

Terminación de la vida en neonatos y bebés

Dra. Asunción Alvarez

La eutanasia es una opción de terminación de vida que se permite legalmente sólo en Holanda y Bélgica.¹ Esto significa que en estos países un médico puede ayudar a un paciente a poner fin a su vida si éste se lo solicita para terminar con un sufrimiento que considera intolerable, siempre y cuando se cumplan una serie de condiciones: 1) Que la solicitud del paciente sea voluntaria, explícita, competente y persistente; 2) que la solicitud se base en la información completa del paciente sobre su situación; 3) que el paciente padezca un sufrimiento físico o mental intolerable; 4) que se hayan agotado todas las alternativas posibles de alivio al sufrimiento; 5) que el médico haya consultado al menos a otro colega. Cumplidos estos requisitos, el médico puede aplicar a su paciente una dosis letal de medicamentos o facilitarle los fármacos para que sea él mismo quien los ingiera.²

Holanda y Bélgica respaldan legalmente la eutanasia porque consideran éticamente aceptable respetar y apoyar el derecho de un paciente a ejercer su voluntad hasta el punto de decidir el final de su vida. Es un requisito imprescindible que exista una solicitud clara del paciente que elimine cualquier duda en el sentido de que pueda tratarse de una ocurrencia que no ha sido reflexionada lo suficiente o de una manifestación de un estado de ánimo de desesperación, más que de un pedido conciente y libre. Por tanto, la eutanasia queda excluida legalmente para quienes no tengan la capacidad de expresar su voluntad.³

¹ En el estado de Oregon en Estados Unidos se permite el suicidio médicamente asistido, lo cual significa que la ayuda del médico se limita a la prescripción de una dosis letal de medicamentos a su paciente, quien deberá ingerirla por sí mismo. En Suiza, la ley permite la ayuda al suicidio siempre que ésta esté motivada por fines altruistas.

² Esta acción corresponde al suicidio médicamente asistido que en estos países no se distingue de la eutanasia, desde el punto de vista legal, como sucede en Oregon, en donde se permite el suicidio médicamente asistido, pero se prohíbe la eutanasia.

³ La *Ley sobre la comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio*, que se hizo efectiva en Holanda el 1 de abril de 2002, permite aplicar la eutanasia a personas que en las etapas finales de su enfermedad no tienen la posibilidad de expresar su voluntad, pero lo hicieron por escrito

Como es lógico suponer, hay otros individuos que padecen sufrimientos insoportables además de los pacientes que pueden solicitar una eutanasia. Es el caso de neonatos y bebés con enfermedades o deformaciones muy graves, para los cuales no existen tratamientos ni medidas que alivien su dolor, y cuyas limitaciones afectarán muy seriamente la calidad de su vida. Ante ellos, los médicos deben considerar si la mejor opción no es provocar su muerte. En la medida que estos casos no se ajustan a la definición estricta de eutanasia, porque no hay expresión explícita de la voluntad, en los últimos años se ha dado un intenso debate en Holanda enfocado a encontrar soluciones para resolver de manera ética y legal estas situaciones.

El caso de los menores de edad que tienen capacidad de discernimiento es diferente. La ley de Holanda considera válida la solicitud de menores de edad, entre 16 y 18 años cuando los padres o tutores han participado en la toma de decisión, así como la solicitud de menores entre 12 y 16 años cuando los padres o tutores estén de acuerdo con la terminación de la vida. Actualmente, en Bélgica se debate la posibilidad de ampliar el derecho a la eutanasia a los menores. A diferencia de Holanda, el proyecto de ley que presentaron los senadores belgas Paul Wille y Jeanine Leduc, no impone límites de edad por considerarlos arbitrarios. Aunque la opinión de los padres es importante, no tienen derecho a decidir sobre su petición. El aspecto central para responder al pedido de eutanasia de un menor, de acuerdo a este proyecto de ley, será la capacidad de discernimiento del niño o joven, la cual deberá ser evaluada por su médico. Con esta ley se pretende eliminar la discriminación que la ley actual impone a los menores al excluirlos del derecho a elegir una muerte digna cuando padecen una enfermedad que les genere un sufrimiento insuperable. Los senadores están convencidos de que es el momento de debatir este proyecto ya que la mayoría de

