

EL SUICIDIO "ASISTIDO" POR EL MÉDICO

Carlos Javier Regazzoni*

RESUMEN

El tema de la eutanasia no es solo médico; su aprobación es un hecho en algunos sitios, y encuentra cierta aceptación pública; predomina en pacientes con cáncer y deprimidos. Frecuentemente no se cumplen los requisitos legales mínimos y su uso se extiende a niños y enfermos psiquiátricos. Los argumentos para legalizar la eutanasia son: la autonomía del individuo y el suicidio como último remedio ante el dolor. La eutanasia es un alarde de autonomía, pero desvía la misión del médico y se defiende por cuestiones ideológicas. Lo segundo es médicamente incorrecto; el manejo del dolor es inadecuado por desconocimiento, y la medicina de cuidados paliativos propone alternativas más humanas. La pregunta de fondo es: *¿Para qué sufrir?* Ante el que sufre, la respuesta debe ser el amor. Datos experimentales vinculan pobreza, soledad, desempleo, depresión y suicidio. Hay intereses comerciales, y si se relativiza la dignidad de una vida, se relativiza la de todas.

En el paciente terminal, el médico debería tratar el alma junto con el cuerpo; nuestras decisiones son cada vez más tecnológicas y menos humanas, y responden a cánones administrativos y no existenciales, con la consecuente deshumanización.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia, suicidio, muerte, cáncer, paciente terminal, desahuciado, morfina, dolor, sufrimiento, autonomía.

ABSTRACT

Euthanasia is not only a medical issue. It has been approved by many countries and has certain public acceptance. Its use predominates among cancer and depressed patients, and has been extended to children and psychiatric patients without compliance of minimum legal requirements.

Autonomy of the individual and suicide as the ultimate remedy to hopeless pain, are the arguments for approval of euthanasia.

Invoked by ideological viewpoints, euthanasia is a boast of autonomy, which averts medical practice. Pain care is inaccurate due to ignorance. Palliative care medicine offers adequate human alternatives for patients and relatives.

The core question relating this matter is Why suffering?

Love and care are the only answers to pain. Clinical research data link poverty, loneliness, depression and suicide. Commercial purposes are in stake, and if dignity of life of one individual is ignored, the whole humankind is in danger of being subject of relativism.

Physicians should treat mind as carefully as body to give a better care to terminally ill patients, without economical or social pressures, which avert the real meaning of life.

KEY WORDS: Euthanasia, suicide, death, cancer, terminally ill patient, hopeless, morphine, pain, suffering, autonomy.

* Médico. Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires, y Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Buenos Aires.
E-mail: cregazzoni@intramed.net.ar

Hay cosas que no pueden tratarse si no se habla al mismo tiempo de la totalidad del mundo y de la existencia humana...". Como dice Pieper: "Quien no estuviera dispuesto a ello habría renunciado de antemano a decir algo importante. 'Muerte' y 'amor' son temas de ese porte..." (1). Creo que todos coincidimos también en que la "eutanasia" es a su vez otro tema de esta envergadura, que precisamente tiene que ver con la muerte y el amor. En las líneas que siguen propongo la siguiente tesis: las decisiones con implicancias éticas que se toman en medicina obedecen en último término a la idea que se tenga del hombre; en consecuencia, la ciencia médica como tal es incapaz de resolver de manera autárquica los dilemas que se plantean en torno a ellas. Si esto es así, la eutanasia no es un problema médico sino metamédico; en ella resuena una concepción antropológica y, desde un punto de vista semiológico, podríamos verla como un síntoma, la manifestación externa de una condición profunda subyacente, causal y más radical. Así como en la práctica clínica ciertos síntomas son más preocupantes que otros debido a su referencia a estructuras o funciones vitales indispensables, de la misma manera creo que los intentos de legalizar la eutanasia corresponden a esta esfera de lo "preocupante" por su referencia a la "totalidad del mundo y de la existencia humana".

Llanamente se podría afirmar: "Dime lo que los médicos hacen y te diré lo que la sociedad, acerca del hombre, cree". Comencemos por los médicos.

LAS DECISIONES QUE SE TOMAN EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES

Me refiero a las decisiones difíciles que atañen al "buen morir". Hablo de la eutanasia y sus variantes (2):

"suicidio asistido por el médico" (el médico facilita los medios al paciente para que este activamente se quite la vida), "eutanasia activa voluntaria" (el médico quita directamente la vida al paciente, siguiendo la voluntad explícita del mismo), "eutanasia pasiva" (las decisiones de no continuar con el tratamiento que sostiene artificialmente la vida del paciente), "eutanasia indirecta" (el médico toma una conducta dirigida a aliviar un sufrimiento del paciente, la que secundariamente puede acortar la vida del mismo) y por último "eutanasia activa involuntaria" (el médico quita la vida del paciente sin el consentimiento explícito de aquel). Para no crear más confusión, "eutanasia" se refiere en forma estricta a las conductas activas del médico para matar al paciente con su consentimiento o sin él (2). Quedarán fuera de la discusión la eutanasia pasiva y la indirecta.

VEAMOS LO QUE SUCEDE EN HOLANDA

Elijo este caso por estar bien estudiado y porque en ese país se ha legalizado recientemente la práctica del suicidio asistido por el médico. Según el informe más autorizado acerca del estado de la eutanasia en Holanda, me refiero al de la "Comisión Remmelink" (3), de todas las muertes anuales en ese país, el 70% son "muertes anunciadas" (no accidentales), y el 54% de las mismas implica alguna de las decisiones eutanásicas en cualquiera de sus variantes. Dicho de otra forma, del 100% de las muertes anuales, el 38% son por alguna conducta eutanásica. El 17,5% del total de las muertes se debe a decisiones de "no continuar con el tratamiento" (también llamado eutanasia pasiva), otro 17,5% se debería a vidas acortadas por tratamientos de alivio del sufrimiento (eutanasia indirecta), 1,8% a eutanasia activa voluntaria, 0,3% a casos de "suicidio asistido por el médico", y 0,8% sería por "eutanasia activa involuntaria".

