

FRENTE A LA EUTANASIA

PROCESO PERSONAL EN DIEZ ETAPAS

SAÚL SANTOYO TÉLLEZ*

PRELIMINARES

Existen diferentes variedades de eutanasia, con sus correspondientes perspectivas éticas. Me refiero específicamente a una de ellas —la permitida actualmente en Colombia—, como una de las opciones disponibles, en pacientes con enfermedad en fase terminal, sufrimiento refractario y voluntad de morir, y a las diferentes etapas —sucesivas o trasladadas— que explican mi proceso vivido y mi postura actual frente al tema.

En este artículo, *eutanasia* significa pues la *muerte deliberada de un enfermo, de acuerdo a su propia voluntad, motivada estrictamente en consideraciones de piedad, respeto y dignidad humanas, con la única intención de aliviar sus sufrimientos —refractarios, insoportables e innecesarios—, resultantes de estado terminal.*

Además de restringirme a la modalidad que exige la *voluntad* del enfermo —resultante de un proceso reflexivo considerado suficiente— debo advertir que hay otras exigencias implícitas y que considero

* Médico ginecobstetra, Universidad Nacional de Colombia. Asesor médico, Fundación pro Derecho a Morir Dignamente. Miembro del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos, ICEB. Profesor de bioética, facultad de medicina, Universidad Antonio Nariño.

condiciones *sine qua non* : el *conocimiento informado*, la *decisión electiva* —el paciente ha tomado en cuenta previamente sus diferentes opciones de tratamiento y las distintas maneras de morir—, la *libertad* —sin coacción— y la *autonomía*, es decir, la decisión final se ajusta a su propia concepción ética y escala de valores.

Las subsecuentes variedades con sus diferentes terminologías, dentro de la delimitación citada, referidas a quien ejecuta la acción —el paciente o su delegado— o si la muerte sobreviene por aplicación de sustancias letales u omisión de medidas de soporte vital o de tratamiento, las considero por completo secundarias e irrelevantes.

1. PUNTO DE PARTIDA : LA CONCIENCIA "BIEN FORMADA" O LA CONCIENCIA "PREFORMADA"

El proceso de heteroestructuración de mi sistema ético-moral se inicia —como el de la mayoría de los colombianos de mi generación— en la niñez temprana, obedeciendo a improntas culturales, sociales, hogareñas y, especialmente, religiosas.

Como integrante de un clan de extracción agraria, amo la vida en todas sus manifestaciones. La cultura de intolerancia política y la violencia concomitante de los años cincuenta, contrasta con el ambiente familiar de respeto a las ideas políticas contrarias a la vida, propia y ajena. En cuanto a la ética

—católica y conservadora— hay verticalidad y dogmatismo.

La religión católica me llega prácticamente con el tetero. En el canto de la abuela accedo al símbolo de la cruz, a las primeras oraciones, a los diez mandamientos. Aprendo las primeras letras en el catecismo del padre Astete. Seguidamente, la preparación, con todas las de la ley, primera y subsecuentes comuniones, vida de monaguillo y sueños de sacerdocio, de médico y de bombero.

Es un pequeño libro, la *Historia Sagrada*. Allí en el monte Sinaí, entre rayos y centellas, veo a Moisés y sus Tablas de la Ley. Algunos mandamientos, a mi edad, son incomprensibles —como el de *no fornicar*—, pero el quinto es claro y taxativo —*no matar*—, sin atenuantes ni excepciones. Se ajusta a los valores del hogar. Hasta bien entrada la etapa adulta soy una especie de “santico” o modelo, que discute con quien critica a la iglesia católica, a sus religiosos, a sus mandamientos y preceptos.

2. EXPERIMENTAR EL INSTINTO DE VIDA, EL HORROR A LA MUERTE Y LAS PRIMERAS DICOTOMÍAS

Hay en mí una fuerza instintiva que aprecia la vida, la misma que se aterroriza con su ausencia. Me impresionan el aleteo de la gallina con el cuello roto, la vena abierta del toro, el chillido del marrano: procesos crueles antes de pasar al plato. También las

presas de los cazadores: cuando oigo la cacería, ruego por que se escape el perseguido. En las "corridas", voy por el toro; en las peleas de gallos, por que se acaben.

