama “el minuto negro de mi borrosca”, y Jaime Sabines describe como “el olvidar, el refugiarse desnudo en el discreto calor de Dios”.

Dice Llano Escobar que “la muerte se está hospitalizando”. Se ha prolongado la existencia humana y también se ha prolongado el acto mismo de morir, que puede durar meses o años. Se ha dicho que los médicos “ya no lo dejan a uno morir”. El enfermo muere en un ambiente tecnológico que pone a prueba su paciencia, pero que también pone en juego todos los valores del

médico y su visión sobre la vida, la muerte y los objetivos de su profesión.

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

En 1998 realizamos en la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado una encuesta a 3021 empleados del gobierno federal, aparentemente sanos, que asistieron a la institución para un estudio médico preventivo integral. Se les solicitó información sobre sus datos socioeconómicos y sobre su opinión acerca de diversos tipos de eutanasia, presentándoles casos concretos similares a los que se tiene que enfrentar el personal de salud ante enfermos terminales con intensos sufrimientos y sin posibilidades de alivio (*véase cuadro 1*).

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

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

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

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

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

Hemos llamado eutanasia activa a mediano plazo lo que otros autores denominan eutanasia indirecta, que puede aplicarse a pacientes en estado terminal con intensos dolores y sufrimientos, y que consiste en mantenerlos sedados hasta suprimirles el dolor, con suspensión de la alimentación. El enfermo irá poco a poco disminuyendo en sus funciones vitales y fallecerá en un lapso de pocos días. El procedimiento es menos violento que la simple eutanasia activa y más parecido a la muerte natural.

Vale la pena señalar desde ahora que en el concepto de varios autores, el abstenerse de aplicar un tratamiento o suspenderlo, así como el aplicar sedación profunda para suprimir los síntomas, deben ser consideradas prácticas médicas normales. En todos estos actos existe el consenso de que la muerte se produjo por causas naturales.

Se preguntó a los encuestados sobre su rechazo o aceptación de la eutanasia activa a mediano plazo en una situación: aplicación de sedantes y analgésicos profundos que suprimían el sufrimiento de un paciente con cáncer terminal, al que se le suspendió la alimentación hasta su fallecimiento dos semanas después.

Los datos fueron procesados en un programa DATA-base 3, y analizados estadísticamente. Se utilizaron las pruebas de X^2 (Ji cuadrada) y de "t" de *Student* para establecer la significación estadística de los resultados. Estas diferencias se expresan como $p < .05$ cuando las diferencias son estadísticamente significativas, y $p < .01$ cuando son altamente significativas.

I. EUTANASIA PASIVA

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

La aceptación de este tipo de eutanasia es prácticamente igual en hombres y en mujeres. Tiene relación con la edad, ya que aumenta en el grupo de 30 a 39 años, y disminuye de los 50 en adelante ($p < .05$).

Es también mucho menor en los que tienen seis hijos o más ($p < .01$).

El 28% de los católicos la aprueban totalmente, los cristianos no católicos sólo en el 17% y los que informan no tener religión en 50% ($p < .01$). A medida que la religión influye más en las decisiones, se acepta menos la eutanasia pasiva ($p < .01$).

Existe una correlación directa entre el grado de estudios vs. la aceptación total de la eutanasia pasiva, que va del 11% en los que estudiaron primaria, 30% en los que cursaron preparatoria y 46% en los que tuvieron estudios de posgrado ($p < .01$).

La evolución tecnológica permite en algunos casos mantener la vida de modo artificial casi indefinidamente. ¿Cuál es la calidad de esta vida? ¿Es en realidad vivir mantenerse con el corazón latiendo a base de drogas, respirar mediante un aparato artificial, y tener destruido y sin funcionar el cerebro sin ninguna posibilidad de recuperación?

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

En esos casos la ciencia-tecnología no debe obstinarse en mantener por cualquier medio la “vida” de estas personas. El hacerlo se conoce como “obesidad terapéutica”, como “enseñamiento terapéutico”.

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

Cuando se mantiene a un sujeto consciente o inconsciente con vida, sabiendo que la medicina ya no puede ayudarle, supliendo las carencias biológicas para posponer una muerte que se sabe inevitable a corto o mediano plazo, se utiliza la ciencia y la técnica sólo por su disponibilidad. Si se cuenta con el procedimiento hay que emplearlo, de acuerdo con la corriente que parece dominar actualmente el ejercicio de la medicina. Los valores humanos fundamentales: la dignidad, la calidad de vida, el beneficio que se logra, el evitar el daño, pasan a un segundo término. La tecnología no tiene ya como fin a la persona humana, no está al servicio del hombre, sino que se convierte en un fin en sí misma.

II. EUTANASIA ACTIVA

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

Entre mayor es el número de hijos, la aceptación es menor. De los católicos el 19% la aprueban totalmente, y solo el 8% de los cristianos no católicos. De los que no profesan ninguna religión están a favor de ella el 33% ($p < .01$).

El grado de estudios es proporcional a la aceptación de este tipo de eutanasia en las condiciones propuestas: 13% de los que cursaron primaria y 24% de los profesionales la aprueban ($p < .01$).

Los ingresos mensuales influyen proporcionalmente en su consentimiento. El porcentaje fluctúa entre 15% en los que ganan hasta 1,000 pesos, y 26% en los que perciben más de 4,000 pesos ($p < .01$).

Desde el punto de vista legal, el provocar la muerte de un enfermo se considera en México como un homicidio. Sólo en algunos estados de la república se menciona el “homicidio por piedad” como un atenuante.

No es posible comparar el homicidio, en el que se extingue la vida de una persona sana contra su voluntad, y destruye sus prerrogativas de satisfacciones, alegrías y actos creativos; algo muy distinto es dar apoyo para que un ser humano que sufre y desea dejar de vivir logre lo que con vehemencia solicita o es obvio que le ayudará a suprimir su lamentable situación.

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

III. EUTANASIA ACTIVA A MEDIANO PLAZO

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

Los jóvenes admiten este manejo en una proporción ligeramente mayor que las personas de más edad.

De los divorciados, 50% admite la eutanasia activa a mediano plazo. El estado civil del resto de los encuestados no modifica sustancialmente el porcentaje de la población que la acepta.

El 38% de los católicos, 22% de los cristianos no católicos y 50% de las personas sin religión están de acuerdo con este tipo de eutanasia ($p < .01$).

El grado de estudios y los ingresos mensuales tienen relación directa con su aceptación, que es mayor entre los que tienen más estudios o perciben mayores salarios (*véanse cuadros 2 y 3*).

Sobre los pacientes en estado terminal escribió el maestro Ignacio Chávez en 1979:

El caso del canceroso, por ejemplo, invadido de metástasis y con fallas funcionales de todo orden... ¿Qué hacer? Suspender todo tratamiento sería una forma de desamparo cruel, así lo pida el propio enfermo en su desesperada renunciación a vivir. Pero sí cabe suspender toda lucha por detener el mal y limitarse al empleo de analgésicos, de tranquilizadores y de somníferos que emboten el sufrimiento físico y la angustia. No importa que el empleo de esas drogas disminuya la resistencia del enfermo y acorte en horas o en algunos días su vida. Es acortar sólo su etapa terminal.

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

En Europa, la legislación holandesa ha tenido impacto en la aceptación de cierto tipo de eutanasia, sea esta activa, pasiva, o “indirecta” (activa a mediano plazo), aunque aún no se ha traducido en la aceptación legal de estas prácticas en otros países.

En Alemania se ha incrementado la aceptación de la eutanasia activa en los pacientes desahuciados, por la necesidad de suprimir una vida que no vale la pena ser vivida, sobre todo si se cuenta con las “decisiones para el final de mi vida” del paciente. Se consideran también los altos costos de la atención médica. Sin embargo, por los antecedentes históricos de las masacres nazis, es difícil que la eutanasia activa sea legalizada en Alemania, aunque se permiten las acciones que mitigan los sufrimientos terminales.

Cada vez más se extiende el concepto de que el hombre no debe sufrir inútilmente. De ahí que la idea de que el médico o la enfermera pueden coadyuvar a terminar con la vida de un paciente terminal sea progresivamente aceptada por la sociedad. Lejos de ir en contra del deber, esta actitud es congruente con los principios médicos que nos exigen el interés, la compasión, la acción en beneficio de nuestros enfermos, el buscar aliviar sus molestias, el aceptar y tomar en cuenta sus decisiones. El mantener a un ser humano en un estado de dolor, sufrimiento y angustia sin alivio ni esperanza se convierte, para el médico, en un acto inmoral. Estamos conscientes que estos conceptos pueden ser cuestionados. Sin embargo, son criterios aceptados por un importante número de médicos y de la población en muchos países en el mundo.

IV. OTRAS ENCUESTAS

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

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

En un cuestionario entregado a 459 pacientes cancerosos de Estados Unidos, Canadá y Holanda, poco más de la tercera parte se declararon en favor de la eutanasia, con más frecuencia si tenían menos de 50 años, con altas posiciones socioeconómicas y baja religiosidad. Los factores psicológicos como la pérdida de la dignidad, el ser considerados como una carga para la familia y la pérdida de su autocontrol, tuvieron más importancia en su decisión que los factores físicos.

En Inglaterra, Francia, Canadá, Alemania, España, Colombia, Argentina y otros muchos países existen más de treinta agrupaciones que se dedican a promover la difusión del derecho a morir dignamente, sin ensañamiento terapéutico, y devolver a los ciudadanos un cierto control sobre su propia muerte. Estas sociedades “Pro derecho a morir” estimulan la legislación del documento “Disposiciones para el final de mi vida” (*living will*), entre otras acciones.

La aceptación legal de la eutanasia en varios países como Holanda y Australia no ha producido los temidos abusos. Tampoco se ha visto que aumente el riesgo de que los adultos mayores sean víctimas de que se les provoque la muerte en mayor proporción que en condiciones naturales.

Probablemente esto se deba a que en esos países la eutanasia y el suicidio asistido sólo pueden practicarse bajo condiciones y requisitos muy estrictos. De otra manera, el quitar la vida a un paciente sigue considerándose como un homicidio.

Las comisiones nacionales de bioética y otras instituciones médicas podrán promover un debate internacional sobre este

tema tan trascendente, a la luz de los conocimientos, los avances tecnológicos y la epidemiología actuales.

