

La nueva tanatología: Ciencia, arte y método



Escrito por:

Wilfredo Mora

Abogado, criminólogo y antropólogo; es docente de las asignaturas de Derecho Público I y II (Criminología y Medicina Legal) de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Sumario. - Resumen; I. *Ciencia: la suicidología; concepto de suicidio. Tipos de suicidio. Etiología de los suicidios;* II. *Arte: La autopsia psicológica. Muertes de pacientes con enfermedades terminales.* III. *Método: La eutanasia. 1) Breve historia. 2) Concepto de eutanasia. 3) Tipos de eutanasia. 4.) Variables de la eutanasia. 5) La eutanasia en la actualidad. 6) La eutanasia en América.*

Resumen

La tanatología forense comprende la suma de los conocimientos tecnológicos y científicos con relación a la muerte, es una rama de la medicina forense que trata todo lo relativo a la muerte y al cadáver, desde el punto de vista médico-legal. Es considerada el tronco de la medicina legal y, por lo tanto, incluye de manera general, la investigación de la escena de la muerte, el examen anatómico del cadáver y las transformaciones físicas, químicas y microbianas que sufre el cadáver (la autopsia forense), en el que se lleva a cabo la investigación o diagnóstico, tanto de la manera como de la causa y del tiempo de la muerte, que desde el punto de vista médico es imprescindible para dejar establecido el aspecto jurídico, es lo que se llama tanatocronodiagnóstico, y la reglamentación que tiene relación directa con la muerte, entre otros.

En la actualidad la ciencia de la muerte ha sido convertida en un arte de morir, y desde hace un tiempo para acá, la nueva tanatología –que es como se le llama–, se ocupa de dar atención más allá de curar, cuidar a los enfermos terminales, disminuyendo los sufrimientos de quienes padecen enfermedades incurables, ayudar a que se preparen para la muerte, y si es posible hacer que logren un aprendizaje de esta experiencia trascendente.

Palabras claves:

Eutanasia, muerte terminal, tanatodiagnóstico, tanatología.

I. Ciencia: La suicidiología

Los estudios médico-legales del suicidio son verdaderamente interesantes, y ello se ha debido a la constelación de ciencias que lo ha hecho posible. La medicina legal es una de ellas. Es imprescindible el reconocer la relación entre el suicida y el delincuente, aunque aún más necesario sea reconocer que al estudiar este fenómeno se admita que el mismo no tiene un único mecanismo, pues, las interpretaciones que correspondientes al suicidio se hacen, bien pueden resultar en realidades que se llaman homicidios o accidentes, o actos suicidas, o amenazas subjetivas de suicidio, o abiertamente chantajes suicidas, porque las informaciones que posteriormente se obtienen son muy diversas.

La *suicidología*, rama de la tanatología, es una ciencia nueva de mucho interés y de mucho campo que amerita un estudio especial en relación a los grandes asuntos médico-legales. Primero, al definir el suicidio, luego en las formas básicas que éste adopta y, en tercer lugar, al estudiar las principales etiologías que ha puesto en evidencia la medicina legal, en particular.

Concepto de suicidio

En principio, el suicidio es la muerte que sobreviene tras una conducta autodestructiva auténtica o de autoeliminación; es necesaria la especificación, dado que existen actitudes autodestructivas que no tienen motivaciones suicidas, y no son, por lo tanto, suicidio consumado. No estudiamos aquí la conducta suicida, sino el acto mismo, cómo una forma de muerte violenta, de gran valor médico-legal.

En ese sentido, debemos valorar el aporte de Émile Durkheim, cuando lo define diciendo: «se llama suicidio, a toda muerte que resulte, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma»; el profesor Karl A. Menninger, en su obra *El hombre contra sí mismo* (1952), ha popularizado la idea de que todo suicidio constituye un “homicidio de sí mismo”, estableciendo que «es una muerte en la que se

combina en la misma persona el asesino y el asesinado»¹; y que en todo acto suicida se necesitan, propiamente dicho, tres elementos internos: «el elemento de muerte, el elemento de matar y el elemento de ser matado»². También consideramos lo expresado por Shneidman, cuando dice: «El término “suicidio” se define como “el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar».³

Tipos de suicidio

Dentro de la sociología propuesta por É. Durkheim se reconocen:

1. El *suicidio altruista*, en el que el individuo siente que le ha fallado a la sociedad por lo que decide suicidarse, como en el caso del harakiri;
2. El *suicidio egoísta* en donde al no tener relaciones afectivas siente que su muerte no será tomada en cuenta por nadie; y
3. El *suicidio anómico*, uno de los más frecuentes en esta época, y donde el individuo se siente seguro en sus relaciones, pero un día todo es inseguro e incierto por lo que sufre de frustración y así puede llegar a cometer el acto.

Dentro del plano psicológico los factores serían conductas esquizofrénicas, paranoides, demencias, y conductas dependientes e imitativas las que se convertirían en suicidios.

Hasta hace unas décadas, el tipo de suicidio más común en la República Dominicana era el ahorcamiento, seguido de armas de fuego, que empezaban a proliferar en los miembros de comunidad motivado por la criminodinámica de los últimos años. Ahora es al revés, es decir, los suicidios entre los varones son más frecuentes con el uso de armas de fuego, las cuales se han convertido en un culto para los ciudadanos. La mayoría de los suicidios consumados ocurren en el sexo masculino por los métodos que usan, ya que son más agresivos, mientras que las mujeres lo intentan con medicamentos, por lo que hay mayores posibilidades de salvarlas. Existen modalidades como la de prenderse fuego, debido a factores económicos.

Etiología de los suicidios

La base para una etiología médico-legal de los suicidios depende de que aceptemos que el acto suicida comprende un conjunto de acciones situadas necesariamente entre la voluntad y la intencionalidad, entre la imputabilidad y la culpabilidad del agente.

¹ Émile Durkheim. *El Suicidio*. Citado por Gustavo Hanley, en su tesis doctoral titulada *El acto suicida*, publicación de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), septiembre 1999. Pág. 30.

² Karl A. Menninger. *El hombre contra sí mismo*. Traducción del inglés por F. Jiménez de Asúa, Losada, Buenos Aires, Argentina, 1952. Págs. 36-37.

³ Shneidman, E.S. *Las muertes del hombre*. Quadrangle Books, New York, 1973.

En ese sentido, es que se habla de modalidades del suicidio, que son de gran valor para el médico forense. Entre estas categorías debemos citar:

- 1) *El consumado o suicidio*: Ha realizado ya el acto autodestructivo, teniendo en cuenta conciencia del hecho.
- 2) *El suicidio no consumado*: El sujeto posee la conciencia real de lo que intenta hacer, y es detenido por la responsabilidad que implica la tentativa de la comisión del acto suicida.
- 3) *El chantaje suicida*: no es una acción suicida real, sino donde se utiliza el símbolo del suicidio para conseguir uno o más fines.
- 4) *Amenaza real de suicidio*: Esta forma de presión sobre los demás está determinada por la imprecisión o la confusión, o la indecisión, y la conciencia cambiante del sujeto que lo emplea como una forma de autoagresión.
- 5) *Acción suicida frustrada*: Es cuando el sujeto ha recurrido al suicidio, y sin que él despliegue acción alguna, le salvan la vida.
- 6) *Pseudosuicidio*: Se admite cuando el sujeto hace uso accidental de medios suicidas, o cuando de forma deliberada el sujeto sabe que no va a morir, utiliza fórmulas suicidas, dando a conocer el hecho en forma directa o indirecta.
- 7) *Intención auténtica de suicidio*: En este caso se comunica la intención suicida, aunque no se desarrolla la acción antisuicida.
- 8) *Acto suicida con ejecución indirecta*: Se produce cuando un sujeto con una intención suicida, provoca o logra que otro lo elimine.
- 9) *Ideación suicida*: Es la idea de suicidarse en momentos en que surge una situación o ruptura trágica. La ideación suicida es elaborada por el sujeto en relación al acto suicida.