previamente. Véase Véase Dornevaard J. "La política de eutanasia en los países bajos", en Cano-Valle, F., Díaz Aranda, E., Maldonado, E. *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. México D.F. UNAM, 2001, p. 59. En Bélgica también se permite aplicar la eutanasia a personas incapacitadas de expresar su voluntad que redactaron una declaración por escrito, pero esta posibilidad está estrictamente limitada a los casos de un estado inconsciente irreversible. Véase Herremans, J. Euthanasia decriminalized under tight rules. *World Right-to-Die Newsletter* 2002; 42: 1-2.

la sociedad belga, creyentes y no creyentes, aprueba la ley que permite la eutanasia.⁴ Habrá que estar atentos al desenlace de esta importante propuesta.

Volvamos al debate sobre la terminación activa de la vida de neonatos y infantes, mismo que se ha intensificado en los últimos meses. Si de por sí se trata de un tema muy delicado, su discusión se vuelve más difícil porque cualquier paso tomado legalmente en dirección a ampliar los criterios para permitir la muerte médicamente asistida es interpretado, por quienes se oponen a ella, como prueba de que legalizar la eutanasia lleva irremediablemente a la llamada “pendiente resbaladiza.” Según estos opositores, una vez que se permite aplicar la eutanasia en una determinada situación, es inevitable seguir una inercia que lleva a aplicarla de manera abusiva e indiscriminada.⁵

Resulta absurda esta idea. Al considerar la ampliación de la ley, no se trata de querer aplicar la eutanasia de manera indiscriminada. Se trata simplemente de no discriminar a nadie que se vería beneficiado de recibirla, pero no puede solicitarla (o no había sido considerado para que su solicitud se tomara en cuenta, como en el caso de los menores con capacidad de discernimiento en Bélgica). El problema con los neonatos y bebés, es que su situación es muy diferente a la de alguien que puede expresar (o en algún momento expresó) su deseo de ser ayudado a morir. Al no existir este elemento que es básico en la fundamentación ética de la eutanasia, se debe discutir su justificación de otra forma. Podría ser suficiente establecer que deben ser los padres quienes tomen la decisión por su hijo, pero no es tan sencillo resolverlo así. En este debate, además, no puede ignorarse el peso emocional que implica el hecho de que esté en juego la interrupción de una vida que apenas comienza. No cabe duda que existe una gran

⁴ “Bélgica debate legalizar la eutanasia infantil sin necesidad de consentimiento de los padres”. *El País*, 8 de septiembre de 2004 / Véase también el artículo de Marta Lamas “Eutanasia para menores”. *Proceso*, 19 de septiembre de 2004, en donde analiza la importancia de este proyecto de ley que busca respaldar los derechos de los adolescentes (señala lo inadecuado de utilizar un término tan general como “menor” para ciertas problemáticas) y respetar sus decisiones (en este caso sobre su vida y su muerte) por encima de quienes ejercen la patria potestad.

⁵ Dos referencias que sustentan esta tesis son: Smith, W.J. *Culture of death*. San Francisco, Encounter Books, 2000 y Keown, J. “Euthanasia in the Netherlands: Sliding down the slippery slope?”, en Keown, J (ed) *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999, p. 261-296.

diferencia, cuando se habla del final de una vida, entre el caso de alguien que padece una enfermedad terminal después de haber vivido muchos años y el de un bebé que debería tener toda una vida por delante. Pero esto no puede considerarse un argumento, puesto que en ambos casos, si se decide la terminación de la vida, es por pensar que es lo mejor para el individuo en cuestión, independientemente de que sea al principio o al final de ella.

