

EL PUNTO DE VISTA DE UN MÉDICO SOBRE LA EUTANASIA

Hugo FERNÁNDEZ DE CASTRO*

Sólo encuentra la libertad y la vida quien debe conquistarlas cada día.

GOETHE¹

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Conciencia de ser y estar*. III. *Aunque no haya posibilidad alguna de que el paciente recobre la conciencia y mejore su calidad de vida ¿debe conservársele la vida?* IV. *La naturaleza humana ¿realmente desea la muerte o sólo no sentir dolor?* V. *El ser humano ¿de veras sabe qué es la muerte?* VI. *La psique —sobre todo ello— humana, la ciencia y la técnica ¿son dueños absolutos del soma y la psiquijé?* VII. *Conclusión*.

I. INTRODUCCIÓN

Como en el estadio actual del debate académico se tienen nociones sobre los tipos de eutanasia y los vaivenes de su legalidad y legitimidad según cada país, gremio o conciencia,² en su lugar y para las Sextas Jornadas sobre Justicia Penal se prefirió delinear una senda nueva³ con fines de acercamiento —en el alba de una centuria cargada con tanto lastre legado

* Facultad de Medicina y Escuela Nacional Preparatoria, UNAM.

¹ “*Nur der verdient sich Freiheit wie das Leben, der täglich sie erobern muß*”, Johann Wolfgang Goethe, *Faust. Der Tragödie Zweiter Teil in Fünf Akten*, II, 11575, p. 199 (trad. de Hugo Fernández de Castro).

² Básicamente son dos tipos de eutanasia, la activa o directa y la pasiva o indirecta, aunque desde luego cada una de ellas se subdivide según el paciente sea muerto con su consentimiento expreso o sin él.

³ Con apoyo en la representación literaria de la realidad y en el pensamiento de algunos médicos, juristas y filósofos eminentes.

por el siglo XX— a algunos de los problemas y dilemas planteados a la sociedad por la teoría y la práctica de la *muerte anticipada*, un acto proditorio, puesto que se hace con premeditación, alevosía y ventaja.⁴

Y cierto es que, si bien, el debate ampliado a círculos paramédicos ha aportado aspectos apreciables, también ha generado que en el medio de cultivo (descrito en el párrafo anterior) se hayan incubado —y abunden ya en el ambiente académico— agentes (microorganismos patógenos) de un brote epidémico cuya pretensión —de los agentes— es inocularle a la eutanasia una dosis de justificación primero moral y luego jurídica.

Por eso es que vale la pena analizar en este trabajo la dizque “buena muerte” con un enfoque —diferente y ajeno a cualquier doctrina religiosa— que propone que la eutanasia es un concepto sesgado, porque casi nunca podrá considerarse buena la pérdida de la existencia, un bien sin el cual no hay conciencia de ser y de estar, ni opción de esperanza ni dosis alguna de dignidad.

Y vista así la eutanasia, es entonces la “mala muerte”, debería mejor llamársele cacotanasia, atendiendo a que elimina el dolor mediante la aniquilación —antes de tiempo— de la vida, el bien más querido del ser humano, que si en algo no ha cambiado durante su devenir histórico desde los pasos primos del *homo sapiens* ha sido en su afán de anhelar la inmortalidad,⁵ pero más la biológica, y no tanto la anímica, la social o la cultural, éstas alcanzadas —aunque anónima, y colectivamente, esto es, fuera del plano personal— desde tiempos remotos, tal y como lo testimonian las pinturas —impresionantes— de las cuevas de Lascaux y de Altamira.

El factor aún no considerado justamente es que con el artilugio de la cacotanasia se anula para siempre jamás toda opción de *vade retro*, incluyendo el agravante de que la vida humana destruida tan arteramente nunca podrá reconstituirse tal cual en el cielo ni en la tierra.

Ya con estas nociones puede aventurarse en este trabajo un concepto —sucinto— de eutanasia pasiva y eutanasia activa:

⁴ Un punto de vista similar al de Jorge Manrique (1440-1478), en un poema suyo de la escuela lírica castellana. “Porque estando él durmiendo le besó su amiga: Vos cometiste traición, pues me heriste durmiendo”.

⁵ Cien mil años hace del *homo sapiens* y el hombre de cromagnon (ca. dieciocho mil años en Lascaux y doce mil años en Altamira).

1. *Eutanasia pasiva*

La muerte temprana de un doliente cuando no se le aplica ninguna sustancia ni instala aparato, equipo o procedimiento extraordinario que le sostenga sus funciones cardinales y, con ellas, la vida.

2. *Eutanasia activa*

Es la muerte anticipada debida a:

- Una sustancia o un artefacto que le aplica otra persona al ser que sufre y no desea seguir viviendo, con la intención expresa de suprimirle el dolor mediante la supresión de la existencia.⁶
- También, cuando se le retira al paciente cualquier aparato, equipo, sustancia o procedimiento extraordinario indispensable para mantenerle la vida.

Debe hacerse hincapié en que la eutanasia activa puede ser diferente al suicidio asistido, un delito —homicidio— cometido no por quien muere, sino por quien le da el empujón al más allá.⁷

Pero lo sustancial no es tanto la acción, sino lo que mueve a la acción, acorde la fórmula del imperativo categórico que es *conditio* —y *condictio*—⁸ *sine qua non* hay ley moral: “Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley universal de la naturaleza”.⁹

Por eso no importa tanto el acto como la voluntad —máxima o esencia etiológica— que impele a un ser humano a expresar —tornar eficiente— su anhelo mediante el *fiat!*: el paso de la virtud o potencia al valor o acción.

3. *Antecedentes eutanásicos*

No es novedad la eutanasia; una aseveración demostrable con el apoyo sustancial de algunos filósofos, literatos y médicos que siglos antes ya la discutieron:

⁶ La ética médica ha fijado ya lo inmoral de hacer un bien —supresión del dolor— mediante un mal —supresión de la vida—.

⁷ Como los 19 casos del doctor Jake Kevorkian.

⁸ *Condictio* = acto personal.

⁹ Kant, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, c. 2.

Platón. En su *República*, el discípulo de Sócrates y maestro de Aristóteles consigna —hace casi dos y medio milenios— que “se dejará morir todos los ciudadanos que no sean sanos de cuerpo”.

4. *Thomas Moro*

En su *Utopía* (1516), tácitamente se alude a la eutanasia y al suicidio asistido:

Si éste [mal] es totalmente incurable y, por ende, el enfermo resiente sufrimientos atroces, sacerdotes y magistrados lo exhortan diciéndole que, puesto que ya no puede hacer ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los demás y un tormento para él mismo porque no hace más que sobrevivir a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo la peste y la infección ni tolerar el suplicio de una vida tal y que, por lo tanto, no ha de dudar en morir, pleno de esperanza de librarse de una vida amarga cual una cárcel y de un sufrimiento o en permitir que sean otros quienes lo libren de ella.