Respecto a la opinión de los holandeses, esta fue estudiada desde 1966 cada cuatro o cinco años. A los habitantes se les hizo la siguiente pregunta (4): “¿Qué debería hacer un doctor cuando un paciente le solicita que ponga fin a sus sufrimientos mediante la inyección de una sustancia letal?”. Las opciones de respuesta fueron: 1. Administrar la inyección. 2. No administrar la inyección. 3. Depende del caso. 4. No sabe. El porcentaje de personas que respondieron que se debería administrar la inyección aumentó de 40% en 1966 a 57% en 1991; los que respondieron que no se debía administrar la inyección eran el 47% en 1966, y en 1991 fueron solo el 9%; los que opinan que la conducta “depende” del caso aumentaron del 11% en 1966 al 32% en 1991. Siempre hubo un 3% de indecisos.

Esta es, en términos numéricos, la situación holandesa; para completar el cuadro se debería agregar que se está aplicando con mayor frecuencia la eutanasia en niños y en adultos incompetentes mentales, y que los requisitos legales mínimos se cumplen en menos de la mitad de los casos (2); hay de dos a cuatro casos anuales de “suicidio asistido por el médico” en enfermos psiquiátricos, y el 2% de los psiquiatras holandeses ha llevado a cabo alguna de estas prácticas (5). Con los cambios operados en la legislación de ese país es esperable que las cifras se modifiquen. De todas maneras, creo que no hay dudas acerca de la inclinación de los holandeses, tanto médicos como público en general, por acabar con los sufrimientos recurriendo a la muerte.

¿Y EN LOS OTROS PAÍSES?

Los datos no son tan claros. Australia aprobó en marzo de 1997 una ley que permite el suicidio asistido por el médico (6), y la Corte Constitucional de Colombia

legalizó la eutanasia*. En España se vio el grotesco espectáculo de un pobre hombre que se suicidaba por televisión, y las encuestas periodísticas indicaron que la mayoría de la población estaría a favor de la eutanasia (entiéndase: eutanasia activa voluntaria). En Estados Unidos de América (2), el 64% de la población opina que se debería legalizar la eutanasia, aunque solo el 20% pediría al médico que lo mate; a pesar de todo, la legalización de esta práctica en ese país se encuentra trabada por diversos motivos. En noviembre de 1997 se dio aprobación, en el estado de Oregón, al suicidio asistido por el médico, la famosa medida 16 del acta “*morir con dignidad*” de ese estado. El caso estadounidense es importante para dos puntos que se discutirán luego: uno es el tema de “morir con dignidad”, con base en el cual se quiere reivindicar la eutanasia activa y el suicidio asistido por el médico; vale la pena relacionarlo con lo referido por la Comisión Rummelink sobre el principal motivo por el que un paciente solicitaba la eutanasia (*vide infra*). El otro es la posición filosófica desde la cual se debate la ley en Oregón: se dice que los grupos que se oponen a la eutanasia “no deberían imponer sus valores al resto de la sociedad”.

Resumiendo lo hasta aquí expuesto, podemos decir que, al menos en Occidente, nos encontramos con un escenario favorable a la terminación activa de la vida del paciente agonizante en los casos en que él mismo lo requiera. Es muy frecuente que no se cumplan los requisitos legales mínimos estipulados, y el uso se extiende progresivamente a sectores sin pleno uso de razón, como niños y enfermos psiquiátricos (2). Surgen dos preguntas: cuáles son los motivos por los que un

* Ver aclaración, página 64.

paciente solicita la eutanasia o el suicidio asistido, y por qué se lo quiere legalizar.

LA OPINIÓN DE LOS QUE VAN A MORIR

La mayoría de los casos de eutanasia y suicidio asistido por el médico en Holanda se dan en pacientes con cáncer (68% de los casos; a pesar de representar el 28% de todas las muertes), y las razones argumentadas por los pacientes que piden alguna de estas dos prácticas son (3): "pérdida de la dignidad" (57%), "dolor" (47%), "una muerte vergonzosa o desgraciada" (46%), "ser dependientes de alguien más" (33%) y "cansancio de la vida" (23%). Es interesante la opinión de los pacientes psiquiátricos que solicitan eutanasia o suicidio asistido en Holanda (5); el 68% solicita la práctica por "ausencia de toda esperanza de cura", 58% por "sufrimientos mentales insoportables", 18% refiriendo dolor u otro sufrimiento físico y el 14% nuevamente por "pérdida de la dignidad".

Generalizando, se puede ver que la falta de esperanza ante un sufrimiento que aparece como irremediable es el motivo de fondo en todo pedido de eutanasia. El otro es la indignidad de vivir una vida bajo sufrimientos; esa vida no vale la pena. De todas maneras, el segundo motivo puede reducirse al primero, ya que es la desesperanza lo que quita sentido a los padecimientos presentes; la indignidad aparece, en realidad, como una reacción ante la impotencia, lo inevitable.

LA JUSTIFICACIÓN DE LOS VIVOS

Si uno intenta indicar sumariamente los argumentos que se esgrimen para legalizar la eutanasia, creo que sin perder la exactitud podemos resumirlos en cuatro.