El debate actual en Holanda

De acuerdo a la legislación vigente, las acciones médicas que aceleran la muerte de bebés que han nacido con grandes discapacidades deben ser reportadas al Fiscal General, quien determina, en cada caso, si el médico actuó de manera adecuada según criterios ético-médicos o si debe ser perseguido judicialmente. La Sociedad de Pediatría Holandesa está pidiendo que se modifique este procedimiento para que los médicos puedan reportar de inicio a los comités multidisciplinarios (formados, al menos, por un jurista, un médico y un experto en cuestiones éticas), de la misma forma que se hace cuando se aplica una eutanasia. De esta manera, se eliminará la categoría de delito a una acción que los médicos realizan obedeciendo a su deber profesional y será menos amenazante cumplir el requerimiento de notificación, todo lo cual volverá mucho más transparente la supervisión de una práctica que en la actualidad se realiza en secreto.⁶

Según las investigaciones, se calcula que en Holanda cada año se dan cerca de 100 casos en que los pediatras deben tomar decisiones de las que resulta la muerte de bebés gravemente incapacitados. La mayoría de estas decisiones consisten en restringir la atención a cuidados paliativos o retirar el tratamiento médico, pero aproximadamente en 20 de estos casos los médicos, en acuerdo con los padres, provocan activamente la muerte de los bebés. Sin embargo, sólo se reportan dos o tres de estas acciones al año.⁷ Según el pediatra neerlandés Louis Kollé, el incumplimiento a la regulación se explica por una

⁶ Sheldon, T. Dutch doctors call for a new approach to reporting "mercy killings". *BMJ* 2004; 329: 591.

⁷ *Ibid.*

especie de trauma creado entre los colegas de su país tras el largo proceso judicial seguido en los años noventa a dos médicos que terminaron con la vida de un bebé a petición de sus padres. Ambos médicos fueron acusados de homicidio, pero no se les impuso castigo alguno porque se decidió que actuaron de manera justificada ante un conflicto de deberes: el de prolongar la vida y el de aliviar el sufrimiento intolerable.⁸

A pesar de que estos casos han ayudado a promover la discusión sobre el tema de la terminación activa de la vida a neonatos, el temor de otros médicos de verse sometidos a juicios similares ha tenido efectos lamentables. En parte, porque se desconoce lo que realmente sucede en la práctica y se pierde información valiosa que ayudaría mucho a orientar futuras decisiones. En parte también, porque muchos médicos, ante la amenaza de verse perseguidos, se han negado a responder al pedido de padres que les solicitan que acaben con la vida de su bebé gravemente discapacitado, lo que ha llevado a algunos de estos padres a intervenir ellos mismos para provocar la muerte de sus hijos.⁹

Es importante señalar las graves consecuencias de llegar a situaciones extremas como éstas. Además de la repercusión emocional que tiene para los padres, hay que tener en cuenta que estos no están capacitados para realizar adecuadamente una acción así y que ellos mismos corren el riesgo de verse acusados de asesinato. En Holanda, al establecer las políticas para resolver los problemas que enfrentan los enfermos al final de la vida, se ha reconocido como central la participación de los médicos porque son éstos quienes tienen la preparación necesaria para decidir y actuar. También, porque el tipo de decisiones que se deben tomar se entienden formando parte de un conjunto más amplio que abarca todas las que se toman a lo largo de la relación entre el médico y el paciente. Al ser el médico la única persona que puede provocar la muerte de otra, sin que tal acción constituya homicidio, se ha podido regular la práctica de la eutanasia y tener un control sobre la misma.

⁸ "Por qué practico la eutanasia infantil". *Milenio Diario*, 14 de septiembre de 2004.

