

## Sobre la muerte voluntaria

### Resumen

El problema de cómo morir en nuestra sociedad se ha convertido en una inquietud para los ciudadanos y la reflexión moral. Especialmente por dos razones: por el desarrollo de la tecnología médica y por el hecho de que la mayor parte de los fallecimientos tienen lugar fuera del hogar, donde tradicionalmente ocurría el deceso. El presente artículo tiene como objetivo acercarse a esta cuestión. Para ello, se parte de la autonomía del ciudadano, con derecho a decidir sobre lo que considera cuál sea su manera de vivir y de morir. A tal fin, se hace una breve introducción sobre el dolor, el suicidio y la muerte, desde un punto de vista antropológico, pasando, después, a mostrar las cuestiones relacionadas con el problema de la eutanasia, donde la atención se dirigirá, ante todo, al enjuiciamiento crítico del tenso equilibrio en el que se mantienen dos principios fundamentales de la bioética: el de no maleficencia y el de autonomía del ciudadano.

**Palabras clave:** bioética, antropología, muerte, dolor, suicidio

### Abstract

The problem of how to die in modern society has become a concern for both the citizen and moral reflection, for two reasons in particular: due to developments in medical technology, and because most deaths occur outside the home, where they traditionally took place. This paper addresses this issue, starting from citizen autonomy, the right to decide on what s/he considers to be his or her way of living and dying. To this end, a brief introduction considers pain, suicide and death from an anthropological viewpoint. Questions related to the problem of euthanasia are then exposed, with particular attention to, above all, the critical judgement of the tense balance in which two fundamental principles of bioethics are held: the principle of non-maleficence and that of citizen autonomy.

**Key words:** bioethics, anthropology, death, pain, suicide

### [1]

Dos breves anotaciones previas. En primer lugar, la relativa a los expertos. Como afirma Victoria Camps, los expertos son personas que saben mucho de muy poco, de ahí que "si ha tenido que nacer esa disciplina llamada bioética es porque se echa de menos precisamente la incapacidad para pensar con una cierta distancia sobre los fines y el sentido de lo que se hace" (Camps, 2001: 20). Es decir, la complejidad alcanzada por las técnicas médicas, los problemas que plantean son de tal envergadura y gravedad, las cuestiones que están sobre la mesa adquieren un valor tan elevado, como son, en definitiva, las de la salud, la vida y la muerte, requie-

---

\* Profesor de la Universidad de Morelia (México) [cienfuegos99@yahoo.com]

ren una discusión que no puede permanecer encerrada en laboratorios u hospitales, tiene que salir a la calle, hacerse pública y estar sometida no sólo al dictamen de los expertos, ni siquiera al de los especialistas en ética, sino a la libre discusión de la ciudadanía en general.

En segundo lugar, una anotación relativa al Estado y al tipo de ciudadano de ese Estado. Frente a otro tipo de sociedad, la nuestra es una sociedad liberal –no entro en las variedades que puede adoptar esa sociedad, desde el liberalismo extremo, el libertarismo, a una sociedad basada en la idea del Estado del Bienestar-. Eso significa que el Estado no debe legislar sobre moralidad, que separa clara y nítidamente las cuestiones relativas a la ley de las cuestiones relativas al bien, que no considera que lo que es pecado es delito, que, en definitiva, legisla sobre los derechos y deberes de la ciudadanía, pero no le indica cómo debe vivir, cuál es la “vida buena”. En suma, que pueden darse ciertos tipos de conductas que a juicio de algunos ciudadanos sean inmorales, pecaminosas o éticamente indeseables, pero el Estado solamente debe prohibirlas si conllevan un daño hecho a los otros. De otro lado, la característica primaria de la ciudadanía en un Estado liberal es la de la autonomía. Y la esencia de esta autonomía significa libertad para elegir, siendo más valiosa a ojos del liberal, la decisión objetivamente equivocada, pero libre, que la acertada, pero llevada a cabo bajo coacción. Bien es cierto, de todas formas, que esta autonomía y la sola prohibición de infligir daños a otros quedan recortados en el Estado liberal por lo que se denomina “paternalismo jurídico”, es decir, un tipo de intervención coactiva sobre la conducta de los ciudadanos para que no se dañen a sí mismos; ejemplos de paternalismo serían la prohibición de las drogas, el uso obligatorio del cinturón de seguridad o determinadas medidas sobre la incapacidad jurídica de los débiles mentales o de quienes ya no son competentes para decidir por sí mismos (Garzón Valdés, 1993: 361-378).