V. ANEXO

CUADRO 1. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS
DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

	<i>Número de personas</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Sexo</i>		
Femenino	1387	42.9
Masculino	1638	57.1
<i>Grupos etarios (años)</i>		
18-29	598	18.1
30-39	1074	33.7
40-49	864	28.8
50-59	354	13.0
60-69	110	2.0
70-82	21	1.4
<i>Estado civil</i>		
Casados	1942	64.3
Solteros	661	21.9
Divorciados	164	5.4
Unión libre	184	6.1
Viudos	70	2.3
<i>Número de hijos</i>		
0	892	29.5
1	460	15.2
2	688	22.8
3	546	18.1
4	229	7.6
5	99	3.3
6 o más	107	3.5

**CUADRO 1. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS
DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS (continuación)**

	<i>Número de personas</i>	<i>Porcentaje</i>
<u><i>Grado de estudios</i></u>		
Primaria	180	6.2
Secundaria	363	12.0
Carrera técnica	599	19.9
Preparatoria	500	16.6
Profesional	1197	39.7
Posgrado	172	5.7
<u><i>Ingresos mensuales (\$)</i></u>		
Menos de 1000	593	19.6
1000 a 2000	1274	42.2
2001 a 3000	495	16.4
3001 a 4000	288	9.5
Más de 4000	371	12.3
<u><i>Religión</i></u>		
Católicos	2629	87.0
Cristianos	159	5.3
Sin religión	230	7.9
<u><i>Atención a servicios religiosos</i></u>		
1 vez al mes	1392	46.1
1 vez cada 2 meses	423	14.0
Menos de 1 vez cada 2 meses	426	14.1
No asiste	777	25.7
<u><i>Influencia de la religión</i></u>		
Importante	1275	42.2
Poco importante	794	26.3
Nada importante	949	31.4

**CUADRO 2. INGRESOS MENSUALES Y ACEPTACIÓN
DE LA EUTANASIA ACTIVA A MEDIANO PLAZO (EAMP)**

<i>Nivel de ingresos en pesos</i>	<i>Número de personas</i>	<i>Personas que aceptaron la EAMP</i>	<i>Porcentaje de personas en cada nivel</i>
Menos de 1000	593	185	31.3
1000 a 2000	1274	445	34.9
2001 a 3000	495	209	42.2
3001 a 4000	288	116	40.4
Más de 4000	371	166	44.8

**CUADRO 3. GRADO DE ESTUDIOS Y ACEPTACIÓN
DE LA EAMP**

<i>Nivel de estudios</i>	<i>Número de personas</i>	<i>Personas que aceptaron la EAMP</i>	<i>Porcentaje de personas en cada nivel</i>
Primaria	180	41	22.7
Secundaria	363	112	30.8
Carrera técnica	599	229	38.2
Preparatoria	500	197	39.4
Profesional	1197	475	39.7
Posgrado	172	70	40.7

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ALDUCÍN Y ASOCIADOS, “Opinión sobre Bioética. 417 entrevistas”, *El Universal*, Reportaje ejecutivo, 28 de agosto de 1998.
- BAUDOIN, J. L. y BLONDEAU, D., *Ética ante la muerte y el derecho a morir*, Barcelona, Herder Barcelona, 1995.
- CHÁVEZ, I., “Morir digno y decisión médica”, *Eugenesia y eutanasia médicas*, México, Instituto Syntex, 1979.
- GRIFFITHE, P., “Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia: Is It Time the UK Law Caught Up?”, *Nurs Ethics*, vol. 6, 1999.
- HERNÁNDEZ-ARRIAGA, J. L. *et al.*, “Encuesta de actitudes médicas ante el paciente terminal”, *Rev Invest Clin*, vol. 49, 1997.
- HUMPHRY, D. y WICKETT, A., *El derecho a morir*, Barcelona, España, Tusquets Editores, 1989.
- LLANO-ESCOBAR, A., “El morir ha cambiado”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 108, mayo-junio de 1990.
- MARINER, W. K., “Physician Assisted Suicide and the Supreme Court: Putting the Constitutional Claim to Rest”, *Am J Public Health*, vol. 87, 1997.
- MATERSTVEDT, L. J. y KAASA, J., *Is Terminal Sedation Active Euthanasia? Det medisinske takultet Norges teknisk naturvitenskapelige universitet*, Trondheim, 120, 2000.
- MC KHANN, Ch., *A Time to Die. The Phace for Physician Assistance*, Yale University, 1999.
- MORO, Tomás, *Utopía*, Altamira, España, Los grandes pensadores, 1990.
- OEMICHEN, M. y MEISSNER, C., “Life Shortening and Physician Assistance in Dying: Euthanasia from the Viewpoint of German Legal Medicine”, *Gerontology*, vol. 46, 2000.

- PÍO XII, *Declaraciones en el Vaticano 1957*, citado por GERALD, Kelly, *Médico Moral Problems*, Catholic Hospital Association of the U. S. and Canada, 1958.
- QUINN, K. P., “Assisted Suicide and Equal Protection: in Defense of the Distinction Between Killing and Letting Die”, *Issues Law Med.*, vol. 13, 1997.
- SWIFT, J., *Viajes de Gulliver*, Barcelona, Forum, 1984.
- VAN DER AKKER, B. y JANNSENS, R. M., “Euthanasia and International Human Rights Law: Prolegomena for an International Debate”, *Med Sci Law*, vol. 37, 1997.
- VAN DER AREND, A. J., “Euthanasia and Cancer”, *Tidasskr Nor Laegeforen*, vol. 119, 1999.
- , “An Ethical Perspective on Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands from a Nursing Point of View”, *Nurs Ethics*, vol. 5, 1998.
- WERNSTEDT, T. *et al.*, “Euthanasia in Europe. Ten Countries with Special Consideration of the Netherlands and Germany”, *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, vol. 35, 2000.

EL DELITO DE AUXILIO E INDUCCIÓN
EN EL SUICIDIO; HOMICIDIO
CON CONSENTIMIENTO DE LA VÍCTIMA
LA EUTANASIA, ANÁLISIS JURÍDICO

Benigno LICEA GONZÁLEZ*

Parafraseando al doctor Sergio García Ramírez, diremos que “existen dos remedios que solemos recetarnos: la medicina, para los males del cuerpo —pero también algunos del alma—, y el derecho, para esos males que trae consigo la convivencia. Y en ocasiones, se cruzan los caminos del derecho y la medicina; sea para que éste ilustre a aquél en el recorrido de algún laberinto, sea para que el derecho descifre otros hechos”. Lo cierto es que el infortunio de la práctica médica o de la investigación científica lleva a los profesionistas de bata blanca ante los profesionales de toga negra en el estrado de los tribunales y, desde luego, el tópico de la eutanasia no es la excepción.¹

El suicidio —acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida— ha tenido una evolución a través del tiempo muy interesante. Recordemos que en la antigüedad era un hecho ordinario. Así, en la Roma primitiva era permitido y estimado como acción honrosa, hecha la excepción de aquellos suicidios realizados con la intención de evitar un castigo por la comisión de un delito. En este pasaje de la historia se muestran acciones con-

* Maestro en ciencias jurídico-penales.

1 *La responsabilidad profesional y jurídica de la práctica médica*, México, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1999.

trastantes. Así es el caso del Código de Manú, que imponía como forzoso el suicidio de aquella mujer de casta elevada que tenía relaciones sexuales con un hombre de casta inferior; la tradición del ejército alemán de privar de la vida al militar de alto rango ante el fracaso bélico, solo por citar algunos ejemplos.

Es importante comentar que con independencia del criterio que se adopte, en la práctica jurídica y social resulta ineficaz todo medio represivo contra el suicidio, porque Garraud² afirma con certeza que “la causa de impunidad del suicidio es el suicidio mismo”; todos sabemos que quien se priva de la vida impide con su acto supresorio cualquier medio represivo contra su persona.

En la tentativa del suicidio, figura consumada por la frustración, es igualmente estéril, esto es perjudicial, la represión, porque produciría el efecto contradictorio de hacer más odiosa e intolerable la existencia al pretense suicida y porque produciría efecto contradictorio a las finalidades perseguidas por toda posible sanción. No todas las causas que impulsan al suicidio se deben a factores como desequilibrios psiquiátricos, en las condiciones sociales y emocionales que rodean al sujeto, sino que las hay de carácter patológico, como la adquisición de enfermedades terminales que irreversiblemente conducirán a quien la padece a una muerte en ocasiones lenta y profundamente dolorosa, así como agotadora de los recursos económicos, por lo que es muy compleja la etiología.

En suma, el suicidio no es ni debe ser un delito ni cuando se consuma ni cuando se frustra. En la legislación mexicana, por ello, está desprovisto de penalidad; la muerte que se causa una persona voluntariamente o las heridas que de alguna manera se infiere no constituyen los delitos de homicidio o lesiones, ya que estas figuras delictivas requieren como constitutiva necesari-

2 *Traité théorique et pratique du Droit Pénal Français*, París, Recueil Sirrey, 1924, t. V, párrafo 1980.

ría un acto externo, esto es, de un tercero, privatorio de la vida ajena o que altere la salud del individuo.

En cambio, se abre la aplicación de la norma penal para aquéllos que participan en el suicidio ajeno, por ayuda moral o material otorgada al suicida.

El artículo 312 del Código Penal Federal establece que: “el que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”.³ De igual forma el artículo 313 del mismo ordenamiento legal ya invocado con antelación, se refiere a la penalidad agravada en atención a la minoridad o enajenación mental del sujeto pasivo. Al efecto, el numeral precitado establece: “Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o lesiones calificadas”.

Así, son tres las formas de participación previstas por la ley: *a*) participación moral de inducción; *b*) participación material de auxilio, y *c*) participación material, consistente en ejecutar el partícipe mismo la muerte, o sea, el homicidio con consentimiento de la víctima (homicidio-suicidio). El auxilio y la inducción al suicidio no pueden ser estimados como fenómenos de participación en un delito de homicidio, sino como figuras especiales, puesto que cuando una persona se priva voluntariamente de la vida, independientemente de que terceros hayan participado en los actos preliminares, no existen constitutivas del homicidio; es menester poner de relieve que para considerar una lesión o un homicidio como delito no es suficiente la existencia de un daño en la salud o la privación de la vida ni la comprobación de que este daño sea efecto de una causa externa; es indispensable la concurrencia de un elemento externo imputable a un individuo por su realización intencional o culposa.

Podemos afirmar que inducir al suicidio es tanto como excitar, instigar a él; la inducción debe ser directa y suficiente. En cambio, prestar auxilio para el suicidio equivale a proporcionar medios (armas, veneno, etcétera) o, incluso, cualquier otro género de cooperación, por ejemplo, el auxilio de carácter moral, las indicaciones del modo de ejecutarlo, proporcionar el arma, instruir sobre el manejo de armas o sustancias, etcétera.

En cambio, cuando la cooperación llega al punto de que quien auxilia o instiga ejecuta él mismo la muerte, el homicidio consentido por la víctima sí constituye una forma de homicidio consentido, aunque atenuado en consideración no sólo a la solicitud sino al consentimiento de la víctima. Al señalar el legislador la penalidad de cuatro a doce años de prisión para el homicidio-suicidio se disminuyó el mínimo de la penalidad del homicidio simple.

Sin embargo, cuando un sujeto priva de la vida por piedad a un enfermo de grave, doloroso e incurable mal, de una enfermedad terminal y ante el incesante requerimiento de éste, compartimos la opinión de Luis Jiménez de Asúa,⁴ en el sentido de “otorgar al Juez facultad de perdonar o en su caso, de imponer sanciones francamente atenuadas”, y la repercusión de su postura se refleja hoy claramente en las legislaciones sudamericanas como las de Colombia o el Perú, en los artículos 177 y 157 de sus códigos punitivos.

Resulta pertinente comentar que en el caso que nos ocupa y de acuerdo con la legislación nacional, cuando un médico, enfermera, practicante, ayudante del equipo médico en general, siguiendo instrucciones del profesional responsable comete actos de omisión en el tratamiento restaurador de la salud y que produce como consecuencia la pérdida de la vida o el deterioro de la salud del paciente, les será imputable el delito de responsabi-

⁴ *Libertad de amar y derecho a morir*, 4a. ed., Santander, 1929, pp. 168 y 169.

lidad médica y técnica consistente en homicidio o lesiones según el daño que se cause al enfermo.

En efecto, el artículo 228 del Código Penal Federal⁵ establece que:

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

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

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

Así, la actuación del médico o de los miembros integrantes del equipo de salud pueden incurrir en estas dos fundamentales figuras punitivas del homicidio y de lesiones, siendo la primera figura citada como la infracción más grave, precisamente porque la vida humana es un bien-interés eminentemente social, público, y porque la esencia, la fuerza y la actividad del Estado residen primordialmente en la población, formada por la unión de todos los individuos. A mayor abundamiento, el numeral 302 del Código Penal Federal establece que: “Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro”.⁶

La actuación de los profesionales, lo mismo para la investigación que para la prestación de servicios en sus respectivas especialidades, ponen en funcionamiento un difícil concepto jurídico, dotado de severos instrumentos: la responsabilidad por las

5 *Código Penal Federal, cit.*, nota 3.

