



Islamismo y eutanasia

*Dariusch Atighetchi**

Resumen

La eutanasia está generalmente prohibida ya sea por los documentos jurídico-religiosos, por los códigos penales de los Estados musulmanes. La prohibición se refiere sobre todo a la eutanasia activa, mientras acerca de los otros tipos de eutanasia no faltan diferentes posiciones frente a casos particulares. De hecho, muchas fuentes consideran que cuando la muerte es segura y los tratamientos médicos son fútiles, resulta inútil alargar la agonía; aún así, en estos casos la mayoría de los documentos requiere mantener la hidratación y la alimentación artificial además de otros cuidados contra el dolor.

La muerte tecnológica es frecuentemente criticada en cuanto manipula innaturalmente la relación con la muerte. Por ejemplo, en caso de estado vegetativo persistente muchos expertos Islámicos requieren la desconexión de todos los instrumentos de soporte vital. Aún si se acorta la vida, se prefiere una relación más natural con la muerte.

* Docente de Bioética Islámica, Segunda Universidad de Nápoles (E-mail: dario_atico@iol.it).



Summary

Islam and euthanasia

Both the legal-religious documents and the criminal codes of the Muslim states generally forbid euthanasia. The prohibition regards above all active euthanasia while about other types of euthanasia there are different positions according to special cases. Many sources, indeed, consider that when the death is sure and medical treatments are futile, it becomes useless to prolong the agony; however, in these cases the majority of documents requires to keep hydration and artificial nutrition in addition to care against pain. The technological death is often criticized because it unnaturally manipulates the relationship with death. For example, in the case of persistent vegetative state many Islamic experts require withdrawing all life support tools. Even if it abbreviates life, a more natural relationship with death is preferred.

Palabras clave: Islam, eutanasia, cuidados paliativos.

Key words: Islam, euthanasia, palliative care.

La concepción unitaria del ser humano constituye la idea central de la antropología médica Islámica. Entre las consecuencias es evidente que la enfermedad y la salud no se agotan en la esfera físico-biológica, sino que incluyen también la esfera psicológico-espiritual: en base al *hadit* (un “dicho” del Profeta Mahoma (570-632 d.C.)) “si un órgano sufre, todos los otros condividen su sufrimiento padeciendo insomnio y fiebre”. Ya sea el bienestar o la enfermedad física, terminan por ser, de algún modo, bienestar y enfermedad de todo el organismo y de la persona entera. Incluso, no es raro el parangón entre la comunidad Islámica y el cuerpo humano, de acuerdo con cuanto se expresa por el “dicho” (*hadith*) del Profeta Mahoma, según el cual «los fieles



en su recíproco amor y compasión son como un solo cuerpo; si un miembro sufre, todos los demás correrán en su ayuda». No en vano se trata de uno de los “dichos” del Profeta a los cuales se recurre mayormente para legitimar el transplante de órganos en el Islam.

Ya que la curación es, en cierta medida, contemporáneamente física y espiritual, y existiendo una complementariedad entre alma y cuerpo, no sorprende encontrar la medicina psicosomática Islámica teorizada por los más grandes nombres de la medicina Islámica como al-Razi (850-925 d.C.) y Avicenna (980-1037 d.C.).

El culmen en campo médico del mundo musulmán, entre el siglo IX y el XIV d.C., encuentra parangón en prácticas y concepciones muy “modernas” elaboradas en aquellos siglos, concernientes, por ejemplo, a la anestesia total y parcial, el alivio del dolor, los primeros equipos de reanimación y la gestión de las obturaciones de las vías respiratorias superiores.¹ Por ejemplo, la anestesia total en caso de operaciones quirúrgicas se obtenía por medio de cannabis, opio y mandrágora; el anestésico era suministrado por ingestión, inhalación y vía rectal. Se llegó a determinar la cantidad exacta de fármaco a suministrar para obtener una anestesia general para un número preciso de horas (ejem. Avicenna). Al inicio del siglo catorce se demostró (ejem. Ibn al Quff) la utilidad de la presencia del médico anestesista al lado del cirujano, en caso de muchos tipos de intervenciones; en eso se ponían la bases de un equipo de reanimación. Para la reanimación se llegó a alimentar por vía enteral al enfermo mediante tubos en la garganta. De aquellos siglos nos llegan testimonios del uso de tubos endotraqueales para la gestión de las vías respiratorias superiores, etcétera.

El enfermo incurable

El médico musulmán tiene la tarea de aplicarse para proveer al paciente incurable de un sostenimiento contra el dolor y el estrés psicofísico, actuando sobre todas las dimensiones de la persona. Todo intento de salvar un agonizante, si las posibilidades de éxito parecen significativas, debería ser emprendido.



D. ATIGHETCHI

En todos los países en vías de desarrollo, la mayoría de los enfermos de patologías graves (por ejemplo tumores) busca soluciones cuando la patología se encuentra en un estadio demasiado avanzado e incurable. En los países musulmanes es fácil encontrar que los pacientes incurables mueran en su propia casa. Tal propensión no está privada de consecuencias problemáticas en el caso que los hospitales estén dotados de modernos instrumentos clínicos. De hecho, el dejar regresar a casa determinados pacientes significa frecuentemente renunciar a la asistencia directa del personal médico y de la instrumentación clínica y, simultáneamente, descargar un peso notable sobre las familias que no siempre tienen la capacidad de asumir un compromiso tal, ya sea sobre el plano material o sobre el psicológico. Alguno se ha preguntado si detrás de esta tendencia a “liberarse” del paciente, no se pueda individualizar una cierta forma subrepticia de eutanasia pasiva asociable al rechazo de la muerte del enfermo.²

En el caso de recurrir a analgésicos que reducen el sufrimiento psico-físico del enfermo, pero que pueden simultáneamente acelerar la muerte, se nota que el elemento determinante en la reflexión Islámica es individualizado en la intención del médico.³ Si éste ha tenido sólo la intención de ayudar al enfermo, entonces no debería ser perseguido ni civil ni penalmente.

Frecuentemente, los parientes piden cuidados extremos en la esperanza de recuperar un moribundo. Algunos “doctos” Islámicos consideran que todo posible esfuerzo deba ser emprendido para la supervivencia del paciente, mientras otros introducen las categorías de las medidas no-necesarias, ineficaces o no apropiadas, cuando el enfermo se encuentra en las fases finales, con el fin de evitar intervenciones invasivas, dolorosas o por lo menos inútiles. En el *King Faisal Specialist Hospital* de Riyadh se recurre a un protocolo similar a los *Do Not Resuscitate Order* occidentales, que permite evitar prácticas reanimatorias en pacientes sin esperanza que están muriendo, en modo de permitir un paso menos sufriente. Aún así la mayoría de los hospitales sauditas está desprovista de protocolos análogos para asistir al enfermo terminal mientras los mismos médicos parecen contrarios a recurrir a similares Documentos juzgándolos un límite a la propia acción.⁴



Los cuidados paliativos

Hablar de cuidados paliativos significa determinar qué se puede hacer cuando no hay más alternativas para el enfermo. El recurrir a los *asilos* (o estructuras análogas) en Medio Oriente y Norte África está obstaculizado por múltiples razones, sobre todo aquellas de orden económico y social, en cuanto necesitan de una estructura compleja y costosa; por otra parte, la ineficiencia de enfermeros y la escasa calificación de los operadores de salud; los bajos salarios de estos últimos y, en fin, la general preferencia por la asistencia a domicilio.

Cuando, en 1989, la administración del *King Faisal Specialist Hospital* comenzó a estudiar la posibilidad de aprobar un programa de cuidados domiciliarios para pacientes muy graves, emergieron dos problemas particulares conexos al contexto social (además de los ya citados): la barrera del lenguaje y la posible respuesta negativa de las familias sauditas ante la eventualidad de que expertos/as no sauditas (y no musulmanes) entrasen en casa para asistir al familiar. El Reino recurría a 14,500 médicos, de los cuales sólo el 12% era saudita, mientras la casi totalidad de los enfermeros resultaba extranjera. A este respecto, el Programa de Cuidados domiciliarios aprobado en mayo de 1991 preveía la utilización de choferes e intérpretes sauditas para permitir a los especialistas extranjeros (enfermeros y médicos) de prestar una adecuada asistencia en los cuidados paliativos.⁵

Desde principios de los años 90's, un servicio de cuidados paliativos funciona en Arabia Saudita en el *King Faisal Specialist Hospital* de Riyadh, con la finalidad de proporcionar asistencia física, psicológica y social al paciente terminal y a sus familiares. La asistencia se da por parte de un equipo interdisciplinar de profesionistas y enfermeros expertos a domicilio o en el hospital.⁶ Se trataría del más completo *Palliative Care Service* de todo el mundo árabe.⁷

En 1999 la *European School of Oncology* ha patrocinado un simposio en el KFSH sobre "The Modern Managment of Advenced Cancer: How to help your patients"; cuyos 150 participantes, la mayor parte operadores de salud del área de Riyadh, analizaron la disponibilidad y distribución de opiáceos en el Reino.⁸ Se focalizaron 8 principales problemas: 1. Demasiados obstáculos administrativos detienen la disponibilidad de los fármacos. 2. Generalizada falta de conciencia



D. ATIGHETCHI

de la importancia de los cuidados paliativos y escaso apoyo por parte de la comunidad. 3. Falta de preparación sobre el tema entre médicos, enfermeros, pacientes y familiares con consecuentes ideas equivocadas como aquella de interferir con los deberes religiosos del enfermo; se subraya una fuerte falta de experiencia acerca de los “analgesic ladder”.⁹ 4. Todos temen que el uso de analgésicos opiáceos esté en contraste con los principios religiosos; se aconseja instruir a las autoridades religiosas sobre la necesidad y los métodos de asistencia para los enfermos terminales hasta incluir a las mismas autoridades en los staff de cuidados paliativos. 5. Muchas personas temen efectos colaterales (dependencia) provocados por el uso de fuertes opiáceos. Se sugería recurrir a los mass-media para promover una política nacional de educación a la gestión del paciente terminal. 6. Existe una política del gobierno muy restrictiva sobre el uso de analgésicos opiáceos.