Todas estas muertes obedecen solo a las motivaciones de beneficio, a los principios pragmático-utilitarios o del placer. Los animales son sacrificados sin tener en cuenta los sufrimientos impartidos. Tan solo el punto de vista del verdugo, del aficionado, del apostador, del cazador.

Me impresiona igualmente el tiro de revólver que acaba con la vida del caballo de la pata rota ; con la del can sufriende y postrado ; con la del burro viejo y enfermo. Muertes que los adultos justifican como piadosas en atención a las condiciones degradantes a que ha llegado la vida de estos animales. Cuando he sido yo quien ha estado ligado afectivamente a ellos, y sus sufrimientos no me son por tanto ajenos, comienzo a comprender.

En cambio, aquel pobre leñador —a quien un inmenso tronco ha partido una pierna— agoniza y muere entre alaridos de angustia y espanto sin que nadie ose acortar sus sufrimientos. El quinto mandamiento rige pues sólo entre humanos. Sin embargo, en los mismos textos religiosos comienzo a encontrar las excepciones. Dios introduce la muerte como castigo al pecado original; el patriarca con el cuchillo en alto —por mandato y prueba de obe-

diencia a Dios— está dispuesto a sacrificar a su hijo; los cristianos prefieren morir en el coliseo romano, antes que abjurar de su fe; hay "guerras santas", "guerras religiosas", y por último, la Inquisición.

También se permite matar por causas seculares de índole legal y política: el castigo de la sociedad por delitos cometidos, como el escarmiento de Antonio Galán, el comunero; las guerras —limitadas o mundiales— entre naciones, por motivaciones políticas y económicas; los genocidios de Hiroshima y Nagasaki, donde mueren miles de civiles inocentes para acelerar el final de la gran guerra y "evitar sacrificios de combatientes norteamericanos en los combates que se harían necesarios para doblegar al ejército japonés"; el bombardeo de serbia se justifica en la defensa de los derechos humanos de los kosovares: la muerte de civiles inocentes se considera tan sólo "un error lamentable" o "un daño colateral". Todavía hay guerras justas, ¿y por cuánto tiempo más?

En cambio, la muerte de seres humanos por piedad, no clasifica en alguna de las excepciones religiosas, políticas y legales.

3. *EXPERIMENTAR UNA PULSIÓN DESCONOCIDA: MATAR POR PIEDAD*

El grupo, antes expectante y ansioso, se alborota al iniciarse el proceso. La hoja del bisturí incide

longitudinalmente en el amplio abdomen y pronto pueden apreciarse las vísceras protruyendo desordenadamente. Se agita... hay necesidad de inmovilizarlo mejor. Los estudiantes toman atenta nota de las enseñanzas del instructor. El proceso se repite en la pared torácica que, al ser abierta, muestra aquella bola de carne saltando aceleradamente, situada entre dos sacos espumosos y rosados que se llenan y vacían acompasadamente. Crece la agitación por todas partes: en el organismo del infeliz, en el grupo y en mi mente.

No puedo soportarlo más. Es una vivisección espantosa y pido para él la muerte piadosa. Comprendo que soy un bicho raro en el grupo cuando todos me miran aterrados y preguntan qué me pasa. Otros se burlan de mí. Sólo después de largos minutos, todos acceden. Al fin y al cabo, se trata de un proceso ya irreversible en donde no tiene sentido el sufrimiento en aras de nuestro propio interés. Se debe dar término a aquella vida degradada debido a nuestra experimentación.

Tengo doce años y estoy en el laboratorio de biología. Pero al grupo le aterra más causar la muerte que producir y/o presenciar —inmutable— el sufrimiento. Quien pidió matar por compasión debe hacerlo, me dicen. Tengo sólo doce años... pero procedo, simplemente acelerando el proceso.

Aún muerto aquel pobre sapo, me impresiona la persistencia de sus reflejos medulares.

4. LA FORMACIÓN MÉDICA: VOCACIÓN, PARADIGMA, UTOPIA, HEROÍSMO Y FRUSTRACIÓN

La formación médica me marca como soldado preparado para enfrentar en mil batallas a la enfermedad, al sufrimiento y, especialmente, a la muerte. Esta última es sentida o criticada en el gremio médico como error, o como fracaso. Ninguno de nosotros quiere "que se le muera" su paciente, independientemente del estado en que él se encuentre. En esta etapa, hay mas enfermedad que enfermo.