6 *Ibidem*, p. 83.

consecuencias de la conducta propia, pero también, en ocasiones, por la conducta ajena.⁷

Vale la pena recordar que en el orden jurídico hay diversas formas de responsabilidad, que se distinguen por su naturaleza y por los efectos (normativos) que cada una de ellas trae consigo.⁸ Estas formas de responsabilidad corresponden a los medios jurídicos del control social de la conducta: van del rigor a la benevolencia. Para que surja una responsabilidad a cargo de cierta persona es preciso que la conducta de ésta (acto u omisión) sea indebida (ilícita, ilegal, antijurídica); que ocasione una consecuencia perjudicial (lesión de un bien jurídico, dicho de otra manera: afectación de un derecho), y que entre esa conducta activa u omisiva y el resultado dañoso exista cierta relación: el nexo causal, lo que permita atribuir este resultado a aquella conducta.

Desde este contexto, cualquier acto u omisión que ejecute el médico o indique al personal bajo su cargo y que tenga vinculación esta actividad externa con el tratamiento médico y tenga como resultado, de acuerdo a la legislación actual en México, la alteración de la salud del paciente y, en su caso, la pérdida de la vida, será exigible de manera inexcusable su responsabilidad ante los tribunales penales correspondientes por lo que hace a su conducta punitiva, e incluso ante los del orden civil por lo que hace a la figura del pago de la reparación del daño.

Ahora bien, el derecho penal, como lo hemos expuesto, tiene su justificación porque sus normas jurídicas tienen como propósito proteger bienes (intereses) jurídicos y cuando por un acto externo del hombre estos bienes resultan afectados con mayor o menor gravedad y, en su caso, se realizaron actos que a manera de tentativa los ponen en peligro, se procede a la aplicación de una sanción (pena). Y la aplicación de la misma tendrá múlti-

7 Baudouin, Jean Louis, "La réforme de la responsabilité medicalé: responsabilité ou assurance", *Revue Générale de Droit*, vol. 22, núm. 1, 1991, p. 170.

8 *Ibidem*, p. 162.

ples finalidades, como la ejemplaridad, patentizando a los ciudadanos la necesidad de respetar la ley; obrar en el delincuente, creando por la aplicación de la sanción motivos que lo aparten del delito en el porvenir y readaptarlo para integrarse de nueva cuenta a la sociedad; incluso, para los delincuentes inadaptables, la segregación de dicho individuo en la sociedad. La pena tiene como fin, igualmente, la salvaguarda de la sociedad, por lo que la pena es el castigo legalmente impuesto por el Estado al delincuente para conservar el orden jurídico.

Cuando afirmamos que la causa de impunidad del suicidio es el suicidio mismo, reconocemos que el individuo como miembro integrante de la sociedad tiene derecho a disponer de su propia vida. A este respecto, tenemos que considerar igualmente, como lo hicimos con antelación, que incluso un pretense suicida puede gozar de excelente salud y son motivos diversos los que lo impulsan a privarse de la existencia, lo que nos recordaría las tesis del deber de vivir, así como la tesis del derecho a morir.

Así, acudiendo a la doctrina alemana, Schmidhauser sostiene que el hombre tiene obligaciones frente a la sociedad, como son las deudas de carácter civil, las obligaciones familiares e incluso las laborales. Luego entonces, las obligaciones sociales del individuo le impiden gozar de un derecho de disponibilidad de su vida.⁹

Como argumentos en contra de la postura citada se pronunció Enrique Ferri, quien manifestó:

...la sociedad, mientras el hombre vive y permanece en ella, y bajo su protección, tiene derecho de exigirle respeto de los derechos sociales, como aquélla tiene el deber de respetar los derechos individuales, en el límite recíproco de la necesidad; pero la sociedad no tiene derecho de imponer al hombre la obligación jurídica de existir o permanecer en ella.¹⁰

9 Díaz Aranda, Enrique, *Del suicidio a la eutanasia*, México, Cárdenas Editor, 1997, p. 111.

10 *Ibidem*, p. 113.

En realidad las obligaciones frente a terceros no deben de constituir el fundamento para imponer a todos los individuos el deber de vivir. Sostener lo contrario significaría instrumentalizar al ser humano como medio para alcanzar un fin social y no como un fin en sí mismo, llegando por esta vía a una concepción utilitarista o colectivista del ser humano.¹¹

Por su parte, diversos juristas alemanes como Schmitt, Hamann, Lenz y Kaufmann sostienen que “el derecho fundamental a la plena disposición de la vida se deduce, sin ninguna duda, del derecho a la vida, como el derecho fundamental a la plena disposición de la propia integridad personal”. En Estados Unidos, Joel Feinberg, al realizar el análisis de la Constitución de aquel país, considera el derecho a la vida como un derecho discrecional que podemos ejercer como nos parezca, dentro de los límites impuestos por los similares derechos de otros y por el interés público.¹²

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

Como argumento en contra, Roellecke rechaza una analogía entre el derecho a disponer de la integridad física y el derecho a la plena disposición de la vida, argumentando que mientras la primera se puede recuperar, hasta cierto grado, en cambio, la segunda es irrestituible.¹³

Es verdad que el fundamental derecho que le asiste hoy a todo ser humano es el de la vida, pero cuando se vea afectado por condiciones de salud lamentables que lo deterioran gravemente en el aspecto físico, moral y desde luego económico, recluido probablemente en una unidad de cuidados intensivos, pa-

11 *Ibidem*, p. 114.

12 *Ibidem*, p. 118.

13 Roellecke, G., “Gibt es ein Recht auf den Tod”, en Eser, A. y Stuttgart, 1976, p. 337: citado en Rosal Blasco, B., “La participación”, *ADPCP*, pp. 81 y 82.

deciendo una enfermedad terminal que irremediablemente lo conducirá a un deceso en lamentables condiciones, es el momento de considerar, como lo hemos hecho a lo largo de este trabajo, si el hombre tiene derecho a disponer de su vida y por ende, a ejercitar su derecho de una muerte digna, es entonces cuando se considera la eutanasia.

Todos sabemos que etimológicamente eutanasia significa buena muerte, dulce, libre de sufrimientos. Francisco Bacon, en el siglo XVII, empleó esta expresión por primera vez.

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

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

Igualmente, se utiliza el término “dar una muerte piadosa” para esta clase de intervención. Con todo, lo normal es que se le llame eutanasia positiva, activa o directa. En cambio, se llama eutanasia negativa, pasiva o indirecta a la omisión de un tratamiento eficaz, o sea, al hecho de no prolongar el proceso de morir por medio de aparatos médicos que mantienen la vida del paciente, como es, por ejemplo, el respirador artificial.

A propósito de ello, es necesario señalar el criterio sustentado por la Ley General de Salud respecto de la muerte clínica. Al efecto, expresa el numeral 343 de la citada disposición legal que:

...para los efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a. La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b. La ausencia permanente de respiración espontánea;

- c. La ausencia de reflejos del tallo cerebral y,
- d. El paro cardiaco irreversible...

Es necesario señalar que recientemente en el *Diario Oficial de la Federación* se publicó el criterio que, de acuerdo con la legislación en materia de salud, en nuestro país prevalecerá sobre la “muerte cerebral”, cuestión ésta en la que por múltiples razones, todas ellas en nuestro particular criterio injustificadas, habían impedido esta normatividad tan verdaderamente indispensable. La reforma en cita a la Ley General de Salud, expresa:

...la muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;

II. Ausencia de automatismo respiratorio, y

III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas. Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o

II. Electroencefalograma que demuestre la ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes por espacio de cinco horas...

Es muy importante señalar la existencia del siguiente procedimiento para los casos en que desafortunadamente un paciente presente tal estado clínico. La legislación en materia de salud expresa:

...no existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubinaria, los descendientes, los ascendientes, los herma-

nos, el adoptado o el adoptante, conforme al orden expresado, se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343...

Es menester tomar en consideración trascendentes aspectos que deben de considerarse respecto de la normatividad legal de la eutanasia, a saber:

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

2) El derecho a la intimidad que ejerce el enfermo terminal y, en su caso, los familiares. Recordemos la resolución de la Suprema Corte del estado de New Jersey en el caso de Karen Quinlan.

3) El derecho a la libre disposición del cuerpo del enfermo; por ende, la autonomía sobre la vida del ser humano.

4) En los países en desarrollo, como el nuestro, enfermarse es un lujo; al prolongarse la agonía de una persona se intensifican de manera angustiosa para la familia los costos de una unidad de cuidados intensivos.

Conviene considerar dentro de otros aspectos que en Holanda, el pasado 12 de abril, se legalizó la eutanasia y el suicidio asistido. El Parlamento aprobó por 104 votos contra 40 la ley misma, que establece medidas estrictas de supervisión para su aplicabilidad, eximiendo a los profesionales de la medicina de una imputación si:

- a) El paciente padece una enfermedad terminal y como consecuencia, irreversible;
- b) Si el paciente sufre de intensos dolores;
- c) Que el paciente haya formulado su solicitud de asistencia para su suicidio;
- d) Que exista una larga relación de atención médica entre el médico y el paciente;
- e) El médico no puede sugerirlo como opción, y
- f) La confirmación de enfermedad terminal formulada por el médico responsable del paciente deberá ser avalada por una comisión médica independiente o consejo técnico.

Se afirma que esta ley ha colocado a Holanda a la vanguardia de los derechos de los pacientes, mismo que responde a un sentimiento de piedad para los enfermos desahuciados, sobre todo cuando el padecimiento de esa enfermedad les causa sufrimientos que van más allá de su capacidad para soportarlos.

El 28 de marzo de 1995, la Corte del Distrito de Yokohama, en Japón, resolvió sobre las condiciones bajo las cuales se legalizó la eutanasia. Destacan dentro de las más importantes:

- a) Que el paciente sufra un dolor agudo;
- b) Que la muerte sea inevitable e inminente;
- c) Que se hayan tomado todas las medidas posibles para eliminar el dolor agudo, y
- d) Que el paciente haya otorgado claramente su consentimiento.

La reciente reforma a los artículos 344 y 345 de la Ley General de Salud de México abre un horizonte óptimo sobre la temática abordada, responde a criterios no solo físico-biológicos sino, también, a concepciones valorativo-normativas; por ello el criterio de “muerte cerebral” señala el derrotero hacia la protección de la vida por el plus que encierra como posibilidad del desarrollo de una personalidad.

RELATORÍA

Fernando CANO VALLE*

El doctor Arnoldo Kraus nos menciona:

Optar por la eutanasia o el suicidio asistido como última instancia terapéutica, significa pasar de la vida a la muerte con la anuencia del enfermo o de sus familiares cercanos y la participación activa del médico. Implica, pues, fundir deseos en decisiones nada comunes: permitir o producir la muerte como último recurso médico. Por todo lo anterior, la eutanasia confronta tanto al que expone, aun cuando no necesariamente defina su postura, como al que escucha.

Eutanasia implica “la muerte sin sufrimiento que se practica en los pacientes incurables y quienes usualmente padecen dolores físicos intolerables y persistentes, como causa de enfermedades fatales”.