En Egipto,¹⁰ en 1980 nació la *Egyptian Society for Management of Pain* y tres años después se abrió la *Pain Clinic* en el *Nacional Cancer Institute* (NCI) de el Cairo. Antes de los años 90 no existían protocolos para la gestión del dolor. Es de notar la actitud de las empresas y de los farmacéuticos que prefieren no tratar con morfina por temor de asumir responsabilidades: la única forma disponible de consumo es en comprimidos.¹¹ La gestión domiciliar prevé el consentimiento de un pariente responsable de la utilización del fármaco y de su restitución al final de los cuidados (por ejemplo a la muerte del paciente). En este contexto, el NCI ha formalizado un proyecto que ha tenido éxito, basado sobre la preparación específica de un pariente escogido por el enfermo terminal, el cual es instruido, en la medida de lo posible, sobre las necesidades del paciente (tratamiento del dolor, efectos colaterales, alivio de los síntomas, movilidad, alimentación, sueño, etc.).

En los años 1995 y 1996, en Indonesia, en una población de 203 millones de habitantes, surgían de 203-365 mil nuevos enfermos de tumores al año.¹² El primer centro piloto para los cuidados paliativos y terapia del dolor nació en 1990 en el *Dr. Soetomo Hospital* (DSH) en Indonesia oriental. En el país, para el alivio del dolor, en la mayoría de los casos se recurre a no-opiáceos y opiáceos débiles por causa de la limitada disponibilidad de morfina oral. Por el contrario, codeína, analgésicos no opiáceos y otros fármacos son fácilmente disponi-



bles. Desde enero de 1995 la morfina oral ha estado disponible en el DSH.

El problema de la información

En el mundo existen diferencias muy fuertes en la disponibilidad de comunicar la verdad al paciente grave o terminal. A esto se puede añadir, entre otras variables, la concepción y el papel del médico en el espacio y el tiempo. Un estudio de 1987 comparaba los países en los cuales la relación médico-paciente estaba anclada en modelos paternalistas, con otros en los que la autonomía del paciente estaba en crecimiento:¹³ los oncólogos del sur del este europeo estimaban que el porcentaje de quienes revelan la verdad en el área, era inferior al 40%, mientras otras estimaciones indicaban entre los oncólogos en Escandinava y Europa Occidental una disponibilidad superior al 80%.

El *hadith* citado (“si un órgano sufre, todos los otros condividen su sufrimiento padeciendo insomnio y fiebre”) subraya una visión “unitaria” de la persona en la antropología médica Islámica. Al mismo tiempo, sin embargo, puede producir efectos contradictorios según los contextos. De hecho, el *hadith* ofrece un instrumento que puede limitar la validez de las solicitudes de un enfermo terminal, en el caso que tal solicitud no respete la ética dominante. Por ejemplo, en la petición de alguna forma de eutanasia por parte del paciente, resulta fácil responder que su condición de inferioridad psico-física (en cuanto la enfermedad grave de una parte es siempre, en alguna medida, enfermedad de todo el individuo) no le permite formular solicitudes sensatas.¹⁴

El origen de esta concepción se enraíza en el derecho musulmán. En él, el sujeto *optimo iure* de los derechos y de los deberes es el musulmán varón, libre, púber, sano de cuerpo y de mente, de vida incensurable.¹⁵ Sólo la posesión de estos requisitos confiere una plena capacidad jurídica. La falta de uno de ellos limita la capacidad de disposición (*tasarruf*). Las corrientes jurídicas *malikita* y *shafi'ita* organizan tales limitaciones de la capacidad de actuar según 5 categorías: el sexo; la edad; enfermedades y determinadas condiciones patológicas, físicas y mentales; circunstancias especiales y transitorias (insol-



D. ATIGHETCHI

vencia, matrimonio para la mujer, etc.); la apostasía y otras privaciones que suprimen la capacidad jurídica. Por tanto, las enfermedades psico-físicas reducen la capacidad de actuar. Algunas enfermedades son temporales, otras crónicas. El individuo afectado por una enfermedad mortal resulta “impedido” (*mahgur*), es decir, que su capacidad limitada en cuanto su estado psico-físico no le permite tutelar adecuadamente los propios intereses.

De manera contraria, en las normas de sucesión Islámica las obligaciones desventajosas como donaciones, venta de bienes a precios inferiores a su valor, la liberación, etc., cumplidas durante una enfermedad mortal son consideradas *wasiyah* (actos de última voluntad) y tiene valor aún si el enfermo no muere.¹⁶

La doctrina clásica de la limitación de la capacidad jurídica de la persona afligida por enfermedades graves o mortales, es reconfirmada por la actitud difundida en las sociedades musulmanas en relación del enfermo, como testimonian numerosas indagaciones contemporáneas.

Una encuesta realizada a 369 miembros de la *Turkish Society of Anaesthesiology and Reanimation*¹⁷ acerca de la utilización de *Do-not-Resuscitate (DNR) orders* para limitar (o interrumpir) los tratamientos en pacientes en *Intensive Care Unit (Icu)*, evidencia que el 65.9% los había usado en forma oral. Aún así, antes de la decisión los médicos han discutido con los colegas en el 82.7% de los casos, con los familiares en el 14.4%, con el Comité Ético en el 1.7%, y con el enfermo en el 1.2%. Es evidente el papel dominante de los médicos. Paradójicamente, la mayoría (58%) de los mismos médicos –cuando fueron interrogados sobre quién, en teoría, debería ser involucrado en un *DNR order*– indicaba que la decisión debería tomarse colectivamente por el paciente, los parientes, los médicos, los administradores del hospital, el Comité Ético; el 31.4% sostiene que paciente, familiares y médico deben decidir unidos; el 10% declaró que el médico es el único responsable.

En 1993 se realizó una investigación a 249 médicos de 6 hospitales sauditas.¹⁸ El 75% prefería hablar con los familiares aún cuando sea juzgado capaz de entender y querer. Sobre este dato incide el fuerte lazo familiar característico del mundo árabe, en el cual el enfermo mismo parece delegar espontáneamente a sus parientes la facultad de



decidir en relación con los cuidados o terapias a ser adoptadas. En estos contextos, la voluntad o el deseo de la familia, son frecuentemente concebidos como una “prolongación natural”¹⁹ del pariente enfermo, en vez de considerar tal representación como una posible enajenación o una supresión de la autonomía del enfermo.

La realidad saudita pone en evidencia al menos dos orientaciones, contrastantes pero representativas, de la situación del variado mundo árabe y/o Islámico.²⁰ Como imitación de las normativas de las naciones occidentales más desarrolladas, encaminadas a asegurar un mayor equilibrio en la relación médico-paciente, y acompañando a algunos principios de la ética médica Islámica, la primera tendencia teórica enfatiza la autonomía del paciente y su derecho a conocer la verdad. Por ejemplo, el *Código de Kuwait* (1981) precisaba que todo enfermo es un caso particular y que el personal médico tiene el deber de respetar su derecho de conocer su situación clínica, conciliando este deber con aquel de encontrar las palabras más apropiadas para mantener viva la esperanza y la tranquilidad. En todo caso, estos modelos normativos “occidentales” aparecen sumamente lejanos de la conducta social concreta y de la mentalidad colectiva.

La segunda tendencia²¹ es aquella manifestada por una realidad cotidiana problemática y lejana de los criterios “teóricos”, situación caracterizada por el temor a la muerte y de la derrota por parte de los médicos, por la limitada comunicación directa con el enfermo terminal, por la escasa disponibilidad a revelar la verdad, por la comunicación del diagnóstico a los parientes, etc. Estas últimas impostaciones no son, sin embargo, automáticamente juzgadas como una violación de la autonomía y del respeto del paciente, precisamente por la posibilidad –ofrecida por la tradición– de dirigirse a los parientes como “prolongación natural” de la figura de un familiar enfermo, presumiblemente ya no en capacidad de tomar las decisiones, paciente que acepta tal “delegación”. Se puede hablar de una concepción del individuo más “amplia” (que engloba a los parientes cercanos), respecto a aquella occidental actual, lo cual se traduce inevitablemente, en una autonomía personal cuyos “confines” o “límites” varían junto con los contextos culturales y geográficos.