Clásicamente se dice que se debe reconocer el derecho de una persona a terminar su vida voluntariamente: 1. En virtud de la "autonomía del individuo", la cual debe salvaguardarse a toda costa (argumento este directamente derivado de la ideología liberal); 2. Por cuestiones de "beneficencia", para no prolongar innecesariamente el sufrimiento; 3. Por no reconocerse diferencia entre "no sostener artificialmente la vida" y "terminar activamente con la vida", ya que en ambos casos el enfermo consiente su propia muerte, y 4. No sería de riesgo desde el punto de vista jurídico permitir que las personas se suiciden (2, 6). Nuevamente se pueden vislumbrar dos posturas básicas: reconocer la autonomía del individuo para terminar con su vida y adherir al suicidio como último remedio para aliviar una vida sin esperanzas ante el dolor físico o psíquico.

Creo que hemos logrado poner suficientes cartas sobre la mesa; la legalización de la eutanasia es un hecho en algunos sitios y su imposición es inminente en el resto, la misma encuentra cierta aceptación pública y su demanda predomina en pacientes con enfermedades tumorales y deprimidos. Es el momento de intentar probar la hipótesis inicial: ¿síntoma de qué es la situación actual de la "práctica de la eutanasia"?

PRIMERAS OBJECIONES

La primera objeción proviene de la práctica médica diaria y es el *caso de la morfina*: no es verdad que altas dosis de morfina acorten la vida de los pacientes por provocar depresión respiratoria; esto no es así ni siquiera en pacientes con sufrimiento respiratorio terminal y que se sabe van a morir de asfixia (7). La morfina causa una depresión respiratoria leve, que es

transitoria, pues se desarrolla tolerancia rápidamente a este efecto; el problema se soluciona utilizando bajas dosis en las primeras 24 horas. Los trabajos experimentales han demostrado que la morfina no acelera la muerte y que causa verdadero alivio del dolor y de la sensación de falta de aire en los pacientes terminales, no solo enfermos de cáncer, sino también con enfermedades cardíacas y respiratorias fatales. Estos conceptos son los que se aplican en las unidades de cuidados paliativos más importantes del mundo (8), y con apoyo familiar, espiritual, psicológico y médico, pacientes con terribles agonías tienen una muerte digna y natural, a su tiempo. El error que se comprueba a diario es que se tiene "miedo" de usar altas dosis de morfina, aunque no se lo tiene para dormir al paciente con un "coctel" de psicofármacos, con la intención secundaria de acortar su vida. La morfina, en el contexto de dolor o falta de aire en el paciente terminal, no adelanta la muerte y sí causa un notable alivio. La experiencia demuestra que el uso de morfina alivia notablemente la agonía inevitable del enfermo terminal, y esto sin hacer intervenir en absoluto la cuestión del suicidio; no se puede usar en todos los casos, pero sí en la mayoría, y es una medida terapéutica que evita los dolores y padecimientos que, de otro modo, podrían llevar a la desesperación. En aquellos casos en que se contraindica

el uso de morfina, hay otras opciones terapéuticas, también muy eficaces.

Otro tema es el *dolor insoportable*: ciertamente hay dolores inhumanos, pero desde el punto de vista médico es difícil sostener que "no hay nada que hacer" y que por eso "la única solución es la muerte". Entre los principales obstáculos para un adecuado manejo del dolor se citan: desconocimiento del paciente acerca de las posibilidades terapéuticas actuales, el rechazo del paciente para admitir que va a sufrir dolor, temores de pacientes y médicos acerca de la toxicidad por morfina o el desarrollo de adicción a la misma, o problemas de ignorancia médica acerca de los conceptos actuales sobre cuidados paliativos en pacientes terminales (8).

El médico no puede ceder ante el sufrimiento del enfermo y no pensar en un consuelo diferente de la muerte, precisamente cuando la ciencia actual posee innumerables recursos para paliar el sufrimiento. Hay una nueva rama de la medicina que se denomina "cuidados

paliativos", cuyo objetivo es "no acelerar ni posponer la muerte", sino "proveer alivio del dolor y otros síntomas desagradables, e integrar aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente que va a morir".

"O EL TEMA
SE RESUELVE
ARGUMENTANDO,
O LA LEGALIZACIÓN
DE LA EUTANASIA
TERMINA SIENDO
UN ACTO DE VIOLENCIA,
TODO LO CÍVICO
QUE SE QUIERA
APARENTAR,
PERO DE VIOLENCIA
AL FIN".

Más aún, la medicina de cuidados paliativos ofrece medios de soporte para ayudar a familiares y amigos a sobrellevar la enfermedad del paciente y su inminente pérdida (9). Como vemos, no es que la medicina no tenga nada que hacer ante el sufrimiento, o que, "ante el sufrimiento extremo", lo que deba hacer sea justamente ayudar a terminar con una vida. Pero, nuevamente, el problema no es médico; es antropológico; se trata del "problema del dolor" y la pregunta de fondo es: "¿Para qué sufrir?". La eutanasia se hace presente en el debate como un alarde de autonomía del hombre; pero a su vez significa una desviación en la misión propia del médico ante el dolor humano. Por otro lado, creo que es una forma equivocada de reaccionar frente al sufrimiento humano, el cual es, en definitiva, inevitable: morir siempre hace sufrir.

SEGUNDAS OBJECIONES

Aquí tenemos los motivos ideológicos por los cuales en el momento de legislar ha de defenderse ante todo la libertad individual, la propia idea de la vida y de la muerte, en definitiva, la autonomía. Cuando se interrogó a Barbara Coombs Lee, quien lleva adelante el movimiento en favor del suicidio asistido por el médico en el estado de Oregón (E. U.), dijo que el tema central era el de si la Iglesia Católica Apostólica Romana, los grupos de derecho a la vida y los políticos religiosos de derecha en la legislatura de Oregón tenían derecho a imponer sus propios valores a todos los ciudadanos. Analicemos el argumento. Si yo digo que no quiero que me impongan los valores de otro y en su lugar lucho por imponer los míos, caben las siguientes posibilidades: o creo que deben prevalecer los valores de la mayoría, en cuyo caso no se entiende la insistencia en introducir una ley que la "mayoría" rechazó va-