La eutanasia pasiva puede revestir dos formas. La abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. En el primer caso no se inicia el tratamiento y en el segundo se suspende el ya iniciado, ya que se considera que más que prolongar el vivir, prolonga el morir.

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

* Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Kraus planteó la primera cuestión que confronta a Hipócrates con Jack Kevorkian.

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

Otra crítica que no debe omitirse es la metodología utilizada por Kevorkian. La “máquina de suicidio” conecta al o la interesada a una solución intravenosa de solución salina. Cuando el paciente lo decide, aprieta un botón que permite inicialmente el paso de tiopental que produce sueño profundo en treinta segundos, y, posteriormente, y en forma automática, de un tercer frasco el paciente recibe succinilcolina y cloruro de potasio, con el que el fallecimiento sobreviene en menos de seis minutos.

Más adelante Kraus llamó la atención:

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

Para avalar lo ya dicho, acudo a Norbert Elías, médico y filósofo alemán quien murió hace tres o cuatro años. En su extraordinario ensayo *La soledad de los moribundos*, Elías comenta que “el problema social de la muerte resulta sobremanera difícil de resolver porque los vivos encuentran complejo identificarse con los moribundos”. Si interpreto bien el concepto anterior, y lo acoplamos al tema que hoy nos reúne, retorno y reenfatizo una de mis ideas centrales: la eutanasia es un tema difícil y casi prohibido porque el moribundo, esto es, el paciente terminal o el posible candidato para aplicar dicha acción, confronta tanto a médicos como a no médicos con su propia muerte.

Continúa Kraus:

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

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

El caso del bebé K (*baby K*) ilustra una posición diametralmente opuesta. Bebé K nació en 1992 por medio de cesárea. Desde los primeros meses del embarazo se le había diagnosticado anencefalia. La madre, a pesar de los consejos del obstetra y del neonatólogo, decidió continuar el embarazo. A partir de su

nacimiento fue conectado a un respirador, por lo que sus médicos la instaron a no continuar con estos procedimientos, ya que no contribuían a ningún tipo de propósito ni terapéutico ni paliativo. Debido a la insistencia de la madre en mantener vivo al bebé, y después de varias reuniones de profesionistas, religiosos y familiares, el caso llegó a la corte. El juez dictaminó a favor de la madre arguyendo que “retirar el respirador al bebé K... permitiría a los hospitales negar tratamiento de emergencia a numerosos pacientes, tales como accidentados, aquellos con cáncer terminal o SIDA, bajo el concepto de que eventualmente parecerán como consecuencia de sus enfermedades por lo que el tratamiento de emergencia será ‘fútil’”.

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

Los casos de Quinlan, bebé K y Martin ilustran actitudes distintas de las opiniones médicas y públicas. Esquematizan, además, argumentos y razones no sólo difíciles de reconciliar, sino imposibles de analizar bajo una misma lógica.

Quisiera enfatizar que, sobre todo en los casos de Quinlan y Martin, la eutanasia subraya la obligación de respetar la autonomía del paciente o de la familia para recibir o no tratamiento médico.

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

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

Desde el punto de vista de Kraus:

...son cuatro los principales argumentos en contra de la eutanasia:

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

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

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

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

Para el suicidio se han sugerido los incisos siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El doctor Benigno Licea González señaló:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El doctor César Rivera Benitez comentó:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El doctor Hugo Fernández de Castro nos explica:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESPETAR LA DIGNIDAD DEL MORIBUNDO CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE LA EUTANASIA

Manuel ALARCÓN VÁZQUEZ*

El objetivo de este trabajo es presentar únicamente una breve síntesis de la doctrina propuesta por la Iglesia Católica estos últimos veinticinco años, tomando en cuenta las últimas consideraciones éticas sobre la eutanasia, publicadas por la Academia Pontificia para la Vida el pasado diciembre de 2000. Esto no quiere decir que antes no lo haya hecho, sino que con ocasión de los últimos acontecimientos mundiales que han surgido sobre este tema, la Iglesia ha tenido la oportunidad de explicitar con mayor énfasis su doctrina y pensamiento al respecto, sobre todo ante la cada día más difundida cultura a favor de la muerte. Podríamos señalar que la década de 1970 ha sido el punto de partida de esta reflexión, pues fue entonces cuando, comenzando por los países más desarrollados del mundo, se ha ido difundiendo una insistente campaña a favor de la eutanasia, entendida como una acción u omisión que por su naturaleza y sus intenciones provoca la interrupción de la vida del enfermo grave o también del niño recién nacido mal formado. El motivo que se aduce por lo general es que de esa manera se quieren ahorrar al paciente mismo sufrimientos definidos inútiles.

Con este objetivo, se han llevado a cabo campañas y estrategias que han contado con el apoyo de asociaciones pro-eutanasia a nivel internacional, con manifiestos públicos firmados por

* Director ejecutivo de la Academia Mexicana de Bioética, A. C.

intelectuales y científicos, con publicaciones favorables a esas propuestas (algunas acompañadas incluso de instrucciones para enseñar a los enfermos, y a los no enfermos, los diversos modos de poner fin a la vida, cuando ésta se considere insoportable), con encuestas que recogen opiniones de médicos o personajes famosos favorables a la práctica de la eutanasia y, por último, con propuestas de leyes presentadas en los Parlamentos, además de los intentos de provocar sentencias en los tribunales que podrían permitir de hecho la práctica de la eutanasia o, al menos, que quede impune.

El reciente caso de Holanda, donde ya existía desde hace algunos años una especie de reglamentación que eximía de castigo al médico que practicara la eutanasia a petición del paciente, plantea un caso de auténtica legislación de la “eutanasia solicitada”, aunque limitada a casos de enfermedad grave e irreversible, acompañada de sufrimientos y a condición de que esa situación sea sometida a una verificación médica rigurosa.

El núcleo de la justificación que se quiere utilizar y presentar a la opinión pública está constituido fundamentalmente por dos principios: “El principio de autonomía” del sujeto, que tendría derecho a disponer, de manera absoluta, de su propia vida; y la convicción, más o menos explicitada, de lo insoportable e inútil del dolor que puede a veces acompañar a la muerte.

La Iglesia Católica ha seguido con atención ese desarrollo de pensamiento, reconociendo en él una de las manifestaciones del debilitamiento espiritual y moral con respecto a la dignidad de la persona moribunda y una senda “utilitarista” de desinterés frente a las verdaderas necesidades del paciente.

En sus reflexiones, la Iglesia ha mantenido un contacto constante con los agentes y especialistas de la medicina, tratando de ser fiel a los principios y valores de la humanidad compartidos por la mayor parte de los hombres, a la luz de la razón iluminada por la fe, y produciendo documentos que han merecido el aprecio de profesionales y de gran parte de la opinión pública.

Quiero recordar los principales documentos publicados en los últimos 21 años:

- La *Declaración sobre la eutanasia* (1980) publicada por la Congregación Encargada para la Doctrina de la Fe.
- El documento del Consejo Pontificio “Cor unum”, *Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos* (1981).
- La Encíclica *Evangelium Vitae* (1995) del Papa Juan Pablo II, en particular los números 64-67 donde se habla específicamente de la eutanasia.
- Carta de los agentes sanitarios*, elaborada por el Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud (1995).
- Consideraciones éticas de la Academia Pontificia para la Vida sobre la eutanasia a la luz de la razón iluminada por la fe* (9 de diciembre de 2000).

Estos documentos del Magisterio de la Iglesia no se limitan a definir la eutanasia como moralmente inaceptable “en cuanto eliminación deliberada de una persona humana” inocente¹ o como “oprobio”,² sino que también ofrecen un itinerario de asistencia al enfermo grave y al moribundo, que se inspire, tanto bajo el aspecto de la ética médica como bajo el espiritual y pastoral, en el respeto a la dignidad de la persona, en el respeto a la vida y a los valores de la fraternidad y solidaridad, impulsando a las personas y a las instituciones a responder con testimonios concretos a los desafíos actuales de una cultura de la muerte que se difunde cada vez más.

Recientemente, la Academia Pontificia para la Vida ha dedicado una de sus asambleas generales a este mismo tema, y publicó luego las actas conclusivas en el libro titulado *The Dignity of the Dying Person* (2000).

1 *Evangelium Vitae*, 65.

2 *Gaudium et spes*, 27.

Es importante recordar, y me remito a los documentos que acabo de citar, que el dolor de los pacientes, del que se habla y sobre del que se quiere fundamentar una especie de justificación o casi obligatoriedad de la eutanasia y del suicidio asistido, es hoy más que nunca un dolor “curable” con los medios adecuados de la analgesia y de los cuidados paliativos proporcionados al dolor mismo; el paciente, si se le presta una adecuada asistencia humana y espiritual, puede recibir alivio y consuelo en un clima de apoyo psicológico y afectivo.

Las posibles *peticiones de muerte* por parte de personas que sufren gravemente, como lo demuestran las encuestas realizadas entre los pacientes y los testimonios de clínicos cercanos a las situaciones de los moribundos, casi siempre constituyen la *manifestación extrema* de una apremiante solicitud del paciente que quiere recibir más atención y cercanía humana, además de cuidados adecuados, ambos elementos que actualmente, en algunos casos, faltan en los hospitales.

Resulta hoy más verdadera que nunca la consideración propuesta por la *Carta de los agentes sanitarios*: “el enfermo que se siente rodeado por la presencia amorosa, humana y cristiana, no cae en la depresión y en la angustia de quien, por el contrario, se siente abandonado a su destino de sufrimiento y muerte y pide que acaben con su vida. Por eso la eutanasia es una derrota de quien la teoriza, la decide y la practica” (149).

A este respecto podemos preguntarnos si, bajo la justificación de que el dolor del paciente es *insoportable*, no se esconde más bien la incapacidad de los “sanos” de acompañar al moribundo en la prueba de su sufrimiento, de dar sentido al dolor humano (que, por lo demás, nunca se puede eliminar totalmente de la experiencia de la vida humana) y una especie de rechazo de la idea misma del sufrimiento, cada vez más difundido en nuestra sociedad donde dominan el bienestar y el hedonismo.

Tampoco se ha de excluir que detrás de algunas campañas en favor de la eutanasia se ocultan razones de gasto público, consi-

derando insostenible e inútil frente a la prolongación de ciertas enfermedades.

Declarando curable, en el sentido médico, el dolor y proponiendo como compromiso de solidaridad la asistencia a los que sufren, es como se llega a afirmar el verdadero humanismo: el dolor humano exige amor y participación solidaria, no la apresurada violencia de una muerte anticipada.

Por lo demás, el citado *principio de autonomía*, con el que a veces se quiere exaltar el concepto de libertad individual, forzándolo más allá de sus confines racionales, ciertamente no puede justificar la supresión de la vida propia o ajena. En efecto, la autonomía personal tiene como primer presupuesto el hecho de *estar vivos* y exige la responsabilidad del individuo, que es *libre para hacer el bien según la verdad*; sólo llegará a afirmarse a sí mismo, sin contradicciones, reconociendo (en una perspectiva puramente racional) que ha recibido *como don* su vida, de la que por consiguiente no es “amo absoluto”; en definitiva, suprimir la vida significa *destruir las raíces mismas de la libertad y de la autonomía de la persona*. Además, cuando la sociedad llega a legitimar la supresión del individuo (sin importar en que estadio de vida se encuentre o cuál sea el grado de debilitamiento de su salud) reniega de su finalidad y del fundamento mismo de su existencia, abriendo el camino a inequidades cada vez más graves.