II. Arte: La autopsia psicológica

El término *suicidio* definido por Shneidman como «el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar», abarca una infinidad de estados motivacionales conscientes e inconscientes.

Surge, pues, la pregunta: ¿Qué es la autopsia psicológica?, ¿ha ocurrido un suicidio o un homicidio? La autopsia psicológica «*es la caracterización retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida, utilizando por supuesto un método indirecto o*

*diferencial, se trata de obtener información del occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente».*⁴

La autopsia psicológica para suicidas es una técnica pericial que ve la luz en los años sesenta en Los Ángeles, California, y representa una salida a una necesidad administrativa de definir la etiología médico-legal de muertes dudosas, donde no había suficientes elementos para afirmar si se trataba de un suicidio, un homicidio o un accidente.

Se dio a conocer con el nombre de MAP-I (modelo de autopsia psicológica para suicidas), y es completamente estructurado y sistematizado, de forma tal que se disminuye al mínimo el margen de sesgo, pues todos los exploradores tienen que realizar la exploración de la misma manera, guiándose por un instructivo adjunto al MAP-I con posibilidad de respuesta cerrada, precisamente para evitar la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso y además para hacerlo verificable por terceras personas y así garantizar su valor como prueba pericial.

En ese instructivo se concentran las acciones del suicida, entre lo que se destaca: verbalizaciones suicidas (comentarios pesimistas acerca del futuro, la desesperanza y la expresión de sentimientos de soledad, inutilidad, incapacidad o incompetencia) y los estados motivacionales conscientes e inconscientes.

La autopsia psicológica es la caracterización retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida utilizando por supuesto un método indirecto e inferencial, se trata de obtener información del occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente: familiares, convivientes, colegas, vecinos, compañeros de trabajo o de religión. También forma parte del método la revisión de documentos personales (notas, diarios, cartas, producción literaria) y oficiales (historias clínicas, expediente escolar, laboral o militar) del suicida.

Muertes de pacientes con enfermedades terminales

Lo más característico de las enfermedades terminales es que nunca se produce la recuperación del paciente y la muerte es inevitable. Antes de morir la gran mayoría de estos pacientes –unos días antes– entran en coma. La última semana dura una eternidad. Se pierden los objetivos de la terapia, y como si el tiempo de la muerte hubiera llegado, la enfermedad adquiere velocidad hacia el final.

La muerte del paciente terminal, con su terrible experiencia aprisionada, es inminente y gradual, con una escala de variedades de emociones, así como de angustia, consciente o inconsciente, miedo por la muerte. Sin embargo, es importante saber que al menos existe

⁴ Teresita García Pérez. Autora cubana (1997).

una fase en la que se diagnostica la enfermedad y otra muy crítica, en la que se produce el desenlace y se llega a un desequilibrio de la balanza en que «*es preferible estar muerto al dolor de seguir viviendo*».

Los diversos estudios que se conocen sobre enfermos mortales y terminales pertenecen a la psicología científica más que a la medicina legal. Estos analizan lo que les ocurre a estos pacientes, nos ofrecen un diagnóstico del abordaje que hace la sociedad a través del conocimiento científico de la forma de como ocurre la muerte y las propuestas para que ésta se produzca con dignidad.

Fue así como estos estudios de la muerte y del morir se formaron el movimiento conocido como “*morir con dignidad*”, que se ha convertido en el objeto de análisis de la *nueva tanatología* moderna.

Gran parte de las investigaciones sobre el proceso de la muerte se relaciona con personas de todas las edades, pero son especialmente propias de los ancianos, dado que estos se encuentran en esta etapa de la vida.

En los años 60, se produjo un intento de humanizar la muerte con la *teoría de las fases de la muerte*, de la doctora Elizabeth Klüber-Ross, según la cual «*las personas pasan por fases diferentes para enfrentarse con el hecho de ser enfermos terminales*». Y la muerte descifrada como algo positivo. A ese respecto escribe: «*La muerte no es más que la salida del cuerpo, a saber, en la misma forma que una mariposa sale de su capullo*».⁵

Su trabajo de psiquiatra en un hospital general le reveló que el personal médico no atendía las necesidades emocionales de los enfermos terminales. Como parte de un seminario entrevistó a pacientes que se estaban muriendo. Su descubrimiento titulado *On Death and the Dying* (Sobre la muerte y morir) fue publicado en 1969, y especifica que existen cinco fases en su aceptación de la muerte inminente: la negación, el enojo, la negociación, la depresión y la aceptación. Estas fases no constituyen un plan para una muerte “correcta”, ya que muchos enfermos no reaccionan rígidamente ante un modelo o ante un stress de la vida. La idea de presentar en fases el proceso de la enfermedad terminal sólo tiene como finalidad clasificar los sentimientos de los moribundos y los signos previsibles en cada fase.

Así en la fase de negación, el diagnóstico es considerado por el paciente como un error, o es necesario acompañarlo de la búsqueda de pruebas contradictorias, de visitas a otros especialistas; cuando los esfuerzos de la negación fracasan, ésta da paso al enojo, y el paciente maldice, arremete y en ocasiones culpa a sus médicos por ser despreocupados, insensibles, a sus seres queridos por razones similares. En esta fase de enojo pueden existir indicios de negociación, cuando la persona promete portarse bien, o ser buena, llegar a un

⁵ Elizabeth Klüber-Ross. *Todo final es un principio luminoso*. Editorial SIRPUS. Colección Hoja de Té. Pamplona, Navarra. 2001.

acuerdo con Dios, siempre buscando la forma de posponer la muerte. Así continúa la fase de la depresión, caracterizando al individuo en un virtual desamparo y paulatinamente los siguientes momentos dan paso a la fase de aceptación, en la que ya debilitado por la enfermedad, no se ve afligido, ni enfadado ni deprimido.

La expresión que emite el enfermo: “*me estoy muriendo*” no es absoluta. Las personas pueden pasar de la negación a la conciencia de la enfermedad en forma simultánea; pueden saberlo o no saberlo y finalmente las personas tienen modos característicos de enfrentarse a la gravedad de la muerte. Algunas tratan de dar sentido a su enfermedad ayudando a otros y sacando provecho del poco tiempo que les queda, otros se incapacitan por la depresión y la angustia le inmoviliza. En uno y otro caso lo que se busca es prolongar el tiempo que le queda a la persona.

Aunque al afrontar la muerte no se produzca el efecto en la duración de la vida, domina el deseo de que la muerte tenga el máximo sentido y esté libre de angustia, tanto como sea posible.

Surge, entonces, el concepto de *muerte apropiada*, o muerte buena. Avery Weisman define la muerte apropiada, diciendo: «*Cuando el proceso de morir es tan bueno o correcto psicológicamente como sea posible*».⁶

Poder proporcionar una muerte apropiada se hace imperiosa cuando nos percatamos de que la persona que pasa por su *último trance* tiene conciencia o está segura del tiempo que le queda es de unas semanas o meses.