⁹ *Ibid.*

La experiencia del Dr. Henk Prins

Vale la pena conocer de cerca uno de los casos llevados a juicio en la década pasada para entender la dificultad que implica decidir la terminación activa de la vida de un neonato, situación que se complica aun más al tratarse de una acción sobre la que existen opiniones tan encontradas entre los mismos médicos. Mientras algunos la consideran moralmente justificada, otros la desaprueban, incluso en aquellos casos en que al neonato se le ha retirado el tratamiento médico que lo mantenía con vida y en consecuencia, de no acelerar su muerte, ésta sobrevendrá de manera lenta y dolorosa.¹⁰

En 1993 Henk Prins, un médico ginecólogo, aplicó una inyección letal a una bebé que había nacido con varias discapacidades, tales como espina bífida e hidrocefalia, las cuales provocaron daño cerebral severo que causaría limitaciones muy graves en la calidad de vida de la niña. El día que ésta nació, se decidió no operarla y en el cuarto día, los padres solicitaron al médico que terminara con la vida de su hija.¹¹

De acuerdo a Prins, fueron dos las decisiones relacionadas con la terminación de la vida de esta bebé. La primera fue la de no operar considerando que no representaba ningún beneficio para ella porque se habría prolongado su vida sin resolver los síntomas ni las consecuencias del defecto de nacimiento, además de que se habría creado la necesidad de repetidas operaciones. En esta decisión participaron un neurólogo, un neurocirujano, un pediatra y un pastor, además de Prins. Se tomó en cuenta la magnitud del daño cerebral que limitaría gravemente la capacidad de la niña para comunicarse, le impediría caminar, sentarse por sí misma, tener control de esfínteres y tener sensibilidad en la parte inferior de su cuerpo.¹² Fue una decisión médica a la que se llegó tomando en cuenta los

¹⁰ "What kind of life? What kind of death? A interview with Dr. Henk Prins", en Thomasma, D., Kimbrough-Kushner, T., Kimsma, G., Ciesielski-Carlucci, C. (Eds). *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998, p. 389.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.* p. 392-394.

intereses generales de la niña y de los padres y con la cual se determinó la terminación de la vida de la recién nacida.¹³

La segunda decisión tuvo que ver con la forma de terminar con la vida de la bebé. Se le podrían haber administrado analgésicos narcóticos del tipo de la morfina para disminuir el dolor, con lo cual también se habría producido su muerte, pero antes se habría alargado el sufrimiento de la niña y habrían surgido nuevas complicaciones ante las que se tendría que haber decidido nuevamente si se le daba tratamiento o no. Prins puso la inyección a petición de los padres que no quisieron prolongar una situación ambigua y de sufrimiento, lo que significó intervenir activamente para acelerar la muerte en lugar de dejar que sobreviniera por el doble efecto de los analgésicos.¹⁴

Es interesante conocer el comentario que hace Wesley J. Smith, firme opositor a la eutanasia, sobre este caso. Este autor interpreta los mismos acontecimientos de una manera radicalmente diferente. Según él, el Dr. Prins mató a la recién nacida con el consentimiento de los padres cuando ésta se encontraba en agonía después de que se le negó la atención médica que es habitual dar a neonatos con problemas como los de esta bebé.¹⁵

Pero es el mismo Prins quien hace la reflexión realmente importante. El desarrollo de la tecnología ha introducido cambios en la práctica médica que permiten mantener con vida a bebés que nacen con graves malformaciones, lo cual puede ser tanto una bendición como una maldición. Dadas las nuevas posibilidades, es necesario responder preguntas inéditas: ¿cuál es una vida de suficiente calidad?,

¹³ Prins señala los criterios establecidos por la Asociación Holandesa de Pediatría para determinar que un niño nace con discapacidad severa: 1) será incapaz de comunicarse, 2) será incapaz de sostenerse, 3) necesitará asistencia médica permanente, 4) existencia de dolor. *Ibid.* p. 395.

¹⁴ *Ibid.* p. 399.