Por último, en la legitimación de la eutanasia se induce una complicidad perversa del médico, el cual por su identidad profesional y en virtud de las inderogables exigencias deontológicas a ella vinculadas, está llamado siempre a sostener la vida y a curar el dolor, y jamás a dar muerte “ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera” (juramento de Hipócrates). Esa convicción ética y deontológica se ha mantenido intacta, en su sustancia, a lo largo de los siglos, como lo confirma, por ejemplo, la *Declaración sobre la eutanasia* de la Asociación

Médica Mundial.³ “La Eutanasia, es decir el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, tanto a petición del paciente mismo como por solicitud de sus familiares, es inmoral. Esto no impide al médico respetar el deseo de un paciente de permitir que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase final de la enfermedad”.

La condena de la eutanasia se hace en la Encíclica *Evangelium Vitae* por ser “una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana (núm. 65) entraña el peso de la razón ética universal (fundada en la ley natural) y la instancia elemental de la fe en Dios Creador y custodio de toda persona humana”.

Así pues, la línea de comportamiento con el enfermo grave y el moribundo deberá inspirarse en el respeto a la vida y a la dignidad de la persona; deberá perseguir como finalidad hacer disponibles las terapias proporcionadas, sin utilizar ninguna forma de “ensañamiento terapéutico”; deberá acatar la voluntad del paciente cuando se trate de terapias extraordinarias o peligrosas que no se tiene obligación moral de utilizar; deberá asegurar siempre los cuidados ordinarios (que incluyen la alimentación y la hidratación, aunque sean artificiales) y comprometerse a los cuidados paliativos, sobre todo en la adecuada terapia del dolor, favoreciendo siempre el diálogo y la información del paciente mismo.

Ante la cercanía de una muerte que resulta inevitable e inminente, “es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que sólo producirían una prolongación precaria y penosa de la vida”,⁴ dado que existe gran diferencia ética entre “provocar la muerte” y “permitir la muerte”; la primera actitud rechaza y niega la vida; la segunda, en cambio, acepta su fin natural.

3 39a. Asamblea, Madrid, 1987.

4 *Declaración sobre la eutanasia*, parte IV.

Las formas de asistencia a domicilio, el apoyo psicológico y espiritual de los familiares, de los profesionales y de los voluntarios, pueden y deben transmitir la convicción de que cada momento de la vida y cada sufrimiento se pueden vivir con amor y son muy valiosos ante los hombres y ante Dios. El clima de solidaridad fraterna disipa y vence al clima de soledad y la tentación de desesperación.

Especialmente la asistencia religiosa, que es un derecho y una ayuda valiosa para todo paciente y no sólo en la fase final de la vida, si es acogida, transfigura el dolor mismo en un acto de amor redentor y la muerte en apertura hacia la vida en Dios.

Estas breves consideraciones se suman a la constante enseñanza de la Iglesia Católica, la cual, tratando de ser fiel a su mandato de “actualizar” en la historia la mirada de amor de Dios al hombre, sobre todo cuando es débil y sufre, sigue anunciando con fuerza el *Evangelio de la vida*, con la certeza de que puede hallar eco y ser acogido en el corazón de toda persona de buena voluntad. En efecto, todos estamos invitados a formar parte del “*pueblo de la vida y para la vida*”.⁵

5 *Evangelium Vitae*, 101.

LA EUTANASIA

Abraham PALTÍ*

El tema de eutanasia es uno de los temas más difíciles al que el ser humano podrá encontrarle una solución, ya que se trata de una posición en la que el ser se encuentra impotente y desconoce cuál debería ser su actitud.

El rey David dice, en su libro de *Tehilim* (salmos 115 y 116): “Los cielos son del Eterno y la tierra se la dio al hombre”. Los cielos son del eterno refiriéndose a que todo lo que es celestial está en manos de Dios; todo lo relacionado con el alma está en su poder, y la Tierra refiriéndose a todo lo que es material que no tiene que ver nada con el alma, es del hombre. Dominio incondicional para su desarrollo. El hecho de que el hombre se encuentre frente a un dilema tan espinoso como el de la eutanasia no podrá tener la libertad de actuar según su criterio o el criterio de un grupo de personas que opinan al respecto. Creo que esta decisión está fuera de nuestro alcance por más inteligentes que nos consideremos.

En el concepto judaico, la vida está por encima de todo valor. La vida del ser humano rebasa todos los obstáculos con tal de conservarla. Y he aquí un vivo ejemplo que nos da a entender que la vida está por encima de todo. Como ustedes lo saben bien, el sábado es el día más sagrado para el pueblo de Israel. En este día está prohibido estrictamente realizar cualquier trabajo creativo, es decir, escribir, manejar, cocinar, etcétera. El judío no

* Jefe espiritual de la Comunidad Sefaradí, A. C.

puede violar por ningún concepto estas leyes. Sin embargo, si se trata de salvar la vida de un ser humano, todas estas leyes se hacen a un lado y se salva la vida de esta persona. Y aún más, si alguien insiste y quiere intervenir para que no se violen dichas leyes, se le condena por violar esta ley. Pues la *Torá* (el Pentateuco) lo dice claramente: “Cuidareis el cumplimiento de mis leyes y vivirá el hombre en ellas, Yo soy el Eterno”. Y el *Talmud* lo interpreta: “y vivirá en ellas, y no morirá en ellas”. Y como ellos un sin fin de ejemplos mencionados en el *Talmud* destacan la importancia de la vida.

Y según los sabios talmúdicos, cuando a una persona enferma, aun clínicamente, se le ha considerado muerta porque su cerebro ya dejó de funcionar y sin embargo si su corazón todavía sigue latiendo, a éste se le considera vivo. Aún más nos enseñan nuestros sabios: que si para salvar su vida tiene que matar a otra persona, se le prohíbe hacerlo. Claro que no estamos hablando de una situación de guerra, que ahí sí tiene que proteger su vida. El caso al que nos referimos es si alguien amenaza a su compañero y le dice “ve y mata a tal persona si no yo te mataré”, éste no tiene el derecho de matar aun estando seguro de que el que lo está amenazando cumplirá con su amenaza.

El ser humano no es el dueño de su cuerpo para disponer de él a su antojo. El cuerpo se le ha entregado y él tendrá que cuidarlo. Como nos dice la *Torá*: “Y cuidareis vuestra alma”. Cuidar el cuerpo para tener una alma sana. De ahí que en el judaísmo está categóricamente prohibido el suicidio. El cuerpo no es tuyo, mas a tí fue entregado y tú tienes la obligación de cuidarlo. Y para que esto no vaya a suceder se prohibió llevar a cabo cualquier rezo por la memoria del difunto y así notar la falta que esta persona ha cometido al suicidarse.

También se prohíbe en la religión judía la incineración. La *Torá* nos dice: “De la tierra eres y a la tierra volverás” (Génesis). Tú no tienes el derecho de descomponerlo; así como llegó a este mundo tal cual tendrás que devolverlo. Más aún cuando

se le amputa a una persona algún órgano tampoco se le puede incinerar, se sepulta cual sepultar un cadáver.

De todo lo anterior comprendemos que el hombre no es dueño del cuerpo que se le ha entregado. No podemos disponer de la vida del ser aun por un minuto y está bien claro escrito en los primeros capítulos del libro de Job: “Dios es el que da la vida y el que la *recoge*; bendito su Nombre para siempre”.

ASPECTOS RELIGIOSOS DE LA EUTANASIA

Mario LARA MARTÍNEZ*

Como sabemos, la palabra eutanasia se deriva de dos palabras griegas clásicas, *eu* que significa “bueno” y *thanatos* que significa “muerte”, por lo que si traducimos literalmente tendremos el significado *bueno muerte*, o como leemos en cualquier diccionario: “Eutanasia, f. med. muerte sin sufrimiento físico y en sentido estricto, la que así se provoca voluntariamente”.¹

Los partidarios de la eutanasia dicen: “si la palabra significa buena muerte, es precisamente lo que haremos y queremos, una buena muerte para todos aquellos enfermos incurables”, y enarbolan el estandarte de “morir con dignidad”. Resumiendo, si por eutanasia entendemos el proceso mediante el cual se lleva a cabo de manera intencional la muerte de las personas, bien sea por parte de ellos mismos o de terceros, argumentando que es con fines generalmente plausibles, como el alivio del dolor y el sufrimiento, la iglesia ortodoxa desapruueba esta postura.

¿Cuál es la posición de la iglesia ortodoxa y la cristiandad en general? No diré nada nuevo en este punto, pues es de dominio común el principio religioso.

La vida es un don de Dios, un regalo inmerecido que el hombre ha recibido de Dios, por lo que debe cuidarlo y ser agradecido.

* Iglesia Ortodoxa Antioqueña de México.

1 *Nuevo diccionario enciclopédico ilustrado*, 2a. ed., Argentina, Editorial Sopena Argentina, 1960, p. 658.

Se me puede replicar que, si es un regalo, el hombre puede hacer con su regalo lo que quiera. El hombre es sólo administrador de los dones recibidos de Dios y al final entregará cuentas de su administración como leemos en el libro de Mateo 25:14-30.

Sólo Dios, que es el dador de la vida, puede disponer de la vida, pues está escrito: “no está en vuestra mano hacer blanco o negro uno solo de vuestros cabellos”,² y otra vez, “pues aun vuestros cabellos están todos contados delante de Dios”.³

El hombre debe respetar su vida y la de sus semejantes. Somos corresponsables de la vida de los demás. Nadie puede responder como Caín “¿Acaso soy yo el guardián de mi hermano?”,⁴ y Dios le dijo: “¿Qué has hecho?, la voz de la sangre de tu hermano clama a mí desde la tierra”.⁵

La voluntad de Dios es que el hombre haga siempre lo bueno. Ahora bien, cómo sabe el hombre qué es lo bueno si lo que uno juzga que es bueno el otro dice que es malo, lo que en un pueblo y cultura es vicio, en otro es virtud. Existen sociedades que en una época lo que condenaban por malo en otra época de esa misma sociedad se estima que es bueno. ¿Cómo se puede distinguir objetivamente lo bueno y lo malo?, es decir, ¿qué diferencia objetiva existe entre un acto bueno y otro que se dice malo?, o acaso no hay diferencia objetiva y todo depende de las personas que juzgan conforme a costumbres, educación, conveniencias o imposiciones.

La solución de este problema es capital en la vida de cada persona. Quien de veras estuviera convencido de que todo es lo mismo y que no hay diferencia entre lo bueno y lo malo, seguramente llevará a cabo una conducta muy diferente a la de aquella persona que esté convencida de lo contrario. Y por supuesto, aun dentro de esta última posición existen muchas variantes, pues como dijimos antes, algunos juzgan lo bueno y lo malo de

2 San Mateo 5:36.

3 San Mateo 10:30.

4 Génesis 4:9.

5 Génesis 4:10.

acuerdo con un criterio que para otros resulta equivocado, o por lo menos insuficiente.

¿Cuál es el criterio correcto para juzgar el bien y el mal? No es una cultura o una época quien nos dictamina qué es lo que está bien y lo que está mal, necesitamos de un árbitro universal que nos diga la diferencia entre lo bueno y lo malo, y este árbitro universal es Dios; que es y será el mismo ayer, hoy y mañana. Es Dios quien nos da una línea de conducta objetivamente buena para conducirnos dentro de una ética y moral supremas.

Dice Dios en su palabra: “mira, yo he puesto delante de tí hoy la vida y el bien, la muerte y el mal; porque yo te mando hoy que ames a Jehová tu Dios, que andes en sus caminos, y guardes sus mandamientos... que os he puesto delante la vida y la muerte, la bendición y la maldición; escoge pues, la vida para que vivas tú y tu descendencia”.⁶

Pues si Dios nos pide guardar sus mandamientos, esforcémosnos para vivir conforme a su palabra; si él nos manda respetar la vida, respetémosla.