No puedo evitar —es parte de mi vocación altruista— el ligarme emocionalmente al paciente, aprender a quererlo, a luchar sin descanso para no verle sufrir o morir. *Betsabé**, es un caso paradigmático. Es su tercer reingreso hospitalario en el último mes y es mi paciente como estudiante de medicina interna. Su corazón, y por tanto ella, son terminales. Lo dicen los expertos.

He aprendido a quererla en su abatido estado, en lo que fue y aún resta de ella. Confía en nosotros y no quiere morir. El instructor da una esperanza: se comienza a ensayar la administración endovenosa de algunas drogas en forma continua para tratamientos de grave falla cardíaca. Hay motivos de sobra para mí, soñador y aprendiz de médico.

* Todos los nombres de pacientes mencionados en este artículo son ficticios, no así sus circunstancias.

Lidero un grupo de voluntarios que durante un mes permanece continuamente al lado de Betsabé. Se trata de un monitoreo clínico y de una empresa más humanitaria que científica, altruista y agotadora. Estamos en 1974, no existen instrumentos electrónicos, ni bombas de infusión. Mantenemos viva y "bien" a nuestra paciente estrella, quien se muestra feliz, a pesar de estar amarrada a aquel tubo en su vena, a aquella droga y a nosotros. Pero termina nuestra rotación... y nadie quiere continuar. No se dan razones médicas para desistir, que quizá son muchas y de peso. Tan sólo que "demanda mucho esfuerzo y no hay mas voluntarios". Pasan solo dos días... al regresar no encuentro a Betsabé en su lecho. En el anfiteatro me muestran su órgano enfermo, me enseñan sobre él, y de él aprendo. Muy cerca, un letrado frío, como la enseñanza que pretende transmitir : "éste es un lugar en donde los muertos se complacen en enseñar a los vivos".

Durante mi formación académica, todos los pacientes me manifiestan su angustia de sufrir y su miedo de morir —no hay ninguno que quiera hacerlo—. Quizá no escucho bien que hay otras voces, o no estoy suficientemente presente en su proceso de enfermedad y sufrimiento, o ninguno de ellos —en este tiempo—, se concibe al médico como alguien que puede ayudarles a morir.

5. *LA PULSIÓN DE "MATAR POR PIEDAD" REGRESA, NO SABE DE TAXONOMÍA, Y ES PUESTA BAJO CONTROL*

Soy médico residente en obstetricia. Aquel recién nacido que está frente a mí... Tiene defectos amplios en su pared torácica y abdominal a través de los cuales se aprecian con facilidad sus vísceras. Respira con dificultad, es de un color azulado, y muestra defectos adicionales en su cara y extremidades.

Siento vértigo —vacilo entre el horror y la compasión— y experimento, de nuevo, con fuerza, aquel impulso instintivo de dar término al sufrimiento. Esta pulsión, su reconocimiento, me espanta. Ni este pobre recién nacido es un sapo, ni soy ahora un niño en práctica de biología. Soy un adulto, católico, conservador y médico. Doy la espalda y llamo a otros para que enfrenten la situación. La disculpa de la especialidad me sirve de consuelo. Este bebé que conmueve a sus padres es declarado inoperable y muere pocos días después, debido al proceso natural de sus problemas.

6. *COMPROMETERSE COMO MÉDICO CATÓLICO*

Como obstetra, trabajo ahora en diferentes instituciones de salud. Algunas de ellas regidas por comunidades religiosas católicas. Encuentro espacios y oportunidades concretas para vivir, profundizar y plasmar en la práctica aquella religiosidad tan enraizada.

Las conferencias y encuentros sobre la vida, la enfermedad y la muerte, son acá frecuentes. Reacciono cual cruzado contra el infiel o "débil moral" que manifiesta que existen circunstancias en que el valor de la vida se puede colocar entre comillas, relativizándolo frente a otras circunstancias gravosas y atenuantes. Estudio las encíclicas papales relacionadas con los temas de la vida y el sufrimiento. Aun cuando las percibo despegadas de lo terrenal —o quizá por eso— las aprecio y acojo con respeto. Algunos se refieren a mí como al "niño de las monjas", "Saulo" o el "obispo laico".