A diferencias de las fases ya señaladas por la doctora Klüber-Ross, podemos hacer un nuevo planteamiento de la asistencia basado en tareas adecuadas. Este método propuesto por Charles Corr (1991-1992) se refiere a lo que se espera cuando se padece una enfermedad terminal. Citamos:

- 1) Se requiere reducir al mínimo las dificultades físicas, evitar al máximo el dolor debilitador.
- 2) Se quiere potenciar al máximo la seguridad psicológica, reducir el miedo y la angustia, y sentir que se controla el proceso de morir.
- 3) Se requiere mejorar las relaciones sociales significativas, estar lo más cerca posible de las personas que más importan.
- 4) Se requiere favorecer la espiritualidad y sentir que la vida fue íntegra y con unos objetivos.

Para lograr esos objetivos se piensa en cuales deben ser los cuidadores y el papel esencial que puede desempeñar. Es sabido que las enfermeras, con su trabajo de asistir más que de curar tienden a sentirse mejor con enfermos moribundos, en cambio los médicos tienden a

⁶ Elizabeth Klüber-Ross. *Ibidem*, Op. Cit.

rehuir del moribundo. He aquí dos de los muchos criterios, que vinculan a los médicos y a las enfermeras de cómo tratar a los pacientes terminales.

1. Evitar el dolor emocional de los pacientes de cuya intervención del médico no evitará la muerte;
2. Tratar a los pacientes moribundos de acuerdo a los criterios de la medicina geriátrica, que cuentan con una buena formación para tratar los aspectos emocionales de los envejecientes;

Las emociones de los médicos, sobre todo de los novicios, que ven la muerte como un desastre, y las enfermeras como una liberación o en términos de paz, plantean un problema en torno a la perspectiva de la muerte, sea esta negativa o positiva.

Una investigación en la que se analizó la muerte entre médicos de diferentes edades y diversos años de práctica, descubrieron que, sin importancia de la especialidad, los médicos más jóvenes y con menos experiencia eran quienes más le aterrorizaba la idea de tener que encontrarse con la muerte (A. C. Kane y Hogan, 1985).

Finalmente algunas reflexiones acerca de los moribundos por la Madre Teresa de Calcuta, nacida en la ciudad de Skopje, Albania, fundadora de la Orden Misioneras de la Caridad y Premio Nobel de la Paz, en 1979.

*«Los moribundos son los más pobres entre los pobres.
La suciedad y la pobreza asombran en una sociedad.
Hay que cuidar a los moribundos. Hay millones
y millones de personas en el mundo
sin medicamentos que soportan este sufrimiento.
Cuando recogemos un hombre hambriento
y le damos pan está bien, pero cuando
encontramos a un hombre solo,
esta es una pobreza muy grande.
Hay gente abandonada, descuidada, pero si
olvidamos a una persona envejecida,
ésta es la peor pobreza
de los países ricos».*

*Santa Madre de los Barrios Pobres.
Conferencia en Harvard,
en sus 300 años de aniversario.*

Toda esta información sobre los pacientes con enfermedades terminales está fundamentada en reportes médicos y el procedimiento casi en su totalidad está destinado para adultos que no quieren vivir con dolores insoportables y sin perspectivas de cura. Pero, ¿qué decir, si el asunto involucra a niños?

El tema de la vida y la muerte volvió en Holanda a ser noticia en el año 2005, al publicarse un estudio en la revista *Dutch Journal of Medicine* que indica que 22 bebés recién nacidos con enfermedades terminales murieron desde 1997 por los efectos de la eutanasia.

Por tal razón, la principal asociación de médicos holandeses ha propuesto al gobierno que cree una Junta independiente que examine la eutanasia para personas que padecen enfermedades terminales sin capacidad de decidir libremente su destino, incluyendo niños y pacientes en estado de coma irreversible, entre otros tipos de enfermos terminales

Y en el 2008, en Roma, se ha celebrado el *Congreso Internacional de la Academia para la Vida*, que este año se ha destinado a investigar los aprietos relacionados con el término de la existencia y la dolencia terminal.

La capacidad de decidir del paciente y su total responsabilidad: *“lo que él decida es lo que debe hacerse”*. La facultativa recalcó que es cierto que “la responsabilidad última hacia la salud y la vida propia la tiene uno mismo, pero para poder tomar una decisión responsable se necesita información.

Por lo tanto, “para que el paciente pueda ejercer bien esta responsabilidad necesita que el equipo sanitario le brinde una información comprensible, completa y adecuada”. También aportó sugestivas consideraciones referidas al contexto social que ha de ceñir al doliente en las fases terminales del padecimiento: *«Cuando uno sufre se ven afectadas todas las dimensiones y se experimenta una cierta soledad, pero cuando una persona se aproxima al final de su vida esto se multiplica, porque a los sufrimientos físicos se suma el dolor trascendental por aproximarse al fin de la vida y no saber qué viene después, cómo será este fin, si habrá dolor, si se estará acompañado o solo»*.⁷

Es muy valioso dar hábito a estos dolientes terminales ya que es posible que estén desolados, relegados o padezcan alguna penuria física o craneal es; por lo tanto, imperiosa una apropiada deferencia profiláctica fraternal y .solidaria.

También se debe subrayar el desamparo en el que vegetan los dolientes terminales en la cultura del bienestar en la que convivimos y que, por el plano inclinado, es una secuela peligrosa que conduce al individualismo a cerrarse en el propio mundo y a evadirse de la obligación de ayudar a quién lo precise.

⁷ Uno de las personalidades convocadas al evento fue Paulina Taboada, catedrática de la Universidad de Chile.

III. Método: La Eutanasia. Breve historia

Al igual que las enfermedades terminales caracterizadas porque la muerte es incurable, en la eutanasia la muerte se nos presenta sin la posibilidad de control. De acuerdo a esta perspectiva, tanto para una y otra, se constituye en esa posibilidad de regulación que la defunción no llegue cuando ella quiera, sino cuando el hombre la desee. Este es el fundamento de lo que vamos a tratar en ese apartado.

En el primer punto, hagamos un poco de historia sobre el origen y evolución de la eutanasia; en segundo lugar, la clasificación y las variables que comprende; en tercer lugar, los aspectos religiosos y, finalmente, en último lugar, los problemas legales relacionados con la eutanasia, así como la legislación comparada.

La palabra *eutanasia* no se usaba para designar la acción de “ayudar a morir”, sino que equivalía al *felici vel honesta morte mori*, término utilizado en la antigüedad Greco-Romana que traducido al castellano es igual que decir “morir con una muerte feliz y honesta”. El concepto hoy día es equivalente de muerte legalmente «*asistida*», y de muerte «*piadosa*».

Si bien desde Grecia antigua, el conocimiento acerca de la eutanasia, con figuras como Platón, en su obra *La República*, quien describió su estado ideal, afirmando que “*se debe dejar morir a los que no son sanos corporalmente*”; en el juramento hipocrático, Hipócrates, afirmó .que “*no se dará medicamento mortal por más que se lo soliciten*”. En este juramento hipocrático, la santidad de la persona y el verdadero bienestar del paciente es central, nadie puede asignar el valor al paciente porque él tiene valor inherente.

Sin embargo, se podría violar fácilmente esta ética ya que los médicos, no tienen sólo el poder para curar sino también para matar. Pero esa era la razón del juramento, no matar e incluso negarse a la propia demanda de un paciente.