Sí, pero en otra parrafada de su libro, Moro se inclina por la *ortotanasia*, circunstancia que por lo común omiten quienes abogan por la eutanasia:

Tal como dijera, tienen los cuidados mayores [los utópicos] con los enfermos y no se descuida nada de lo que puede contribuir a curarlos, alimentarlos o medicinarlos. A quienes padecen algún mal incurable, les hacen compañía platicando con ellos y se esfuerzan en menguar su mal en lo posible... Dudo que todos los bienes de este mundo valgan lo que una sola existencia humana.

5. *Francis Bacon*

Aunque Cayo Suetonio Tranquilo (c. 69-150), en su *De vita XII Caesarum*,¹⁰ alude a la “muerte dulce”, el creador del vocablo fue Francis Bacon, filósofo y jurista inglés (siglos XVI-XVII).¹¹

¹⁰ *Las vidas de los doce Césares*.

¹¹ *Del progreso y de la promoción de los saberes* (1605).

6. *Ambroise Paré*¹²

El padre de la cirugía moderna, en su libro *Apología y tratado conteniendo los viajes hechos a diversos lugares*, legó el testimonio de un tipo de eutanasia activa involuntaria que merece ser objeto de reflexión en este principio del siglo XXI en el cual —se insiste, con el antecedente de las atrocidades cometidas el siglo XX— se ha ido a pique el Estado de derecho y el Estado de moral:

Entramos todos mezclados en la ciudad [Turín] y en un establo que convertimos en alojamiento para nuestros caballos hallamos cuatro soldados muertos y tres heridos, apoyados contra el muro... No veían ni oían ni hablaban y su ropa todavía estaba ardiendo, abrasada por la pólvora. Los observé compadecido de su suerte y en esto llegó un soldado más viejo, quien me preguntó si habría modo de curarlos; le respondí que no y entonces él fue hacia ellos y los degolló, noblemente y sin el menor asomo de mala voluntad. Le manifesté que eso era una villanía y él me contestó que día tras día oraba y le rogaba a Dios que, si alguna ocasión se hallaba en tal estado, buscara a quien fuese capaz de hacer lo mismo que acababa él de hacer, evitándoles tantos sufrimientos, tan grandes e innecesarios.¹³

7. *Louis Pasteur y Pierre Tillaux. Axel Munthe*

El médico, humanista y literato sueco montado a caballo entre los siglos XIX-XX, consigna cinco casos de eutanasia llevados al cabo por dos grandes maestros decimonónicos franceses: seis mujiks mordidos por lobos rabiosos fueron enviados a París por el zar de Rusia con el fin de que, atendidos por las eminencias de la época, se les salvara la vida; uno de ellos murió en medio de atroces dolores físicos, mientras que los otros cinco, sobreviviéndole, padecían intensa e inútilmente ante la aflicción e impotencia del preclaro anatomista y cirujano Pierre Tillaux y del gran científico y *quasi* médico Louis Pasteur.

¹² Ambroise Paré (1509-1590), hugonote, sobrevivió tras la matanza de la Noche de San Bartolomé gracias a la protección del rey Carlos IX, quien lo escondió en sus habitaciones privadas en el Louvre.

¹³ Publicado en 1575, como parte de un libro con sus obras completas: *Les oeuvres*.

...todos estaban locos furiosos. Se podían oír sus gritos y sus aullidos en todo el *Hôtel-Dieu* y hasta en la plaza de *Notre-Dame* [y aun] las valerosas monjas huían horrorizadas [y] Pasteur iba de lecho en lecho viendo a los hombres condenados con infinita compasión en los ojos. Cayó abatido en una silla, con la cabeza entre las manos. Tillaux, llamado mientras operaba, se precipitó en la sala con el delantal manchado de sangre. Se acercó a Pasteur y le puso la mano en el hombro. Ambos se vieron en silencio. Los cariñosos ojos azules del gran cirujano, que tanto horror y padecimiento habían visto, miraron en torno y el rostro se le volvió blanco como una sábana. No puedo sufrirlo —dijo con voz quebrada— y salió corriendo.

En seguida, el texto de Munthe testimonia la eutanasia decimonónica llevada al cabo por Pasteur y Tillaux:

Aquella misma noche tuvieron consulta los dos hombres. Pocos saben la decisión que tomaron, pero fue la única justa y honrosa para ambos. A la mañana siguiente todo era silencio en la sala. Durante la noche, a los hombres condenados se les había *ayudado a morir sin dolor* [letras cursivas de HFdeC]. La impresión producida en París fue enorme. Todos los periódicos llenaron sus páginas de horrendas descripciones de la muerte de los campesinos rusos y no se habló de otra cosa en muchos días.

Hay aquí algo adicional, trascendente: el doctor Munthe, quien durante toda su vida profesional dio tantas muestras de humanitarismo, estuvo de acuerdo con la decisión y la acción eutanásicas de Tillaux y de Pasteur.

¡Y que conste que no fue eutanasia pasiva ni voluntaria, sino cinco casos simultáneos de eutanasia activa e involuntaria!

Fue un quehacer profesional de los maestros Tillaux y Pasteur que el autor de este artículo —no obstante su oposición genérica a la eutanasia— no se atreve a calificar ahora, distante en el tiempo, el espacio y la circunstancia de la responsabilidad y angustia de esos momentos dramáticos.

8. *Roger Martin du Gard*

Este autor galo,¹⁴ médico él mismo y premio Nóbel de literatura (1937), es uno de los mejores escritores del realismo francés decimonónico, según lo muestra *Los Thibault*, novela suya que fue escrita en 1922-1940.

¹⁴ 1881-1958.

El núcleo del relato es la historia —a finales del siglo XIX y principios del siglo XX— de una familia francesa burguesa, católica y tradicional, los Thibault, integrada en ese lapso por el padre, Oscar, y sus dos hijos: Antoine, el mayor, médico, y Jacques, el menor, socialista de corazón y enemigo jurado de la guerra, al estilo de Jean Jaurès.

Martin du Gard, en su representación literaria de la realidad, al vincular con mucho arte y oficio hechos históricos con biografías, sentimientos, caracteres y temperamentos de sus protagonistas, plasma el retrato de la sociedad y el ambiente de la *Belle époque*, etapa previa a la Gran Guerra.

Pero, vamos a la eutanasia: como es natural, el padre envejece y al llegar a los setenta y cinco años de edad se le recrudecen las enfermedades crónico-degenerativas y, ya de por sí con sólo un riñón, el restante se le daña —sin que el autor especifique la etiología— y le sobreviene una anuria con la consiguiente uremia, poniéndose al borde de la muerte.