¹⁵ Smith, W.J. *Culture of death*. San Francisco, Encounter Books, 2000, p. 62. Llama la atención la coincidencia entre este autor, que se refiere a una "cultura de la muerte" para referirse a quienes defienden la eutanasia, y el Vaticano que utiliza la misma expresión con idéntico sentido.

quién la determina?, ¿deben tomar decisiones los padres y médicos de manera privada o bajo la mirada pública del sistema legal?¹⁶

Al comentar su decisión, Prins señala que no considera que haya una diferencia moral entre la primera decisión de retirar un tratamiento inútil para la bebé y la segunda de terminar activamente su vida. Tampoco debería hacerse una distinción, en términos éticos, entre la acción médica de dar analgésicos para disminuir el dolor, que de manera indirecta producen la muerte y la aplicación de una inyección letal. En este caso, se escogió la segunda acción porque era la mejor para la bebé y, de acuerdo a Prins, hubiera sido poco ético que fueran las consecuencias legales de la acción las que determinarían su decisión. Pero también es un problema que se quiera mantener una diferencia legal entre las acciones médicas mencionadas. De esta forma, si los médicos consideran que lo más adecuado es aplicar una inyección letal, aunque actúen de acuerdo a sus principios, quedan desprotegidos porque su acción está fuera de la ley. El supuesto riesgo de la llamada pendiente resbaladiza que supuestamente se quiere evitar, en realidad es mucho mayor si se mantiene una prohibición que impide hablar y discutir este tipo de casos.¹⁷

Avances del debate

Es importante tener presente que la legalización de la eutanasia en Holanda se dio como resultado de un largo proceso de discusión que incluyó a toda la sociedad y que inició con una serie de casos llevados a juicios que sirvieron para ir estableciendo los requisitos que justificarían, como excepción, la terminación activa de la vida de un paciente, a solicitud de éste, por parte de un médico. El último paso fue la modificación del Código penal para permitir legalmente la eutanasia.¹⁸

¹⁶ "What kind of life? What kind of death? A interview with Dr. Henk Prins", en Thomasma, D., *et al*, 1998, *Op Cit*, p. 391.

¹⁷ *Ibid.* p. 401-403.

¹⁸ Juantey, C. *El derecho a la muerte voluntaria*. México, D.F., Distribuciones Fontamara, 2004, p. 191.

Tal parece que ahora se está dando un proceso similar para decidir qué debe permitirse con respecto a la terminación activa de la vida de bebés. Para avanzar en el debate sobre el tema con datos confiables, se firmó un protocolo de investigación entre la clínica del Dr. Eduard Verhagen, del Hospital Universitario de Groningen, y las autoridades judiciales. El pediatra y su equipo tienen así la posibilidad de decidir interrumpir la vida de un bebé en situaciones en que consideren que es preferible su muerte por el dolor que les causa una enfermedad incurable o por tener discapacidades muy graves si es una decisión tomada en acuerdo con los padres del niño.¹⁹

La valoración para decidir la terminación de la vida debe ser establecida por el equipo médico responsable del niño y apoyada por un médico independiente que confirme que no existe alivio posible al dolor ni perspectivas de mejoría. Se incluyen casos de nacimientos muy prematuros en los que los niños sufren daño cerebral severo, enfermedades en las cuales los bebés sólo podrían sobrevivir con apoyo de vida artificial por el resto de su vida y enfermedades cutáneas graves.²⁰

De hecho, fue a partir del caso de un niño que nació con una terrible enfermedad en la piel, que el Dr. Verhagen decidió emprender acciones para que también fuera posible poner fin al sufrimiento de los bebés. Cada vez que alguien le tocaba la piel al niño, se le producía una ampolla y cada vez que ésta reventaba, su cuerpo quedaba en carne viva, por lo que el llanto de dolor era continuo. Los padres no podían abrazar a su hijo sin que a éste se le quebrara la piel. El bebé tenía que vivir vendado y los padres debían cambiar sus vendajes cada día, lo que causaba que se le arrancara su piel y recomenzara su llanto desgarrador. Los padres decidieron que lo mejor sería poner fin a su vida y así lo comunicaron a los médicos, quienes coincidían en que provocar su muerte era la única forma de acabar con el sufrimiento del bebé, pero se sentían imposibilitados para ayudar porque legalmente estaba prohibida una acción así y eso implicaba correr el riesgo de ser procesado y

¹⁹ "Por qué practico la eutanasia infantil". *Milenio Diario*, 14 de septiembre de 2004.