Desde los tiempos remotos, cuando el hombre tuvo que luchar intensamente contra un medio hostil, su preocupación mayor fue la alimentación junto con la seguridad individual y el descanso. Los grupos humanos permanecían temporalmente en los lugares que les ofrecían los medios para alimentarse y los inválidos e incapacitados que no podían seguirlos en este deambular eran comúnmente eliminados o abandonados a su suerte. Los aborígenes de Panamá les administraban una pócima conteniendo estricnina, sustancia que a alta dosis produce paro respiratorio, a los enfermos que consideraban incurables, ancianos y a los inválidos. En la India, los brahmanes tenían la costumbre de matar o abandonar en la selva a los niños que después de dos meses de vida presentaban lo que parecían enfermedades incurables.

En las Sagradas Escrituras, se ilustra un ejemplo, es el narrado en el *Libro de los Reyes*, capítulo 24, aquel que dice que peleaban los filisteos e israelitas contra Saúl a quien

hirieron las flechas gravemente. Dijo entonces Saúl a su escudero: «*desenvaina tu espada y quítame la vida, para que no lleguen esos incircuncisos y me maten mofándose de mí*». Mas, su escudero no quiso hacerlo sobrecogido de temor. En esto Saúl desenvainó su espada y se arrojó sobre ella. Por mucho tiempo, en los ejércitos se ha hecho costumbre rematar al soldado gravemente herido, a veces apuñalándolo con un arma denominada *miser cordia*, que en extensión se agrega al arma principal, análogamente cuando a un herido se remata con un disparo, a éste se le llama tiro de gracia.

Es el Estoicismo, el que le da un relieve singular a todo el tema de la eutanasia. Suetonio presenta la vida de Augusto como un ideal para el sabio estoico, ya que según él, Augusto tuvo la suerte de tener una muerte suave, como siempre había deseado. Los estoicos inspirados por el ejemplo de la muerte de Sócrates, el cual aceptó beber cicuta, concebían la filosofía no sólo como el arte correcto de vivir, sino también como el arte de morir bien. En estas prácticas antiguas no hay un reconocimiento absoluto del valor de la vida humana, de la cual nadie puede disponer. Para el estoicismo, existen cinco motivos por los que el sabio se separa de la vida: para salvar a la patria, a los amigos, cuando se está agobiado por dolores demasiado crueles y en casos de mutilaciones o de enfermedades incurables.

El Cristianismo rechazó de plano tanto el suicidio como la eutanasia, y esto por un triple motivo: atenta contra el amor debido así mismo, atenta contra la sociedad y atenta contra el derecho exclusivo de Dios sobre la vida del hombre.

En Esparta los niños con malformaciones eran arrojados por el Monte Taijeto. Los bretones, por su lado, aniquilaban rutinariamente a los enfermos incurables, de la misma forma en que los hindúes ahogaban en el Ganges a los desahuciados.

David Hume: Refiere que si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al Todopoderoso, y fuese infringir el derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla.

Kant: Refiere que el suicidio es malo, porque viola los deberes y el respeto para consigo mismo. Frente a la eutanasia tiene en cuenta la potencialidad de ese ser humano que se quita la vida, las posibilidades de desarrollo de sus capacidades.

En el año 1516, Tomás Moro, se refiere al procedimiento eutanásico en su obra cumbre *Utopía*. En la misma se muestra partidario de la eutanasia en casos en que el enfermo sufriera dolores intolerables, esta privación de la vida se realizaría a través de un veneno o de la ausencia de ingestión de alimentos. Se pone en énfasis la libre elección de la muerte por parte del enfermo, aunque se requiere la sanción de las autoridades y sacerdotes para evitar los abusos que podrían seguirse.

El tema de la eutanasia se retomó de nuevo en el Renacimiento; fue Francis Bacon el que dio al término su significado actual: la aceleración de la muerte de un hombre enfermo.

Este utiliza el término en 1605 para hacer referencia a aquellas medidas encaminadas a transformar el episodio de la muerte en algo menos desagradable, al apoyar física y espiritualmente al enfermo.

Pero quizás el ejemplo más dramático del ejercicio eutanásico sea la Francia renacentista. Tal como describe el más grande cirujano del siglo XVI, Ambrosio Paré. Cuenta que entró a un establo y encontró cuatro soldados muertos y tres recostados contra la pared, con sus caras completamente desfiguradas, ciegos, sordos, mudos y con ropas humeando por la pólvora que los había quemado, un soldado viejo lo abordó y le preguntó si existía alguna forma de curarlos, a lo cual respondió que era imposible, entonces el soldado viejo se aproximó a los heridos y les cortó el cuello delicadamente y sin rabia, viendo esta cruel acción Ambrosio Paré le dijo que era un hombre perverso, y el respondió que si el hubiera sido el herido cualquiera de sus compañeros le habría prestado la misma suerte rápida, en lugar de dejarlo morir lánguida y miserablemente.

El uso de la anestesia, utilizada previamente por culturas antiguas, se debe al empuje de Hill Hickman, en París, en el año 1828, Morton y Warren en el 1846, en los Estados Unidos. En 1831 se descubre el cloroformo y se utiliza en Edimburgo en el año 1847. Los alemanes descubren el cloruro de estilo en el año 1848. En este mismo año se sugiere la utilización de la anestesia para aliviar las molestias de la agonía.

El primer tratado sobre la eutanasia fue escrito por el doctor William Mont en el siglo XIX. Precisamente a finales de este siglo cuando se utilizó el término para referirse a la acción misma de poner fin a la vida de un enfermo.

El siglo XIX se convertiría en la época en que se reanuda la polémica contra la eutanasia. Friedrich Nietzsche consideraba que había que aplicar tal práctica a los parásitos de la sociedad, a los enfermos que vegetan perezosamente. Su influjo será muy relevante en el nazismo, también influirá la obra de Carl Binding y Alfred Hoche, en la que se defiende la aplicación de la eutanasia a los enfermos incurables, a los irrecuperables y a los retrasados mentales. Ellos fueron los que difundieron el concepto de *vida sin valor*.

En el 1905, los nazis la ponen en ejercicio, cuando un tal Charles Norton vuelve a proponerla. En el año de 1939 se promulgó la ley nazi que hizo obligatoria la notificación de los niños nacidos con subnormalidad mental o minusvalías. Se calcula que una ley que pretendía la higiene racial sirvió para quitar la vida a 5,000 niños deficientes mediante inyecciones o privación de la alimentación. Más tarde se aplicó a los adultos con enfermedades mentales, para acabarlos, siendo una forma de eliminar a personas calificadas como enemigos políticos. Las cifras que se han dado de personas eutanásicas son escalofriantes, alcanzando la cantidad de 80,000 a 100,000 personas aproximadamente.

El programa original de eutanasia destinado a purificar la raza germana es una creación de ciertos médicos, no de Hitler. Este simplemente permitió el empleo de instrumentos que otros habían preparado.

La primera cámara de gas la diseñaron profesores de psiquiatría de doce importantes universidades de Alemania. Ellos seleccionaron a los pacientes y contemplaron como morían. Luego comenzaron a reducir los requisitos para los candidatos hasta que los hospitales psiquiátricos quedaron prácticamente vacíos. A estos psiquiatras se les unieron algunos pediatras, que en el año de 1939, empezaron a vaciar instituciones para niños discapacitados. Para el año de 1945, estos médicos se habían perfeccionado tanto que ya mataban a niños que mojaban la cama, a otros con orejas que no eran perfectas, y a aquellos con dificultades de aprendizaje.