Son varios los días en los cuales el enfermo —rodeado de enfermera, monja, médicos, sacerdote, sirvientes y sus hijos— yace en su lecho con pensamientos de temor por ver la muerte tan cerca, al tiempo que sufre dolores físicos muy fuertes y padece anímicamente tanto por su invalidez como por la incapacidad de los profesionales de la salud que lo asisten para detener el avance de la historia natural de la enfermedad.¹⁵

Y llega el momento crítico: se le deja de inyectar morfina,¹⁶ el único medicamento existente en esa época para calmar el dolor, porque —razonan los galenos— con el riñón sin funcionar y sin la expulsión de desechos por la orina la morfina le aceleraría la muerte.

Entretanto, la piel del torso y miembros inferiores del señor Thibault se llena de úlceras (llagas), los cuatro miembros se edematizan, los dolores se exacerban, hay disnea acentuada y sofocante, crisis convulsivas y el es-

¹⁵ Una circunstancia semejante que tal pareciera una reseña de la *distanasia*, fue descrita por Jorge Manrique en un poema suyo incluido en el *Cancionero*: “Yo callé males sufriendo/y sufrí penas callando./padescí no mereciendo,/y merecí padesciendo/los bienes que no demando./Si el esfuerzo que he tenido/para callar y sufrir/tuviera que decir/no sintiera mi vivir/los dolores que ha sentido”.

¹⁶ El doctor Thérivier ha ordenado que le supriman las inyecciones de morfina al señor Thibault, y, cuando se lo notifica su amigo, el doctor Antoine Thibault, cree leerle el pensamiento a éste: “Cuando se ha consentido durante dos meses seguidos en atiborrar de veneno a un enfermo que no tiene más que un riñón, tal vez sea obedecer a un escrúpulo demasiado tardío... [momento en el cual el propio Thérivier le dice a Antoine:] —A pesar de todo, Antoine, no somos unos asesinos... ¡En plena uremia es imposible continuar con la morfina!”, Roger Martin du Gard, *Los Thibault*, t. 3, pp. 229 y 230.

tado de conciencia tiene altibajos (aunque la lucidez predomina), el sueño no es reparador porque el dolor físico o el temor del tránsito al más allá no lo deja descansar, la inmediatez de la muerte lo deprime, le reclama a Dios el haberle enviado una enfermedad tan grave y rechaza al sacerdote que trata de hacerle aceptar la voluntad divina.

Pasan los días y se acumula en quienes rodean al enfermo la desesperanza y el cansancio biopsíquico, además de que los ánimos se vienen más abajo todavía cuando, cada dos o tres días, hay signos claros de que de repente el riñón funciona: se pone pletórica la vejiga y los esfínteres —vesical y uretral— se abren sin el concurso de la voluntad dejando caer en sábanas y colchón la catarata urinaria.

Lo peor del caso es que los hijos del enfermo perciben la contradicción que hay en su mente: desean el restablecimiento de la salud paterna y les mortifica el sufrimiento de su progenitor durante tanto tiempo; pero en vez de alegrarse de la reanudación de las funciones renales la ven como un factor negativo, pues saben bien que un poco más tarde vendrán otra vez anuria y uremia, el sufrimiento se prolongará y el esfuerzo y la angustia habrán sido infructuosos, pues de cualquier modo su padre morirá.

De pronto, el señor Thibault tiene un síncope, y entre todos, coordinados por el hijo médico y con ayuda de “un balón de oxígeno” que fue pedido expresamente, logran superar la crisis; pero al tomarle el doctor Thibault el pulso a su padre y constatar que es lento e irregular, piensa: “Si pudiera acabar así, suavemente...”.

Y ahora el relator de la novela —que no es uno de los protagonistas ni el autor, aunque sí es éste quien pone o quita palabras de su mente y labios— le hace ver al lector que

...la contradicción entre este deseo y el empeño que había puesto en luchar contra la asfixia aún no le había pasado por la imaginación [al doctor Thibault, pese a lo cual al poco rato éste no puede contenerse de pensar que] sólo con que el oxígeno hubiera llegado cinco minutos después, ahora ya habría acabado todo.¹⁷

Entonces ¿cuál es la verdad de los sentimientos filiales? Los hermanos ¿prefieren verlo muerto y sin dolor que vivo y sufriente?

¹⁷ *Ibidem*, pp. 249 y 250.

Fue el hermano socialista, Jacques, el primero en pensar otra solución;¹⁸ y cuando se la dijo al hermano, éste —indiferente— levantó las cejas y observó al enfermo, que se quejaba sin parar.

Y cuando las crisis se suceden una tras de otra y el cansancio agobia a todos, Jacques se irrita e increpa a su hermano porque le parece imposible “que no se pueda hacer absolutamente nada”, circunstancia ante la cual Antoine —los ojos secos— aprieta los dientes y ve a Jacques con dureza al tiempo que murmura:

“—Sí. Hay *una cosa* que siempre se puede hacer... ¿Nunca has pensado en ello? ... Tú ¿lo harías?”

Primero Jacques titubea y dice que no se atrevería, pero, una vez que Antoine le dice que él sí y luego le pregunta si desapruueba su modo de pensar, despacio pero sin vacilar Jacques responde: “—No, Antoine”.¹⁹

Es en esos instantes cuando el doctor Thibault planea aplicarle la *eutanasia activa* a su progenitor, sin consultarle su voluntad, aunque el hombre estaba lúcido y era evidente que pese a estar tan grave rechazaba la muerte: como distractor pide material para hacerle una sangría a su padre y, una vez que éste queda exánime por la anemia —e hipoxia cerebral— poshemorrágica y se esfuman las convulsiones y toda manifestación de malestar, manda a descansar a la monja, criados y enfermera y se queda solo con su hermano.

Ya sin testigos, Antoine le inyectó a su progenitor doble dosis —letal— de morfina en el brazo derecho y, uno o dos minutos después y sin quitarle la mano del pulso, en cuanto percibe que ahora sí la muerte ya está próxima manda a traer a todos de regreso, y el padre expira sin percibirlo y sin sufrimiento, a la vez que le son dados por la monja los auxilios espirituales.²⁰

Y ¿cuál es la opinión del doctor Martin du Gard expresada en la actitud, pensamiento, motivos y acción del doctor Antoine Thibault, cuál la repercusión y remordimiento en la conciencia de éste y cuál el riesgo de que el procedimiento se universalice y sea el médico quien mate a su paciente en vez de procurarle un aumento en su expectativa y calidad de vida y una muerte natural, tranquila y sin sufrimiento?