²⁰ "Hospital performs euthanasia on infants". *The Washington Times*, 1 de diciembre de 2004.

acusado de asesinato. Afortunadamente, el bebé murió muy poco tiempo después de una infección.²¹

Bajo el amparo del “Protocolo de Groningen”, en la clínica del Dr. Verhagen se terminó con la vida de cuatro bebés durante 2003. Se hizo la notificación correspondiente a la fiscalía regional sin que se haya dado ningún proceso legal en contra del hospital ni de los médicos. Este protocolo significa un paso importante para que los médicos en Holanda no tengan que actuar de manera clandestina cuando consideren que deben poner fin a la vida de un bebé. El Dr. Verhagen piensa que así debe ser porque en Holanda se ha optado por hacer las cosas abiertamente y permitir que las acciones sean conocidas y analizadas.²²

Desde luego, no se han hecho esperar los comentarios del Vaticano para condenar esta medida. El obispo Elio Sgreccia, vicepresidente de la Academia Pontificia para la vida, a falta de mejores argumentos, señala que el protocolo traspasa un límite prohibido por la misma Declaración de Helsinki: el de investigar con niños menores de doce años. Así mismo, sostiene que el proyecto es una prueba de que en Holanda se ha caído en la pendiente resbaladiza porque se pretende aplicar la eutanasia a individuos que no pueden solicitarla y se justifica la medida para aliviar el sufrimiento de bebés, a pesar de que éstos no tienen la posibilidad de definirlo como insoportable.²³ Más allá de que parecería una aprobación involuntaria a la eutanasia en adultos (que sí pueden solicitarla y definir su sufrimiento), resulta absurdo que Sgreccia utilice como argumentos precisamente los elementos que los médicos de Holanda han señalado para abrir el debate: el sufrimiento real de pacientes que dependen absolutamente de otros. Parece un problema de perspectiva, mientras que la Iglesia se siente con derecho a permitir el sufrimiento de los bebés, los médicos que están en contacto con ellos y con sus padres cuestionan que no se pueda hacer nada para remediarlo.

²¹ “Por qué practico la eutanasia infantil”. *Milenio Diario*, 14 de septiembre de 2004.

²² “Hospital performs euthanasia on infants” *The Washington Times*, 1 de diciembre de 2004.

²³ www.zenit.org/2004-09-22

El otro dilema con bebés muy graves

En las situaciones hasta ahora revisadas, son los padres de un bebé quienes piden a los médicos que pongan fin a la vida de su hijo para terminar con su sufrimiento. Los padres y los médicos acuerdan que la ayuda que necesita su hijo es equivalente a una eutanasia activa, pero se enfrentan, a excepción de quienes pertenecen a la clínica de Groningen, a la prohibición de esta práctica. Sin embargo, mientras se mantiene el debate sobre la conveniencia de permitir la terminación activa de la vida en neonatos, ha surgido otro, igualmente controvertido, relacionado con la terminación *pasiva* de la vida de bebés. Se refiere a situaciones en que los padres piden que se mantenga vivos a sus hijos mediante apoyo de vida artificial y los médicos consideran que lo mejor para los bebés es que éste se suspenda.