En 1920 se publicó un libro titulado, *El permiso para destruir la vida indigna*, por Alfred Hoche, profesor de psiquiatría en la Universidad de Freiburg. Defendió en su libro a los pacientes que pedían ayuda de muerte, debían ser autorizados por un médico, bajo determinadas condiciones. Debían ser autorizados por tres expertos, el derecho del paciente para retirar su demanda en cualquier momento y la protección legal de los médicos que lo ayudarían a terminar con su vida.

Alfred Hoche explicó como la ayuda a la muerte era congruente con la ética médica más alta y esencialmente una solución compasiva a un problema doloroso. Se aplicaría a pacientes en coma, con daño cerebral, en algunas condiciones psiquiátricas, y en retraso mental. Sostenía que los beneficios a la sociedad serían grandes, el dinero previamente consagrado al cuidado de vidas sin sentido se encausaría a aquellos que más lo necesitaran. Los periódicos y películas se unieron formando la opinión del público alemán. El Ministerio de Justicia describió la propuesta como lo que haría posible para los médicos acabar con las torturas de pacientes incurables, en los intereses de verdadera humanidad, los ahorros redundarían en las personas alemanas si el dinero ya no se tira con el inválido, el incurable y aquellos en el umbral de vejez. El primer caso conocido de la aplicación de esta propuesta en ese momento aceptada involucró al bebé Knauer, el padre del niño pidió del propio Adolph Hitler que a su hijo se le permitiera la muerte porque él era ciego, con atraso mental, sin un brazo y una pierna. Hitler declinó el caso a su médico personal, Karl Brandt, y en el año de 1938 la demanda se concedió.

Durante los próximos meses, se establecieron los medios prácticos por los que podrían concederse tales muertes de misericordia a otros niños que no tenían ninguna perspectiva para la vida. El hospital Egefing-Haar, bajo la dirección de Hermann Pfannmuller, dejó sin alimentos a muchos de los niños inválidos a su cuidado hasta que ellos murieran de supuestas causas naturales. Otras instituciones siguieron el ejemplo, algunos privaron a sus pacientes pequeños de calor, en lugar de la falta de comida, a los médicos que no estaban de acuerdo con lo que se les pedía, le decían que ellos no los estaban matando, sino simplemente deteniendo el tratamiento y permitiendo que la naturaleza siguiera su curso. Con el tiempo Pfannmuller preparó *Hungerhauser* que es la inanición para el anciano. A finales de 1941, la eutanasia era simplemente rutina en los hospitales.

A finales de 1939 Hitler firmó una carta que decía: Reichleader Bouhler y el doctor Brandt se comisionaron para extender la autoridad de los médicos a fin de ser designados responsablemente para que pudieran conceder una *muerte de misericordia* a los pacientes que, según el juicio humano, están incurablemente enfermos conforme a la evaluación más crítica del estado de sus enfermedades. No se pidió que los médicos participaran, simplemente era cuestión privada entre el médico y su paciente o la familia si el paciente fuera incapaz de hablar. Brandt testifica en Nüremberg después de la guerra que el motivo era el deseo de ayudar a individuos que no podían ayudarse y podrían estar prolongando sus vidas en tormento, continúa diciendo que citar a Hipócrates hoy es proclamar que nunca debe darse veneno a los inválidos y las personas con gran dolor. Pero cualquier médico moderno que hace tan retórica esa declaración es un mentiroso o un hipócrita, ya que estaba abreviando la existencia torturada de tales criaturas infelices.

Los internistas ayudaron a vaciar los hogares para ancianos. Luego algunos médicos salieron a las calles, sacaron de sus hogares muchos ancianos, discapacitados y los mataron. Para el año 1945 estos médicos habían eliminado, incluso, a muchos veteranos de la Primera Guerra Mundial.

Pocas personas saben que los médicos que participaban en el Programa Alemán de Eutanasia lo hacían voluntariamente. Algunos abandonaron el programa sin que sufrieran represalias. Por supuesto que Hitler aprobaba todo e incluso ejercía presiones específicas, pero fueron los médicos que lo iniciaron. Hitler inspirándose en esto, después de la matanza enérgica de casi 300,000 alemanes varios considerados defectuosos, aprovechó sus cámaras de gases y procedió a la eliminación de las razas defectuosas. Así, destruyó una raza entera de gitanos, seis millones de judíos, y quizás casi todos los polacos y europeos que fueron capturados.

2. Concepto de eutanasia

Etimológicamente la palabra *eutanasia* es una voz griega compuesta por el vocablo *eu*, que significa bueno, dulce o bien, y *thanatos*, que significa, muerte, es decir, que eutanasia significa o se interpreta como “buena muerte”, “dulce morir” o “bien morir”.

Aún cabe una significación ética, porque es frecuente que la voz *eu* indique belleza, equivaliendo entonces a la “bella muerte”, la de los héroes y paladines de hermosas obras como serían los casos de Pletonio en Roma o Guarón, durante la colonización de La Española.

El término en cuestión significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal. El mismo paciente puede inducirse la muerte sin el conocimiento ni la cooperación de otras personas. Puede también ser provocada por otros a petición del enfermo, o con su consentimiento.

Conviene disipar en lo posible la confusión que existe en torno al término eutanasia. Por el cual se entiende, en el contexto deontológico, matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante gestos de apariencia médica, a pacientes que se dicen víctimas de sufrimientos insoportables o de incapacidades extremas, para liberarles a ellos de su penosa situación y, a la sociedad, de una carga inútil. Esta definición destaca los rasgos generales de matar premeditadamente, por razones y medios médicos de la eutanasia y hace irrelevante la distinción entre la forma activa de eutanasia, la provocada mediante la aplicación de un tratamiento letal, indoloro y la omisión, la causa por la omisión o suspensión deliberada de un cuidado necesario y eficaz, para la curación o la supervivencia.

Por la corriente evolutiva conceptual del vocablo eutanasia, y para la fijación de los límites de la lección presente, hay que distinguir entre técnica eutanásica y eutanasia. La eutanasia propiamente dicha es el supuesto derecho a matar, anticipándose a la llegada de la muerte, para suprimir, sin dolor, los sufrimientos de quien se halla afectado por enfermedad o lesión incurables. La técnica eutanásica no es más que la técnica de la muerte sin dolor, con independencia de que la persona a la que se aplica se halle o no aquejada por dolores insufribles.

En la *eutanasia* prima la intención de suprimir el sufrimiento por muerte indolora; y en la *técnica eutanásica* el método es por vía indolora producir la muerte. Esta distinción es fundamental, al objeto de poner cada cosa en su sitio y disipar la niebla que impide la precisión necesaria en un asunto tan decisivo.

En el año 1623, Bacon plantea que la *eutanasia* es el medio para escapar de las angustias de los últimos momentos de la vida y que la persona pueda morir con calma, sin dolor y con tranquilidad, de una manera digna. La doctrina más reciente ofrece multiplicidad de significados, todos coincidentes en la dulcificación del tránsito letal pero con dimensiones morales y jurídicas diferentes. Hay una acepción primaria, de mera dinámica formal, que es la de ayudar a morir, terminología ésta equiparable con la cooperación al suicidio.