¹⁸ “—¡Antoine! ¡Esto no puede seguir así; hay que hacer algo! ... Su voz vibraba llena de reproches... —¡Hay que aliviarlo! ¡Hay que encontrar alguna cosa! ¡No hay más remedio!”. *Ibidem*, p. 239.

¹⁹ *Ibidem*, pp. 254 y 255.

²⁰ *Ibidem*, pp. 255-260.

“Yo lo he terminado”, se repetía. Por primera vez su acto se le aparecía con todas sus consecuencias. “He hecho bien”, se dijo inmediatamente. Reflexionaba de prisa y con lucidez: “no nos engañemos; también ha habido cobardía, necesidad física de escapar de esa pesadilla. Pero ¿había de abstenerme porque yo tuviera un interés personal en esa muerte? ¡Vamos!” No eludía nada de la responsabilidad terrible. “Evidentemente, habría cierto peligro en autorizar a los médicos... La observancia ciega de una norma, aunque sea absurda e inhumana, es necesaria en principio...” Cuanta más fuerza y legitimidad concedía a la regla genérica, más satisfecho estaba de haberse apartado de ella concientemente. “Cuestión de conciencia, de apreciación”, prosiguió. “No trato de generalizar. Digo sencillamente: En el caso presente he obrado como había que hacerlo”.²¹

En el párrafo anterior también el autor expresa tácitamente el riesgo de que la eutanasia sea aplicada a un paciente cuando la familia —legalmente el ente subrogado que decide la suerte del enfermo terminal cuando éste es incapaz de manifestar su voluntad— la pide porque se ha cansado ya física, mental o moralmente.

Finalmente, en cuanto a los Thibault, cuando Antoine —como los demás que están en la capilla ardiente— observa con estupor el cadáver de su padre, su mente extenuada genera “embriones de pensamientos” que tratan de consolidarse:

Lo que hacía de padre un ser como yo, esta vida que le era propia todavía ayer ¿dónde está?... ¿Qué ha sido de ella?... ¿Ha desaparecido?... ¿Subsiste en otra parte? ¿En qué forma?. Se interrumpió, avergonzado: ¡Se termina por no pensar más que en tonterías! No obstante, no es la primera vez que veo un cadáver... Sé perfectamente que no hay término más impropio que “la nada”, puesto que es “aglomeración de vidas” como habría que decir: “¡Germinaciones hasta el infinito!”

Sí... he repetido esto muchas veces. Y delante de este cadáver, no sé ya... El concepto de la nada se impone a mí, me parece casi legítimo... En el fondo sólo existe la muerte: lo refuta todo, lo sobrepasa todo... ¡absurdamente!

No —prosiguió, encogiéndose de hombros—. Esto está mal... Sugestiones a las cuales se cede cuando se está aquí, metido en ello... ¡Esto no debe contar y no cuenta!

²¹ *Ibidem*, pp. 262-264.

Pero el examen de sí mismo que estaba haciendo el doctor Antoine Thibault no siguió adelante porque así lo decidió otro galeno, su creador Martin du Gard, por lo cual el lector-esteta —médico, abogado o filósofo— tiene que conformarse con saber que acto seguido Antoine “hizo un esfuerzo para dominarse, se incorporó con un movimiento decidido y de inmediato se apoderó de él una emoción íntima, acuciante, calurosa”.²²

9. *Problema*

El meollo de la cuestión puede cifrarse en cinco puntos:

- 1) El muerto presunto ¿por qué no tiene ningún asomo de conciencia de ser y de estar y tiene el riesgo de convertirse en un ente vegetativo?
- 2) Aunque no haya posibilidad alguna de que el paciente recobre la conciencia y mejore su calidad de vida ¿debe conservársele la vida?
- 3) La naturaleza humana ¿de veras desea la muerte o sólo no sentir dolor?
- 4) El ser humano ¿de veras sabe qué es la muerte?
- 5) La *psique* —sobre todo el ello— del ser humano, la ciencia y la técnica ¿son dueños absolutos del *soma* y de la *psijé*?

II. CONCIENCIA DE SER Y DE ESTAR

1. *Concepto de muerte*

Como la modalidad —los conceptos científicos, recursos técnicos, habilidades profesionales y plano afectivo— con la cual el galeno certifica la muerte hoy en día es un campo explorado de modo insuficiente por la ética médica,²³ el debate académico contemporáneo debe centrarse en reflexio-

²² *Ibidem*, pp. 264 y 265.

²³ Criterio de muerte adoptado por los médicos y enfermeras del Massachussets General Hospital y el Harvard Committee on Brain Death: “La muerte sobreviene cuando están abolidos todos los signos de captación y respuesta a estímulos, incluidos los refle-

nar sobre lo que sucede de veras en el cuerpo humano cuando la llama vital se extingue sofocada por las sombras anóxicas de la muerte, es decir, la patogenia o etiología anatómica-fisiológica última de la pérdida definitiva de la conciencia.²⁴

Por ejemplo, al analizar las regiones cerebrales donde residen las facultades humanas superiores y las causas que las inhiben puede precisarse no sólo que son varias y sustanciales, sino que pese a la gravedad de ciertas lesiones algunas funciones son susceptibles de prevalecer y otras de cesar, lo cual indica que no es tan simple como pareciera la certificación médica de la muerte.

Además, la naturaleza humana y la sabiduría —*phýsis* y *sóphos*— médica han establecido que la interrupción de las funciones cerebrales suceda de modo temporal o definitivo y de manera parcial o total, complicando así más el problema o ¿qué acaso no es un dilema?

2. Etiología última de la muerte

La muerte sobreviene por:

— Daño irreversible por anoxia en —y muerte de— las neuronas vitales (sobre todo del centro respiratorio,²⁵ el centro vasomotor²⁶ y la corteza del cerebro).²⁷

jos del tronco encefálico (reacciones pupilares, movimientos oculares, parpadeo, deglución, respiración) y el electroencefalograma es isoelectrico [durante varias horas]”.

²⁴ Percepción conciente de ser y de estar.

²⁵ El centro respiratorio está en las neuronas de la: 1) sustancia reticular lateral del bulbo raquídeo: el área inspiratoria en la porción dorsal y el área espiratoria en la porción ventral; 2) protuberancia anular: área neumotóxica (detiene la transmisión de la señal inspiratoria cuando los pulmones están pletóricos de aire).

²⁶ El centro vasomotor se ubica en las neuronas de la sustancia reticular del tercio inferior de la protuberancia anular y de los dos tercios superiores del bulbo raquídeo.