[2]

La eutanasia<sup>8</sup> nos acerca al difícil dilema de cómo morir, encontrándonos con aspectos técnicos, las diversas tecnologías médicas que consiguen pro-

8 Es verdad que el término “eutanasia” puede resultar ambiguo, tal como muchos autores lo señalan. Así, por ejemplo, además de la distinción eutanasia activa/pasiva y directa/indirecta, se habla también de suicidio asistido, de distanasia –prolongación exagerada de la vida, entonces sería sinónimo de ensañamiento terapéutico-de adistanasia –no prolongación exagerada de la vida-, de ortotanasia –o muerte correcta, es un término usado por la Iglesia Católica- y de cacotanasia –cuando no se cuenta ni con la voluntad del enfermo ni con la de sus allegados, Gafo, 1997: 99-101. La mayoría de estas distinciones semánticas tienen como objetivo defender determinadas prácticas médicas, pero condenar la eutanasia activa, es decir, que el médico provoque la muerte del enfermo; como, en principio, no veo una diferencia radical entre las distintas variantes de la eutanasia –excepto, claro está, en el inmoral caso de la cacotanasia-, prefiero usar ese término

longar la vida en circunstancias antes no previstas, con aspectos científicos de mayor alcance teórico, por ejemplo, cuándo se puede hablar de que el ser humano allí postrado dejó de vivir, lo que nos lleva a las difusas fronteras entre la vida y la muerte, o, más difícil aún, cuándo deja de ser satisfactoria y plena la vida, con aspectos jurídicos, si se penaliza, despenaliza o legaliza la eutanasia y, obviamente, con aspectos morales, sobre su legitimidad o no.

Son frecuentes en la actualidad los casos de pacientes terminales que piden insistente y desesperadamente que se ponga fin a su vida, puesto que ellos se ven imposibilitados a hacerlo. Las resoluciones de estos casos son variadas, pero, todavía no hay, paradójicamente si se compara con el aborto, una legislación más o menos común a diferentes estados; predomina una doble moral, se penaliza la ayuda a morir, pero si se lleva a cabo la misma, apenas hay responsabilidades penales para quien lo hace<sup>9</sup>.

El suicidio y las diversas formas de eutanasia tienen que ver con eso tan misterioso e inquietante como es la muerte. El ser humano es el único, parece, que tiene conciencia de su finitud, de su mortalidad. Esa conciencia nos acerca a una cuestión insondable e incunable; se puede creer en el más allá o no, es posible vivir sin tener presente la fragilidad de la existencia, en fin, podemos, o no, prepararnos para un buen morir, como se recomendaba en otros tiempos, pero es muy difícil que una persona se sustraiga al estremecimiento de todo su ser cuando vive la muerte de un ser cercano, cuando, al contemplar el rostro del cadáver del ser querido, ve que no asoma la luz a sus ojos. Todavía está presente una huella de su personalidad, por eso el respeto que se tiene por el cadáver; lo reconocemos, pero ya no está ahí, no nos responde. No es éste el lugar para adentrarse por esta arcana cuestión, baste lo dicho.

En cierto modo, la eutanasia, al menos cuando el paciente la solicita voluntaria y conscientemente, es un suicidio; habría que recordar, entonces, las palabras de Albert Camus,

<sup>9</sup> "La Real Asociación Médica Holandesa tuvo, y sigue teniendo, una gran influencia en el debate holandés. En 1973, ya había emitido una declaración provisional sobre la eutanasia: 'Legalmente la eutanasia debería seguir siendo delito, pero si un médico, tras haber considerado todos los aspectos del caso, acorta la vida de un paciente incurable que se enfrenta a la muerte, el tribunal deberá juzgar si existía un conflicto de deberes que pudieran justificar la actuación de dicho médico'. Actualizando esta postura, en 1984, la misma asociación publicó las condiciones que debería cumplir un médico que ayude a morir a alguien para evitar ser procesado", Admiral, P., "La eutanasia y el suicidio asistido", en Thomasma, D.C. y Thomasine Kusher, 1999: 234. "Tenemos que observar lo que está ocurriendo en el mundo real. Examinando la legislación en este terreno, nos encontramos con el mismo doble principio. Los tribunales modernos parecen representar la misma ambivalencia con la que nos topamos en la profesión médica. En todos los casos ocurridos en Estados Unidos, cuando a un médico se le ha acusado o ha tenido que ser juzgado por causar la muerte de un paciente, siempre ha salido absuelto. Esto es cierto incluso en los casos en los que se ha inyectado una droga letal al paciente", Cassel, C.K., "El suicidio asistido por el médico: progreso o peligro?", en Thomasma, D.C. y Thomasine Kusher, 1999: 250