A seguida, es necesario plantear que estos dos conceptos no tienen el mismo significado, coinciden únicamente en el elemento material por parte de la víctima, pero difiere o puede diferir en el elemento casual de la evitación de un dolor porque la muerte de un suicida puede ser acompañada, y lo es frecuentemente, de penosos sufrimientos, salvo sea en el asistido en cuyo caso el agente pasivo padece de enfermedad terminal. El suicidio puede revestir modalidades que no los presenta la eutanasia como es el suicidio por amor, entre otros.

La *eutanasia* es propiamente la acción, comisión, u omisión de hacer o accionar algo, generalmente producido por un médico tendente a causar la muerte a un enfermo terminal, con el fin de eliminar cualquier dolor o sufrimiento, contando con el consentimiento de dicho enfermo o de sus asistidos, es cooperar positivamente con cualquiera que pretenda su propia muerte o lograr su propósito.

Es decir, se diferencian ambos procedimientos en cuanto a la intención del sujeto activo y la situación del sujeto pasivo. Aunque lo común es que en el suicidio asistido, el médico suministre ayuda de muerte a un enfermo terminal.

Hagamos un alto y puntualicemos el concepto de suicidio puro y simple, éste es, la extinción de la vida autoprovocada; aunque no necesariamente en presencia de muerte inminente, porque la vida de él ha perdido la razón de ser o se ha hecho dolorosamente desesperante, a consideración del propio sujeto pasivo. La persona que atenta contra su vida está atravesando por una alteración del comportamiento, casi siempre depresiva y por lo regular de buen pronóstico a la terapia. En la declaración *Tura et Bona* sobre la eutanasia de fecha 5 mayo de 1980, Juan Pablo II refiere que hoy día el término se basa en la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y de la agonía, con el propósito de causar la muerte. Este es usado en sentido más estricto, con el significado de causar la muerte por piedad, con el fin de aliviar los últimos sufrimientos que padecen el paciente y los familiares. Finalmente, en el documento se expone un concepto de eutanasia por la acción u omisión que por naturaleza, o en la interacción de causar la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor.

Independientemente a los significados etimológicos de *euthanatos*, las definiciones son variables. Para el autor Eduardo López Azpiarte, la eutanasia en su sentido estricto sería «*la provocación directa y deliberada de la muerte del enfermo por piedad para acabar con una vida inútil; por tratarse de un anciano o persona anormal*».

En el manual de *Bioética general*, Aquilino Polaino ofrece la siguiente definición de eutanasia: «*muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre a causa de enfermedades graves, incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera liberada por el personal sanitario o la acción de cualquier persona con la ayuda del médico mediante fármacos o con la supresión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida, que en tales condiciones se valora como ya no digna de ser vivida*».

Mientras que M. Vidal⁸ plantea un concepto que incluye la *eutanasia agónica* según se trate de un enfermo terminal y de eutanasia social o eugenésica. Dentro de esta última se incluye a los niños subnormales, a los enfermos mentales y a los pacientes incurables. Para los nazis, los judíos eran pasibles de eutanasia por ser considerados parásitos y seres inferiores.

Jorge Ferrer, define la eutanasia por los medios empleados dividiéndola en eutanasia activa o positiva, entendida como «*acción deliberada a dar muerte y eutanasia pasiva o negativa asimilando la causa de la muerte a la omisión de los medios ordinarios necesarios para mantener la vida, por ejemplo la hidratación*».⁹

⁸ Susana M. Vidal. *Bioética. Estudios de bioética racional*. Editorial Tecnos, Madrid, 1989.

⁹ Jorge José Ferrer. *Fundamentos de bioética*. Sin año.

La Asociación Médica Mundial, en la ciudad de Madrid en octubre de 1987, definió la eutanasia como el «*acto deliberado por el cual el médico provee fin a la vida de un paciente ya sea por su propio requerimiento, o a petición de los familiares*». ¹⁰

Por su parte, en República Dominicana, el psiquiatra Nelson Moreno Ceballos la define como la «*acción de facilitar o provocar la muerte tranquila, dulce, fácil e indolora por motivo de piedad, a otra persona, quien la ha solicitado reiterada o voluntaria-mente*». ¹¹ En esta definición, su autor la matiza ofreciendo 12 tipos diferentes de eutanasia, entre las que se especifican los conceptos de: Eutanasia activa, activa indirecta, asistida, externa, involuntaria, legal, lenitiva, médica, pasiva, *strictus sensus*, psicoterapéutica y eutanasia voluntaria.

Gregorio del Vechio, idealiza la eutanasia y la considera *una actitud inspirada en la piedad de los hombres por los moribundos*.¹² El hombre de hoy dice el jurista italiano, huye del dolor como ciertamente huiría del dolor el hombre de ayer.

Conmovidos en lo profundo de su ser por la desgracia, algunos infligen a otros lo que se considera la muerte benéfica, la muerte buena, la muerte piadosa, como suelen llamar a esa forma de asistir al prójimo en momentos de sufrimiento y dolor.

Del campo médico sociológico nos llegan otras definiciones todavía más precisas, el doctor Dérobert citando a Littré (1842) afirma que por eutanasia puede entenderse «*la muerte dulce y sin sufrimiento que se da a los enfermos incurables, cuya evolución de la enfermedad es fatal y que están torturados por dolores físicos intolerables y persistentes que los medios terapéuticos no pueden atenuar*». ¹³

Otra definición bien aceptada es la del español Gonzalo Higuera, quien entiende por eutanasia *la práctica que procura la muerte, o mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo*.

Para distinguir a la eutanasia del simple homicidio o del asesinato, suele exigirse que el hecho de quitar la vida a otra persona tenga como finalidad la de poner término a sus sufrimientos y dolores o evitarle una vida indigna, procurándole una muerte pacífica y sin padecimientos. Esta matización no es en absoluto clara como luego veremos, por lo que es

¹⁰ Asociación Médica Mundial.

¹¹ Cfs. Moreno-Ceballos, Nelson. *Nomenclatura en Suicidología Clínica*. Editorial APAL, Perú. Edición de Presentación, República Dominicana, 2000.

¹² Gregorio del Vechio.

¹³ Émile Littré. *Obras Completas del Gran Hipócrates*. 1842.

preciso hacer hincapié en una serie de distinciones importantes. Una de esas distinciones es aquella que nos señala los elementos o condiciones que deben cumplirse para poder hablar de eutanasia en sentido estricto:

1. Debe tratarse de un paciente en estado agónico, de un moribundo. Si se tratara de un paciente crónicamente enfermo, pero a punto de morir, se podría hablar sólo de eutanasia en sentido amplio. La edad del paciente no aparece como un elemento de gran relevancia, aunque no se puede juzgar de modo igual la eutanasia de un niño con inusitados recursos y todo un futuro por delante, que la de un anciano naturalmente próximo a la muerte.

2. Otro aspecto básico lo constituye el motivo de misericordia, piedad o compasión ante los terribles dolores, y sus sufrimientos psíquicos graves no parecen relevantes. El motivo principal, de piedad, podría ir acompañado por otros motivos nobles y humanitarios, como la precaria situación económica de la familia del paciente. Otros motivos menos nobles como el orgullo o el motivo eugenésico anularían los atenuantes morales y jurídicos que generalmente acompaña a los casos de eutanasia.

3. Es importante también para que se dé la eutanasia en sentido estricto, la intención del agente de procurar abreviar la vida directamente. Para la discusión del tema va a ser significativo que el agente sea médico o el personal sanitario, el propio paciente, un paciente o un tercero, y aunque substancialmente la diferencia no resulte relevante para la eutanasia en sí, las repercusiones morales y jurídicas pueden ser importantes.