rias veces, o entonces creo que la mayoría está equivocada, en cuyo caso voy de plano contra mi argumento inicial de "no imponer"; una tercera posibilidad es si creo que mi postura es más amplia y con ella pueden convivir todos mejor. Pero, ¿puedo decir que es más "tolerante" y comprensiva una ley que deja al que quiere que se mate, que relativiza la vida del más débil (el enfermo moribundo) y que tergiversa los valores esenciales de la medicina dando derecho al médico de aplicar una especie de "rifle sanitario", que comienza siendo utilizado en las circunstancias "ideales" de un paciente lúcido, desahuciado y anegado en sufrimientos insoportables, para extenderse luego a pacientes psiquiátricos (es decir, con perturbaciones del juicio de realidad) (5), niños y pacientes incompetentes (2)? En el caso de Oregón, la religión tiene muy poca influencia, pues uno de cada tres habitantes concurre regularmente a un servicio religioso (9), lo que hace menos coherente aún el argumento de Coombs. Creo que la situación se define mejor con la proposición "usted permanezca fuera de mis negocios, que yo me mantendré fuera de los suyos". Volviendo a la situación holandesa, solo 3% de los "católicos" opina que no se debe admitir la eutanasia activa, mientras el 97% restante está en franca oposición a la doctrina de la Iglesia (4).

O el tema se resuelve argumentando, o la legalización de la eutanasia termina siendo un acto de violencia, todo lo cívico que se quiera aparentar, pero de violencia al fin. Para aquellos que nos oponemos a la eutanasia y el suicidio asistido por el médico, legalizar estas prácticas no resulta una postura más "amplia" o "tolerante", pues trastoca directamente la idea de "cómo debe ser la muerte", lo que en definitiva obedece a una idea de hombre. Si el hombre es autónomo, en

tanto no dañe a otros, no habría ningún problema en que se mate cuando quiera y con la asistencia de quien quiera "ayudarlo"; en definitiva, ¿ante quién debe responder su conciencia? ¿Ante el Estado? Desde un punto de vista fiscal, un paciente agonizante es una "carga"; luego invertir dinero en sus cuidados es muy poco costo-efectivo. ¿Ante su familia? Muchas veces se repite aquí la misma historia que con el Estado. Es decir, que si la vida va a ser valorada en términos de "conveniencia", entonces el enfermo tiene muy pocos aliados a la hora de convencerlo de seguir luchando. Un enfermo necesita atención, dedicación, requiere dinero, afecto, compañía, todas cosas que dan trabajo, son engorrosas, en definitiva, cuestan. Es absolutamente realista preguntarse por el sentido de todo eso cuando el paciente se encuentra ante la recta final. El paciente percibe la incomodidad en los otros, y si la respuesta no es "amor" de quienes lo rodean, entonces sí que nada vale la pena y mejor acabar cuanto antes con todo. Pero la desesperanza ante el desamor le ocurre también a alguien sano y es a su vez una "invitación" al suicidio; no hace falta sufrir cáncer para ello. Imaginemos a alguien que ya no puede trabajar; no molesta, pero tampoco produce; pronto comenzará a estorbar, y si la respuesta no es el amor, entonces la depresión y el suicidio son escalones fáciles de descender. A este respecto sobran los datos experimentales que vinculan pobreza, soledad, desempleo, depresión y suicidio.

Quienes van por la autonomía hasta el extremo del suicidio legal, en definitiva se inclinan por la negativa ante la pregunta: *¿Ante quién debe responder por sus actos el hombre individualmente y la sociedad como un todo?* Pero esa postura es peligrosa, máxime si no se puede estar seguro de la respuesta, o por lo menos de

parte de ella. Nadie puede afirmar definitivamente que no debe responder de su vida ante Dios, porque es al menos una posibilidad que Dios exista, y si elijo la opción equivocada, el negocio es demasiado importante para arriesgarme. El razonamiento no es difícil y la primera noticia que tenemos del mismo es de Sócrates: al concluir que puede haber un Dios, el ateniense se inclinó por la justicia y aceptó una condena injusta antes que la deshonra. Luego la autonomía *usque ad mortem* es un requisito demasiado extremo de la sociedad mercantil y sustentado en muy poca base empírica: ¿Qué científico podría concluir definitivamente que no hay Dios? ¿No será mejor para todos fomentar el amor a los enfermos como una medida al menos más discreta, frente a algunos puntos oscuros de la argumentación proeutanástica? Al menos esto se parece más a lo propio de seres humanos "humanos". ¿No llama la atención a nadie que también los nazis hayan estado por la eutanasia? En cambio, de este lado tenemos a Teresa de Calcuta o a Don Orione, por ejemplo.

MUERTE Y ECONOMÍA

El "horror económico" amenaza en el horizonte de los enfermos próximos a morir. ¿Hay intereses comerciales en la eutanasia? ¿Es una medicina más costo-efectiva? En primer lugar, no es mi intención cazar brujas; propugnar la eutanasia activa como medio de reducir los gastos en salud parece algo inhumano, y ciertamente que lo es, aunque por desgracia no creo que sea lo más inhumano que hayamos visto o que pueda esperarse de nosotros los hombres.