La especialización en el extranjero (por ejemplo USA donde la comunicación es considerada la regla) de médicos provenientes de con-



D. ATIGHETCHI

textos en los cuales la tutela psicológica del enfermo (por medio del silencio) parece prioritaria (por ejemplo Líbano) no parece implicar una mayor disponibilidad suya a comunicar la verdad una vez que regresan a su patria.²² En otras palabras, independientemente de cuanto han aprendido en el extranjero, muchos de estos médicos permanecen influenciados por las tendencias y valores dominantes en la cultura en la cual se encuentran practicando (por ejemplo USA y después Líbano) y se adaptan. El aspecto positivo es que ellos parecen adaptarse pragmáticamente en su comportamiento a contextos diversos, lejos de rígidas posiciones ideológicas. En referencia al Líbano, G.N. Hamadeh y S.M. Adib observan que los médicos libaneses continuarán evitando la directa y completa revelación de un diagnóstico de cáncer; lo cual puede ser evitado, sólo si los pacientes buscan un mayor poder y deseo de conocer la verdad.²³

En Turquía la actitud paternalista es ampliamente difundida. Raramente los médicos informan a los pacientes acerca del diagnóstico o terapias que los implican, aún cuando se trate de situaciones no graves. La razón fundamental de tal costumbre radica en la educación y el status social del médico; de hecho, la relación médico-paciente se basa sobre la creencia de que el médico tiende siempre a hacer lo mejor para el enfermo tutelando su vida. El modelo paternalista parece responder mejor que otras actitudes a los requerimientos del enfermo. Sólo en el último milenio, tal modelo ha entrado en crisis.²⁴

En los países musulmanes, uno de los principios dominantes de la ética médica es el de la beneficencia (*beneficence*), según el cual el enfermo es sobre todo un miembro de la familia responsable con él. El consentimiento del enfermo grave y/o incurable, es fácilmente substituido por el de la familia, con el fin de evitarle problemas emotivos. En otros términos, por un lado se reconoce el derecho del paciente a conocer el diagnóstico y el pronóstico (con las adecuadas cautelas) y a asumir un papel más participativo en los cuidados o asistencia; simultáneamente, sin embargo, se prefiere evitar cualquier recaída negativa a nivel psico-físico, al conocer la verdad, aún al precio de la mentira y del ocultamiento de la misma.²⁵ Para este último aspecto, se demuestran instrumentos indispensables ya sea el paternalismo médico, que el papel protector de la familia. En las emergencias es oportuno involucrar los miembros varones de la familia, por-



que el tomar una decisión puede poner a una mujer en una situación embarazosa.²⁶

En la cultura saudita, la autoridad y la unidad de la familia superan la importancia reconocida a la autonomía del individuo particular. Las decisiones de un paciente resultan fácilmente modificadas por la voluntad de los familiares; análogamente, la familia espera conocer primeramente la mala noticia que interesa al enfermo. Sucesivamente la familia decide si se comunica y cómo se comunica al paciente.²⁷

Un estudio fue realizado en los Emiratos Árabes en 1955 con la finalidad de examinar la disponibilidad a informar al paciente terminal sobre una muestra mixta de 100 ciudadanos y 50 médicos locales.²⁸ Al ser cuestionados sobre los motivos de sus respuestas, ningún ciudadano ha citado el derecho del enfermo a conocer la propia situación de salud, ni el deber del médico de comunicarla. Los motivos religiosos justificaban tanto el silencio como la comunicación de la verdad. En general, los médicos parecen mucho menos favorables que los ciudadanos a comunicarla. Entre las consecuencias, el 90% de los ciudadanos ha revelado no fiarse completamente de aquello que el médico comunica acerca de su estado de salud. En fin, la mayoría de los médicos sostiene que los pacientes occidentales parecen más propensos a conocer la verdad sobre las propias condiciones.

En Argelia, la revelación de un diagnóstico de cáncer “es una prueba que muchos médicos tratan de evitar dejándola a otro colega”,²⁹ de manera similar con aquello que sucede en operaciones quirúrgicas importantes. Muchas personas sanas prefieren conocer su verdadera situación clínica, muchas otras prefieren que el médico calle. El caso de los enfermos es diferente, ya que se llegan a ver incluso pacientes oncológicos con signos manifiestos de neoplasia, que retardan los exámenes diagnósticos con tal de no descubrir nada. Obviamente, el contexto cultural juega un papel determinante en el acercamiento al problema. El acercamiento justo, sostiene un primario argelino, es aquel de postergar la revelación en un contexto de gran cautela en la medida que la relación médico-paciente se consolida. En Argelia existe un cierto fatalismo (*mektoub*, es decir “aquello que está escrito”) por el cual la población generalmente piensa que Dios nos ha enviado una enfermedad incurable³⁰ para castigarnos. No se debería comunicar la verdad de golpe “como en Occidente”; por el contrario, es



D. ATIGHETCHI

oportuno ir paso a paso con la finalidad de involucrar al enfermo en la terapia. Por ejemplo, se puede iniciar anunciando una lesión que será necesario valorar lo más rápido posible, antes de tener consecuencias peores, etc. El artículo 51 del *Código de Deontología* de Argelia (1992), afirma que un pronóstico grave o infausto puede ser escondido al enfermo por motivos que el médico valore en conciencia. En tal caso, la familia debe ser avisada salvo que el enfermo no haya prohibido tal comunicación o haya designado una tercera persona a la cual revelar. En caso de comunicación, “el diagnóstico grave o el pronóstico infausto deben ser revelados sólo con extrema cautela”.

El artículo 44 del *Código de Ética Médica* del Líbano (1994)³¹, aconseja al médico disimular un diagnóstico muy grave al enfermo, sobre todo en los casos en los cuales la muerte es cierta. Contemporáneamente, el Código reconoce al paciente el derecho de conocer. Como resultado, la actitud preferida entre los médicos es evitar la revelación al enfermo grave optando por la comunicación con el pariente cercano.³²

En una encuesta de 1995 sobre una muestra de 212 médicos (sobre todo oncólogos), frecuentemente en contacto con enfermos de cáncer y trabajando en Beirut y sus alrededores, han sido confrontados los médicos que habitualmente dicen la verdad (*tellers*) con aquellos que usualmente la esconden (*non-tellers*). Resultaba que el 47% de los 212 normalmente decían la verdad, mientras el 53% (es decir 112) comúnmente no la comunicaban.³³ Los médicos más jóvenes eran menos propensos a la comunicación respecto a los ancianos; los *tellers* parecen tener una mayor experiencia clínica respecto a los *non-tellers*. La revelación o no de la verdad por parte de los médicos parece condicionada por algunas características del paciente;³⁴ las más importantes en orden decreciente son la estabilidad emotiva del enfermo, su inteligencia, si el enfermo es un médico, el deseo del enfermo de conocer la verdad, etc. Acerca de las características profesionales del médico que inciden sobre la disponibilidad subjetiva a revelar la verdad, en la muestra la revelación está estrechamente ligada con la duración de la experiencia clínica, y al tipo de especialización médica: el ocultamiento disminuye con una experiencia más larga. El ocultamiento era más frecuente entre *primary health care practitioners* respecto a especialistas y cirujanos, etc.



Elementos significativos de “paternalismo médico” se encuentran en otras normativas vigentes. Por ejemplo, el artículo 20 de la *Resolución Ministerial 288/17/L* de enero de 1990 de Arabia Saudita, afirma que frente a patologías incurables o que amenazan la vida del enfermo, el médico puede decidir, según la propia conciencia, si informar al paciente o a los parientes, o bien callar, salvo el caso en el cual el paciente mismo no le haya previamente prohibido informar a otros, o requiera explícitamente informar a determinadas personas.

El artículo 36 del *Código de Deontología* de Túnez de 1993, sostiene que un pronóstico grave o fatal puede ser escondido al enfermo. Se le puede revelar sólo con la más grande circunspección, pero puede en general ser comunicado a los familiares cercanos, excepto cuando el enfermo haya previamente prohibido esta solución.

La ley n.17 de noviembre de 1986 de Libia acerca de la responsabilidad del médico, en el artículo 5 afirma que el médico debe informar al paciente en el caso de un mal incurable si eso corresponde a los intereses del enfermo y si las condiciones psicológicas de este último lo permitan.

El “Living Will”

El *living will* indica una declaración hecha por una persona en posesión de sus facultades mentales, en la cual se precisan los límites dentro de los que quiere ser tratada, en el caso en que debiese encontrarse en fase extremadamente crítica, privada de conciencia y sin posibilidad de curación.