3. Tipos de eutanasia

Otra característica no menos importante es que se tome en consideración la voluntad de la persona que muere como distinción de tres tipos de eutanasia:

A. *La eutanasia voluntaria* que es aquella en la que una persona pone fin a su vida, bien sea directamente o rechazando el tratamiento. Pero también se consideran incluidos en la eutanasia voluntaria aquellos casos en los que las personas afectadas convencen a algún familiar, médico o amigo para que se la practique, o llegada la situación de inconsciencia, no permita el uso de sistemas auxiliares de apoyo.

B. *La eutanasia no voluntaria*, que también podemos llamar *avoluntaria*, en el sentido de que el sujeto no tiene posibilidad de expresar su voluntad. La decisión de la muerte no se toma, entonces, por parte de la persona afectada, sino por otra distinta, sin que se le haya solicitado previamente. Los casos de eutanasia no voluntaria suelen estar relacionados, en la mayoría de las ocasiones, con estado de inconsciencia total provocado por un coma que en un gran número de casos mantiene al individuo durante meses e incluso años en un estado semivegetativo.

C. La *eutanasia involuntaria o contravoluntaria*, donde la persona tiene voluntad para elegir entre la vida y la muerte, o no se le pregunta, a pesar de que manifiesta su opción por la vida, no se tiene en cuenta su decisión. De estos tres casos, el primero no plantea ningún conflicto con el derecho a la vida. Muy al contrario, en la eutanasia voluntaria se reconoce el derecho a la vida, precisamente en la posibilidad que tiene su titular de renunciar a él.

D. En la *eutanasia positiva*, activa o directa, los medios con los cuales se causa la muerte pueden coincidir todos en una intervención positiva, por ejemplo, en una sobredosis de píldoras conciliadoras del sueño o en otras clases de medicinas, o una inyección de cloruro de potasio, que causa de inmediato la muerte. A veces se usa el término dar una muerte piadosa para esta clase de intervención.

En la *eutanasia voluntaria positiva* no se le impone al paciente la muerte. En el fondo, esta clase de eutanasia es un suicidio o la cooperación con otros que lo cometen. Sin embargo, se trata de una clase especial de suicidio, ya que se comete tan sólo con miras a poner fin a dolores intolerables o una vida inútil.

Un ejemplo de eutanasia involuntaria pasiva fue la orden del tristemente célebre Adolph Hitler quien estableció la eutanasia eugenésica, en octubre de 1939. Más de 80,000 mil pacientes mentales de Alemania y Australia, epilépticos, débiles mentales y personas deformes, fueron ejecutados en cámara de gas entre 1940 y 1941. En un comienzo la ley se refirió en forma exclusiva a los niños pequeños, pero luego se elevó la edad.

Otro ejemplo de eutanasia involuntaria activa lo tenemos en Napoleón. En 1779 se dice que pidió a su médico militar aplicar la eutanasia a soldados infectados con enfermedades contagiosas para frenar su expansión.

Sócrates sostuvo que el hombre era propiedad de los dioses y que sería una injusticia destruir esta propiedad. Sin embargo, la necesidad imperiosa de morir, da a entender el permiso de los dioses para poner fin a la propia vida.

Eutanasia negativa, pasiva o indirecta, es omisión de un tratamiento eficaz, o sea, al hecho de no prolongar el proceso de morir por medio de máquinas o aparatos que mantienen la vida al paciente, como por ejemplo, el respirador artificial.

Si un paciente terminal, en buenas condiciones mentales, puede lícitamente rehusar un tratamiento inútil, las personas responsables de un paciente inepto mentalmente debe poseer tal derecho. En el caso de menores de edad, la práctica médica reconoce el derecho de los padres, a rehusar un tratamiento inútil. Sin embargo, en los Estados Unidos de América se han dado un buen número de casos en los que el hospital ha rechazado la decisión de los padres y ellos han recurrido a los jueces para obtener la autorización de un tratamiento. El caso de Karen Ann Quinlan cautivó atención mundial.

La señorita Quinlan, de 21 años, sufrió un colapso (por sobredosis de una mezcla de drogas y alcohol) y quedó en estado de coma el 15 de abril de 1975. No recuperó su estado de

conciencia y fue mantenida con vida mediante un aparato respirador y alimentación intravenosa por muchos meses. Dado que no se veía esperanza de su recuperación, sus padres solicitaron al hospital que retirara el respirador. Rehusada la solicitud por los médicos de la señorita Quinlan, los padres recurrieron al juez y le solicitaron autorización para retirar el respirador.

El Juez Muir Junior, de la Corte de New Jersey, el 10 de noviembre de 1975 negó la solicitud del padre de Karen. Este hizo la apelación a la Corte Suprema de New Jersey, la cual el 1° de abril de 1976 falló por unanimidad en el sentido de que podía retirarse el respirador. Se suspendió tal aparato pero Karen continuó respirando por su cuenta sin lograr salir de su estado de coma. Continuó así por largos y penosos años para sus padres y Karen murió finalmente en 1986.

Es preciso destacar que la mayoría de los partidarios de la aplicación de la eutanasia lo son en cuanto a que ésta debe ser voluntaria; es decir, que la persona en estado irreversible debe solicitar, o al menos acceder, en estado consciente y después de haber sido informado de su estado clínico, que le sea aplicada o en su defecto, que hubiera comunicado sus deseos a su familia, médico o a un amigo. Empero, se ha demostrado que frecuentemente la solicitud de ser privado de su existencia no es siempre un acto racional. Los padecimientos físicos y morales invariablemente trastornan al individuo y afectan su razón. En numerosos casos la información oportuna y el cuidado apropiado de un presunto suicida los lleva a desistir de su empeño. De acuerdo con un manual editado por la Asociación Médica de Washington (The Washington Medical Association), actualmente es posible controlar del 90 al 99 por ciento de los casos de dolor en los pacientes; lo que sucede, afirman, *es que el personal médico no está suficientemente informado o bien usa métodos anticuados en el tratamiento del dolor.*

Decisiones acerca de los tratamientos médicos y el final de la vida son más complicados hoy de lo que una vez fueron, más frecuentes y ampliamente debatidos que en el pasado. Se teme a la posibilidad de sobrellevar una agonía larga, una existencia precaria, devenir en carga familiar o social. Paradójicamente ese temor lo han generado en ciertas formas los recientes avances de la medicina y la tecnología médica capaces de prolongar la vida de un enfermo terminal o lo que es lo mismo, alargar el proceso de muerte a pacientes que en la misma circunstancias hubiesen muerto en el pasado desde las primeras etapas de su enfermedad o a raíz de accidentes mortales y que hoy continúan viviendo al precio de soportar la vida resultante; para algunos la sola perspectiva de vivir más tiempo es bienvenida, para otros la calidad de vida que pudiera resultar de un tratamiento de esa naturaleza los induce a dudar si se trata de un beneficio o de una calamidad. De allí la frecuencia de la renuncia voluntaria a esos procesos no curativos sino dilatorios del desenlace final.

Si bien, a merced de esos adelantos en la actualidad el promedio de vida es mayor y se han logrado controlar eficientemente muchas de las enfermedades que ante amenazaban la existencia, los procesos degenerativos de la vejez y la senilidad son hasta ahora inevitables

y han proporcionado la aparición de nuevos procedimientos y formas de vida precarias cuyos cuidados requieren recursos no siempre disponibles para hacerles frente, provocando situaciones que desembocan en los pensamientos de eutanasia o suicidio asistido.