[...] no hay sino un problema filosófico realmente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no la pena de ser vivida equivale a responder a la cuestión fundamental de la filosofía. El resto, si el mundo tiene tres dimensiones, si las categorías del espíritu son nueve o doce, viene después. Se trata de juegos; primero hay que responder. [...]... veo que mucha gente muere porque considera que la vida no merece la pena de ser vivida. Veo a otros que se dejan matar, paradójicamente, por las ideas o ilusiones que les dan una razón de vivir (lo que llamamos una razón de vivir es al mismo tiempo una excelente razón de morir) (Camus, 1999: 13-14).

Tampoco es éste el lugar para abordar el juicio que merece la acción suicida llevada a cabo por una persona. Consta la condena de la Iglesia —es una profanación de un don de Dios—, de muchos filósofos —así, por ejemplo, Kant lo considera inmoral porque el suicida se toma a sí mismo como medio, no como fin—, en fin, de ciertas opiniones comunes —es un acto de cobardía—. No me encuentro en la disposición de poder emitir un juicio, del tipo que sea, sobre el suicidio. Solamente estoy en condiciones de imaginarme el profundo desconsuelo y dolor de quien se ve abocado a llevar a término tan dura decisión. Entre paréntesis, lector, si te preguntaran, así, a bocajarro, por qué vives, es decir, qué razones tienes para vivir, es posible que sintieras, al menos así me ocurriría a mí, cierto azoramiento para buscar una respuesta que no fuera la falsa tautología de responder, porque vivo. Uno se vería en la necesidad de reflexionar sobre ello, pues, rara vez, excepto en ocasiones límite, por ejemplo al sufrir un accidente, se plantea esa cuestión.

### [3]

En opinión de Ronald Dworkin, son dos los tipos de intereses que nos permiten, aunque sea instintivamente, dirigir y enjuiciar nuestra propia vida, los intereses de experiencias y los intereses críticos. Por los primeros hacemos cosas:

[...] porque gozamos con la experiencia de hacerlas: quizás jugar al *bowling*, cocinar o comer bien, ver partidos de fútbol, o volver a ver *Casablanca* por duodécima vez, caminar por los bosques en octubre, escuchar las *Bodas de Figaro*, o navegar velozmente al viento o, simplemente, trabajar duramente en algo. [...] Pero la mayoría de las personas piensa que también tenemos intereses *críticos*, esto es, intereses cuya satisfacción hace que las vidas sean genuinamente mejores, intereses cuyo no reconocimiento sería erróneo y las empeoraría. Las convicciones acerca de qué ayuda globalmente a conducir una vida buena, se refieren a estos intereses más importantes. Representan juicios críticos y no, simplemente, preferencias acerca de experiencias (Dworkin, 1998: 262-263).

Esta distinción nos permite entender, puesto que no sólo por intereses de experiencia está regida nuestra vida, esa terrible reflexión que nos

puede asaltar en el momento de hacer el balance de nuestra existencia, ¿qué hice con mi vida?. Entonces la estamos enjuiciando desde nuestros intereses críticos, aquello por lo que nos afanamos en vivir se nos puede mostrar erróneo, absurdo, inútil, cuyo ejemplo literario es el Iván Illich de Tolstoi. Es la dolorosa conciencia de que hemos vivido una vida equivocada. Dejemos de momento ahí la cuestión.

Las anteriores observaciones son pertinentes en la medida en que se nos plantea el problema de la eutanasia; al fin y al cabo, la muerte es la bajada del telón de esa obra que fue nuestra vida y puede darse el caso de que un período anterior a la muerte viviendo en la inconsciencia o la demencia hagan que la vida en su conjunto sea peor que si no se hubiese dado esa circunstancia. De ahí la urgencia de este debate, así como el dramatismo que rodea a ciertos casos límite en los que el paciente vive una vida precaria. Serían tres las situaciones en las que la decisión de provocar la muerte a un enfermo plantea problemas éticos. Cuando el paciente está consciente y es competente desde el punto de vista de sus facultades mentales, cuando está inconsciente y cuando está consciente, pero es incompetente. Por otra parte, es frecuente establecer una sutil, y de dudosa precisión, distinción entre “dejar morir” y “matar”, eutanasia pasiva y activa, respectivamente. Como afirma Max Charlesworth, “puedo producir mi muerte rechazando estar conectado a un sistema de respiración artificial, pero no puedo provocar mi muerte poniéndome una inyección mortífera o pidiéndole a otro que me la ponga. Lo primero se denomina ‘dejar morir’, lo segundo ‘matar’” (Charlesworth, M., 1996:40-41; Dworkin, 1998:240).