El término *al-wasiyah* en derecho musulmán indica la última voluntad y, por extensión, también testamento. Su reglamentación está presente en el Corán 5, 106: “¡O ustedes que creen! Estén presentes algunos testigos, cuando quien entre ustedes esté por morir, hará testamento. Deberán estar dos hombres justos de entre ustedes, u otros dos que no sean de los suyos, si ustedes están de viaje por la tierra y los golpea la calamidad de la muerte”.³⁵

El *living will* no puede ser un testamento (*wasiyah*) en cuanto que aquello que está incluido en un testamento será ejecutado sólo *después* de la muerte del testador; viceversa, el *living will* se redactó an-



tes de que la vejez o que la enfermedad pueden hacer al enfermo incapaz, y hace referencia a qué cosa hacer en las fases precedentes a la muerte. En consecuencia, si un musulmán firma un *living Will*, es considerado como *wasiyah muhrimah*, es decir, privado de valor legal.

Bajo algún aspecto, cuando las indicaciones anticipadas de un paciente requieren no alimentarlo artificialmente, ellas corresponden a un homicidio voluntario activo asistido por una tercera persona. Privar a una persona de alimentos o líquidos en cualquier forma, le causará la muerte y tal acto constituye un crimen.³⁶

En todo caso, un musulmán puede formular un *living will* alternativo, privado de valor vinculante y definible como *wasiyah mubahah* (documento admisible) en el cual, por ejemplo, podrían estar contenidas las siguientes peticiones:³⁷

a. Solicitud de interrumpir el tratamiento si éste no mejora la calidad de vida del enfermo. En este caso, no se acelera la muerte cuando se limita a rechazar los cuidados excesivos. Aún así deberían ser mantenidos los cuidados de la higiene y la alimentación artificial.

b. Instrucciones para desconectar el *life-support equipment* después que ha sido diagnosticada la muerte del tronco-encéfalo. Esto ha sido permitido por la Academia de Derecho Musulmán de la Organización para la Conferencia Islámica (V. Resolución, Amán, 1996).

c. Inclusión de la voluntad de donar órganos con base en el principio del beneficio público (*maslaha*) y del altruismo hacia el próximo (*al-ithar*).

d. Es útil nombrar un representante (*wakalah*). Cuando las facultades mentales del enfermo estén comprometidas, su representante legal (*wakil*) estará moralmente obligado a comunicar los deseos del moribundo a familiares y médicos.

En fin, el *living will* deberá ser firmado por el autor, por su representante legal (*wakil*) y por dos testigos, como lo indica el Corán 2,282: “Los testigos, cuando estén invitados a testificar, no se rehúsen a hacerlo”, Si ninguna de las solicitudes contenidas en el *living will* contradice las enseñanzas de la *Shari'a*, no existen motivos para ignorar las indicaciones ahí contenidas.³⁸

Un diverso modelo de *living will* ha sido formulado para los musulmanes de América por el Consejo de las Mezquitas de Connecticut



en 2000. En él, el futuro *muriente* rechaza la posibilidad de que alguien interrumpa voluntariamente su vida, y pide que el recurso a instrumentos de sostenimiento vital sea interrumpido si se vuelve “razonablemente evidente que no tienen algún valor curativo”. Tales instrumentos de sostenimiento vital “incluyen, pero no se limitan, a la respiración artificial, reanimación cardiopulmonar, alimentación e hidratación artificiales.”³⁹

En realidad, los documentos Islámicos permanecen inciertos sobre el valor de reconocer a la nutrición e hidratación parenteral; es decir, si son instrumentos terapéuticos o no. Dependiendo de la respuesta a tal pregunta, resulta la disponibilidad a desconectar el tubo o no, como ha sido ejemplificado en los dos casos precedentes.

En realidad, el testamento biológico no representa un problema; incluso. En Norte América y en los Estados occidentales, las asociaciones médicas Islámicas lo recomiendan vivamente. La utilidad de documentos similares es evidente en las áreas geográficas de inmigración en las cuales la autonomía del enfermo es más respetada y las que es fuerte el riesgo del prolongamiento tecnológico de morir. No es una casualidad que la confrontación con la literatura sobre el *living will* y la problemática conexas haya comenzado entre las comunidades Islámicas en algunos Estados occidentales en lugar que en los países de origen de tales comunidades. Los diferentes modelos de testamento biológico Islámico que circulan permiten respetar los deseos del enfermo en la gestión de las fases terminales o muy graves, cuando éste no esté ya en capacidad de decidir; permiten nombrar a quien tomará tales decisiones; de decidir o rechazar donar órganos *post-mortem*; ordenar la suministración y suspensión de la alimentación e hidratación artificial incluida la reanimación cardiopulmonar; permiten requerir las disposiciones hereditarias, etc.

Contemporáneamente, las peticiones del enfermo y de su representante deben respetar los principios del Islam (rechazando actos eutanasicos) y, para evitar tal eventualidad, el testamento no debería ser vinculante para el médico. En los Estados musulmanes los *living will et similia* no están aún bien difundidos mientras los *do not resuscitate orders*, comienzan a difundirse localmente en el ámbito médico. La diferencia es importante.



D. ATIGHETCHI

Los DNR representan una disposición de los médicos a no reanimar cuando el paro cardíaco es esperado, y la muerte es considerada ya inevitable. Los *living will* son documentos firmados por los pacientes con la finalidad de evitar terapias inútiles y desproporcionadas. Actualmente, la mentalidad dominante y los modelos de relación médico-paciente en los países Islámicos metabolizan más fácilmente los *do not resuscitate orders* en lugar de los *living will*; de hecho, el poder “contractual” y la autonomía del enfermo no parecen similarmente desarrollados como por el contrario sucede en muchos Estados occidentales.

Las posiciones sobre eutanasia: acercamiento rígido

Para el Islam, el hombre no es dueño de sí mismo; el enfermo que muestra fuerza de espíritu al afrontar y superar los sufrimientos, gana créditos ante Dios. La eutanasia le impediría obtener este crédito. Además, siempre en la óptica religiosa, un milagro puede siempre suceder.⁴⁰

Siguiendo la tradicional postura apologética, la documentación jurídico-religiosa contemporánea reafirma que la difusión de la eutanasia en Occidente es el resultado de: el materialismo reinante,⁴¹ y de la disolución de la familia acompañada de la ausencia de afecto entre los parientes, por lo cual el enfermo grave y el terminal corren el riesgo de ser abandonados a sí mismos. El capítulo 8 del *Código Islámico de Ética Médica* de 1981 (Kuwait), afirma que suicidio y eutanasia “no encuentran aprobación más que en el pensamiento ateo, el cual considera que nuestra vida sobre la tierra esté seguida por la nada”. En la reflexión bioética Islámica las distinciones entre suicidio, homicidio y eutanasia, no son siempre claras o son por lo menos diferentes según los autores y los documentos.

En el derecho musulmán clásico falta un análisis de los diversos casos de eutanasia. Tampoco las opiniones jurídicas (*fatua*) modernas se detienen demasiado sobre los diferentes tipos y generalmente no más allá de la distinción entre eutanasia activa y pasiva condenándolas como homicidio. Todas las fuentes condenan el acto eutanásico pero, en el interior de la condena de principio, se pueden individuali-



zar posiciones diversas sobre todo frente a particulares situaciones clínicas. Nos limitaremos a citar algunos ejemplos, conservando el lenguaje utilizado en los mismos documentos, y subrayando cómo en ellos está prácticamente ausente una reflexión orgánica y sistemática sobre el tema y las definiciones son casi carentes o ambiguas.

Entre las opiniones más rígidas contra la eutanasia, citamos un documento del Sheikh al-Jubair, juez en la Corte Suprema de Jeddah (Arabia Saudita) que así se expresa: “No existe diferencia a ese respecto si la muerte del paciente sea causada por la desconexión del sostenimiento vital, por la suspensión de cuidados útiles para mantenerlo con vida, por la administración de fármacos que lleven a la muerte. Todos estos procedimientos son ilícitos. No pueden ser practicados por ninguno, ni nadie puede consentir a ellos”.

Más articulada, resulta una *fatwa* (opinión jurídica) del *European Council for Fatwa and Research* del 22 de mayo de 2005, que enuncia las prohibiciones en 4 puntos: 1. El Islamismo prohíbe la eutanasia activa y directa; prohíbe el suicidio y el suicidio asistido en cuanto matar a quien sufre a causa de una patología terminal, está prohibido al médico, a los familiares y al paciente mismo. El enfermo, independientemente de la gravedad de su situación clínica, no debe ser asesinado para evitarle la desesperación o la falta de esperanza de recuperación o de sanación. El homicidio está explícitamente prohibido por el Corán 6,151 (“su Señor les ha prohibido: no matar a su prójimo que Dios ha hecho sacro, a no ser por una causa justa”) y 5, 32 (“cualquiera que mate a una persona sin que ésta haya matado a otra o llevado la corrupción sobre la tierra, es como si hubiese matado a la humanidad entera”). 2. Es ilícito para el paciente matarse y es ilícito para alguno matarlo aún bajo su petición. El primer caso es un suicidio; el segundo corresponde a una agresión física en cuanto la autorización del enfermo no hace lícito un acto ilícito. 3. Es ilícito matar un enfermo por temor a que su patología se difunda por contagio, aún si se trata de un enfermo terminal (por ejemplo SIDA). 4. Es lícita la separación de los instrumentos de reanimación de un paciente clínicamente muerto o “prácticamente muerto” a causa de daños al troncoencefálicos o al cerebelo. El mantener al paciente conectado a tales instrumentos, equivale a un desperdicio de recursos útiles para salvar a otras personas.