El derecho a la vida frente a la eutanasia no voluntaria protege contra toda forma de muerte provocada con el fin de acortar sufrimientos, o de evitar una vida indigna. Tiene unos límites bastantes difusos y muchas veces puede confundirse con el tipo de homicidio, por ejemplo, o insufrible en los casos de la llamada eutanasia económica o eugenésica. En cualquier caso, el problema se plantea al afirmar el derecho de una persona a vivir, aunque se presuma que para él o para terceras personas esa vida sea indigna o insuficiente, cuando esa persona no pueda manifestar su deseo de vivir.

4. Variables de la eutanasia

Distanasia: Significa lo contrario a la eutanasia, o sea, es mantener la vida a como dé lugar, independientemente de las medidas, prolongando innecesariamente la agonía del enfermo terminal. Esta actitud terca y visceral es rechazada por el sentido común y también por el código deontológico médico; se considera una mala práctica, ya que alarga la agonía del paciente pero no permite ni salvar la vida ni mitigar su sufrimiento. La alternativa a la distanasia no es la eutanasia sino, sencillamente, la no adopción de estas medidas extraordinarias y fútiles.

Ortotanasia: Es el punto intermedio entre eutanasia y distanasia, vendría siendo como la aplicación de la terapia paliativa; sería la antidistanasia, ya que esta ni acorta la vida ni alarga artificialmente mediante medios extraordinarios o desproporcionados.

Eutanasia agónica: Supresión de la vida en un enfermo terminal o agónico, sustentado en la piedad; viene siendo la eutanasia más socorrida por los defensores de la práctica eutanásica;

Eutanasia eugenésica: Supresión de la vida de un feto o un niño; cuando se aplica en un feto o niño malformado o poseedor de una patología congénita.

Adistanasia: Omisión o retirada de medio extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal. Consiste en dejar morir en paz, como consecuencia de su enfermedad al paciente que no tiene esperanza de sobrevivir de un modo natural. Se contrapone a la distanasia, es decir, no es el no tomar esas medidas desproporcionadas que alargan sin sentido la vida del moribundo.

Eutanasia social: Eliminación física de una persona por diferencia de raza, credo, etc.

Suicidio médicamente asistido: Provocación de la muerte con ayuda médica o de otro salubrista.

Encarnizamiento terapéutico: Aplicación de toda terapia con el fin de mantener la vida sin ningún beneficio para el paciente, también se llama obstinación terapéutica;

La Conferencia Episcopal Española dice que la medicina paliativa es la que hace al médico un profesional que cuando no puede curar sabe aliviar, en atención al aforismo que dice: *cuando un médico no puede curar debe aliviar y si no puede aliviar, por lo menos debe consolar.*

Los componentes de una asistencia paliativa son:

I. Para el paciente:

- Mitigar el dolor con analgesia
- Aliviar el sufrimiento psíquico con mensajes de consuelo, solidaridad y seguridad
- Satisfacer las necesidades físicas: apagar la sed, saciar el hambre, garantizar confort, etc.
- Atención religiosa para los creyentes.

II. Para los parientes:

- Llevar la calma con mensajes e informaciones adecuadas
- Orientación y aliento en referencia moral y socioeconómica derivada del evento mortal.

Terapia ordinaria y extraordinaria para un paciente terminal:

Ordinaria:

- Analgesia
- Sedación suave
- Soluciones hidratantes
- Colectores de secreciones
- Oxigenoterapia
- Cuidado de enfermería, etc.

Extraordinaria:

- Hemodiálisis
- Cirugías extensas
- Medicamentos, última generación

- Trasplante de órgano
- Láserterapia
- Radioterapia
- Quimioterapia

Hallazgos clínicos que presenta un paciente catalogado terminal:

- Enfermedad causal de evolución progresiva
- Pronóstico de supervivencia inferior a 6 meses
- Estado general grave
- Insuficiencia de órgano, única o múltiple
- Ineficacia comprobada de los tratamientos cuales sean
- Ausencia de otros tratamientos efectivos
- Complicación irreversible de las funciones vitales.

5. La eutanasia en la actualidad

En nuestra época, el ejemplo más importante de eutanasia es Holanda. En consideración al envejecimiento progresivo de la población, debido a la prolongación de la vida en las personas mayores y a la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas e incurables, los holandeses han analizado muy cuidadosamente la aceptación de la muerte como una posibilidad real.

Así mismo, la confianza de la gente en sus médicos familiares y el planteamiento del problema entre la Asociación Médica Holandesa y el Tribunal Supremo holandés, ayudó a perfeccionar el documento conocido como la *Declaración Vital*, en donde se plantea la indefensión de la persona y el compromiso de su dignidad personal frente a una abrumadora tecnología que prolonga la vida en una forma absurda.

Esto se apoyó en encuestas públicas que demostraron que casi el 80% de la población holandesa se encontraba de acuerdo con la eutanasia en el año de 1993. Pero lo más contundente es el hecho de haberse notificado 1,424 casos de eutanasia, de los cuales 1,410 llegaron al denominado desistimiento por parte de la Fiscalía de La Haya. 14 casos fueron a juicio y resultaron completamente absueltos luego de la investigación preliminar.

6. La eutanasia en América

En nuestro continente el evento más reciente es el de la llamada *máquina de la muerte*. El doctor Jack Kevorkian, luego de mucho tiempo de estudio y experimentación animal, diseñó una máquina que contenía infusiones de barbitúricos, relajantes musculares y cloruro de potasio, que al ser activada por el mismo paciente, producía la muerte sin ningún tipo de dolor o molestia, en el lapso de seis minutos.

Una de sus primeras pacientes fue la señora Janeth Adkins, quien a sus cincuenta y cuatro años de edad y luego de haber recibido la noticia de una enfermedad incurable, decidió poner fin a sus días con la máquina del doctor Kevorkian, eximiéndolo por escrito de toda responsabilidad. El caso fue juzgado en la Corte del Estado de Michigan, la que exoneró de cualquier cargo criminal al inventor de la máquina, a lo que luego siguió la promulgación de la *Ley de Autodeterminación del Paciente*, la que incluye los derechos del paciente a morir dignamente.

En el siglo XX es cuando la polémica adquiere mayor fuerza, pues es en el año de 1938 cuando se forma simultáneamente en Inglaterra y Nueva York la primera sociedad a favor de la eutanasia que posteriormente en 1988 cambió de nombre a *Asociación Pro-derecho a Morir*, extendiéndose dichas asociaciones en Australia, Alemania, Japón, China, Filipinas, Israel y otros países.

La razón la podemos encontrar en el avance tan enorme que han sufrido las llamadas tecnologías aplicadas a las ciencias y que han originado, como es evidente, una gran transformación en el pensamiento humano. El uso de alta tecnología utilizada en el campo de la medicina ha incrementado la esperanza y la calidad de vida en pacientes que, no muchos tiempos atrás, hubieran perdido toda posibilidad de vivir. Sin embargo, toda espada tiene su doble filo. Unido a este incremento en las expectativas de vida, aparece también la triste realidad de la situación de muchos enfermos que son obligados a vivir en condiciones inhumanas. Enfermos terminales unidos a tubos, máquinas y enchufes, sometidos a tratamientos químicos a veces inútiles y vejatorios, han revitalizado la polémica.