Participo en el Movimiento Pastoral de la Salud en las parroquias bogotanas. De sus líderes, sacerdotes italianos, aprendo conceptos claves —no recibidos durante mi formación académica— tales como *dimensiones del ser humano, ser humano integral, vida material y trascendente. En especial, el sufrimiento como pena-carga-valor, como oportunidad de crecimiento, como lugar de acción solidaria e integral*. Allí, en secreto, se admite a veces que aquello del "valor redentor del sufrimiento", es un concepto meramente teológico, por demás inasible, unilateral y complicado. El fuerte, el leitmotiv es "no hablar tanto de Dios sino hacerlo presente a través de nuestra presencia humanitaria y caritativa". Y, por supuesto, se insiste en abandonar el discurso aquel del "sufrimiento como castigo de los pecados del doliente o de sus antepasados".

7. EL CONTACTO CON LA REALIDAD, SUS VARIABLES Y NUEVAS DICOTOMÍAS, QUE OBLIGAN A LA REFLEXIÓN

El médico visita a *Margarita**, una familiar muy querida. Antes era bella; ahora yace allí en posición fetal. Los opiáceos que le han suministrado para controlar su dolor, —en dosis cada vez más elevadas— han logrado suprimirlo, pero han obnubilado su conciencia. Le habla, la toca y le acaricia su cabello. Le moviliza partes de su cuerpo. No responde. Es sólo piel, cráneo y huesos. Y, por supuesto, corazón y pulmones... está "viviendo".

Se encuentra al final de una larga lucha de cuatro años contra el cáncer. En unas horas, Margarita recuperará al estado de conciencia —y con él regresarán el dolor y el sufrimiento— y se repetirá el proceso, cada vez mas común en los últimos dos meses. Dentro de uno o dos más, morirá. Hace ya cuatro meses que impartió las últimas instrucciones y consejos a sus hijos y manifestó a su esposo haber recibido aquella llamada de mujer que la insultaba e invitaba a morir para ocupar ella su puesto. Y le ha dejado en libertad, esto ya no agrava su sufrimiento. El desapego a la vida es ya total, está lista para la partida. Los demás, no.

* Los casos acá citados fueron conocidos —en diferentes épocas y lugares— por el autor de este artículo, de manera directa o indirecta a través del testimonio de otros. La ubicación espacio temporal se deja abierta a la imaginación del lector y constituirá su propia especulación, reflexión o arrepentimiento.

Esther, una religiosa, acude al médico para que la intervenga de un cáncer de ovario avanzado. Sus principales molestias ahora son el dolor y la dificultad para respirar, debido al exagerado volumen abdominal. Adicionalmente, su corazón presenta deterioro grave que demanda un marcapaso y ella no lo acepta. Aún a sabiendas del riesgo de muerte por esta circunstancia, incluso más amenazante a corto plazo que el mismo cáncer.

La cirugía —prolongada y difícil— es finalmente exitosa, pero Esther se complica del corazón pocos días después, debido a la ausencia del marcapaso, no obstante haberle insistido en su utilidad y beneficio. Tampoco acepta ser llevada a cuidados intensivos; recibe oxígeno solamente y rechaza toda droga que comprometa su estado de conciencia. Durante la agonía —cuatro largas horas en las cuales su médico está presente como resignado compañero— se muestra angustiada y aferrada a un crucifijo que es toda su esperanza.

Luis —sacerdote católico y autoridad en ética— durante una conferencia sobre eutanasia, afirma que, cuando el paciente y su familia no tienen con qué pagar los costos de un respirador —indispensable para mantener la vida—, éste se puede retirar.

Pedro, un hombre, a quien se le ha instalado un respirador de urgencia, se muestra luego dependiente del mismo, dada su avanzada enfermedad pulmonar.

Ya se ha recuperado, está consciente "y bien"; pero la estadía se prolonga y su familia no podrá hacer frente a los costos. Un sacerdote especializado en ética transmite a los médicos intensivistas la autorización —de la familia y de la moral— para retirar el respirador. Los médicos se niegan a hacerlo y mas bien invitan al sacerdote a visitar al enfermo. Lo encuentra cómodamente instalado, leyendo una revista. El paciente es finalmente "dado de alta": intubado, con una bala de oxígeno y un ventilador manual.