Los proponentes de la eutanasia afirman que “basta la buena intención para actuar bien”, es como si dijeran aquella famosa tesis de Maquiavelo que decía: “el fin justifica los medios”. ¡Que hay personas que sufren con una enfermedad larga y fatigosa!, estamos de acuerdo. El sufrimiento es una ley de la que nadie escapa, todo hombre sufre en cualquier etapa de su vida, de una u otra manera; el mismo hijo de Dios que se hizo hombre sufrió, sí, todo ser humano sufre, pero no estamos solos, Dios es nuestro amparo y fortaleza, dice el salmista: “alzaré mis ojos a los montes; ¿De dónde vendrá mi socorro? mi socorro viene de Jehová, que hizo los cielos y la tierra”.⁷

Aquí hay una esperanza de fe, en momentos de dolor clamamos a Dios y Él nos responde. En el libro de Jeremías se lee:

6 Deuteronomio 30:15-19.

7 Salmos 121:1-2.

“Clama a mí, y yo te responderé, y te enseñaré cosas grandes y ocultas que tú no conoces”.⁸

Todo el que tiene fe espera en el auxilio divino, “no hay placer que no tenga por límite el pesar que con ser el día la cosa más hermosa y agradable, tiene por límite la noche”. Dice el filósofo: la risa y el llanto, lo amargo y lo dulce, el placer y el dolor son parte de la vida; somos peregrinos en esta vida, pero llegaremos a la nueva Jerusalén, donde no habrá ni más llanto ni más dolor, llegaremos cuando Dios nos llame, no toca a nosotros decidir cuando debemos partir.

El pedir que se me aplique la eutanasia a mí mismo, porque sufro, equivaldría al suicidio. El cristiano acude al poder de la oración para mitigar sus dolores, no está solo, Dios está con él. Dios responde a la oración de todo aquel que tiene fe y espera un milagro. ¿Qué no existen los milagros? La existencia del pueblo de Israel, pueblo de Dios, que vive a pesar de ser tan perseguido, es la prueba de los milagros de Dios.

Lo que la Iglesia pretende enseñarnos es que hagamos del amor una forma de vivir, bajo cualquier circunstancia, y si yo hago mía esta nueva vida, mía esta hambre y sed del reino, mía esta expectación por Cristo, mía esta certeza de que Cristo es vida, entonces mi muerte será un acto de comunión con la vida. Y ni la vida ni la muerte podrá separarme del amor de Cristo.

Yo no sé cuándo ni cómo la plenitud vendrá. Yo no sé cuándo todas las cosas serán consumadas en Cristo. Yo no sé nada acerca de los “cuándos” ni de los “cómos”, pero sí sé que en Cristo este gran tránsito del mundo ha comenzado, llenándonos de gozo y de paz, porque Cristo resucitó, vive y reina por los siglos de los siglos.

LA EUTANASIA: ASPECTOS RELIGIOSOS. PUNTO DE VISTA PROTESTANTE

Abel CLEMENTE VÁZQUEZ*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Postulados de la fe cristiana ante las realidades de la vida y de la muerte del género humano.* III. *La fe cristiana ante el problema del sufrimiento y la muerte, y particularmente ante el problema de la eutanasia.* IV. *Bibliografía.*

I. INTRODUCCIÓN

Indiscutiblemente el tema de la eutanasia es un tema complicado y controversial. Nos enfrenta de manera exabrupta a realidades tan extremas y tan patéticas como la vida y la muerte y con otras realidades tan comunes y dramáticas como la fragilidad y brevedad de la vida, así como con la enfermedad, el dolor y el sufrimiento.

Dentro de los procesos naturales de la vida, el obstetra o la enfermera, al atender un parto normal y levantar a la criatura recién salida del seno intrauterino y darle la consabida “nalgada”, ésta estallará en un llanto tempranero, presagio de los muchos que podrían concatenarse en toda su existencia.

Ante tal drama de nuestra entrada a la vida, la filosofía popular y el folclor de nuestra gente nos han espetado con frecuencia:

* Seminario Teológico Presbiteriano en México, A. C.

“para morir, nacimos”; “este mundo es un valle de lágrimas”, “la vida no vale nada”, etcétera.

Por otra parte, al recorrer el camino de la vida, cuántas novedades y sorpresas; cuántas ilusiones, logros y utopías; pero también, cuántas realidades funestas y cuántas angustias y agonías: ¿eso es la vida?

Recordemos a don Miguel de Unamuno, que nos ha dejado dicho que la vida es “agonía”, es decir, lucha.

Desde otra perspectiva, el gran caudillo de Israel, Moisés, exclama en su sentida oración sobre la eternidad de Dios y la fragilidad del hombre, lo siguiente:

Nuestros años se van como un suspiro;
 Setenta son los años que vivimos;
 Los más fuertes llegan hasta ochenta;
 Pero el orgullo de vivir tanto
 Sólo trae molestias y trabajo
 ¡Los años pasan pronto, lo mismo que nosotros!¹

Y por fin, un día llegará el ocaso y el final de nuestra carrera. El péndulo que comenzó a oscilar en la infancia se detiene en el otro extremo de nuestra existencia: ¡La muerte ha llegado! ¿Cómo será ese encuentro? ¿En qué condiciones físicas, morales y espirituales recibiremos su visita?

¿Los momentos finales se tornarán en un sueño apacible o en una agonía dolorosa, insufrible e insoportable? En el caso primero, ¿cuán deseable una muerte así!

En el caso segundo, ¿qué hacer? ¿cómo ayudar a mitigar o terminar el dolor y el sufrimiento? ¿qué espera y desea el paciente? ¿qué quieren los familiares? ¿qué puede o no puede hacer la ciencia médica? ¿aliviar? ¿prolongar artificialmente la vida, el dolor y el sufrimiento? o ¿ayudar al paciente en etapa terminal, privándole de todo aquello que coadyuva para mantenerlo vivo de manera artificial? o, si es la voluntad del mismo

1 Salmo 90:9-10.

paciente, ¿se le puede aplicar la muerte inducida y terminar de este modo la pena, el dolor y el sufrimiento?

¿Es de este modo la eutanasia la mejor respuesta para decidir la lucha entre la vida y la muerte?

En el caso específico que nos toca considerar ¿qué dice la religión? Y, más particularmente, ¿qué dice la fe cristiana? ¿qué dice y cómo responde la fe evangélica o protestante?

Para responder a estas interrogantes consideremos lo siguiente:

II. POSTULADOS DE LA FE CRISTIANA ANTE LAS REALIDADES DE LA VIDA Y DE LA MUERTE DEL GÉNERO HUMANO

Entonces Dios el Señor formó al hombre de la tierra misma, y sopló en su nariz, le dio *vida*. Así el hombre comenzó a vivir.

Indiscutiblemente, tanto la fe de Israel como la fe cristiana parten de un mismo principio, a saber, Dios es el creador y originador de todo cuanto existe. En cuanto a los seres humanos Dios es el formador y dador de la vida, al “soplar en su nariz la vida” y crear por tanto a los seres humanos conforme a su imagen y semejanza (*imago Dei*).

Toda esta acción creativa de Dios enmarcada dentro de la voluntad, iniciativa y propósitos de Él para con todo el universo, nos conduce necesariamente a las afirmaciones fundamentales de la fe cristiana.

- a) No nos creamos a nosotros mismos. No produjimos nuestra propia vida y existencia.
- b) La vida es un don de Dios.
- c) La impronta de Dios, que le da valor y dignidad a los seres humanos, es “la imagen y semejanza” impresa por Dios en todos los seres humanos.
- d) Dios es el dueño y señor de todo cuanto existe.
- e) Dios delegó desde un principio, en los seres humanos, el cuidado, administración y cultivo de la creación; es decir, Dios dio capacidades y responsabilidades propias a los seres humanos, depositando en ellos su confianza plena.

- f) La vida concedida a todos los seres humanos es para el servicio y gloria de Dios.
- g) No obstante la degradación del género humano por causa de la caída (pecado), Dios da una nueva oportunidad a los hombres (y a las mujeres) para gozar de la “nueva creación” en Cristo Jesús.
- h) La encarnación de Jesús de Nazareth —Dios hecho hombre “nacido de mujer”— es la mejor prueba de la condescendencia, identificación plena y acción salvífica de Dios para restituir a los seres humanos a la experiencia de ser “nuevas criaturas” (San Pablo) y gozar también de “nuevos cielos y nueva tierra en donde imperará la justicia y la verdad”.

Por todo ello, el Dios de la vida, en su trato e intención restauradora e impulsora de la vida, convoca a los seres humanos a la búsqueda firme y permanente de la vida: “Os he puesto delante la vida y la muerte, la bendición y la maldición; escoge pues la vida, para que vivas tú y tu descendencia... pues Él es tu vida”.²

III. LA FE CRISTIANA ANTE EL PROBLEMA DEL *SUFRIMIENTO* Y LA *MUERTE*, Y PARTICULARMENTE ANTE EL PROBLEMA DE LA EUTANASIA

En efecto, la religión cristiana, aunque proclama y lucha por la vida, dado el origen de ella por la creación de Dios, no ignora ni es ajena a la realidad de la muerte. Sin embargo, dada su naturaleza y cometido universal, tiene un mensaje de fe y esperanza y fortaleza para luchar contra la muerte.

Este mensaje y acción liberadora de Dios tiene como fundamento la persona y obra salvífica de Jesús, de quien se afirma: “En Él estaba la vida, y la vida era la luz de los hombres”.³

2 Deuteronomio 30:19.

3 Juan 1:4.

Ante los hechos mismos de la muerte, Él mismo afirma: “Yo soy la resurrección y la vida; el que cree en mí aunque esté muerto vivirá”.⁴ “Yo soy el camino, la verdad y la vida; nadie viene al Padre sino por mí”.⁵

La plena certeza de la fe cristiana estriba en su lucha frontal contra la muerte; es sin duda la resurrección de Jesucristo, hecho insólito pero decisivo para la religión cristiana, de tal modo que “si Cristo no resucitó, nuestra fe es vana... y somos los más dignos de conmiseración de todos los hombres”.⁶

Con base en estas consideraciones, ¿cómo pues el cristianismo responde al problema de la muerte?

En muchas circunstancias previas al problema de la muerte, se presenta, para agravar la situación, el gran problema de la enfermedad y el sufrimiento, que en muchos de los casos pone al enfermo en situación de “enfermo terminal”. Consecuentemente, los dolores y el sufrimiento son insoportables. Sufre él y sufre toda la familia. ¿Qué hacer? ¿Prolongarle sus sufrimientos o concluir su existencia aplicando algunas de las técnicas médicas eutanásicas?

En términos generales, la fe cristiana adopta y aplica algunos recursos como los siguientes:

- a) El acompañamiento pastoral que exprese el amor, la confianza, el consuelo y la fortaleza de la fe en medio del sufrimiento, de tal manera que el paciente no se sienta solo y abandonado. Expresando este mismo acompañamiento a la familia.
- b) Estimular la esperanza que la fe ha cimentado en el sentir del paciente. La fe cristiana en medio de las pruebas y sufrimientos contribuye a vencer la desesperación, el miedo y el terror a la muerte.

