

# EUTANASIA Y AUTONOMÍA

---

## EDUARDO RIVERA LÓPEZ

Universidad Torcuato Di Tella. Escuela de Derecho. Miñones  
2177. 1428 Buenos Aires, Argentina.



Eduardo Rivera López es licenciado en filosofía (Universidad de Buenos Aires, Argentina) y Doctor en Ciencias Políticas (Universidad de Mainz, Alemania). Ha publicado varios libros sobre filosofía política y bioética, así como artículos en *Análisis Filosófico*, *Crítica*, *Rechtstheorie*, *Analyse und Kritik*, *Doxa*, *RLF*, *Associations*, *Developing World Bioethics*, entre otras revistas especializadas.

## Resumen

*El artículo se ocupa de uno de los aspectos centrales de la discusión en torno de la aceptabilidad moral de la eutanasia activa: el principio de autonomía. Luego de realizar algunas precisiones conceptuales sobre el concepto de eutanasia y de autonomía, se presentan dos argumentos a favor de la permisión legal de la eutanasia activa basados en el valor de la autonomía. El primero es un argumento directo: si aceptamos el derecho a la autonomía, debemos aceptar también la decisión autónoma de morir de un paciente terminal. El otro apela a la amplia aceptación del rechazo de tratamiento, argumentando que es inconsistente aceptar esta práctica y rechazar la eutanasia activa. A continuación se discuten dos objeciones importantes. Una de ellas se basa en cuestionar la competencia de los enfermos terminales para tomar decisiones autónomas. La otra es una versión del argumento de «pendiente resbaladiza». La conclusión del artículo es que, a pesar de esas objeciones, el derecho a una decisión autónoma acerca del momento y el modo de morir da una razón prima facie importante a favor de la legalización de la eutanasia activa.*

**Palabras clave:** Eutanasia. Autonomía. Ética médica.

## Abstract

### EUTHANASIA AND AUTONOMY

*The article discusses one of the central aspects of the debate on the moral acceptability of active euthanasia: the principle of autonomy. After making some comments on the concept of euthanasia and of autonomy, it presents two arguments that favor the legalization of active euthanasia based on the value of autonomy. The first is a direct argument: If we accept the right to autonomy, we must also accept a terminally ill patient's autonomous decision to die. The second appeals to the broad acceptance of withholding treatment, arguing that it is contradictory to accept this practice and deny active euthanasia. The article then discusses two important objections. One is based on the question of terminally ill patients' competence to make autonomous decisions. The other is a version of the «slippery slope» argument. The article concludes that, despite these objections, the right to decide autonomously on how and when to die offers an important prima facie reason to defend the legalization of active euthanasia.*

**Key words:** Euthanasia. Autonomy. Medical ethics.

## Introducción

La discusión acerca del estatus moral de la eutanasia ha crecido enormemente en las últimas décadas. Este crecimiento ha llevado consigo una creciente diferenciación y complejidad. Esto, a su vez, ha implicado la posibilidad de discutir sobre la eutanasia desde diferentes perspectivas, a veces conectadas entre sí, a veces independientes. Por un lado, todo esto significa un enriquecimiento, pero, por otro, también un peligro: el peligro de creer que arribando a alguna conclusión respecto de uno de esos aspectos, hemos resuelto el problema general. Por ello, si bien este trabajo se ocupa de un aspecto de la eutanasia (su conexión con el principio y el valor de la autonomía personal), no deberíamos caer en el error de creer que esto agota la cuestión. De cualquier modo, sería imposible abarcar todos los costados del problema en un trabajo acotado como éste.

Incluso si tomamos en cuenta sólo el valor específico de la autonomía, es necesario realizar una distinción fundamental entre dos cuestiones diferentes que atañen a la moralidad (o inmoralidad) de la eutanasia. Por un lado, puede discutirse la cuestión de la moralidad de la conducta eutanásica, es decir, su justificación moral como conducta humana individual: por otro, la cuestión de la moralidad de la permisón jurídica de la eutanasia, es decir, la justificación moral de permitir o no permitir jurídicamente realizar conductas eutanásicas. Si bien existen conexiones evidentes entre los dos planos, es común confundirlos. En general, de la permisón o prohibición moral de una conducta no se sigue deductivamente nada acerca de que esté o no moralmente justificada la permisón o prohibición jurídica de esa conducta. Esta distinción es importante y muchas veces olvidada también en otros ámbitos, como el del aborto. En lo que sigue, me concentraré en la cuestión de la aceptabilidad moral de la permisón legal de la eutanasia activa.