²⁷ 1) En el lóbulo frontal reside la facultad de elaborar el pensamiento, aunque éste también depende de señales del tálamo, el rinencéfalo y la formación reticular del tallo cerebral; 2) en el lóbulo temporal está el habla y la memoria, así como la percepción —e identificación— de los estímulos auditivos; 3) en la parte posterior del lóbulo temporal y en la anterior de la circunvolución angular, se ponen en contacto los lóbulos temporal, occipital y parietal y se integran las áreas interpretativas o de asociación auditiva, visual y somática; 4) la zona sensitiva somática está en el lóbulo parietal: prurito dérmico, dolor (éste también en el hipotálamo y mesencéfalo), temperatura, choque eléctrico, parestesias; también este lóbulo alberga las zonas de asociación sensorial, para el análisis de pa-

- También, deterioro de otros órganos de la porción central del sistema nervioso cerebro-espinal (SNC) o del sistema nervioso vegetativo (vago y simpático).²⁸

Pero ¿en qué consiste ese daño? Fundamentalmente son alteraciones del metabolismo cerebral causadas por:

- Deterioro físico en esos mismos órganos o segmentos del SNC: falta —o insuficiencia— de recepción o de transmisión nerviosa —dendritas, axones, sinapsis y receptores de las membranas celulares—²⁹ de los estímulos y respuestas vitales.
- Disfunción química: ausencia o insuficiencia de transmisores neuronales o bien trastornos simpáticos producidos por medicamentos como la metildopa o la hidralacina (antihipertensivos).
- Lesión física-química: ausencia, insuficiencia o exceso igual de oxígeno que de bióxido de carbono.³⁰

trones más complejos de experiencias sensitivas y, la percepción —en el espacio— de los segmentos del cuerpo; 5) en el lóbulo occipital están las funciones relativas a los estímulos ópticos; 6) en los núcleos de la porción mesoencefálica del sistema activador reticular —tálamo— está el conocimiento tanto del ambiente que rodea al ser humano (*no yo*) como el propio *yo*, esto es, la conciencia; 6) las áreas prefrontales alojan características del temperamento o del carácter tales como la ira, el odio, la dulzura, la alegría y la tristeza, la risa, la atención ¿el espíritu? Además, las emociones y los ciclos de sueño y vigilia, la conducta, los impulsos subconscientes y las sensaciones de dolor y de placer están a cargo también de las estructuras subcorticales (regiones en la base del cerebro) que forman el sistema límbico (límbico=frontera) que incluye partes del hipotálamo, área preóptica, tabique, área preolfatoria, epitálamo, núcleos anteriores del tálamo, ganglios basales, hipocampo y amígdala.

²⁸ Las fibras nerviosas simpáticas vasomotoras salen de la médula espinal con los XII nervios torácicos y el primero o los dos primeros nervios lumbares; después llegan a la cadena simpática y finalmente a los vasos sanguíneos de todo el cuerpo ya sea siguiendo los nervios simpáticos periféricos o los XXXI pares de nervios raquídeos.

²⁹ Los receptores son: 1) canales iónicos (acetilcolina, glicina, ácido gamma-aminobutírico o GABA, glutamato): proteínas extendidas en las membranas de las neuronas, definidas por su mecanismo de transmisión de señales; 2) asociados a proteínas G: péptidos (&endorfina, colecistocinina), acetilcolina (muscarínico), noradrenalina, aminas biógenas (dopamina, serotonina), aminoácidos (GABA, glutamato), purinas (adenosinas); 3) con actividad tirosincinasa (insulina, factor de crecimiento derivado de las plaquetas).

³⁰ El oxígeno es indispensable para la transformación de la energía vital para cada neurona por ser el elemento que quema —oxida— la glucosa, mientras que el exceso de CO₂ mengua automáticamente la cantidad de oxígeno atendiendo al principio de la física de que no pueden coincidir simultáneamente dos cuerpos en un mismo espacio.

III. AUNQUE NO HAYA POSIBILIDAD ALGUNA DE QUE EL PACIENTE RECOBRE LA CONCIENCIA Y MEJORE SU CALIDAD DE VIDA ¿DEBE CONSERVÁRSELE LA VIDA?

Ignacio Chávez. El maestro don Ignacio Chávez, el médico humanista mexicano más valioso del siglo XX, aporta una evidencia imposible de soslayar:

“No es la vida celular del laboratorio la que nos importa —dice Pickering—: es la vida fisiológica la que nos concierne”. Y esa ha terminado cuando la muerte cerebral es definitiva y las funciones circulatorias y respiratorias sólo se mantienen gracias a medios artificiales. A condición de esperar el tiempo necesario para estar seguros de que la cesación de las funciones es definitiva y no transitoria, y de que el daño es irreversible, la obligación moral de ayuda ha terminado. Un día me enfrenté a ese problema en situación de dura carga emocional. Un médico que era mi amigo y mi enfermo durante largos años, hipertenso y coronario, con un episodio previo de infarto del miocardio, se internó de urgencia en el Instituto de Cardiología por un segundo infarto. En el curso de él sobrevino un paro cardíaco que fue dominado con las maniobras externas y con la estimulación eléctrica. Por desgracia el paro había durado lo suficiente para dejarlo descerebrado... Fui llamado a ver al enfermo y al terminar mi examen sobrevino un segundo paro del corazón. El residente, abnegado y conocedor de su papel, se precipitó a darle la respiración boca a boca mientras traían de nuevo el estimulador. “¿Para qué? —le dije—. Si se logra de nuevo la resucitación no por eso le devuelve la vida. Está descerebrado”. Los médicos presentes me miraron sin aire de convencimiento. “Lo peor que podría sucederle —agregué— es que volviera a latir su corazón. Hay que dejarlo morir en paz” ...Yo sé de casos de descerebración completa que se han prolongado por seis y más años de vida, con vida vegetativa satisfactoria. La historia nos cuenta de Juana la Loca que se negó a darle sepultura a su marido bien amado. Esos son problemas psicológicos, en ocasiones psiquiátricos; no deben ser problemas médicos.³¹

Lo esencial, igual en el caso atestiguado por el doctor Paré que en el reseñado por el galeno —y novelista— Martin de Gard o el testimoniado por el maestro Chávez, es que tales pensamientos, actitud y acción u omi-

³¹ “Ética, deontología y responsabilidad del médico contemporáneo”, San Juan, Puerto Rico, 5 de noviembre de 1969, en Chávez, Ignacio, *Discursos y conferencias*, México, El Colegio Nacional, 1997, pp. 54 y 55.

sión no sean asumidos *ipso facto*, sino cuestionados reflexivamente de modo que cada quien en su corazón (psique, conciencia, razón: *dáimon* y *lógos*) se atreva a determinar con autonomía cuál es el procedimiento recto.

¿De qué otro modo mejor podría una persona —y un médico— mejorar su contribución al bien común, cumplir su misión vital y acrecentar —y afinar— su *éthos*?