4 Juan 11:25.

5 Juan 14:6.

6 San Pablo, 1a. Cor. 15:17-19.

- c) En una gran mayoría de creyentes se rechaza la aplicación de la eutanasia, tanto pasiva como activa. Por el contrario, se espera y se demanda que junto al acompañamiento fraterno y pastoral se luche hasta el final a favor de la vida del paciente terminal.
- d) En algunos casos reducidos, y sólo en casos sumamente extremos de dolor y sufrimiento, algunos creyentes creen que aceptarían la aplicación de la eutanasia, principalmente la pasiva.
- e) En algunos sectores de las comunidades evangélicas se pide que se implementen programas de información y preparación con enfoque cristiano para el desenlace final. Particularmente se desea conocer más ampliamente la problemática acerca de la eutanasia.
- f) De manera oficial no existen hasta ahora en el medio evangélico en general, y, principalmente presbiteriano, decisiones eclesiales con respecto a la eutanasia. Puede decirse que en lo general se rechaza, pero hay cierta apertura para conocer sus pros y sus contras.
- g) La idea más generalizada es la de respetar la vida, luchar al máximo con el paciente, toda vez que como creyente, aún en la hora final, el Señor no abandona a los suyos.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- ABBAGNANO, Nicola, *Diccionario de filosofía*, México, FCM.
- BERKOF, Louis, *Teología sistemática*, México, Publicaciones El Faro.
- Biblia, Dios habla hoy*, Reina-Valera 95.
- CALVINO, Juan, *Institución de la religión cristiana*, Fundación Editorial de Literatura Reformada, t. II.
- KRAUS, Arnoldo y ÁLVAREZ, Asunción, *La eutanasia*, México, Tercer Milenio, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- PÉREZ VALERA, *Eutanasia*, España, Jus.

RODRÍGUEZ ESTRADA, Mauro, *¿Eutanasia o autanasia? Manual moderno*, México-Santa Fe de Bogotá.

SERRANO RUIZ-CALDERÓN, *Eutanasia y vida dependiente*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias.

Theological Dictionary of The New Testament, Michigan, Wm. B. Erdsman Publishing Company, Grands Rapids, ts. II y III.

RELATORÍA
REFLEXIÓN SOBRE LA EUTANASIA DESDE EL PUNTO
DE VISTA DE LA TEOLOGÍA NATURAL

Jorge ADAME GODDARD*

SUMARIO: I. Introducción. II. Síntesis de las ponencias. III. Delimitación del problema a tratar. IV. Ubicación del tema dentro de la teología natural. V. El ser humano como criatura de Dios. VI. El ser humano es sagrado. VII. Juicio sobre la eutanasia. VIII. Apéndice: sobre el sentido del sufrimiento.

I. INTRODUCCIÓN

Hablar de los “aspectos religiosos” de un tema determinado, en este caso de la eutanasia, en el marco de un evento académico o científico, me parece que es algo que amerita una explicación previa.

La religión o relación del hombre con Dios puede contemplarse desde dos puntos de vista diferentes aunque complementarios: desde el punto de vista del hombre, y desde el punto de vista de Dios. Desde un enfoque meramente humano la religión aparece como el esfuerzo que hace el hombre, con sus propias capacidades naturales, para conocer y amar a Dios, es decir de relacionarse con Él por medio de sus facultades superiores: la

* Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

inteligencia y la voluntad, que son las únicas que le permiten entrar en relación directa con Él.

Considerando la religión desde otro el punto de vista, aparece como la manifestación que Dios hace del hombre de su amor y de su ser. Esta manifestación de Dios al hombre se condensa en la revelación o conjunto de verdades que Dios transmite al hombre acerca de lo que Dios mismo es y del designio o propósito que tiene sobre la humanidad en general y sobre cada hombre en particular.

A estos dos puntos de vista acerca de la religión corresponden dos ciencias diferentes acerca de Dios. Una es la teología natural, también llamada por Leibniz *Teodicea*,¹ que comprende el conjunto de conocimientos acerca de la existencia y naturaleza de Dios que puede alcanzar la inteligencia humana con sus solas fuerzas. Es un saber primariamente filosófico y, en opinión de Aristóteles, el culmen del saber filosófico o sabiduría por excelencia. La otra es la teología propiamente dicha, que contiene el conjunto de conocimientos que la razón humana extrae de las verdades que Dios ha revelado a los hombres.

Ambas son ciencias verdaderas, en cuanto constituyen un conjunto de conocimientos demostrados y organizados sistemáticamente, si bien hay una profunda diferencia entre ellas. La teología natural parte de la observación racional de la naturaleza de las cosas y del hombre mismo, para demostrar deductivamente la existencia de Dios y lo que puede conocer del ser divino. Tanto su punto de partida como su enfoque y métodos son estrictamente racionales y enteramente iguales a los de la disciplina filosófica.

La teología propiamente dicha, en cambio, parte de un acto de fe en la revelación de Dios al hombre, acto que no es exclusivo de la inteligencia puesto que requiere del concurso de la

1 Dio el nombre en su obra *Ensayo de toedicea sobre la bondad de Dios, la libertad del hombre y el origen del mal* (1710), donde procuraba justificar la existencia de Dios ante quienes dudaban de ella por la presencia del mal en el mundo.

voluntad y aun de la ayuda o inspiración proveniente del mismo Dios. De modo que el punto de partida de esta ciencia es extra científico, si bien el acto de fe mismo no es irracional, pues para que la inteligencia asienta a la revelación requiere tener argumentos o motivos para confiar que el mensaje revelado proviene verdaderamente de Dios. Dando por supuesto el acto de fe, la teología procede de manera estrictamente racional, igual que cualquier otra ciencia hermenéutica, para interpretar y entender con la mayor fidelidad y profundidad posible el mensaje revelado y organizar conceptualmente su contenido. Por esta elaboración científica de la revelación la teología es realmente una ciencia, aun cuando parte de un supuesto no científico como es el acto de fe.

Por el hecho de partir de la revelación (o dato revelado), las conclusiones de la teología no son menos seguras que las demás ciencias (o quizá sería mejor decir que nos son más inseguras que las de las demás ciencias), pues si es verdad, como lo afirma el creyente, que la revelación es el mensaje que Dios ha dado a los hombres, no hay conocimiento más cierto que éste, pues Dios no puede engañarse ni engañarnos. Las mismas ciencias naturales, a las que actualmente se considera como el prototipo de las ciencias, tienen una limitación análoga a la de la teología: pues si ésta parte de un hecho que la propia ciencia no controla, como es la revelación, las ciencias naturales parten también de un hecho no controlado por ellas, como es la naturaleza de las cosas.

Sin embargo, el que la teología requiera del acto de fe previo, tiene la consecuencia de dificultar que sus conclusiones sean aprobadas por quien no ha hecho el acto de fe en la revelación que se trata de interpretar. Para superar esta dificultad, de modo que se puedan discutir con los no creyentes las conclusiones de la teología, se acude al expediente de pedir al no creyente que acepte sin conceder que la revelación cuyo contenido se discute proviene de Dios.

Hecha esta aclaración introductoria acerca de las formas de entender lo religioso, me parece que resulta comprensible que en un evento académico-científico se traten, también con una perspectiva científica, los aspectos religiosos del tema que hoy nos ocupa: la eutanasia.

II. SÍNTESIS DE LAS PONENCIAS

Los cuatro ponentes, no obstante que provienen de diversas comunidades religiosas (comunidad judía) e iglesias (Iglesia Evangélica, Iglesia Ortodoxa e Iglesia Católica), coinciden en señalar que la vida humana es sagrada, es decir, cosa de Dios, por lo que no es lícito que alguien se cause directamente la muerte (suicidio) o pida que otro se la cause (eutanasia activa). El punto de partida para llegar a esta conclusión fueron principalmente los libros de la Biblia, llamados en conjunto *Pentateuco* o *Torá* (en la tradición judaica), principalmente donde se narra la creación del hombre por Dios (Génesis) y la dación por Dios a Moisés del Decálogo. Lógicamente, los ponentes de iglesias cristianas adujeron también textos de los Evangelios y de las Cartas de San Pablo, y el ponente de la Iglesia Católica adujo además un texto autorizado del Magisterio de la Iglesia: la Encíclica *Evangelium Vitae*, que se refiere directamente al valor sagrado de la vida humana y la actitud que corresponde al hombre ante ella.

Varias de las preguntas de los participantes incidieron en el tema del dolor humano, toda vez que la eutanasia activa se plantea como un medio de superar el dolor físico y moral. Por lo general, los ponentes manifestaron la necesidad de la solidaridad con los enfermos, que debe manifestarse no sólo en apoyo técnico y médico sino principalmente en acompañarlo y comprenderlo. El recurso a la eutanasia, señalaron algunos de ellos, es una manera fácil de eludir esa responsabilidad solidaria. Respecto de la pregunta sobre la razón de ser del dolor, se mencionó

que éste tiene un valor como signo o aviso proveniente de Dios por el que muestra a los hombres la necesidad de corregir su vida, o bien, de acuerdo con la fe cristiana, como un medio de salvación para quien sufre y para los demás.

Dado que en la mesa respectiva se abordó el tema desde la perspectiva de cuatro religiones diferentes, procuraré ahora plantearlo desde el punto de vista de la teología natural o teodicea.

III. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA A TRATAR

A fin de evitar equívocos conviene precisar lo que en estas reflexiones consideraré como eutanasia. Me refiero a la conducta deliberada e intencional que causa la muerte a una persona con el fin de evitar cualquier dolor. En este concepto se incluye la conducta de quien se quita a sí mismo la vida (suicidio), de quien pide a otro que le quite la vida (eutanasia activa, de parte del enfermo), de quien la quita a otro que lo ha pedido (eutanasia activa, de parte del médico u otra persona), así como de quien ayuda a otro a quitársela proporcionándole algún instrumento (suicidio asistido) o quita a otro una vida que juzga como insoportable (homicidio “piadoso”). Esta conducta puede consistir en actos o en omisiones deliberadas.

Es diferente la conducta que consiste en la renuncia al uso de medios extraordinarios o desproporcionados para conservar la vida. La diferencia esencial es que quien renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no quiere quitarse la vida sino que acepta la muerte como un suceso natural que ocurre con independencia de su voluntad. Quien opta por la eutanasia, en cambio, quiere la muerte como un acto voluntario, es decir, como un acto que ocurre por su propia decisión.

Precisada la materia sobre la que versarán estas reflexiones, conviene precisar también el punto de vista con que se va a enfocar. Ya se ha dicho que se tratará de la eutanasia desde el punto de vista de la teología natural, pero hace falta todavía

aclarar en qué consiste dicho enfoque en concreto. ¿Qué puede aportar la teología natural al conocimiento de la eutanasia? Siendo esta ciencia la que se ocupa del conocimiento natural de Dios y, en consecuencia, de la relación del hombre con Dios, la aportación que puede hacer al tema es el juicio que merece la eutanasia desde el punto de vista de las relaciones del hombre con Dios: ¿es esta conducta algo que beneficia o perjudica dicha relación? Tal es la cuestión en concreto que se abordará en estas reflexiones. Para llegar a resolverla, es decir a emitir un juicio fundado, es necesario primero indicar los principios y criterios conforme a los cuales se emitirá tal juicio.

IV. UBICACIÓN DEL TEMA DENTRO DE LA TEOLOGÍA NATURAL

La teología natural suele dividirse en tres grandes partes.² La primera se ocupa de la existencia de Dios, y concretamente del análisis de los diversos argumentos que se han dado para demostrarla racionalmente, así como de las objeciones que se han planteado. La segunda se ocupa de la esencia o naturaleza de Dios, para lo cual primero determina los modos o vías por los que puede conocerse (que son principalmente la negación y la analogía) y luego precisa los atributos positivos y negativos que pueden conocerse de ella. La tercera parte se ocupa de las relaciones entre Dios y el mundo, en la que se analizan principalmente los temas de la creación, conservación y gobierno del mundo por Dios.