Otro aspecto, que hace más complejo el problema de la eutanasia, es el relativo a la propia definición de muerte. Entre los especialistas no hay consenso acerca de dicha definición, ni del momento preciso en que tiene lugar, ni si ocurre en el momento mismo en que cesen las funciones vitales, ni siquiera cuáles de éstas son las que deben ser consideradas pertinentes para decidir si hay muerte. Por ello, como sostiene Fermín Roland Schramm, si el concepto de muerte debe estar bien delimitado para el caso de trasplantes, “la misma estrategia es poco productiva para abordar la problemática referente a la eutanasia y al suicidio asistido pues, en este caso, lo pertinente es su aspecto existencial y filosófico, el cual permite considerar la muerte como ‘una posibilidad siempre presente en la vida humana, capaz de determinar sus características fundamentales [Abbgnanol]’. En otras palabras, el punto de vista existencial permite plantear el derecho personal de disponer de la propia vida y darle sentido también en el momento extremo de dejarla” (Schramm, 2001:47). Además, puesto que la mayor parte de las personas, y el proceso irá en aumento,

mueren en el hospital<sup>10</sup>, también se establece la distinción entre muerte médica y muerte personal, de hecho:

[...] el poder de los hospitales para proyectar la imagen de la muerte personal como algo pintoresco o de ignorancia médica implica la supresión de los valores personales, de las verdades emocionales y de las influencias familiares, modelando, con ello, para siempre la historia y el significado de la muerte, que se transmiten de generación en generación en el seno de la familia. Para recuperar la posibilidad de una muerte personal en nuestro sistema de salud, debemos deshacernos del manto protector de la costumbre y de lo ordinario, que sugiere que la muerte médica es la única opción posible (Miles, S. en Thomasma, D.C. y Thomasine Kusher (eds.) 1999:186).

No es mi intención abrumar al lector con esta serie de distinciones relativas a la muerte, sino más bien la de dejar constancia de la complejidad que supone examinar el problema de la eutanasia en nuestra sociedad, en la que, además de la similitud de los actuales problemas bioéticos con respecto a los de épocas anteriores, el desarrollo de las tecnologías médicas, precisamente debido al mayor poder de elección que confieren al ser humano, los multiplica.

#### [4]

Tras lo visto, podemos, antes de examinar las diversas posturas ante la eutanasia, preguntarnos qué dicen los códigos de deontología médica sobre los criterios que deben regir la asistencia al enfermo. La referencia clásica, bajo la perspectiva de los principios generales sobre la bioética, si no queremos remontarnos al Código de Hammurabi, es el llamado *Informe Belmont*, elaborado por una Comisión Nacional de Estados Unidos, a mediados de los setenta (Osset Hernández, 2000:16ss). Estos principios son: el de no-maleficencia –no hacer daño al enfermo–, el de beneficencia –procurar su bien–, el de autonomía –capacidad de decisión del enfermo– y el de justicia –que no haya discriminación en la atención sanitaria debido a motivos sociales, religiosos, económicos o de otro tipo. Ahora bien, se da la circunstancia de que estos principios pueden resultar demasiado vagos o generales y de difícil aplicación en determinados casos; así, teniendo en cuenta el de no-maleficencia y el de la autonomía, ¿qué hacer, por ejemplo, cuando un paciente pide reiterada y conscientemente que se le quite la vida?.