Es un neonato mongólico, aún *sin nombre*, con agenesia del recto. Sus padres se niegan a autorizar la cirugía que evitaría la obstrucción intestinal, conociendo ellos —quizá queriendo— la muerte que sobrevendría inevitablemente. El comité de ética institucional se muestra indignado por la posición "antiética" e inhumana de los padres. Les envía el sacerdote y luego, al no poder hacerlos entrar en razón, amenaza con demandarlos ante la autoridad correspondiente. Un médico católico propone entusiasmado una alternativa que en el momento considera apropiada al grupo, creativa, efectiva y salvadora: un grupo médico, multi-institucional-voluntario-y-caritativo intervendrá al neonato sin ningún costo. La "loca, imprudente e improcedente" propuesta no es aceptada...el bebé es "dado de alta".

Sebastián está pendiente del resultado de patología luego del procedimiento que le ha sido practicado. Su médico entra a la habitación, le informa del

diagnóstico de cáncer, del pronóstico y alternativas de tratamiento. Al salir el galeno, el paciente toma un revólver y se suicida.

Helena, luego de completar su tratamiento en un centro de cancerología, entra en la fase terminal de su enfermedad y su sufrimiento es atroz. Ha dejado el catolicismo, ahora pertenece a una iglesia cristiana. Lo mismo hacen sus familiares mas cercanos, excepto una de sus hermanas —la más comprometida en la atención a la enferma— quien recibe fuerte presión familiar. La sanación de la enferma depende sólo de su conversión. Esta hermana está convencida de su religión y además no cree que el cambiarla aporte realmente al bienestar, ni mucho menos a la curación de su hermana. Pregunta mas bien por la posibilidad de eutanasia.

María, su estado de salud se ha complicado de una cirugía laparoscópica y su corazón —ya debilitado anteriormente— no aguanta más. Estando en la unidad de cuidados intensivos, presenta paro cardíaco. La reanimación ha durado veinte minutos y los médicos van a instalar un respirador. Los familiares piden no hacerlo, dada la alta probabilidad de lesión cerebral. Los médicos acceden. María continúa en coma, pero respira espontáneamente, recibiendo oxígeno por cánula nasal.

La familia experimenta sentimientos de culpa, reconsidera la decisión y pide ahora a los médicos

que procedan a hacer "todo lo necesario". Se instala el respirador. Al día siguiente, el diagnóstico neurológico es claro: lesión cerebral severa, coma probablemente irreversible, pronóstico grave. La familia se preocupa, ¿cuánto tiempo durará con el respirador?. ¿Si finalmente no hay recuperación, se podrá pedir que se retire el aparato?. María entra en nuevo paro cardíaco. No hay maniobras de resucitación a petición de la familia. El médico no accede a desconectar el respirador sino hasta cuando aparecen las livideces cadavéricas, no obstante que desde dos horas antes el electrocardiograma muestra aplanamiento total.

8. RECONOCER LA DIVERSIDAD: LA ÉTICA NO ES UNA NI DOGMÁTICA

Ahora, soy miembro activo de dos institutos de bioética en donde —más por inercia que por verdadera convicción— continúo defendiendo mi posición personal de rechazo absoluto a la eutanasia. Pero —y por primera vez en la vida, pues es el *modus operandi*— debo escuchar, exponer y confrontar mis argumentos con los propios de posiciones contrarias. Al igual que Colón, que encontró monstruos en "Catay", yo encontré los anunciados, temidos y esperados. Son verdaderos "monstruos culturales": ateos los unos, agnósticos los otros; identifico al partidario del aborto y a algunos que no se aterrorizan con la eutanasia, incluyéndola dentro de las opciones de Muerte Digna.

A veces se me alborota la época de cruzado y les combato. Esta vez, no hay posiciones de autoridad. Mis armas y las suyas son las mismas: los hechos científicos, la religión ideal y la religión real, las circunstancias humanas, los sistemas éticos, la argumentación racional, la escucha atenta y el respeto de las opiniones contrarias. "El otro", "el diferente" —quien defiende posiciones contrarias que llevan a la confrontación inevitable con las experiencias propias y ajenas anteriormente descritas— comienza a dejar de ser un "monstruo cultural". El contrario no sólo es con frecuencia convincente, sino que sus pronunciamientos responden a su propia visión, buena fe, formación, sentimiento y experiencia.