IV. LA NATURALEZA HUMANA ¿REALMENTE DESEA LA MUERTE O SÓLO NO SENTIR DOLOR?

1. *Etiología de la eutanasia*

La realidad que percibe el paciente agónico o con un padecimiento mortal grave es dolor, y su deseo mayor es no padecerlo, circunstancia que lo lleva a confundir su anhelo de eliminar el sufrimiento con el deseo de morir.

Pero ¿cuál es la realidad? Lo real es que la realidad no existe, porque hay muchas realidades, tantas como cada ser humano distinga modalidades diferentes de ella, de modo que no existe una realidad única.

2. *Esencia etiológica del deseo de morir del paciente*

¿Lo que el paciente quiere es morir para no tener dolor biopsicosocial o, lo que de veras desea es que le supriman el sufrimiento y seguir viviendo?

Este punto es el centro del debate.

Pocas cosas mejores, para cuestionar el porqué un ser humano desea la muerte cuando siente que ya no puede soportar su sufrimiento físico, psíquico o social, que el coloquio entre Diótima y Sócrates que Platón incluyó en el *Simposium*, uno de sus *Diálogos* más célebres.

Cuenta Sócrates que al acercarse a una mujer sapientísima, la sacerdotisa Diótima, para preguntarle sobre el amor, aprendió que no necesariamente lo que no sea bello o bueno tiene que ser feo o malo por necesidad,³² así como tampoco quien no sea sabio tiene que ser ignorante.

La causa es que entre un polo y el otro está la opinión recta, un enfoque similar al del médico sanitarista cuando desde el tercio final del siglo XX

³² Por eso Eros —que no es bueno ni bello— no es un dios (no hay dios olímpico que no sea bello y bienaventurado) sino un gran demonio, intermedio entre lo divino y lo humano y lo inmortal y lo mortal.

consideró que la salud y la enfermedad no son entes aislados sino, dos dimensiones de una unidad dual: proceso salud-enfermedad.

De tal diálogo, Sócrates acaba acordando con Diótima que Amor (Eros) no es ni bueno ni bello, pero tampoco feo y malo, sino algo intermedio entre esos extremos.

En seguida, también concuerdan ambos en que Eros, “por carecer de lo bueno y de lo bello, *ansía* eso mismo de que *carece*” (*letras cursivas* de HFdeC).

Por último (en este ensayo), Sócrates le responde afirmativamente tres veces a Diótima cuando ésta le pregunta qué es que los hombres aman: 1) lo bueno; 2) hacer suyo lo bueno; 3) no sólo hacer suyo lo bueno, sino hacerse con ello para siempre jamás.

Ahora, simplemente cámbiese el adjetivo bueno por dos sustantivos comunes y una preposición, ausencia de dolor (*sufrimiento*), y entonces se comprobará que cuando un enfermo sufre mucho y no ve que su padecer tenga término, desea lo que no tiene (bienestar/carencia de dolor, en apariencia, sólo asequibles mediante la muerte) y relegará lo que posee: vida y dolor.

Significa que un ser que sufre está seguro de que sólo la muerte logrará que se desvanezcan su sufrimiento y enfermedad, pero no toma cuenta cabal de que no recobraría salud ni bienestar porque una vez difunto se esfumará toda percepción.

V. EL SER HUMANO ¿DE VERAS SABE QUÉ ES LA MUERTE?

1. *Quid de la cuestión*

¿Es lícito que un hombre deba tener poder sobre la vida y la muerte, igual en lo relativo al paciente sobre su propia existencia que al pariente sobre la vida de su ser querido o al médico en cuanto a la subsistencia de su enfermo?

2. *Incertidumbre etiológica del afán médico por ayudar a morir a su paciente*

Es problemático determinar qué hay atrás del afán por dar muerte a un prójimo o a sí mismo: ¿pérdida del atavismo primitivo (en el *id* freudiano)

de conservar la existencia; caridad religiosa; filantropía; afán benefactor; piedad; egoísmo; inmediatez?

La esencia de este dilema es un conflicto de intereses: preservar la vida-acrecentar la calidad vital-conciencia-deber *versus* misericordia o piedad-inconciencia-elusión.³³

Si es caridad o filantropía ¿cuánto de auténtico y altruista enfocados bajo el lente de la *com-pasión* (*sim-patía*)? En cualquier caso, si bien el médico requiere tener un significado de muerte que tome en cuenta los aspectos anatómicos, fisiológicos y nosológicos para abordar la eutanasia, no debe quedarse ahí sino ir más allá.

Sólo que, suponiendo sin conceder que se admitiera la validez de la petición de un paciente de ser ayudado a morir, tal circunstancia es totalmente ajena a una eutanasia llevada al cabo por un galeno que podría justificarse diciendo que lo hizo —aun sin el consentimiento del enfermo— por motivos de piedad.

Y ¿quién lo ha autorizado a ejercer la piedad mediante la muerte de otro? ¿Cuáles son sus patrones de piedad y cómo determinar si son correctos y oportunos? ¿Quién haría la evaluación, con qué indicadores y cuándo?

No debe dejar de tomarse en cuenta que pese a estar tan cerca —como nadie— de la Parca, el galeno se tropezará con el freno de que de la muerte el hombre no sabe nada, pues sólo la conoce como objeto teórico-práctico cuando —sujeto indirecto— lucubra sobre ella, ve un cadáver, la percibe en la representación literaria o plástica de la realidad o resiente la muerte de un ser querido.

En cambio, como sujeto directo está incapacitado para percibirla porque cuando Caronte lo lleva en su barca al reino de las sombras, él —el ser humano— ya ha perdido para siempre sus facultades para evaluar el estadio nuevo de su *soma* y *psique*: ánima y ánimo.

Ni es ni no es; simplemente llegó el tiempo de la nada, ésta es vacío y, si bien en ella está el *no yo*, el *yo* no es ni está ya y por eso nada percibe.

Es por eso que la muerte, anclada en la realidad lo mismo la cotidiana que la especulativa, es un ente irreal a la vez que desconocido e inaborda-

³³ El inconsciente colectivo ¿habrá registrado el estallido demográfico que de principios del siglo XX al comienzo del siglo XXI hizo pasar la población del mundo de un billón 350 millones a 6 billones 500 millones y, por eso, para equilibrar la micronaturaleza (el hombre) y la macronaturaleza (el universo) está influyendo en la creciente tendencia a la eutanasia?

ble porque está cubierto de velos que ni el hombre —mortal por necesidad e insuficiencia— ni el médico (tampoco el filósofo, el sacerdote, el psicólogo o el abogado) podrán jamás quitar.

Podrá el médico prolongar cada vez más la llegada de la muerte, acrecentar la expectativa vital y ensanchar la calidad de vida, pero de ahí nunca pasará.