Las posiciones sobre la eutanasia: acercamiento cauto

Numerosos documentos y opiniones están disponibles a un acercamiento diferente en casos extremos. No por casualidad, la muerte tecnológica puede ser percibida en el contexto Islámico como innatural y fruto de una pesada manipulación en la relación con la muerte, como sucede, por ejemplo, del estado vegetativo persistente. En estos casos, la desconexión de los instrumentos de soporte vital, aún abreviando la vida, puede no ser interpretado como acto eutanásico, sino como intento de reestablecerle una relación más natural con el morir en el respeto de la naturaleza y de la dignidad. Una *fatwa* del Comité de los Juristas Musulmanes de Sudáfrica, prohibía la eutanasia activa en la cual los pacientes pueden interrumpir sus propias vidas por medio, por ejemplo, de una inyección letal. Aún así, la eutanasia pasiva “en la cual los pacientes pueden rechazar los cuidados o el soporte de instrumentos vitales”, es posible cuando no existe alguna esperanza de supervivencia.⁴² Algunos autores sostienen que la eutanasia pasiva (no mejor definida), contribuye a salvaguardar la dignidad de la vida y de la muerte del sufriente.⁴³ Precisamente el Corán 2,45, recuerda que los hombres manifiestan diversas capacidades de perseverancia aún frente al dolor de la vida. Es por tanto pensable que en específicos casos una persona que sufra muchísimo, pueda escoger morir para defender su propia dignidad en cuanto el obligarlo a vivir no produce efectos positivos, ni sobre la sociedad ni sobre el particular.⁴⁴

En la opinión de otros expertos musulmanes, el prolongar artificialmente el estado vegetativo de un enfermo definitivamente privado de conciencia (SVP), es ilícito en cuanto es la conciencia que hace responsable a un individuo, por lo cual sería violada la dignidad humana además de la voluntad divina.⁴⁵ Siempre en referencia al Estado Vegetativo Persistente, otro estudioso afirma que “El Islamismo no considera una persona en estado vegetativo persistente como un ser viviente”, aún si existen excepciones a esta actitud.⁴⁶ El motivo que justifica la afirmación es que en la cultura Islámica existen rasgos que caracterizan la vida de la persona: capacidad decisional, conciencia, capacidad cognitiva, capacidad de tener una relación cognitiva y emotiva con Dios.⁴⁷ La ausencia de todas estas características en las



modalidades clínicas de un SVP, hace disminuir la esencia del ser humano.

En otras palabras, en el caso de la interrupción de tratamientos considerados exclusivamente a retardar una inevitable muerte, por medio de una decisión del paciente mismo o del personal médico o de los parientes, no parece contraria a los principios de la *Shari'a*. De hecho, el retrasar artificialmente una muerte inevitable por medio de terapias de sostenimiento, es contrario al interés del enfermo, obstaculizando el proceso natural del morir. M. Siddiqi, Presidente del Consejo de Derecho Musulmán de Norte América, condivide el principio y acepta suspender todo acto médico o suspenderle uso de instrumentos de sostenimiento vital cuando no hay esperanzas de recuperación para el paciente.⁴⁸ Eso no sería interpretado como acto eutánico.

El famoso Sheikh al-Qaradawi sostiene que cuando la enfermedad es incurable, el dolor crece y la única esperanza está puesta en un milagro, todo acto médico se vuelve inútil. En tales casos, la suspensión de cualquier asistencia es lícita e incluso, recomendada. Todo eso no sería eutanasia en cuanto falta una intervención activa por parte del personal de salud.⁴⁹ Ya sea Siddiqi o Qaradawi, ninguno especifica si el enfermo es conciente o totalmente y permanentemente privado de conciencia; ni especifican si la alimentación e hidratación artificiales tengan o no valencia terapéutica; ni hace explícita referencia a las categorías de los cuidados ordinarios y extraordinarios, etc.

Según el Comité Ético de la Asociación Médica Islámica de Norte América, cuando todo tratamiento se vuelve fútil no es obligatorio proseguir con tratamientos médicos (incluida la respiración artificial). Permanece siempre el deber de mantener la hidratación, alimentación, cuidado y limitación del dolor (los así llamados Cuidados Ordinarios). La ley Islámica no prohíbe el rechazo de tratamientos inútiles y desproporcionados luego del consenso de los familiares. El deceso no sería imputado a la suspensión de las “terapias”, sino al proceso irrefrenable de la enfermedad.

Sikander Shah se pregunta cómo el Islamismo juzga la suspensión de los fármacos y de los medios de reanimación en el caso de un paciente que – a causa de daños cerebrales – esté totalmente paralizado, privado de signos de vida salvo el latido del corazón o bien sostenido



D. ATIGHETCHI

por respirador artificial. Según Shah, aún si se trata de un acto ilícito, el médico evita la pena terrena si interrumpe la acción de los medios de sostenimiento bajo explícito consentimiento de los herederos o del tutor legal del paciente.⁵⁰

La primera Conferencia Internacional sobre “Derechos de los ancianos –Una prospectiva Islámica” organizada en Kuwait (18-21 de octubre de 1999) de la Organización Islámica para las Ciencias Médicas (IOMS), de la Academia de Derecho Musulmán de Jeddah y de la OMS, ha dedicado una sesión de sus trabajos a la eutanasia. El documento conclusivo rechaza la eutanasia bajo cualquier forma directa o indirecta, activa o pasiva, etc. Aún así, se precisa: “dado que un tratamiento seguramente fútil no puede ser considerado obligatorio, los procedimientos terapéuticos pueden ser interrumpidos. En todo caso, el paciente tiene pleno derecho al respeto de los derechos humanos que incluyen el mantenimiento de la hidratación, alimentación, asistencia y alivio del dolor”.

La última versión (2004) del *Código de Ética Islámica* de la IOMS en el art. 62, no parece considerar la suspensión de los “cuidados” (incluyendo la respiración artificial) como un acto eutanásico cuando su mantenimiento resulte inútil; análogamente, el suministro de fármacos contra el dolor no entra en la eutanasia cuando termina por acelerar el inevitable deceso del paciente.

En 2001, el art. 24 del nuevo *Código de Ética Médica* de la República Islámica de Pakistán, define fútil (por tanto eliminable) cualquier tratamiento que al paciente en un estado de permanente inconciencia, falla en el intento de interrumpir la total dependencia de los cuidados intensivos.

Uno de los más autorizados bioeticistas sauditas, Muhammad A. Albar, condena obviamente la eutanasia en general, pero agrega: el principio de *no-maleficencia* es una piedra angular de la ética médica Islámica en el respeto de las palabras del Profeta Mahoma para el cual es necesario “sobre todo no provocar daño”. El interrumpir el uso de fármacos e instrumentos de sostenimiento vital inútiles, respecta el principio de no-maleficencia pero tales actos deben ser decididos por un comité que incluye médicos, eticistas y miembros de la comunidad. La familia se debe también considerar: “cualquier inter-



vinción médica no-necesaria que pudiese provocar sufrimiento al moribundo o a los familiares no debería nunca ser utilizada”.⁵¹

El mismo principio de *no-maleficencia* pone la base para algunas distinciones operativas acerca del enfermo terminal por parte de A. Sachedina. La *Shari'a* castiga al médico que ayuda activa y unilateralmente al enfermo a morir. Aún así, el principio de *no-maleficencia* permite individualizar dos casos interpretables como “asistencia pasiva” en el permitir a un enfermo terminal morir sin ver en ello un crimen:⁵² 1. el médico puede suministrar fármacos contra el dolor y el estrés psico-físico, aún si pueden acortar la vida con tal que sean suministrados sin la finalidad de matar. 2. La ley permite al enfermo rechazar tratamientos que retardan una muerte cierta, o bien permite al médico –después de consultar con el enfermo, los familiares, etc.– interrumpir tratamientos fútiles. En estos casos, el retrasar la muerte es contrario al interés del enfermo y al interés público (causa desperdicio de los recursos). La interrupción de los tratamientos de sostenimiento permite a la muerte seguir su propio curso. Además, la *Shari'a* permite la interrupción de tratamientos fútiles y desproporcionados bajo el consentimiento de los familiares.⁵³

En algunos de los casos citados, parece que sea reconocido un peso a la opinión del enfermo terminal o gravísimo, no obstante los problemas arriba expuestos concernientes al reconocimiento de la autonomía y la información del enfermo grave. De hecho, como se ha afirmado más arriba, el valor atribuible a determinados rechazos de asistencia (alimentación, oxigenación, farmacología, etc.) por parte de un enfermo terminal, puede ser contestado, en línea de principio, objetando que su equilibrio psico-físico se haya alterado por la patología en curso.