Amplíe mis conocimientos y horizontes éticos. Exploro los diferentes sistemas éticos y encuentro que ninguno de ellos ofrece respuestas únicas y dogmáticas aplicables a todos los casos. En muchas ocasiones se requiere una combinación de ellos para conformar un sistema decisonal adecuado, verdaderamente ético. Considero que —en casos concretos, en experiencias de vida indigna y sufrimiento— el fin a veces justifica los medios y que estos —con lamentable frecuencia— suelen desviarse del verdadero fin ético. Sacrificar los fines o los medios es, en ocasiones, no sólo necesario sino ético.

He aprendido que los eticistas y moralistas católicos —sacerdotes o laicos— no mantienen todos una posición monolítica y que algunos de ellos

han sido sancionados por el magisterio. Me intereso en particular por sus obras. No todo es blanco o negro, existen las tonalidades grises. Hay también mucha distancia —quizá demasiada— entre el púlpito y el confesionario. Entre lo que dice el sacerdote-teólogo-eticista en privado y lo que se atreve a sostener en público. Entre su palabra y su escrito.

En internet encuentro una amplia información sobre el tema de la eutanasia, desde puntos de vista totalmente antagónicos. Un médico sobresale, el doctor Jack Kevorkian, impulsor de una modalidad específica de eutanasia, el suicidio asistido. Para muchos, es un médico loco y un frío asesino; para otros, un personaje inquieto y combativo que lucha heroicamente por desenmascarar las inconsistencias de la sociedad, los poderes —autoritarios, dogmáticos e hipócritas— y el monismo cultural. Es imprescindible acercarme directamente a sus escritos. En ellos encuentro argumentos que, de alguna manera, continúan erosionando mi absolutismo ético-religioso-médico.

9. *EN UN GRUPO DE ATENCIÓN A ENFERMOS TERMINALES*

Luego, paso a ser médico participante en un grupo de cuidados paliativos para pacientes terminales. Más fracasos que éxitos. La vida se prolonga, pero no siempre se alivia el sufrimiento, que en muchas ocasiones persiste —recalcitrante— no obstante el control del dolor. Cada vez se presentan nuevas

complicaciones y nuevos retos, difíciles o imposibles de afrontar. El dolor ya no es problema, lo es el sufrimiento. Decir que el sufrimiento ya no es sólo físico —sino de tipo intelectual, psicológico, espiritual y social— no es tan importante como reconocer que es individual, por tanto difícilmente cuantificable y poco modificable por nosotros. Frecuentemente nuestras acciones dirigidas a mitigarlo, alivian y responden más a nuestras creencias, expectativas y necesidades, que a las de los propios enfermos.

Tengo contacto real con la pulsión de muerte que describen los textos como propia de estos enfermos : un desprendimiento de las capas sucesivas resultantes de su experiencia acumulada de vida, un recogimiento interior, una renuncia total, una regresión o retorno al lecho materno, a la madre tierra, a la madre nada.

Ahora sí escucho las voces que manifiestan el deseo de morir, su rechazo a continuar viviendo en circunstancias penosas, incluso su solicitud de muerte. En mi experiencia con estos enfermos, encuentro que las diferencias taxativas entre cuidados paliativos, distanasia y eutanasia son claras en los textos, pero borrosas en la realidad de los casos concretos. Y que el término *ortotanasia* es escapista o ingenuo. O refleja la tendencia a acudir a nuevas palabras como si ellas pudieran eludir las realidades, los contextos, los hechos.

El grupo tratante, la familia, y en ocasiones el propio paciente, invierten grandes energías, hacen múltiples y grandes apuestas —religiosas, intelectuales, profesionales, éticas, emocionales— que, a la postre, resultan no solo fallidas o frustrantes, sino que se convierten en penosas cargas adicionales para el propio enfermo.

Pedro fue un roble. Ahora, tras ochenta años de vida plena, es enfermo terminal, debido al cáncer. Está consciente y con él puedo conversar horas enteras, reír, disfrutar de las memorias gratas del pasado. Con frecuencia llora: no puede sostenerse en pie, está obligado a usar pañales.

Cada vez le sobrevienen infecciones de progresiva severidad. ¿Cómo no tratarlas? En principio, no hay limitaciones económicas, la familia participa plenamente en el tratamiento integral. Escalones en ascenso. Para gérmenes más violentos, más órganos importantes afectados, más gastos y más difíciles y prolongados tratamientos. ¿Cuándo detenerse?. ¿Cuál de esas infecciones es la portadora de la "buena muerte"? En los intervalos de recuperación, hay fugaces momentos de alegría, de ilusión y de agradecimiento.