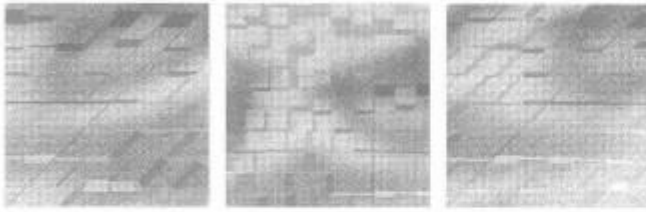
Me vienen a la memoria otras inhumanidades contemporáneas. China vende los órganos de los prisioneros que son ejecutados para trasplante, y Occiden-

te los compra (10). Hay 250 000 niños soldados en el mundo, muchos de ocho años y aun menos; la convención internacional para los derechos de los niños ha promovido un tratado en Ginebra para prohibir que se empleen como milicia personas menores de 18 años de edad, y es precisamente un país occidental, Estados Unidos, uno de los pocos que se oponen a la medida. Lo mismo ocurrió con las "minas anti-persona", que matan o mutilan a unos 26 000 civiles al año, y es nuevamente el gobierno estadounidense quien se opone a una prohibición de estos artefactos (11). Otro dato inhumano: son empresas occidentales las que subcontratan pequeñas factorías en Pakistán, China y otros países "emergentes" para hacer sus productos a costos más bajos, empleando niños de doce años como obreros, o trabajadores en condiciones de franca esclavitud (11); se administran castigos físicos y hasta bastones eléctricos (12). Lo inhumano abunda y no nos debería asombrar un argumento económico también en el tema de la eutanasia; no incluí datos acerca de drogadicción, experimentación farmacéutica en seres humanos (la utilización de países del Tercer Mundo como campo de pruebas de drogas desarrolladas por laboratorios del "primer mundo"), etc., para no engrosar innecesariamente la lista. Lo importante es que la hipótesis económica en la cuestión del suicidio asistido es, cuando menos, plausible. No de manera explícita, sino como el tono de fondo utilitarista que condiciona la mayoría de las discusiones actuales acerca del bien común y sus partes.

Las empresas de salud hacen mejor negocio si el paciente terminal muere antes y se liberan de los gastos de los últimos días, los cuales pueden ascender a un tercio de los gastos en salud de toda la vida del indivi-

duo. "El dinero influencia de diversas formas el debate sobre suicidio asistido" (13); por ejemplo, Qual-Med Oregon Health Plan, una de las HMO más importantes de ese estado, ofrece un plan especial que limita los gastos de hospicio de un paciente terminal a mil dólares, una verdadera miseria para el caso. Esto pone al débil en situación de desventaja y agrava el hecho de ser una "carga para la familia". Pensemos sin reparos en situaciones dramáticas: ¿cuál será la tendencia que se seguirá con el abuelo demente o con un niño con parálisis cerebral, que importunan con comportamientos bizarros y a los que hay que atender casi permanentemente? Fue en Canadá donde, en 1994, un tal Robert Latimer puso a su hija de doce años con parálisis cerebral, en la caja de su camión y la asfixió mediante conexiones con tubos al escape de gases del motor; y es un argumento eutanásico: "... sólo quiso poner fin a los sufrimientos de su hija..." (sic), lo que le valió una excepción judicial por la que cumplió sólo dos años de condena, uno en prisión y otro en su casa.

Si se va a poner fin mediante estos medios al sufrimiento de las personas, y sobre todo de aquellas indefensas, tenemos 1 300 000 000 de pobres (14) que, no nos engañemos, probablemente nunca van a dejar de vivir en la miseria, 29 millones de dementes y 45 millones de esquizofrénicos (15). ¿Por qué a los enfermos terminales sí y a los pobres y miserables desesperados de toda ayuda no? Si uno relativiza la dignidad de una vida, de alguna manera relativiza la dignidad de todas las vidas; en definitiva, dependerá del parámetro que se utilice; y en este mundo monetarista y egoísta... ¿quiénes son los que merecen vivir? ¿Cuál es la vida que vale la pena ser vivida?



LA INEXORABLE HORA DE LAS PREGUNTAS

Dolor no es lo mismo que "sufrimiento"; en este último hay una resonancia espiritual o, si se quiere, psicológica del primero. La cuestión, entonces, sería: "¿Para qué sufrir?". "Las enfermedades se presentan como precursores y heraldos de la muerte; son ministros de la expectativa, que se le presenta a cada uno, de poder también *no ser*" (16). Ningún sufrimiento sería insostenible si al otro lado nos esperara una victoria segura; en el sufrimiento humano no es el dolor físico lo más importante, sino ese componente espiritual; como dice Platón a Cármides: "... es del alma de donde arrancan todos los males y los bienes para el cuerpo y para todo el hombre..." (17). Incluso si el lector no cree en un alma espiritual, admitirá al menos que algo hay de diferente en el hombre respecto del animal. En el paciente terminal, el médico debería tratar el alma junto con el cuerpo; nuevamente Platón (¿precursor de la psicoterapia?) dice a Cármides: "El alma se trata, mi bendito amigo, con ciertos ensalmos, y estos ensalmos son los buenos discursos, y de tales buenos discursos nace en ella la sensatez". Pero, nuevamente: ¿para qué sufrir? Dice C. S. Lewis que el dolor "deshace la ilusión de que todo está bien", "deshace la ilusión de que lo que tenemos, bueno o malo, es absolutamente nuestro y suficiente para nosotros" y, por último, "nos recuerda que más allá de nosotros se encuentra la voluntad de Dios" (18). Cito esto como tres buenas razones para encontrarle un sentido al sufrimiento; creo que los dos argumentos primeros son útiles para todos, y el tercero... Bueno, aquí habrá que vérselas con el ateo... Es frecuente plantear la innegable realidad del sufrimiento como una prueba de que Dios no existe. Me permito cambiar los términos: el sufrimiento como tal (más allá del dolor físico) es una