*Algunos casos clínicos comentados ilustran tales situaciones:*⁵⁴

1. Caso 55. Paciente de 42 años con 2 hijos, en seguida a una infección viral es atacado por insuficiencia cardiorrespiratoria en fase terminal. Con su consentimiento, es inserido en la lista de pacientes que deben ser beneficiados, con extrema urgencia, de un trasplante de corazón-pulmones. El día del trasplante, estando aún consciente, rechaza la intervención. Esposa e hijos piden a los médicos operarlo igual-



mente. Frente a similares casos, en el ámbito Islámico se afirma que el enfermo grave no tiene capacidad de expresarse en plena conciencia, de tal modo que no se puede aceptar su rechazo. Es esta una consideración que encontramos frecuentemente: el enfermo mientras más grave está, corre el riesgo de ver disminuido el valor de una petición suya cuando sea considerada incoherente con los principios tradicionales y aquellos de la ética médica Islámica (por ejemplo una solicitud eutanásica), aún si es expresada por una persona formalmente capaz de entender y querer.

2. Caso 27. Mujer de 43 años, cáncer ovárico, metástasis, aporta el propio consentimiento a la inyección de sustancias sin relación con la patología, con el fin de verificar sus efectos *post mortem*. Según los musulmanes, esta experimentación está prohibida en cuanto el consentimiento libre y consciente de la paciente no es válido a causa de su estado de enferma terminal.

3. Caso 14. Hombre de 45 años con esclerosis amiotrófica lateral, con dificultades de fonación y deglución; el análisis psicológico es normal. Pide la eutanasia activa. Para el islamismo nadie puede poner fin a una vida; además, la experiencia demuestra que un pronóstico nunca es seguro; en fin, la solicitud del enfermo no puede ser tomada en consideración a causa de su debilidad.

Una interesante pregunta –que interesa en alguna medida al argumento que tratamos y que lo enriquece– ha sido formulada por el Sheikh saudita al-Ghamidi, profesor en la *King Khalid University*: ¿Puede un paciente rechazar una intervención quirúrgica salvavida, cuando las posibilidades de éxito de la intervención sean elevadas? El Sheikh considera que no. Aún así, agrega, si el enfermo rechaza la intervención arriesgando voluntariamente la vida, él comete un pecado pero no tan grave como el suicidio.⁵⁵ Parece intuitivo considerar –sobre la base de esta opinión– que sea lícito el rechazo de cualquier terapia o intervención médica privada de efectos terapéuticos en un enfermo terminal o gravísimo.

En todo caso, el Corán 3,145 recita: “No es posible que alguno muera a no ser que con el permiso de Dios establecido y escrito con término fijo”; el 3,156 prosigue: “¡Es Dios quien hace vivir y mata, es Dios quien observa todo lo que ustedes hacen!”, se deriva que Dios



ha fijado la duración de toda vida dejando espacio a los esfuerzos humanos dirigidos a sostenerla mientras existe alguna esperanza.

La petición del enfermo de morir ha sido en parte valorada por la doctrina jurídica clásica en algunos de sus aspectos. Las cuatro corrientes jurídicas “canónicas” *sunitas* (*hanafita*, *malikita*, *shafi'ita* y *hanbalita*) se pronunciaron en modo no unánime. Para todas, la petición o el permiso de ser matados no hace lícita la acción que es siempre un homicidio; aún así, el desacuerdo se refiere a la eventualidad de aplicar penas a aquel que procura la muerte. La *Shari'a* impone que los herederos no pueden heredar si provocan ilegalmente la muerte de aquel de quien habrían debido heredar.

En definitiva se podrían individualizar al menos cuatro tendencias prevalecientes acerca de la eutanasia: 1. contraria a cualquier tipo de eutanasia. 2. Disponible a intervenciones que interrumpen la asistencia médica (por ejemplo hidratación y alimentación artificial) en enfermos definitivamente privados de esperanza. 3. Disponible a intervenciones que interrumpen la asistencia médica (por ejemplo la hidratación y la alimentación artificial) en enfermos definitivamente privados de consciencia y próximos al deceso. 4. Los Códigos penales estatales se oponen a la eutanasia.

Se puede evidenciar cómo muchos documentos y expertos, después de profesar inicialmente una condena de la eutanasia en las diversas formas, den lugar a soluciones menos rígidas en casos particulares.

Acerca de las leyes estatales, las normas de tres estados musulmanes explicitan el rechazo de la eutanasia (no definida). La resolución ministerial n. 288/17/L de Arabia Saudita de enero de 1990 en el art. 21, tratando del consentimiento del paciente, declara que el médico no debe en ninguna circunstancia poner fin a la vida de un paciente terminal, aún cuando sea pedido por el enfermo mismo o por sus parientes.

La ley n.17 de Libia de noviembre de 1896 sobre la responsabilidad del médico, sostiene que a ningún paciente le puede ser quitada la vida ni siguiera bajo su petición, por motivo de deformidad, de enfermedad incurable o terminal o dolor agudo, aún cuando la vida del paciente depende de instrumentos artificiales de sostenimiento.



D. ATIGHETCHI

El art. 52 del Código Penal libanés de 1943 (aún en vigor), puede castigar con 10 años de cárcel a quien, por compasión, da la muerte a una persona a petición de esta última. El art. 27 (10) del *Código de Deontología Médica* (1994) precisa que, si el enfermo sufre de un mal incurable, el médico debe limitarse a aliviar los sufrimientos psicofísicos con tratamientos compatibles con el mantenimiento de la vida (si es posible). El médico no tiene derecho de provocar voluntariamente la muerte sino, se agrega, es preferible no recurrir a medios técnicos excesivos los cuales alargan la agonía. El médico debe cuidar del enfermo hasta la muerte, pero sin violar su dignidad. En realidad existen informaciones de médicos que han realizado formas de “suicidio asistido pasivo o activo” con o sin el consentimiento de los familiares o del enfermo. Esto parece responder a una actitud menos rígida de la sociedad sobre el problema de la eutanasia, actitud testimoniada por el parecer de 135 jueces de Beirut (31 eran mujeres, 1043 eran ya jueces, 32 eran abogados en preparación para convertirse en jueces, 61% eran musulmanes, 39% no-musulmanes) en casos relativos al “withdrawal/withholding of life-sustaining devices (eutanasia pasiva) and physician assisted suicide (eutanasia voluntaria)”.⁵⁶ El 56% de los jueces expresan una opinión diversa respecto al artículo 552 del Código Penal, y son favorables al hecho que el médico asista el enfermo terminal si este pide la muerte. Los jueces más jóvenes y abogados en preparación parecen los más favorables, junto con las mujeres.⁵⁷

Si en Líbano se ha iniciado un debate, en Sudán el debate debe todavía iniciar. En una de las primeras encuestas realizadas en el país africano (abril de 2000) sobre la postura respecto a la eutanasia y al suicidio asistido⁵⁸ por parte de 248 médicos de los 2 principales hospitales de Khartoum, la totalidad de los médicos titulados en Sudán era decididamente contraria a ambas soluciones sobre todo por razones religiosas (90%) o bien en cuanto acciones contrarias a los deberes del médico (85%), etc.

La muerte

El cuidado del cadáver de un musulmán después de la muerte debería seguir estas líneas guía:⁵⁹



- a. Cerrar los ojos, la boca y girar el rostro hacia la derecha de modo que, cuando sea sepultado, esté orientado hacia la Mecca.
- b. Poner en orden el cuerpo.
- c. Poner las manos sobre el pecho con la mano derecha sobre la izquierda.
- d. El cuerpo debe lavarse después de la muerte por parte de un musulmán del mismo sexo.
- e. Cubrir el cuerpo con una sábana.

En el Corán y en la *Sunna* (la recopilación de los “dichos” del Profeta Mahoma), no existe una definición específica del fin de la vida, que es dejada a la investigación científica, a la experiencia humana y refleja, inevitablemente, los conocimientos médicos disponibles en el período histórico de los diversos autores.⁶⁰ Interpelado a este respecto por el Ministro de Salud iraní sobre cual sea, según la *Shari'a*, el criterio de muerte (cardio-respiratorio o cerebral) al cual atenerse, el Ayatollah Tabrizi ha respondido: “Es indispensable referirse a un médico especialista para decidir si el primero o el segundo criterio corresponde a la definición de muerte” agregando que, ésta consiste en la separación del alma y el cuerpo.