La familia duda: alguien propone cesar los tratamientos, otros quieren continuar, aquel otro pregunta por la eutanasia. Crece el calor humano pero la enfermedad avanza. Convulsiones refractarias que obligan a administración continua endovenosa de

medicamentos para controlarlas. Experimenta hambre, pero las dificultades para tragar exigen otras vías. Luego, una tempestad allí dentro del cráneo: sobreviene la parálisis ¡qué horror! respeta la conciencia. El sufrimiento, del paciente y del grupo se hace cada vez mayor. Por último —al fin— la inconsciencia y la espera paciente, larga e interminable de la “muerte amiga”.

Un campesino que no sabe ni de medicina, ni de eutanasia, pero sí de mitos locales, ofrece su aporte para aliviar el estado de don Pedro: unas pocas gotas de leche de mujer recién parida, colocadas en sus labios, darán término a su sufrimiento. Y lo dan.

10. SABER DE OTROS CONVERSOS Y RECONOCER LOS GRANDES PODERES QUE COACCIONAN LA LIBERTAD DE ELEGIR

Años después una colega me facilita una obra escrita por Timothy Quill. Se trata de un médico norteamericano, especialista en medicina interna, compasivo, y de altas calidades humanas y éticas. Luego de años de experiencia en el área del cuidado paliativo, a través del recuento de casos dramáticos, considera que la terapia paliativa constituye una alternativa exitosa en muchos casos, pero que ella es definitivamente frustrante en otros. Admite un espacio potencial, opcional —incluso personal— para la eutanasia. Mi experiencia, por supuesto mas corta y limitada, es ya suficiente. Concuero plenamente con su posición.

Existen grandes poderes que coaccionan la libertad de un enfermo terminal que sufre en condiciones de indignidad, para elegir libremente el momento y la manera de morir: la cultura, la ley, la iglesia, los médicos, las instituciones de salud, y la propia familia. Ellos condenan a todos los enfermos terminales en sufrimiento a una de estas vías: distanasia o cuidados paliativos. Si el enfermo desea mas bien la eutanasia, ante la oposición y falta de colaboración de los grandes poderes, tiene que recurrir a procedimientos brutales: la pistola, el abismo, el veneno...

Los dos primeros poderes citados —la cultura y la ley— están dando muestras puntuales de cambio, en países aislados, entre ellos el nuestro. En nuestro país, la Corte Constitucional ha abierto una opción —antes inexistente— para la eutanasia, por medio de una sentencia polémica, aún en espera de ser reglamentada.

La iglesia católica no es tan absolutista en el tema como muchos ignorantes creen. En el catecismo católico se encuentran autorizaciones que, en la clasificación internacionalmente aceptada, y a mi juicio, corresponden a variedades de eutanasia. Pero se resiste a emplear esta palabra maldita, pues se la ha combatido durante mucho tiempo. Quizá sean —de todas maneras y al menos— los primeros pasos.

El magisterio católico, en la persona del Papa, ha presentado públicamente reconocimiento de sus culpas históricas y del pecado cometido en la persona de Giordanno Bruno y muchos más, quienes, hace siglos, fueron considerados —ellos sí— excepciones para el quinto mandamiento.

¿Se dará algún día —ojalá no sean de nuevo siglos de espera y con adicionales mártires de por medio— la ocasión, el arrepentimiento por la falta cometida, mediante coacción y manipulación religiosa y moral, al haber condenado a malvivir por más y cruel tiempo —indignos, contra su voluntad y en sufrimiento— a muchos enfermos que solicitaron y merecieron dejarse morir en paz, ser muertos?

Muchos médicos e instituciones salud se oponen "indignados" a la eutanasia y apoyan tan sólo los cuidados paliativos e intensivos, no solo por vocación, convicción moral y espíritu de servicio, sino por ataduras —conscientes e inconscientes— al beneficio económico. Este se vería recortado drásticamente al abrirse la opción de la eutanasia. En muchos casos se pisan los terrenos de la distanasia y se rehusa a suspender tratamientos inútiles. Tan sólo la carencia económica de la familia convence de hacerlo.