El tema de la eutanasia se encuadra dentro de la consideración de las relaciones de Dios con los seres creados, y especialmente con el hombre, considerado como criatura o hechura de Dios.

² Pueden verse, por ejemplo, los siguientes tratados: Barbedette, *Teodicea o teología natural*, México, Tradición, 1974; González, Ángel Luis, *Teología natural*, 2a. ed., Pamplona, EUNSA, 1991; Grison, *Teología natural o teodicea*, Barcelona, Herder, 1989.

V. EL SER HUMANO COMO CRIATURA DE DIOS

1. *Dependiente de Dios*

La razón natural ha podido reconocer a Dios como creador del hombre y del mundo. Bajo este enfoque se dice, como Aristóteles, que Dios es motor inmóvil, es decir, el agente que produce el movimiento que se observa en los otros seres, sin ser Él movido por otro; o que Dios es la causa incausada, es decir aquella causa última de la que dependen todas las demás causas intermedias, o que Dios es el ser necesario, el ser por excelencia en sí mismo subsistente, del cual dependen todos los demás seres contingentes que lo mismo podrían ser o no ser. En todas estas visiones de Dios se plantea una relación de dependencia de todos los seres, y del hombre en particular, respecto de Dios: todos son movidos por Él, causados por Él o participan del ser que solo Él es plenamente.

El ser humano como criatura divina es entonces alguien que en su existencia y conservación depende de Dios.

2. *El ser humano manifiesta el ser de Dios*

Si todas las cosas corpóreas han sido creadas por Dios, es lógico que su ser manifieste o revele el ser de Dios. Por eso se ha dicho que la naturaleza es la primera revelación (o “revelación natural”) que hizo Dios al hombre. De entre todos los seres corpóreos destaca el ser humano por tener una naturaleza racional o espiritual, dotada de entendimiento y voluntad, que le permite actuar con libertad. Esta naturaleza es el fundamento de la dignidad de la persona humana, por la cual concebimos (en lo que coincide la filosofía moderna) que ésta es un fin en sí, mientras que los demás seres son medios que a ella se ordenan. El ser humano es en consecuencia aquel, entre los seres corpóreos, que mejor revela la naturaleza y el poder de Dios. Por eso se ha dicho que el hombre es imagen de Dios.

Todos los seres tienen el modo de ser o esencia que Dios ha concebido para ellos. Por eso solo Él conoce plenamente lo que cada uno es, y solo Él, en consecuencia, conoce plenamente lo que el hombre es. El conocimiento que tiene el hombre de sí, y respecto de cualquier otra cosa, será más perfecto en cuanto se acerque más al conocimiento divino. Dios es, por tanto, la medida de todas las cosas.

3. El ser humano destinado a Dios

La razón natural ha podido también reconocer a Dios como persona, es decir como una sustancia racional que actúa libremente. A esta conclusión se llega por vía de analogía: al reconocerse el ser humano con capacidad de entender y amar todos los seres, inclusive a sí mismo, y en consecuencia con capacidad de dirigir sus acciones en particular y su vida en general hacia los fines que elige, puede atribuir esa misma capacidad a Dios, ya que el efecto (el ser humano) participa de las propiedades de la causa (Dios mismo), aunque lógicamente en Dios esa capacidad existe de modo pleno y en el ser humano en forma limitada. Según esto, Dios actúa como toda persona en atención a un fin, de modo que todo lo que hace lo hace con intención.

Al crear al hombre Dios tiene una intención, que no puede ser otra que la comunicación y participación de su propio ser divino. En efecto, al crear Dios no puede tener un fin que no sea Él mismo, pues de intentar un fin ajeno a Él estaría subordinando su obrar a otro ser, lo cual es incompatible con el ser absoluto de Dios. Dios tampoco puede crear para obtener una ventaja o alcanzar una perfección, pues Él mismo es en acto perfección y ser absoluto. En consecuencia, al crear Dios lo que hace es comunicar y participar su ser a los seres creados.

La participación que el ser humano puede tener del ser divino es distinta que la participación de cualquier otra criatura, ya que al tener una naturaleza racional puede el ser humano, por su propia decisión, conocer y amar a Dios, esto es, puede participar

activamente del Ser divino, y no sólo pasivamente como los otros seres no racionales. Por eso puede afirmarse que el fin último del ser humano, es decir aquel fin que da sentido a su vida, es precisamente el conocimiento y el amor del ser supremo.

En síntesis, puede concluirse que Dios es respecto del ser humano su creador (causa eficiente), su modelo y medida (causa ejemplar) y su último fin (causa final).

VI. EL SER HUMANO ES SAGRADO

Considerando que el ser humano está destinado para libremente conocer y amar a Dios, esto es, que está destinado a Dios, se comprende la razón del respeto que cada ser humano debe a sus semejantes. Para profundizar en esta orientación conviene hacerse cargo de la distinción que se hace en toda sociedad entre lo sagrado y lo profano.

En todo pueblo, en cualquier momento de la historia, se distingue entre cosas, acciones y tiempos ordinarios y cosas, acciones y tiempos que son distintos por estar referidos especialmente a Dios, y a los que se les califica como sagrados. Un templo, por ejemplo, es un edificio sagrado que se distingue de cualquier otro edificio profano que no está destinado a Dios. Hay también tiempos sagrados (como la semana santa) y tiempos profanos (como las vacaciones), cosas y acciones sagradas (como las imágenes o las celebraciones litúrgicas) y cosas y acciones profanas (como las obras de arte o el trabajo). En la ciencia jurídica, desde sus orígenes romanos, se distinguieron las cosas según su destino: las cosas privadas de uso y apropiación particular, las cosas públicas pertenecientes al pueblo o a la humanidad en general, y las cosas sagradas destinadas al servicio de Dios. Esta distinción no es teórica sino eminentemente práctica, pues se hace para determinar por parte del ser humano un comportamiento especial, distinto del ordinario, frente a lo que es sacro. El señalamiento de cosas sagradas, por ejemplo, suele ir

aparejado de la prohibición de su apropiación privada; el de acciones sagradas suele implicar que su celebración debe cumplir ciertos requisitos y revestir ciertas formas especiales.

La razón de ser de la distinción entre lo sagrado y lo profano es simplemente la ordenación a Dios. Lo que está directamente ordenado a Dios es sagrado, y lo demás es profano. Esta ordenación a Dios puede provenir del mismo hombre, cuando por ejemplo consagra un edificio a Dios, o puede provenir directamente de Dios cuando Él mismo destina una cosa a sí. El que el hombre destine cosas a Dios es simplemente una acción histórica que tiene como efecto sustraer esa cosa, acción o tiempo al trato que se da a las cosas profanas, pero que no afecta propiamente la naturaleza de esa cosa. La mayor parte de las cosas que Dios ha consagrado (como los sacramentos) las conocemos principalmente por la fe en una revelación, pero por razón natural se puede advertir, como ya se ha dicho, que el hombre ha sido destinado a Dios. Esto lleva a una conclusión fundamental respecto del tema que nos ocupa, que es la siguiente: el ser humano es sagrado; es sagrado para sí mismo y para los demás.

La sacralidad de la persona humana comporta respecto de uno mismo el reconocimiento de que uno no es dueño de su ser, pues no es causa eficiente ni último fin de sí, y que sólo es el responsable de conducir su vida y su ser a su término natural, al conocimiento y amor de Dios. Y respecto de los demás seres humanos, el reconocimiento de su sacralidad impone el respeto irrestricto por su ser como algo ajeno de lo cual no debe disponer. Este es el fundamento último de la prohibición natural del homicidio, que es habitualmente reconocida en todos los pueblos.

VII. JUICIO SOBRE LA EUTANASIA

Conviene advertir que por esa sacralidad del ser humano la vida propia es sin embargo un bien ajeno, es de Dios. Si se pierde

de vista esto y se afirma que la vida es un bien propio (como parece estar implícito en la legalización de la eutanasia solicitada), de modo que cada quien puede disponer absolutamente de ella, se justificaría no sólo el suicidio sino además el homicidio, pues si alguien puede lícitamente querer y darse la muerte, lícitamente también podrá querer y dar muerte a los demás, de conformidad con el principio natural de que el amor al prójimo ha de ser como el amor a uno mismo.

Si se acepta que el ser humano es sagrado, el juicio sobre la justicia del acto de darse la muerte o de darla a quien la pida o de aplicarla por decisión propia por motivos “humanitarios” es evidente: es un acto injusto pues constituye una usurpación del derecho de Dios sobre el ser humano; es un intento de quitarle lo que es suyo. Da igual que sea el mismo enfermo quien solicite al médico que le quite la vida, que el enfermo mismo se la quite o se la quite el médico por decisión propia: en cualquier caso se hace disposición de un bien ajeno.

La eutanasia es un acto injusto, afirmaba arriba, porque es un intento de quitarle a Dios lo que es suyo. Repito ahora que es un intento, porque la razón natural advierte que el ser humano no puede quitarle nada a Dios, que es el ser por esencia perfecto e inmutable. La injusticia de la eutanasia en relación a Dios (otra consideración sería la de la injusticia de la eutanasia en relación con la comunidad humana) está más en la intención que en las consecuencias del acto mismo, porque aun cuando extinga la vida corporal no suprime el espíritu, que es la forma sustancial del ser humano que sigue destinado a Dios.

La existencia en el ser humano de un espíritu inmortal es un presupuesto necesario de cualquier reflexión teológica natural, porque sólo el espíritu puede relacionarse con Dios, que es espíritu, pero es también una verdad que puede demostrarse racionalmente, que aunque no es aquí el momento para pretender demostrarla sí es oportuno traerla a consideración cuando se trata de juzgar acerca de la eutanasia. Quien se quita la vida no acaba con su ser. El espíritu humano que sobrevive, por lo que la ra-

zón natural puede advertir, como auto-conciencia, habrá de juzgarse a sí por una decisión cuyas consecuencias no puede ya deshacer. La eutanasia suprime el dolor corporal, pero ¿suprimirá la angustia de saberse injusto ante Dios?

VIII. APÉNDICE: SOBRE EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Dadas las constantes preguntas acerca del significado, valor o sentido del sufrimiento, he considerado conveniente agregar algunas de las reflexiones hechas en atención a las preguntas de los participantes.

Alguno preguntaba cuánto sufrimiento era suficiente para Dios. Esta misma inquietud, la presencia del mal y del dolor en el mundo, fue lo que llevó a Leibniz a describir su *Teodicea* o justificación de la existencia de Dios. Siglos atrás, San Agustín se había enfrentado a la misma cuestión (*De libero arbitrio*). Desde un punto de vista racional se pueden hacer las siguientes proposiciones: *a)* Dios no quiere el mal ni sus consecuencias que son el dolor y la muerte; *b)* tampoco lo impide, y *c)* sólo lo permite para hacer un mayor bien. De conformidad con esto, el enfermo puede asumir el sufrimiento como un medio para un bien mayor que Dios proveerá. Es una actitud que supera la resignación pasiva, o simple resistencia, con el amor a un bien por el que vale la pena sufrir.

En la fe cristiana, esta actitud está ilustrada de modo paradigmático por la Pasión de Cristo, quien asume el dolor de su crucifixión y muerte para así dar la salvación al género humano.³

3 Para una explicación del sentido cristiano del sufrimiento, véase la carta apostólica de S. S. Juan Pablo II, *Salvifici doloris* (1984).