Análogamente, en un discurso a los médicos del *Ain Shams Medical Collage* en febrero de 2000, el Rector de Al-Azhar, M.S. Tantawi, mencionaba que la muerte consiste en la separación de la vida y sólo los médicos pueden verificarla. Si el médico considera que el enfermo esté muerto aún en presencia de un corazón latiente en cuanto conectado a una máquina mientras el cerebro está ya muerto, es lícito desconectar los instrumentos de sostenimiento vital.⁶¹

Así, para los teólogos la muerte es un directo acto divino; de hecho, esa no se define como el cese de la actividad cerebral o la detención de la actividad cardíaca, sino como la separación del alma y el cuerpo.

El Corán no afirma nada sobre la naturaleza del alma o sobre su localización en el cuerpo. Entre las consecuencias, la aceptación de los criterios de muerte cerebral —que representan el paso obligado para efectuar éticamente la obtención de un órgano de un cadáver— permanece como objeto de discusión.

Se debe notar que el criterio de muerte cerebral total es siempre más ampliamente aceptado en campo médico, mientras las objeciones



D. ATIGHETCHI

se difunden entre los juristas (existen oposiciones autorizadas al criterio de muerte cerebral total); tales contrastes influyen la posición de determinados Estados aún carentes de una ley completa que regule los trasplantes de órganos (por ejemplo Egipto) y contribuye a la general dificultad a extraer órganos de cadáveres. No parecen, por el contrario, suscitar interés los criterios que hacen referencia a la “muerte cortical”.

La autopsia

La espera en la resurrección de los cuerpos en el Día del Juicio ha determinado muchas prescripciones hacia el cadáver. Entre ellas, la tarea de sepultarlo lo antes posible (respetando el aspecto exterior y la dignidad) y la prohibición de la mutilación y de la cremación. Si una parte de un cadáver ya sepultado se encuentra en otra parte, aquella debería ser lavada, se efectúan las oraciones rituales y es sepultada en la misma fosa del cadáver sin necesidad de exhumarlo.

La ley islámica presenta dos principios teóricamente contrastantes acerca de la autopsia.⁶² El primero afirma que la mutilación está prohibida en el Islam con el fin de abolir la usanza preislámica de mutilar los cuerpos de los enemigos muertos en las luchas tribales. El segundo principio afirma que las necesidades del viviente tienen la prioridad sobre aquellas del difunto, principio fundado –a su vez– sobre aquel del beneficio público (*maslaha*) y de necesidad. Dado que el hombre es una criatura noble a los ojos de Dios, la autopsia y los trasplantes parecerían contrarios al respeto debido al hombre. Toda operación sobre el cuerpo humano privada de finalidad terapéutica, equivale a una desacralización del cuerpo; es el caso de la autopsia, es útil a los vivientes pero no para el difunto. Incluso así, en casos de necesidad, así como es posible superar específicas prohibiciones acerca de la alimentación (Corán 2,173), análogamente los juristas tienden a permitir la autopsia cuando fuese útil para salvar vidas humanas.

Muchos entre los grandes médicos musulmanes de la edad clásica habían practicado la autopsia, por ejemplo Razi y Avicenna. El primer jurista del pasado que parece haberse expresado a favor de la disec-



ción fue el Sheikh de Al-Azhar al-Damanhuri (1689-1778). Gracias a su sucesor, al-Attar, la disección fue practicada en la escuela de medicina del Cairo.

Actualmente la autopsia se está difundiendo en los hospitales musulmanes por fines legales (en particular en caso de homicidios, suicidios y accidentes) y científicos. Precisamente por el respeto que acompaña al cadáver es costumbre, después de la disección, reunir las partes del cuerpo, resuturarlo y envolverlo en un sudario. A los fieles que cuestionan la licitud a la luz de los preceptos *sharaiticos*, los doctores de la Ley favorables responden que, no obstante la violación del cuerpo y no obstante la dilación de la sepultura, las informaciones que se pueden obtener satisfacen el principio del beneficio público (por ejemplo en caso de homicidios) por lo cual la justifican.

Entre los *Shi'itas*, el Ayatollah Khomeini prohibía la disección del cadáver de los musulmanes mientras consideraba lícita la de los no-musulmanes.⁶³ El Grande Ayatollah de Iraq, al-Sistani, considera prohibido diseccionar el cadáver de un musulmán por motivos investigativos, médicos, etc.; y viceversa, es lícita la disección del cadáver de un infiel.⁶⁴ Según otros responsos jurídicos *shi'itas*⁶⁵, está prohibido diseccionar el cadáver de un musulmán, pero si se hace, se debe pagar una compensación pecuniaria (precio de la sangre o *diyya*) (decreto 778). Es lícito diseccionar el cadáver de un no-musulmán o de fe incierta (779). Si la vida de un musulmán depende de la disección del cadáver de otro musulmán, cuando no es posible utilizar un no-musulmán, entonces es lícito diseccionar el cadáver del musulmán (780).

Con más fuerza, los Gran *Mufti* de la República Árabe de Egipto han expresado *fatawa* (de 1959 a 1974) según los cuales, en el caso de personas fallecidas cuyos parientes sean desconocidos, el cadáver puede ser seccionado por motivos legales, científicos y para trasplantes; si los parientes son conocidos es indispensable su previa autorización.⁶⁶ En una opinión del Comité de las *Fatwa* de Al-Azhar (1982), se acepta la autopsia en el caso de un difunto (por ejemplo accidente automovilístico) no identificado. Tal licencia puede ser debida a la ausencia de parientes que podrían denunciar daños sufridos por el cadáver.⁶⁷

Las opiniones favorables a la autopsia no son ignoradas por los Estados, junto con los criterios en base a los cuales limitarla. Un ejem-



D. ATIGHETCHI

plo es proporcionado por la normativa sobre los trasplantes de la República Árabe de Siria proveniente de agosto de 1972, según la cual la autopsia es practicable: *a.* si los médicos la consideran socialmente útil pero sólo si el difunto no se haya opuesto en vida o si no se oponen los parientes hasta el 3º grado de afinidad; *b.* las objeciones de los familiares son superables si la autopsia es efectuada por razones científicas o para prevenir una epidemia.⁶⁸ En Egipto, el examen del cadáver es practicable cuando se sospecha que la muerte haya sido provocada por actos criminales, no en otros casos. En Arabia Saudita la autopsia no es habitualmente practicada salvo en los casos de interés médico-legal y limitadamente a las partes necesarias a la autopsia en cuanto la manipulación del cadáver esta prohibida.

Acerca de las reglas rituales para la sepultura puede ser útil referirse a aquellas indicadas por el modelo de testamento del citado Consejo de las Mezquitas de Connecticut, en la parte dedicada a las normas para la sepultura, en las que el fiel musulmán *sunnita* en los Estados Unidos puede pedir que:

1. Por ningún motivo el cadáver sea manipulado para una autopsia, embalsamamiento o donación de órganos.
2. Musulmanes sunnitas preparen el cadáver para la sepultura.
3. Ningún rito o usanza no-Islámica sea realizado en las fases del funeral o sepultura. No deben estar presentes representaciones, medias lunas, decoraciones, cruces, banderas, símbolos y música de cualquier tipo.
4. El cuerpo no sea alejado a distancia irracional del lugar de la muerte salvo que sea justificado por las circunstancias o por el consentimiento de los familiares.
5. La tumba sea excavada según el uso Islámico.
6. El cadáver sea sepultado sin ataúd u otros contenedores que separen la sábana fúnebre del terreno circundante.
7. La tumba esté cubierta sólo con tierra sin inscripciones ni símbolos.
8. La sepultura se realice lo más pronto posible, preferiblemente antes del ocaso en el mismo día de la muerte o bien al día siguiente.