Las familias, atrapadas entre estos grandes poderes citados e influenciados por ellos, a veces cometen errores similares por encarnizamiento afec-

tivo, paternalismo, sentimientos de culpa y egoísmo. Nuestra cultura no es propiamente un ejemplo de respeto a la autonomía y libertad de los demás. Estamos muy lejos de aprender a practicar el desprendimiento afectivo oportuno que evite convertirnos en poderes coactivos y alienantes. El *let it be, let it go*.

Considero que existen algunos remedios muy recomendables para los amigos del encierro teórico, el dogmatismo y lo supraterráneo: involucrarse —mente, cuerpo, alma y bolsillo— en la atención de casos concretos; comprometer sus propias energías y poner a prueba la fuerza de sus creencias en el fuego de los procesos; luchar por convencer a las instituciones o grupos de interés a los cuales pertenecen o representan, para que allí mismo, y no en otro lugar, ofrezcan —en sus instalaciones, con sus personas y sus medios— cuidados paliativos para estos pacientes terminales. Condiciones de caridad cristiana, es decir sin honorarios ni retornos financieros, o muy limitados al menos. Solamente servicio y entrega al prójimo necesitado y enfermo. En suma, *El Buen Samaritano*, no en parábola, sino en hechos —bastantes, públicos y concretos—.

Y si, entretanto, requieren de un purgante, les receto dos muy buenos. Son dos videos. El del señor Sampedro y el correspondiente al último reto de Jack Kevorkian. El primero, a pesar de corresponder a una modalidad diferente de eutanasia —por tratarse no de un enfermo terminal, sino de uno crónico,

parapléjico de años, cansado de continuar sufriendo— es un perfecto ejemplo para el que quiera asustar con “el coco” de la eutanasia, debido al modo trágico de morir. El sufrido y voluntarioso español recibe —por piedad y al fin— la muerte que solicita. Pero el cianuro produce momentos finales angustiantes y aterradores. No es, definitivamente, una “buena muerte”. Quizá no hubo otros medios al alcance de sus benefactores, pues bastantes volteretas y tretas tuvieron que hacer para poder eludir la sanción legal. El testimonio de dicho enfermo, escrito para la posteridad es, sin embargo, pieza maestra para cuestionar a los jueces, razones y poderes que se opusieron a la autorización legal de su muerte. Y sobre las brutalidades a que se tiene que acudir para esquivar los grandes poderes.

El segundo video sí es pertinente a nuestro tema central. En él, Jack Kevorkian responde a la solicitud de un enfermo terminal, mediante la práctica de una eutanasia electiva, voluntaria, activa y directa, con previo conocimiento informado, proceso deliberativo considerado suficiente, decisión libre y autónoma del paciente. Si es usted un cruzado antieutanasia, un no converso, atrévase al menos a ver el video, métase en la situación, imagínese que allí no está Kevorkian sino sólo usted, ante ese enfermo y su sufrimiento.

¿Qué haría? ¿Volvería la espalda y regresaría solo para el funeral y las misas por la intención del

muerto? ¿Llamaría una ambulancia por teléfono, trasladaría al enfermo a una clínica, lo ingresaría a una unidad de cuidados intensivos para que practiquen primero una traqueostomía y luego le instalen un respirador... ¿y luego? ¿Estará usted allí para cancelar la cuenta o para convencer a otros de hacerlo?, ¿O, al menos, para continuar con los cuidados paliativos y la atención integral al enfermo?, ¿Y todo esto en contravía de la voluntad del interesado? No vaya a salir con el cuento de que hay cosas horrorosas, o fuera de contexto, o corruptoras, o de diablos, de locos y de necios; no merecedoras de consideración ni por un momento, propias de apocalípticos mundos postmodernos.

¡Respire aliviado, compañero!, afortunadamente para usted y para muchos más, allí estaba Kevorkian, hay un culpable, un "malo", un "loco terco". Usted, en cambio, puede seguir jugando al bueno. Quizá nunca le corresponda vivir una situación igual, para no ser quemado entonces con el fuego.

Finalmente, deseo en este artículo sentar claramente mi posición personal frente a la eutanasia, en la modalidad descrita. No entiendo a los abogados que no reconocen las voluntades de los que están sanos —por estarlo— ni de los que están enfermos —precisamente por eso—. He optado por la eutanasia, también para mí, cuando considere llegado mi momento.