En los últimos meses se dieron a conocer dos casos del Reino Unido que fueron llevados a juicio para decidir si debía darse la razón a los padres, que solicitaban que se mantuviera el tratamiento de sus hijos, o a los médicos, que pensaban que debía interrumpirse porque sólo significaba prolongar una vida de terrible sufrimiento. De acuerdo con la ley, los médicos se pueden negar a dar un tratamiento si no lo consideran adecuado, pero si los padres no concuerdan con ellos, la decisión debe tomarla un juez. En ambos casos la justicia inglesa dio la razón a los médicos porque se consideró que el tratamiento iría en contra de los mejores intereses de los bebés.²⁴

Para comprender la decisión de los jueces, es necesario conocer con más detalle la situación de los bebés. Veamos uno de ellos, el de Charlotte Wyatt, una niña que había nacido a las 26 semanas de gestación. Tenía ya once meses y tan sólo medía 53 centímetros y pesaba 5.6 kilos. Sufría una malformación cerebral, pulmonar y cardíaca; había presentado varias veces muerte clínica y los médicos habían logrado revivirla, pero se negaban a seguir haciéndolo. Sostenían que no había forma de mejorar su vida y que el único sentimiento que conocía Charlotte era

²⁴ Dyer, C. Doctors need not ventilate baby to prolong his life. *BMJ* 2004; 329: 995.

el sufrimiento. Ella no tenía conciencia visual ni respondía al sonido. Tampoco reaccionaba a las caricias ni daba muestras de reconocer a las personas de su entorno familiar. Por su parte, los padres decían que su hija era una luchadora y que los médicos no podían condenarla a morir. Sentían que dejarla ir era como matarla.²⁵

Es interesante mencionar que el juez encargado de este caso decidió que éste se viera en audiencia pública por el interés que tenía para la población. Tenía razón: la sociedad debe ser consciente de lo importante que es hacer una profunda reflexión de las decisiones que debemos tomar ante las nuevas posibilidades tecnológicas y del hecho de que ellas no pueden cambiar la finitud inherente a la condición humana. Al conocer de cerca este caso, puede sorprender darse cuenta que algunos padres no necesariamente defienden lo mejor para sus hijos. El rechazo de los padres de Charlotte a permitir la muerte de su hija les impedía ver que en realidad pedían condenarla a una vida que no tendría nunca la mínima calidad.

Por su parte, al comentar el mismo caso, el Dr. Michael Wilks, del comité de ética de la Asociación Médica Británica, reconoce la gran dificultad que implica para médicos y padres decidir sobre la prolongación o terminación de la vida de un bebé. A veces la única solución se encuentra en la corte, aun cuando no siempre es el mejor lugar para tomar decisiones clínicas. Además, recuerda que ha habido casos en que se da la situación inversa, como sucedió con unas hermanas siameses de Malta que compartían un corazón. Con la oposición de los padres y con el fin de evitar la muerte de las dos hermanas, los médicos obtuvieron el permiso judicial para operarlas con el fin de que una de ellas se quedara con el corazón, lo que significaba producir la muerte de la otra.²⁶

²⁵ "El dilema Wyatt". *El País*, 1 de octubre de 2004. Marta Lamas también comenta este artículo en "Charlotte Wyatt: ¿Condenada a morir o condenada a vivir". *Proceso*, 31 de octubre de 2004.

²⁶ "Denying treatment –a medical dilemma". *BBC News*, 4 de octubre de 2004.

Comentarios

Hasta aquí el avance del artículo que será importante retomar después de la discusión del seminario, lo que me permitirá definir mejor los puntos que deben ser más trabajados y las conclusiones que pueden hacerse.

Un punto central es definir cómo establecer otros límites para definir qué es permisible y qué no, una vez que se traspasa el límite que permitió justificar la eutanasia: el respeto a la voluntad del paciente.

La idea es mencionar también que se trata de un tema que no debe sernos ajeno en México, aun cuando quede un largo camino por recorrer que se supone debe empezar por situaciones “menos problemáticas” que la terminación de la vida en neonatos, como es la eutanasia en adultos.

Aun así, me parece importante estar al tanto de la discusión que se está dando en otros países, conocer los principios y las dificultades que están detrás de los avances que se han logrado en ellos con relación a la muerte médicamente asistida porque todo ello debe servirnos a la hora de considerar cambios para nuestro país. Después de todo en México enfrentamos los mismos problemas (con sus particularidades): situaciones en que debe valorarse si es mejor o peor continuar con la vida de un adulto, de un niño o de un neonato.