<sup>10</sup> "En Estados Unidos, el 85 por ciento de las muertes tiene lugar en hospitales y en residencias, siendo la muerte en hospitales mucho más frecuente", Miles, S. en Thomasma, D.C. y Thomasine Kusher (eds.) (1999:185)

Veamos la propuesta, como muestra representativa, que hace Manuel Atienza (1998) con el fin de soslayar esos obstáculos. En primer lugar, lleva a cabo una reformulación de estos principios de la siguiente manera: el principio de autonomía, el de dignidad –ningún ser humano puede ser tratado como un medio-, el de universalidad –igual trato para quienes están en las mismas condiciones- y el de información –el paciente tiene derecho a saber lo que afecta a su salud-. Pero, en segundo lugar, él mismo encuentra que “estos principios parecen resultar insuficientes. Por ejemplo, ¿qué hacer cuando la persona afectada no puede tomar decisiones sobre su vida o sobre su salud por su corta edad, por padecer ciertas insuficiencias de tipo psíquico o porque está en estado de inconsciencia?” (Atienza, 1998:93). No es que haya que conculcar un principio a favor de otro, en ese caso, de escaso valor serían tales principios, en palabras de Atienza:

[...] Lo que ocurre es, más bien, que esos principios establecen lo que puede o debe hacerse, pero dadas ciertas condiciones que, sin embargo, no podemos precisar de antemano. Por ejemplo, el principio de autonomía lo entendemos en el sentido de que un individuo puede decidir sobre aquello que le afecta, pero siempre y cuando esté en condiciones de decidir. Si no se dieran esas condiciones, entonces estamos dispuestos a aceptar que otro pueda o deba tomar por él esa decisión (Atienza, 1998:94)

A fin de subsanar estas insuficiencias, en tercer lugar, Atienza elabora otros principios, que llama secundarios, con respecto a los otros, los primarios, de los que se derivan. Estos nuevos principios serían el de ‘paternalismo justificado’, que se deriva del principio de autonomía cuando la persona no puede decidir, el de ‘utilitarismo restringido’, derivado del principio de dignidad, el de ‘trato diferenciado’, complementa el de universalidad, y el ‘principio del secreto’, matiza el sentido del principio de información.

No se crea, con todo, que ya está resuelta la cuestión, “esta serie de principios no permiten, naturalmente, resolver, sin más ayuda, la diversidad de casos difíciles que pueden surgir en la bioética” (Atienza, 1998:97). Por ello, aboga por la elaboración de unas reglas construidas a partir de esos principios que sean coherentes con ellos y que, al mismo tiempo, permitan resolver los casos prácticos. En último término, y resumiendo, Atienza considera necesaria, además de la vía legislativa y judicial, la constitución de Comités de Bioética capaces de tomar decisiones, en nuestro caso sobre la eutanasia, motivadas y que se hagan públicas.

Una vez que se esbozaron los problemas éticos y jurídicos que plantea la eutanasia y diversas circunstancias concomitantes, hora es de que se vean las distintas posturas al respecto.

Quienes se oponen a la eutanasia, sea desde un punto de vista religioso, deontológico o por otras razones, están en contra de provocar la muerte del paciente, más que de retirarle los medios que le permiten seguir viviendo. En su opinión, la vida es sagrada, el deber del médico es preservarla y se entra en una peligrosa senda si se legaliza la eutanasia. Si se considera el caso de pacientes conscientes y competentes, tal es el de los enfermos terminales de sida o de tetraplégicos que permanecen permanentemente inmovilizados, su petición de que se acabe con su vida es equiparable al suicidio, *suicidio asistido*; en ese caso, la doctrina religiosa, en especial referencia a la católica, considerando a los humanos como administradores de la vida concedida por Dios, más que como sujetos autónomos dueños de su destino, no puede ser más que condenatoria. El mismo criterio rige para otro tipo de enfermos, como los que se encuentran inconscientes o quienes estando conscientes no son competentes para tomar decisiones, es el caso de los enfermos de Alzheimer. De nuevo me remito a la encíclica *Evangelium vitae* de Juan Pablo II:

[...] confirmo que la eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. [...] Se ha creado un contexto social que no sabe afrontar y soportar el sufrimiento, anticipando la muerte al momento oportuno. Ello ha llevado a una difusión de la eutanasia abierta y subrepticia. Practicada abiertamente e incluso legalizada, que se justifica por razones utilitarias, más que por presunta piedad, y que lleva el peligro de la eliminación de recién nacidos malformados, minusválidos graves, de los impedidos, de los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes, y de los enfermos terminales.