cierta prueba de la existencia de Dios. No se trata de "sufrir porque hay Dios", pues sería una contradicción y aquí coincido con el ateo, ya que si Dios es el Bien no desearía nuestro mal; más bien se trata de que, en este mundo materialista, es muchas veces el dolor el único capaz de recordarnos que "hay Dios", quien por otro lado sería el único capaz de remediarlo definitivamente, en el plano de lo absoluto (pensemos en el momento en que la medicina dice: "No hay nada más que hacer" y el hombre sabe que su existencia llega a su fin). Bien dice el coro de Esquilo en la tragedia: "¡Han venido dolores reales... que causan piedad!" (19). Sea por la causa que sea, es frecuente que el dolor lleve a la piedad u otros cambios muy positivos en la mentalidad del que sufre: una reconciliación largamente esperada, pedir perdón "finalmente y a pesar de todo", "valorar otros aspectos de la vida y no solo estar para el trabajo y el dinero", y mucho más. La sola perspectiva de reconocer la finitud de la existencia ante el diagnóstico de una enfermedad de pronóstico sombrío hace cambiar totalmente la perspectiva del enfermo, quien comienza a valorar aquello realmente valorable de la vida. Comienza a dedicarse a lo que realmente vale la pena. Se podrá creer que es demasiado tarde o que hay mejores modos de aprender. La verdad es que, muchas veces, la agonía es el mejor momento para la lección, y el sufrimiento parece ser casi uno de los poquísimos modos en que podemos aprenderla. Todo esto es real, conocido para nosotros, pero es un misterio y hace suponer que algo verdaderamente grande se prepara en el momento de la muerte; no todo está perdido. Cuando un dolor irremediable nos lleva a negar a Dios, en realidad lo que sucede es que tenemos miedo: "La pena se siente casi igual que el miedo" (20); miedo a que no exista Dios para aliviar mi mal, el cual ya no hay poder sobre la tierra capaz de remediar.

Es muy problemático que la sociedad esté aceptando matar al débil y ayudar en su intento al suicida. "Zeus destruirá igualmente esta estirpe de hombres de voz articulada... (Estos) despreciarán a sus padres apenas se hagan viejos y les insultarán con duras palabras, cruelmente, sin advertir la vigilancia de los dioses –no podrían dar el sustento debido a sus padres ancianos aquellos cuya justicia es la violencia–" (21). Y me van a decir ahora los promotores de la eutanasia que no es un acto de violencia dar un espaldarazo al moribundo con una "inyección letal", o aportarle estafalarios aparatos para que se quite la vida... Qué imagen tan diferente de aquella donde el amigo fiel sostiene la mano del que se muere y nos enseña a todos a "ser valientes" en las horas difíciles. En temas que tienen que ver con la ética hemos estado optando sistemáticamente por decisiones violentas: falta de una familia segura para los hijos, eliminación del niño en el vientre de su madre y ahora promoción de la eliminación del moribundo; una amenaza ancestral se cierne sobre nosotros, la amenaza que deriva del desamor: "Sin familia, sin ley y sin hogar se queda aquel que ama el intestino combate, que hiela los corazones" (22). Nuestras decisiones son cada vez más tecnológicas y menos humanas; cada vez más responden a cánones administrativos en lugar de existenciales, y la conclusión lógica es la deshumanización. Esto es grave en medicina, ya que no se va a rescatar el humanismo médico estudiando literatura. Si se pierde por culpa del homicidio, es difícil volverlo a encontrar.

Pero el argumento proeutanasia es mucho más simple; hay que dejar que cada uno decida lo que quiera, no poner restricciones y dar los elementos al individuo para que ejerza su autonomía. Esta es una postura que con diferentes matices ha venido sosteniendo el libe-

ralismo desde sus comienzos (6, 23, 24). *¿Ante quién debe responder por sus actos el hombre individualmente y la sociedad como un todo?* Ante nadie, responderán, en tanto no se dañe a otro.

Creo que es una interesante postura. ¿Admitiremos que son muchas las formas de "dañar" a otro? No hay gran debate en este punto. ¿Hay libertades personales que podrían perjudicar a los demás? La respuesta sería afirmativa; tomemos, por ejemplo, el porte de armas y cómo su prohibición ha demostrado ser una medida eficaz para disminuir la criminalidad. O una persona que conduce sin cinturón de seguridad y queda gravemente herida en un accidente de tránsito; de alguna manera su autonomía "daña" a otros al generar gastos evitables a la sociedad en que vive; y, sin embargo, no se puede dudar en brindarle asistencia, por un lado, y en penalizar la no utilización del cinturón, por el otro. La sociedad es un entramado, y siempre que tiro de un hilo repercute en otros; el problema es que muchas veces se desconoce dónde ocurrirá esto, y ahí es cuando las consecuencias de una norma se hacen imprevisibles. ¿Es la eutanasia un caso de libertad individual que podría perjudicar a otros? En primer lugar, permitiría el propio daño en circunstancias donde el juicio no es del todo claro por tratarse de una situación límite. Nombro simplemente la enorme incidencia de depresión entre los pacientes con enfermedades terminales (25), estado que se caracteriza por un ánimo y pensamiento negativos, que favorecen la desesperanza y empobrecen la autoestima (26). Desde el punto de vista científico, los pacientes con enfermedades crónicas se encuentran en mayor riesgo de sufrir depresión, y dos de los síntomas cardinales de este síndrome son las ideas suicidas y la sensación de ser un estorbo para sí y para los demás (25, 27). Entre los pa-

cientes holandeses con enfermedades psiquiátricas que requirieron suicidio asistido, el 51% tenían trastornos depresivos (5). ¿Cuántos de los pacientes no psiquiátricos que solicitan una práctica eutanásica padecerán depresión? Nadie lo sabe, pero probablemente muchos. Lo triste es que la depresión mejora con tratamiento; ¿qué dirán entonces quienes propugnan la eutanasia? La mayoría de las veces están propugnando algo antimédico, no detectando el lógico síntoma depresivo del paciente terminal terapéutico; pide morir, pero en realidad solicita una ayuda para salir adelante, amor, comprensión. De quienes solicitaron eutanasia y no fueron beneficiados por esta práctica, la mayoría de las veces por impedimentos legales, el 75%, un tiempo después, ya no deseaban quitarse la vida (5). ¿Qué habría pasado con los que murieron? La verdad es que, en estos casos, faltó ese acto médico fundamental: ayudar al paciente a seguir luchando.