Entonces, se mantiene la cuestión: si ningún difunto ha dado testimonio de lo que es la muerte y el hombre no sabe nada de ella ¿por qué un galeno debe procurársela a su paciente o un pariente a su deudo?

VI. LA PSIQUE —SOBRE TODO ELLO—³⁴ HUMANA,
LA CIENCIA Y LA TÉCNICA ¿SON DUEÑOS ABSOLUTOS
DEL SOMA Y DE LA PSQUIJÉ?

1. *Alter quid de la cuestión*

¿Tiene el hombre derecho pleno —poder— sobre su cuerpo?

Aunque fundándose en razones religiosas, ya en el siglo XIX dos médicos, uno teutón y otro galo, Christoph W. Hufeland y Maximilien A. Simons, respectivamente, en *Die Verhältnisse des Arztes* (*Las relaciones del médico*, 1842) y *Déontologie médicale* (1845), habían sostenido que el ser humano no es el dueño de su cuerpo, posición antecedida por otro médico alemán, Karl Friedrich H. Marx, en su lección inaugural (*De euthanasia medica*, 1826) como profesor de medicina en Göttingen.

Pero, aunque es necesario no es suficiente —umbral fisiológico— el mero criterio de que el ser humano no es el propietario exclusivo de su cuerpo, por lo cual hay que estructurarlo acorde la razón y la voluntad: el hombre —sobre todo si ha dejado de ser individuo para tornarse persona volitivamente— no es un ente aislado, sino un ser social³⁵ con un compromiso y responsabilidad contraídos con la sociedad y un deber de contribución al bien común que son insoslayables, además de que es indispensable su presencia, pensamiento y acción en el mundo del *más acá*,³⁶ no en el mundo del menos allá.

³⁴ Impulsos biológicos congénitos: anhelo vital, erotismo, hambre, movimiento cardíaco, reposo, respiración, sed, sueño, vigilia.

³⁵ Conciencia de ser y de estar que sólo la vida concede y sólo ante la muerte cede.

³⁶ Familia, comunidad, nación y él mismo.

Pero ¿cuál es la posición justa para el médico, el profesional de la salud que no es filósofo ni jurisperito?

2. *Concepto de justicia*

Con el fin de respaldar la acepción jurídica del término *justicia* y su vínculo con la moral y la moralidad, se ha elegido para este trabajo el sentido que en el siglo XX le dio Hans Kelsen, un filósofo teutón del derecho que acepta que hay algo más que el mero orden jurídico como salvaguarda de la justicia: el trío formado por el derecho, el orden jurídico y la justicia está enlazado con las entidades de felicidad, bien común-individuo, *kósmos*, libertad y democracia que el pueblo griego antiguo tasó tan alto.

Kelsen plantea que es problemático determinar dónde está la razón en el dilema siguiente: 1) oposición a darle muerte a cualquier ser humano aun en casos de guerra o de pena capital por algún delito; 2) justificar la muerte porque el valor supremo es los intereses de la patria.

La decisión en tal conflicto de valores es entre vida, libertad, afán moral y justicia o primacía de la norma jurídica y la coacción justiciera-gubernamental:

La vida humana, la vida de cada quien, constituye el valor supremo para una determinada convicción moral... En oposición a esta postura existe otra convicción moral, la que afirma que el valor supremo es el interés y el honor de la Nación [y] la condena a muerte de los grandes criminales... Resulta imposible decidirse de manera científica-racional por cualquiera de estos juicios de valor fundados en concepciones contradictorias. En último extremo, nuestros sentimientos, nuestra voluntad, no nuestra razón, es lo que decide el conflicto: lo emocional, no lo racional de nuestra conciencia, es lo que tiene a su cargo la resolución del conflicto.³⁷

Sobre estas bases kelsenianas —a su vez fundadas en Kant— el médico podría abordar la eutanasia.

3. *Concepto de vida*

Pero, habiéndose hablado mucho ya en esta ponencia de muerte y poco de vida, tiempo es de abordar ésta —aunque sea con brevedad— y para eso

³⁷ Kelsen, Hans, *¿Qué es la justicia?*, p. 11.

pocas palabras mejores que las del filósofo y revolucionario italiano decimonónico, Giuseppe Mazzini, tan afines al pensamiento del maestro Ignacio Chávez: “La vida no es goce, contemplación ni expiación. La vida es misión”.

La idea —forma y concepto— de este mismo pensamiento decimonónico de Mazzini, parafraseando términos taurinos del siglo XX, es susceptible de expresarse en esta nueva centuria que empieza: la vida es entrega apasionada y no graciosa huída mediante la muerte.

Sólo entendiendo la vida como misión —fuera de los dogmas de cualquier religión— es posible aceptar con agrado la existencia, pues de otro modo todo sería tan efímero y carente de sentido que no sería deseable ni se le encontraría justificación alguna como bien lo ilustró Jorge Manrique, el poeta español que, transido de dolor hasta la médula ósea, puso en evidencia hace más de quinientos años —en sus *Coplas a la muerte del maestro de Santiago don Rodrigo Manrique, su padre*— lo fugaz de la vida, los bienes y satisfactores, las costumbres, los descubrimientos, los protagonistas y la gente común:

Qué se fizo el rey don Juan
los infantes de Aragón,
¿qué se hicieron?
¿Qué fue de tanto galán?
¿Qué fue de tanta invención
como trujeron?

Así pues, el pensamiento de Kant, Kelsen, Mazzini y Chávez es el fundamento sobre el cual puede erigirse quien quiera afirmar con convicción que el hombre no es dueño impar de su cuerpo, sino un par entre pares que no puede disponer de él aislada e individualmente.

A. *Los actores del debate*

Bienvenidos a la ética médica los aportes generosos y valiosos tanto de los miembros del equipo de atención de la salud que no son el médico ni la enfermera, como de aquellos profesionales que a partir del cuarto último del siglo XX han participado en el debate:

B. *Equipo de atención de la salud*

- Administrador.
- Dentista.
- Ingeniero sanitario.
- Químico.
- Técnico.
- Trabajadora social.
- Químico.

C. *Profesionales participantes en el debate ético-médico*

- Abogado.
- Biólogo.
- Filósofo.
- Historiador.
- Legislador.
- Literato.
- Psicólogo.
- Sacerdote (clérigo, fraile, ministro, monja, monje, rabino).
- Teólogo.

Pero no es a ninguno de ellos, sino sustantivamente al médico —como jefe del equipo profesional de salud— y, adjetivamente a la enfermera, a quien le toca decidir sobre el beneficio o perjuicio, oportunidad o destiempo, fortaleza o debilidad y, no se diga de la acción.

¿Por qué? Sólo el médico es quien sabe de la responsabilidad angustiada ante el deterioro de la salud y declinación de la vida de su paciente, sobre todo en las ocasiones en las cuales son infructuosos³⁸ sus esfuerzos por preservarle la existencia o mejorar su calidad de vida.