Ahora bien, basándose en la distinción entre eutanasia y ensañamiento terapéutico, de un lado, y de terapias proporcionadas y desproporcionadas, de otro, si la muerte se prevé inminente o inevitable, se puede renunciar a tratamientos que "procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia".<sup>11</sup> Asimismo, considera legítimo que se admi-

11 No está exenta de ambigüedades la distinción entre medios proporcionados y desproporcionados, también llamados ordinarios o extraordinarios; al respecto Baudouin, J.-L. y D. Blondeau (1995:129) afirman, "la dicotomía entre tratamiento 'ordinario' y 'extraordinario' es obviamente artificial porque el valor atribuido a esos conceptos nunca es objetivo sino subjetivo. Por ello, esta conceptualización no hace progresar realmente el debate. La administración de antibióticos a una persona víctima de una infección sólo es un tratamiento 'ordinario', usual, banal y clásico, cuando por lo demás esa persona esté sana. No lo es la administración de esos mismos antibióticos a un canceroso en fase terminal para frenar una neumonía y retrasar el desenlace unas horas o unos días. Salvo en casos de experimentación biomédica, el tratamiento es por tanto 'ordinario' o 'extraordinario' sólo en función del paciente y sus circunstancias. Toda pretensión de ver en ello una realidad objetiva y establecer una regla jurídica o ética cualquiera fundamentada racionalmente, es un intento condenado al fracaso".

nistren medicamentos para aliviar los dolores de los enfermos, aunque ello pueda suponer el acortamiento de su vida (Gafo, 1997:108-110).

Desde otra perspectiva, la deontológica, también se rechaza la eutanasia por parte de profesionales de la medicina. Es el caso del doctor Kass. En su opinión, quienes defienden la eutanasia lo hacen bien desde la consideración de la autonomía del ciudadano, bien desde la doctrina de la benevolencia o compasión, “estas dos posturas se unen en su oposición a la creencia de que la medicina es intrínsecamente una profesión moral, con sus propios principios y normas de conducta inminentes que trazan los límites de lo que los médicos pueden, de una forma correcta, hacer” (Kass en Thomasma, D.C. y Thomasine Kusher, 1999:254). Partiendo del principio de no neutralidad ética de la medicina, rechaza lo que él llama “asesinato directo e intencionado de pacientes por parte de los médicos”, aunque no se opone al cese de tratamiento médico cuando conlleve la prolongación de una vida dolorosa y degradante ni a la prescripción de medicamentos para aliviar el dolor, pero que puedan provocar la muerte. En suma, está en contra de lo que llamaríamos eutanasia activa, porque la considera una transgresión intolerable del código deontológico de la medicina.

Se esgrimen, asimismo, otro tipo de consideraciones en contra de la eutanasia de muy distinto signo. Una lo es la posibilidad del error médico en el diagnóstico o la precipitación en la toma de decisiones, entonces se recuerda el caso del médico que administró la eutanasia a su hijo enfermo de difteria el día anterior al descubrimiento de su tratamiento (Calsamiglia en Vázquez, 1999:171); otra sostiene que la legalización de la eutanasia puede abrir la puerta a la práctica de deshacerse de enfermos caros o de familiares incómodos o la posibilidad de que se convierta en una eugenesia encubierta; no faltan quienes opinan que la permisividad de la eutanasia provoque el recelo de los pacientes graves cuando acuden al médico ni quienes la denuncien por el riesgo que se corre de crear una opinión social de frivolidad o insensibilidad ante la muerte de personas enfermas.

En resumidas cuentas, en nombre de la santidad de la vida, sea desde el punto de vista religioso o no, desde los intereses del enfermo o desde la propia autonomía de la persona, la eutanasia es rechazada como una forma de asesinato y, en consecuencia, no es moralmente permisible su legalización. Admitiendo esos mismos principios y fundándose en ellos, paradójicamente, sustentan su postura quienes defienden la eutanasia.

En el caso del suicidio asistido, es decir, el de los enfermos conscientes y competentes, el principio que rige es el de la autonomía, derecho

primario y fundamento del resto de derechos, intrínseco a la persona, que incluye el derecho a poner término a la propia vida, el “derecho a morir”; en ese caso, en palabras de Charlesworth:

[...] si tengo un derecho moral a acabar con mi vida, entonces no debería estar penalizado por la ley el ejercicio de este derecho y podría razonablemente pedir a alguien que me ayudara a terminar con mi vida, bien por no darme determinado tratamiento médico o por ayudarme a provocar mi muerte [...]. Si no es moralmente malo en ciertos casos acabar con mi vida, no puede ser moralmente malo que otro me ayude en este acto (1996:44).