En segundo lugar, la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido por el médico perjudican a todos los moribundos y a todas las personas débiles en general, no productivas en una sociedad consumista como la nuestra. Es una realidad que la eutanasia se está extendiendo a grupos de pacientes clásicamente considerados incompetentes para tomar ciertas determinaciones, como débiles mentales, niños, ancianos dementes y personas con trastornos psiquiátricos (2). Yo me pregunto: ¿Qué banco abriría una cuenta a alguno de los individuos comprendidos en estos grupos? ¿Quién les dejaría manejar un negocio de varios millones de dólares? Sin embargo, ¿no se tiene empacho en dejarlos decidir el incomparablemente más importante negocio de la vida? O el Estado declara invulnerable la vida del débil e inocente, o sencillamente deja al débil e inocente

te a merced del poderoso; pero para esto, debe declararse invulnerable la vida humana en sí y no solamente aquella que transcurre entre los bienes y placeres que la publicidad comercial consagra. Muchas veces oí a personas en muy buena posición económica, refiriéndose a pobres del Tercer Mundo, comentarios tales como "¿Pobres? Para vivir así, mejor no vivir", o "¿Los pobres? Muchas veces sería mejor que se murieran", o "¿Llegar a viejo así? Para eso mejor morir". He leído que los Watson, fundadores de IBM, creían que cuando uno respeta a un solo individuo está mostrando consideración por todas las personas (28); brillante observación en dos extraordinarios hombres de negocios. Es justamente de eso de lo que se trata: o se respeta a todos o solo se respeta a quienes se teme o pueden pagar para ser respetados. Alguno podría objetar que la eutanasia es un modo de respeto llevado hasta sus últimas consecuencias. Respondo diciendo que no veo el respeto en permitir que una persona desesperada se suicide delante de nosotros; debe ser ayudada no a saltar del puente, sino a recapacitar. Es indudable, nunca está todo perdido; si esa posibilidad existiera, el riesgo habitual que conlleva la vida humana no tendría el más mínimo sentido; lo tiene, porque siempre hay algo por qué esperar. La verdad es que "... es hermoso el riesgo..." (29).

Si no se defiende la vida humana en sí misma, no se puede defender ninguna vida humana en particular. Vemos así varias instancias ante las que se debe responder por los propios actos y los de la sociedad, en los cuales podemos ponernos de acuerdo creyentes y ateos partiendo de que queramos al hombre. La aceptación de la eutanasia nos habla de una sociedad cada vez más violenta, que cada vez más no entiende ningun-

na justicia excepto la de la coerción. En este contexto... ¿quienes son los que merecen vivir? ¿Cuál es la vida que vale la pena ser vivida?

Dejo esto a la reflexión del lector sabiendo que es de capital importancia para la propia vida y la de todos. "Hay -y esto arroja una cruda luz sobre la finitud de nuestra existencia- un hastío de nuestro propio ser, una protesta contra uno mismo" (30), que hace que de alguna manera no soportemos el hecho más irrefutable de nuestra vida: que moriremos; sí, moriremos todos. Y a los enfermos y que sufren les toca una misión muy importante: la de recordarnos esa verdad, la de nuestra finitud, en un mundo donde el despilfarro contrasta con la más abrumadora miseria, donde la soberbia de los grupos privilegiados ofende a los débiles con su despliegue de poder impetuoso, y donde la frivolidad y sus divertimentos dan la espalda a los indigentes, los deprimidos, los desvalidos y ahora a los moribundos, que vienen a aguar el festival de la vida. Ahí están los enfermos próximos a morir, para enseñarnos a vivir... Esa misión ha demostrado convertirse en "peligrosa" e "indeseable".

CONCLUSIÓN

Es difícil argumentar en contra de la práctica de la eutanasia si el interlocutor ha optado de antemano por seguir su conveniencia y ha rehusado de esta manera toda norma de conducta indicada por la naturaleza misma de las cosas. En este caso, la naturaleza en juego es la del propio hombre, quien, sumido en un relativismo filosófico, manipula su propio ser, sobre el cual, propiamente, no tiene ningún poder. Paradójicamente, esto ocurre en un momento de la historia donde, vencidos por la eviden-

cia, hemos comprendido la necesidad de respetar las leyes de la naturaleza (piénsese en la ecología). Pero la naturaleza que se respeta es la de afuera, no la propia ni la de nuestros hermanos. El motivo creo que radica en el problema del amor. Respetar la naturaleza física no exige propiamente amor; el "amor" a la naturaleza es una especie de metáfora que describe muy bien una condición muy deseable de respeto ante todo el espectáculo del cosmos. Pero, por otro lado, encubre la peligrosa situación de quien, ante el constante fluir del mundo circundante y su maravilla, quiere encontrar justificada su falta de orden interior, la voluptuosidad y la falta de un definitivo compromiso con nada que no sea sí mismo. En cambio, el respeto del hombre exige de suyo el amor. Y entrando el amor en esta divina comedia de nuestra vida, al instante aparece la necesidad de renuncia como condición inexorable. La eutanasia es, a veces, un verdadero homicidio, y otras, un suicidio; pero "... nosotros, los humanos, somos una posesión de los dioses..." y "... desde este punto de vista no es absurdo que uno no deba darse muerte a sí mismo..." (31). No es un acto de amor dejar que un pobre enfermo se quite la vida en un acto desesperado, y mucho menos ayudarlo en su intento; puede ser parte de una amistad verdadera el rechazar la torpeza de un amigo (32). Más aún, es el amor el médico de la vida (33), y no es propio de médicos andar procurando la muerte de nadie. En conclusión, se nos ha enseñado claramente que "El que no ama permanece en la muerte" (I. Juan, III, 14 sq.). Nadie puede estar a favor de la eutanasia y, a la vez, luchar seriamente por la vida. Lo siento, pero esto lo heredamos los médicos de nuestro padre, aquel que consiguió inmensa gloria no por azar, sino con su ciencia. "No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia..." (34).