Asimismo, de la satisfacción inmensa —ánimica— que lo embarga —¿embriaga?— cuando triunfa su afán previsor o curador, siempre vivificador pero de preferencia no exclusivamente científico o técnico sino tinto de humanismo.

³⁸ ¿Ineficaces, insuficientes, inadecuados?

Difícilísimo —mas no imposible— le es a un médico ya no tanto saber un poco de filosofía o de derecho, sino tan sólo entender tales disciplinas o asumir —aprehender— el enfoque sui generis del filósofo o del abogado para alumbrar una cuestión; pero para un filósofo o un jurisperito es punto menos que imposible poseer el *pathos* médico: la sensibilidad —sentimiento— del galeno ante el *padecer* del enfermo.

D. *Calidad de vida*

El debate actual debe incluir la especulación sobre una cuestión candente: ¿qué pasará a partir de finales del siglo XXI cuando, desarrollada la medicina genómica, el ser humano vea extendida su expectativa vital hasta los 140 años de edad y prácticamente la humanidad esté ya en caballo de hacienda para lograr en plazo corto su anhelo arcaico de una vida *quasi* eterna en la Tierra, no en el *Topus Uranus*?

No hay que ir lejos por la respuesta, porque pronto hará ya 300 años que Jonathan Swift avistó lo futuro en su obra más famosa: *Gulliver's Travels* (1726).³⁹

Cuatro viajes —por voluntad y decisión autónomas— hizo el médico y capitán Gulliver, pero, en el tercero —y penúltimo— llegó a la isla voladora, Laputa, después a la ciudad capital de Lagado —en una porción continental llamada Balnibarbi— y luego al reino de Luggnagg, donde primero tuvo oportunidad de platicar con los filósofos, inventores, escritores y sabios del lugar, todos ellos atareados en necedades especulativas olvidando los asuntos cotidianos, tan necesarios no sólo para el cuerpo sino también para el alma.⁴⁰

Gulliver se quedó tan admirado y complacido con la longevidad y la inmortalidad de aquellos seres, que se puso a hablar y emitió un discurso elo-

³⁹ Swift nació y murió en Dublín, Irlanda, respectivamente, el 30 de noviembre de 1667 y el 19 de octubre de 1745.

⁴⁰ Tres siglos después de Jonathan Swift, el maestro Justo Sierra también criticó vehementemente a los escolásticos cuando, en su discurso de apertura de la Universidad Nacional de México (22 de septiembre de 1910), refiriéndose a la clausurada y extinguida —desde el siglo XIX— Universidad Real y Pontificia de México y a sus profesores y estudiantes dijo en presencia del presidente Porfirio Díaz: “No, no será la Universidad una persona destinada a no separar los ojos del telescopio o del microscopio, aunque en torno de ella una nación se desorganice; no la sorprenderá la toma de Constantinopla discutiendo sobre la naturaleza de la luz del Tabor”, Justo Sierra, “Inauguración de la Universidad”, *La Universidad de Justo Sierra*, pp. 90 y 91.

giando tal condición de vida, pero... tuvo que echar marcha atrás cuando los mismos inmortales le confiaron que eran los seres más desdichados de la humanidad, pues conforme aumentaba su edad también crecían sus enfermedades, achaques, incapacidad física-mental y el aislamiento familiar y social, todo ello agravado por el pensamiento de que era un suplicio eterno, pues no podían morir, porque habían sido dotados congénitamente de la facultad de vivir para siempre.

Concluyó Gulliver entonces que la felicidad era no sólo estar vivo, sino sobre todo la calidad de vida y el bienestar bio-psico-social y cultural.

¡Oh paradoja, los inmortales o *struldbrugs* envidiando a quienes sí tenían la potestad de morir, los seres humanos!

Entonces ¿esta parte de los *Viajes de Gulliver* y de las cosas maravillosas que ve su protagonista principal, el médico y capitán Lemuel Gulliver, es sólo una especulación de Swift tocante al anhelo humano de preservar la vida y nunca morir o, al mal mismo tiempo, un prolegómeno de lo que le podrá suceder al hombre si continúa —como depredador máximo— alterando o destruyendo la micronaturaleza —el cuerpo humano— y la macronaturaleza —el ambiente y el universo?—.

¿Hasta dónde llegará el hombre ahora que ya ha des-velado el secreto de la vida que es el ADN y el ARN, atreviéndose además —desafiante— ya no sólo a la clonación y la creación de la vida mediante partenogénesis y sin mediación de los gametos masculino y femenino, cual el nuevo Prometeo que fue el doctor Viktor Frankenstein, sino ahora también a cercenar el hilo de la existencia que como renovada parca pretende establecer con la propuesta eutanásica?

Después ¿la eugenesia?

¡Cuidado con desbocarse y caer —señalaba el Oráculo de Delfos— en la *hýbris*!⁴¹

VII. CONCLUSIÓN

Quede sólo ya, para terminar, cuestionar que si el ser humano y el aniquilamiento de su integridad bio-psico-social es el medio utilitarista para

⁴¹ ~K&D4H, -,TH. Insolencia, violencia; abuso; un exceso cualquiera. || Acto de violencia; ultraje; afrenta. || Ímpetu; arrebato. || Daño; perjuicio. * ~K&D4H, -,TH. *hýbris* (*liter.* la Violencia), *personificación de la violencia*. Florencio I. Sebastián Yarza, *Diccionario Griego Español*, p. 757.

—volcándose en el hedonismo más vulgar— dizque tornar placentera la fase final de la vida de un individuo anticipando su muerte ¿dónde queda el imperativo práctico kantiano de “obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca sólo como un medio?”⁴²

Es ineluctable que el ser humano no determina su procreación, pero lo que sí es posible (al alcance del *lógos* común) es que sea él quien decida rectamente su vida o su muerte, al mismo tiempo autor y actor y objeto y sujeto.

¿Cómo hacerlo? Con la voluntad, esfuerzo, convicción de excelencia (aristocracia psíquica) y decisión que el individuo libre y digno pone en juego para transformar su *temperamento* —el legado biológico, social y familiar que lo ha hecho dependiente— en *carácter* (construido autónomamente por él mismo) y tornarse persona superior (*Übermensch* ¡Oh Nietzsche!).

Terminase este ensayo agradeciendo al lector tan apreciable su atención y tolerancia, y así como al empiezo hubo una cita de Goethe, ahora el cierre es con un pensamiento de Voltaire, también aplicable al tema de hoy:

Cuando se ha perdido todo
y no hay nada que temer,
la muerte es un oprobio
y la vida es un deber.

⁴² Kant, *op. cit.*, nota 9.