Es diferente el asunto cuando el paciente está inconsciente, entonces quién y qué debe decidir es el dilema. Los partidarios de la eutanasia acuden al argumento de la autonomía retroactiva; en tales circunstancias, afirman que podemos contar con testamentos de vida –documentos firmados por el paciente, cuando era competente, en los que rechaza que se le mantenga con vida gracias a determinados procedimientos médicos-, con declaraciones suyas que no tengan carácter formal o con la opinión que familiares y personas cercanas al enfermo tengan sobre lo que éste decidiría en una situación tal, conociendo su concepción de la vida. Aquí, tendría sentido recurrir al principio de paternalismo jurídico, perfilado por Atienza, derivado del principio de autonomía.

De otro lado, nos encontramos con los intereses. En el caso del paciente competente, aquél que está conectado a una máquina y totalmente inmovilizado, puede que tenga intereses de experiencia, como los arriba descritos, ver la televisión o hablar con los allegados serían algunos de ellos, pero también puede ocurrir que considere que esas circunstancias en las que vive no cumplen sus intereses críticos, que esa vida pasiva es inaceptable, peor que no vivir, que no se corresponde con lo que fue el sentido de su vida y que, en último término, echa a perder el significado de toda su vida. Si el enfermo está inconsciente, ¿es mejor mantenerlo con vida en un estado vegetativo, o en uno de continua excitación y absoluta pérdida de la realidad como lo están algunos enfermos de Alzheimer?. En el primer caso no tiene ningún tipo de intereses de experiencia, respecto a sus intereses críticos habría que recurrir a lo dicho sobre la autonomía, es decir, habría que inferir, si nunca se pronunció explícitamente sobre ello, si ese final al que se ve sometido es coherente con lo que el enfermo consideraba sus intereses críticos, si esa muerte es para él una muerte buena, en suma, si, al modo de Nietzsche, no diría que quería “morir con orgullo, ya que no era posible vivir con orgullo”. En lo que se refiere al segundo caso, al enfermo de Alzheimer, es posible que tenga intere-

ses de experiencia, aunque dada la pérdida de memoria serían de cortísima duración, pero no parece que tenga intereses críticos y habría que deducir, también en este caso, si su situación actual estaría en consonancia con sus intereses críticos que daban sentido a su vida anterior.

Nos falta referirnos al tercer argumento, la santidad de la vida. Quienes defienden la eutanasia también recurren a este argumento. Ahora bien, consideran que el valor absoluto e incondicionado de la vida puede, en determinadas circunstancias, conculcar el principio de autonomía, tanto por lo que se refiere al derecho a decidir por el propio interesado cuando está dispuesto a poner fin a su vida, como por la cuestión de qué se entiende por “vida buena”. Respecto a la autonomía, poco habría que añadir a lo dicho. En lo que se refiere al segundo punto, nos encontramos en una situación muy similar a la del aborto. Aquellas personas que están dispuestas conscientemente a abandonar la vida o las que están inconscientes y podemos inferir que así nos lo pedirían, ponen por encima de la santidad de la vida el principio de la “vida que merece la pena ser vivida”. Estaríamos, entonces, enjuiciando la decisión que toman, no desde el ángulo del valor de un ser biológico, del valor natural –como ocurría en el problema del aborto, que quienes lo condenaban lo hacían desde esa perspectiva-, sino del valor que le da una persona a su vida, que la ha hecho suya suponiendo, por ello, un proceso creativo y personal, cuyo hontanar serían sus intereses críticos, desde el que está en condiciones de valorar, o nosotros por él, que las circunstancias en las que sobrevive no son las que él quería.

Según Dworkin, puesto que las personas partiendo de los mismos principios, llegan a conclusiones tan contrarias acerca de cómo morir, parece que no puede imponerse una decisión única para toda la ciudadanía, pues:

[...] Tenemos tanto razones de beneficencia como razones de autonomía que explican por qué el estado no debería imponer ninguna concepción general y uniforme mediante una norma impositiva, sino que debería alentar a que los individuos adoptaran decisiones con respecto a su futuro por sí mismos y de la mejor manera que puedan. [...] también por qué, si no han realizado alguna previsión, el derecho debería, en la medida en que sea posible, dejar las decisiones en manos de sus parientes o de otras personas cercanas a ellos, cuyo sentido de lo que constituyen sus mejores intereses –formados por un conocimiento íntimo de todo aquello que determina en dónde se encuentran sus mejores intereses- es probablemente mucho más razonable que cualquier otro juicio universal, teórico y abstracto emitido en los edificios del gobierno, donde manobran los grupos de intereses y se realizan las transacciones políticas (1998:279).