Referencias bibliográficas

- ¹ Ver AL-MAZROOA AA, ANDEL-HALIM RES. *Anesthesia 1000 Years Ago*. Saudi Medical Journal 1991; 12 (5): 351-353.
- ² ATIGHETCHI D. *Islam, Musulmani e Bioetica*. Roma: Armando Editore; 2002:188.
- ³ HATHOUT H, LUSTIG BA. *Bioethical Developments in Islam* en LUSTIG BA, BRODY BA, ENGELHARDT HT JR Y AL. *Bioethics Yearbook. Theological Developments in Bioethics: 1990-1992*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1993: 133-147.
- ⁴ ATIGHETCHI. *Islam, Musulmani...*p. 189.
- ⁵ GRAY AJ, EZZAT A, VOLVER S. *Developing Palliative Care Services for Terminally Ill Patients in Saudi Arabia*. Annals of Saudi Medicine 1995; 15(4): 370-377.
- ⁶ *Ibid.*, pp. 373-375.
- ⁷ ISBISTER WH, BONIFANT J. *Implementation of the World Health Organization "Analgesic Ladder" in Saudi Arabia*. Palliative Medicine 2001; 15: 135-140.
- ⁸ *Ibid.*
- ⁹ En 1986 la *World Health Organization* (WHO) introdujo el concepto de "analgesic ladder" para el control del dolor en enfermos con cáncer avanzado en los cuales se pasa de analgésicos no-opiáceos a opiáceos débiles, hasta los más fuertes.
- ¹⁰ ATIGHETCHI. *Islam, Musulmani* p. 191.
- ¹¹ TAWFIK MO. *Egypt: Status of Cancer Pain and Palliative Care*. Journal of Pain and Symptom Management 1993; 8 (6): 409-411.
- ¹² SOEBADI RD, TEJAWINATA S. *Indonesia: Status of Cancer Pain and Palliative Care*. Journal of Pain and Symptom Management 1996; 12 (2): 112-115; LICKISS JN. *Indonesia: Status of Cancer Pain and Palliative Cancer*. Journal of Pain and Symptom Management 1993; 8 (6): 423-424.
- ¹³ Ver en HAMADEH GN, ADIB SM. *Cancer Truth disclosure by Lebanese Doctors*. Soc Sci Med. 1998; 47 (9): 1289-1294.
- ¹⁴ Ver más abajo el párrafo "Eutanasia".
- ¹⁵ ATIGHETCHI. *Islam, musulmani...*, pp. 191-192.
- ¹⁶ SCHACHT J. *Introduction au droit musulman*. Paris: Maisonneuve et Larose; 1983: 146.
- ¹⁷ IYLIKCI L, ERBAYRAKTAR S, GÖKMEN N Y AL. *Practices of Anaesthesiologists with regard to Withholding and Withdrawal of Life Support from the Critically Ill in Turkey*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2004; 48: 457-462.
- ¹⁸ MOBEIREEK AF, AL-KASSIMI FA, AL-MAJAD SA Y AL. *Communication with the Seriously Ill: Physicians' Attitudes in Saudi Arabia*. Journal of Medical Ethics 1996; 22 (5): 282-285.
- ¹⁹ Ver Atighetchi. *Islam, Musulmani...*,p. 193.
- ²⁰ *Ibid.*
- ²¹ *Ibid.*, p.194.
- ²² HAMADEH, ADIB. *Cancer Truth Disclosure by Lebanese Doctors* p. 293.
- ²³ *Ibid.*
- ²⁴ YASMIN OGUZ N, *Eutanasia in Turkey: Cultural and Religious Perspectives*. Eubios Jaib, 1996; 6: 170-171.
- ²⁵ Las familias piden frecuentemente al personal de salud no comunicar al enfermo la necesidad de una operación más o menos demoledora, prefiriendo comunicar directamente, pero más lentamente, la verdad al enfermo. Esto corre el riesgo de traducirse en un sistemático ocultamiento de la verdad, razón por la cual, en el *King Faisal Specialist Hospital and Research Centre* de Riyadh, se es contrario a aceptar pacientes salvo cuando conocen su propia situación y han provisto del consentimiento a la intervención quirúrgica. Ver YOUNGE D,



D. ATIGHETCHI

MOREAU P, EZZAT A Y AL. *Communicating with Cancer Patients in Saudi Arabia*. Annals of the New York Academy of Sciences 1997; 809: 309-316.

²⁶ LAWRENCE P, ROZMUS C. *Culturally Sensitive Care of the Muslim Patient*. Journal of Transcultural Nursing 2001; 12 (3): 228-233.

²⁷ AL-SHAHRI MZ. *Cultural Sensitive Caring for Saudi Patients*. Journal of Transcultural Nursing 2002; 13(2): 133-138.

²⁸ VER ATIGHETCHI. *Islam, Musulmani*, p. 196-197.

²⁹ ID. *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives* Berlín: Springer; 2006: 281.

³⁰ Es curioso notar que en el lenguaje corriente el tumor maligno es definido “tumor hembra” (tumeur femelle) en cuanto puede reaparecer después del tratamiento o bien producir “crias”, es decir metástasis, mientras el tumor benigno es definido tumor macho.

³¹ *Code de Déontologie Médicale*, Journal Officiel du Liban, n. 9 del 03.03.1994.

³² ADIB SM, HAMADEH GN. *Attitudes of the Lebanese Public regarding Disclosure of Serious Illness*. Journal of Medical Ethics 1999; 25: 399-403.

³³ HAMADEH, ADIB. *Cancer Truth Disclosure*, p. 1290.

³⁴ *Ibid.*, pp. 1290-1293.

³⁵ Los pasajes del Corán han sido traducidos de la traducción de (BAUSANI A. *Il Corano*. Milán: Bur; 1988).

³⁶ EBRAHIM AFM. *The Living Will (wasiyat al-hayy): a Study of its Legality in the Light of Islamic Jurisprudence*. Medicine and Law 2000; 19: 147-160.

³⁷ *Ibid.*, pp. 157-158.

³⁸ *Ibid.*, p. 160.

³⁹ Para ulteriores informaciones ver ATIGHETCHI. *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*, p. 285.

⁴⁰ ATIGHETCHI D. *Il morire nell' Islam* en MORANDINI S, PEGORARO R (coord). *Alla fine della vita: Religioni e Bioetica*. Padova Fondazione Lanza 2003; 197-218.

⁴¹ BOUBAKEUR H. *Position de l' Islam sur l' euthanasie*. Ethique 1992-1993; 6-7: 97-101.

⁴² FATWA DEPARTMENT – JAMIATUL ULAMA (KZN). *The Islamic Ruling on Euthanasia*. Bishopsgate, South Africa.

⁴³ MASOODI GS, DHAR L. *Euthanasia at Western and Islamic Legal Systems: Trends and Developments*. Islamic and Comparative Law Review 1995-1996; XV-XVI (1): 1-36.

⁴⁴ ATIGHETCHI. *Islam, Musulmani*, p. 199.

⁴⁵ ABDUL-RAUF M. *Contemporary Muslim Perspective* en REICH W (Ed.) *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press 1978: 894.

⁴⁶ Vohra SS. *An American Muslim's Right to Die*. The Journal of Legal Medicine 2006; 27: 341-359.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 350.

⁴⁸ Siddiqi M. *Is Euthanasia allowed in Islam?* (acceso del 14.11.2006, en: <http://www.IslamOnline.net>).

⁴⁹ Al-Qaradawi Y. *Islam's Stance on Euthanasia* (acceso del 23.3.2005, en <http://www.IslamOnline.net>).

⁵⁰ SHAH SS. *Mercy Killing in Islam: Moral and Legal Issues*. Arab Law Quarterly 1996; 11 (2): 105-115.

⁵¹ Acceso en: <http://www.khayma.com/maalbar/MedicalEthics.htm#Abstract>.

⁵² SACHEDINA A. *End-of-life: the Islamic View*. The Lancet 2005; 366: 774-779.

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ Ver BEN HAMIDA F. *L' Islam e la bioetica* en MASSUÉ J-P, GERIN G (coord). *Diritti umani e bioetica*. Roma: Sapere 2000: 90 y los casos 55, 27, 14 y 49



- ⁵⁵ *Medical Issues* (acceso en: <http://www.islamtoday.net/english/>).
- ⁵⁶ ADIB SM, KAWAS S, HAJJARTA TA. *End-of-Life Issues as Perceived by Lebanese Judges*. *Developing World Bioethics* 2003; 3 (1):10-26.
- ⁵⁷ *Ibid.*, pp. 23-24.
- ⁵⁸ AHMED AM, KHEIR MM, ANDEL RAHMAN A Y AL. *Attitudes towards Euthanasia and Assisted Suicide among Sudanese Doctors*. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2001; 7 (3): 551-555.
- ⁵⁹ LAWRENCE, ROZMUS. *Culturally Sensitive Care of the Muslim Patient...*, p. 231.
- ⁶⁰ *Recommendations* en AL-MAZKUR K, AL-SAIF A, AL-GINDI AR Y AL. (Eds.) *Human Life. Its Inception and End as viewed by Islam*. Islamic Organization for Medical Sciences Kuwait 1989: 628.
- ⁶¹ BROCKOPP JE, *The "Good Death" in Islamic Theology and Law* en BROCKOPP JE (Ed.). *Islamic Ethics of Life*. Colombia (South Carolina): University of South Carolina Press; 2003: 177-193.
- ⁶² ATIGHETCHI. *Islam, Musulmani*, pp. 204-205.
- ⁶³ AYATOLLAH KHOMEINI. *Principes politiques, philosophiques, sociaux et religieux*. Paris: Éditions Libres-Hallier; 1979: 160.
- ⁶⁴ AL-SISTANI USA. *Al-Fatawa al-Muyassarah*. Beirut; 2002: 416.
- ⁶⁵ AL-BOSTANI AA (coord). *Le Guide du Musulman*. Publication du Seminaire Islamique 1991: 268.
- ⁶⁶ ATIGHETCHI. *Islam, Musulmani e Bioetica*, p.206.
- ⁶⁷ RISPLER-CHAIM. *The Ethics of Postmortem Examinations in Contemporary Islam*. *Journal of Medical Ethics* 1993; 19: 164-168.
- ⁶⁸ ATIGHETCHI. *Islam, Musulmani e Bioetica*, pp. 208-209.



D. ATIGHETCHI