A C L A R A C I Ó N

La Corte Constitucional, en su sentencia C-239 de 1997, declaró exequible el artículo 326 del Código Penal Colombiano, y con ella consagró el tipo de delito denominado *homicidio por piedad*, "con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada". En otro de los apartes de la sentencia, la Corte Constitucional exhortó al Congreso "para que en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna".

Hasta el momento el Congreso no se ha pronunciado sobre la regulación del tema que le traspasó de manera tan sorprendente la citada Corte.

Federico Naranjo Mesa

Abogado. Profesor de la Facultad de Derecho,
Universidad de La Sabana.

N O T A S B I B L I O G R Á F I C A S

- Pieper, Josef. "Una teoría de la fiesta", Madrid, Rialp, I, 1974, p. 11.
- Emmanuel, E. J. "Euthanasia -Historical, ethical and empiric perspectives-", *Arch. Intern. Med.*, 154: 1890-1901, 1994.
- Van der Maas, P. J.; van Delden, J. J. M.; Pijnenborg, L., y Looman C. W. N. "Euthanasia and other decisions concerning the end of life", *Lancet*, 338: 669-674, 1991.
- Van der Maas, P. J.; van Delden, J. J. M., y Pijnenborg L. "Changes in Dutch opinions on active euthanasia, 1966 through 1991", *JAMA*, 273 (18): 1411-1414, 1995.
- Groenewoud, J. H.; Van der Maas, P. J., et al. "Physician -assisted death in psychiatric practice in the Netherlands-", *N. Engl. J. Med.*, 336: 1795-1801, 1997.
- "The right to choose to die", en *The Economist*, 21 de junio 1997, p. 15.
- Bruera E., y Fainsinger R. "In response: Morphine for dyspnea in patients with cancer", *Ann. Intern. Med.*, 120 (3): 692-693, 1994. Ver también Bruera, E., MacEachern, T., et al. "Brief report: Subcutaneous morphine for dyspnea in cancer patients", *Ann. Intern. Med.*, 1993; 119 (9): 906-907, y Edmonton Palliative Care Programme, en: <http://www.telusplanet.net/public/palliate/peprog.html>, "Palliative Care Tips" -Sharon Watanabe- "Dyspnea".
- Definición de "cuidados paliativos" del programa de cuidados paliativos, Edmonton, Canadá. *Vide supra*.
- Tim Hibbits, *Oregonian*, 10/19/97, A1. Luego: "You stay out of my business, and I'll stay out of yours".
- TIME*, March 9, 1998, vol. 151, N° 9, p. 32.
- Kenneth Roth. "Sideline on human rights", *Foreign Affairs*, March/April 1998, vol. 77, N° 2, p. 2 ss.
- Anita Chan, and Robert A. Senser. "China's troubled workers", *Foreign Affairs*, March/April 1997, vol. 76, N° 2, p. 104 ss.
- Mark O'Keefe. "Money's influence figures in debate on assisted suicide", *Oregonian*, 10/26/97.
- ONU, "The faces of poverty", 1996, en www.un.org.
- World Health Organization, *Annual Report 1997*.
- E. Freiherr von Gebattel, *Antropología médica*, Ed. Rialp, Ia. ed., 2ª parte, cap. IX, Madrid, 1966, p. 458.
- Platón. *Cármides*, 156e, luego 157a.
- Lewis, C. S. *The problem of pain*, New York, 1982, Macmillan Publishing Company, ch. 6, p. 92 ss.
- Esquilo. *Los siete contra Tebas*, 845.
- Lewis, C. S. "Una pena observada", Santiago de Chile, 1994, Ed. Andrés Bello, cap. I, p. 17.
- Hesíodo. *Trabajos y días*, 180-200.
- Homero. *Iliada*, IX, 63-64.
- "Liberalism defined -the perils of complacency-", in *The Economist*, 1996, vol. 341, N° 7997, pp. 17-19.
- "Why can't we be friends?", in *TIME*, January 27, 1997, vol. 149, N° 4, pp. 24-25.
- Brody, D. S., y Thompson, T. L., et al. "Recognizing and managing depression in primary care", *Gen. Hosp. Psych.*, 1995, 17: 93-107.
- Gold P. W.; Goodwin F. K., y Chrousos G. P. "Clinical and biochemical manifestations of depression", *N. Engl. J. Med.*, 1988, 319(6): 348-353.
- Preskorn, S. H., and Baker B. S. "Outpatient management of the depressed patient", *Dis. Month*, 1995, 41 (2).
- Buck Rodgers. *El estilo IBM*, Barcelona, 1987, Ed. Planeta, 1ª ed., cap. 1, p. 26.
- Platón. *Fedón*, 114d.
- Guardini, R. *Una ética para nuestro tiempo*, Ed. Cristiandad, Madrid, 1982, cap. 3, p. 35.
- Platón. *Fedón*, 62b.
- "Of the flight of the Noldor", in Tolkien, J. R. R. *The Silmarillion*, London, 1994, Harper Collins Pub., ch. 9, p. 101. Dice Olwé a Fëanor: "...We renounce no friendship. But it may be part of a friend to rebuke a friend's folly...".
- Langland, William. (1332-1400), *Pedro, el labriego*, I, p. 54, en Guardia P. (trad.). Madrid, Gredos, 1997.
- Hipócrates. *Juramento*, en García Gual, M., y col. (trad.), Madrid, 1990, Gredos.