## [5]

Una vez llegados a este punto, ¿qué podemos concluir? Admito el carácter mínimo y provisional de cualquier conclusión; de hecho, más bien diría que no llego a ninguna, como mucho, me atrevería a indicar algunas sugerencias. En primer lugar, insistiría en la neutralidad del Estado en lo que se refiere a lo que los ciudadanos tienen como buena vida que conlleva el corolario de la exigencia de una buena muerte, siempre que exista la posibilidad de intervenir en ella. En este sentido, la defensa de la autonomía del enfermo para decidir cómo debe ser su muerte, parece un principio que debe ser respetado; una autonomía, por cierto, que permita vivir, aunque sea en las condiciones más espantosas a quien así lo tenga como norma de su vida, "luchar hasta el final", pero que también permita que no se prolongue la vida a quien considere que su estado no se corresponde en absoluto con lo que son sus intereses críticos. A la postre, lo más importante que nos ocurre en la vida es su mismo final. En segundo lugar, estaría la cuestión de quién decide. No creo que sean los expertos quienes deban imponer su criterio en un asunto tan delicado como éste; tendrán, qué duda cabe, una opinión y deberán expresarla, pero de ahí no parece acertado que sea obligatorio seguirla. Quien decide será el enfermo, sus allegados, si él no puede, junto con el médico que haya atendido al enfermo y, con el tiempo, las comisiones de ética que se deberán constituir en los centros hospitalarios y en las residencias de ancianos. En tercer lugar, nunca se insistirá demasiado en la prudencia que debe guiar cualquier tipo de decisión acerca de la eutanasia, de ahí la necesidad de esas comisiones que impidan eventuales abusos en la práctica de la misma. Hay que señalar, asimismo, la dificultad de establecer unas normas de carácter general, en el presente caso, más que en el aborto; aun teniendo en cuenta el valor regulativo de los principios, es necesario tener presente el carácter particular de cada caso, porque cada vida es única. En último lugar, y como quedaba dicho en la cuestión del aborto, el que la eutanasia esté legalizada no obliga a quien la rechaza a recurrir a ella, de ahí que no puede ser menos que cruel el prolongar la vida de una persona, que no está dispuesta a ello en determinadas circunstancias, precisamente en nombre de la vida.

**BIBLIOGRAFÍA**

- ARIÉS, P. (1999): *El hombre ante la muerte*, Madrid, Taurus
- ATIENZA, M. (1998): "Juridificar la bioética", *Isonomía*, México, ITAM, n°8, Abril, pp. 75-99
- BAUDOIN, J.-L. Y BLONDEAU, D. (1995): *La ética ante la muerte y el derecho a morir*, Barcelona, Editorial Herder, 1995
- BAYÉS, R. (2001): *Psicología del sufrimiento y de la muerte*, Barcelona, Martínez Roca
- BOWKER, J. (1996): *Los significados de la muerte*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996
- CAMPS, V. (2001): *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*, Barcelona, Crítica
- CAMUS, A. (1999): *El mito de Sísifo*, Madrid, Alianza, 1999
- CHARLESWORTH, M. (1996): *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, Cambridge University Press
- DWORKIN, R. (1998): *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Barcelona, Ariel
- GAFO, J. (1997): *10 palabras clave en bioética*, Pamplona, Verbo Divino
- JANKÉLEVITICH, V.(2002): *La muerte*, Valencia, Pre-Textos
- OSSET HERNÁNDEZ, M. (2000): *Ingeniería genética y derechos humanos. Legislación y ética ante el reto de los avances biotecnológicos*, Barcelona, Icaria
- ROLAND SCHIRAMM, F. (2001): "¿Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido?" en *Perspectivas bioéticas*, Barcelona, Gedisa, año 6, n° 11
- SZASZ, T. (2002): *Libertad fatal. Ética y Política del suicidio*, Barcelona, Paidós
- THOMAS, L.-V. (1983): *Antropología de la muerte*, México, F.C.E.
- THOMASMA, D.C. y Thomasine Kushe, R. (editores) (1999): *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*, Cambridge, Cambridge University Press
- TOLSTOI, L. (2001): *La muerte de Iván Ilich*, Madrid, Alianza
- VÁZQUEZ, R., (compilador) (1999): *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, F.C.E.