El propósito de este trabajo es, en primer lugar, informativo. Quisiera lograr describir un panorama mínimamente representativo de la discusión en torno de la conexión entre la permisón o prohibición de la eutanasia y el principio de autonomía. Sin embargo, mi descripción no será neutral. Mi segundo objetivo es argumentar a favor de que el principio de autonomía nos da razones de peso para aceptar, en principio, la permisón moral y legal de la eutanasia activa. Estas razones deberán ser balanceadas con consideraciones de otro tipo, las cuales, obviamente, están fuera del alcance de este trabajo.

## Aclaraciones terminológicas

Un problema general que es ineludible, antes de ingresar en el aspecto específico de la autonomía, es la ausencia de un acuerdo semántico mínimo en torno de lo que entendemos por eutanasia. Por ello, quisiera preliminarmente realizar algunas aclaraciones terminológicas.

Creo que la mejor estrategia para obtener la mayor claridad conceptual en torno del problema es adoptar una definición lo más amplia posible de eutanasia, y

luego distinguir diferentes tipos de eutanasia (algunos de los cuales pueden ser defendibles y otros no).

La definición que propongo es la siguiente: *es una conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para él, todas las cosas consideradas<sup>1</sup>.*

Con esta definición bien amplia, podemos ahora distinguir diversos tipos de eutanasia. Normalmente, se utilizan tres criterios de clasificación:

1.- El primero se refiere a la voluntariedad de la eutanasia por parte del paciente. Aquí se distinguen:

a) Eutanasia voluntaria: el paciente consiente en que se le practique eutanasia.

b) Eutanasia no voluntaria: el paciente no consiente porque no es competente para hacerlo (es un niño, está en estado inconsciente o de perturbación, etc.).

c) Eutanasia involuntaria: el paciente no consiente, o bien porque es consultado y la rechaza, o bien porque, pudiéndosele consultar, no se le consulta.

2.- El segundo criterio se refiere al tipo de conducta del médico. Aquí existen, creo, dos posibilidades de clasificación:

a) Hacer pasar la distinción según la diferencia entre acción y omisión:

- *Eutanasia activa*: la conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente es una acción (administrar determinada droga, desconectar determinado aparato).

- *Eutanasia pasiva*: la conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente es una omisión (no administrar determinada droga o tratamiento, no conectar un aparato).

b) Adoptar un criterio más amplio, según el cual se considera que actuar es aplicar un tratamiento y no actuar es no aplicarlo o suspenderlo:

- *Eutanasia activa*: La conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente consiste en administrar una sustancia que provoca la muerte del paciente.

- *Eutanasia pasiva*: La conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente consiste en no aplicar o suspender un tratamiento (si se aplicara el tratamiento el paciente viviría más tiempo).

En esta segunda interpretación, la eutanasia pasiva puede involucrar también acciones (como desconectar aparatos, quitar sondas, etc.). Por otro lado, la eutanasia pasiva (en cualquiera de las dos interpretaciones) puede ser total o parcial, involucrando la no aplicación (o suspensión) de todo tratamiento tendente a mantener al paciente con vida (incluyendo, por ejemplo, nutrición e hidratación), o parcial, incluyendo sólo la no aplicación (o suspensión) de ciertos tratamientos más sofisticados (aquellos que involucran, por ejemplo, medios «extraordinarios», o

que causan malestar o sufrimiento en el paciente). Aunque mi argumentación no dependerá de la adopción de alguna de estas dos interpretaciones, creo que la más plausible para rescatar el sentido último de la distinción entre matar y permitir morir es la segunda.

3.- El tercer criterio se refiere al modo en que la muerte del paciente es prevista por el médico. Podemos distinguir entre:

– *Eutanasia directa*: la muerte del paciente es un medio para lograr un fin valioso (generalmente, terminar con el dolor y el sufrimiento del paciente).

– *Eutanasia indirecta*: la muerte del paciente es sólo una consecuencia previsible pero no buscada. Se trata de un efecto colateral de otro fin valioso (generalmente, aliviar el dolor y el sufrimiento).

Obviamente, podemos combinar estos diferentes tipos de eutanasia, obteniendo un cuadro bastante variado de posibilidades, que no me detendré a analizar aquí<sup>2</sup>.

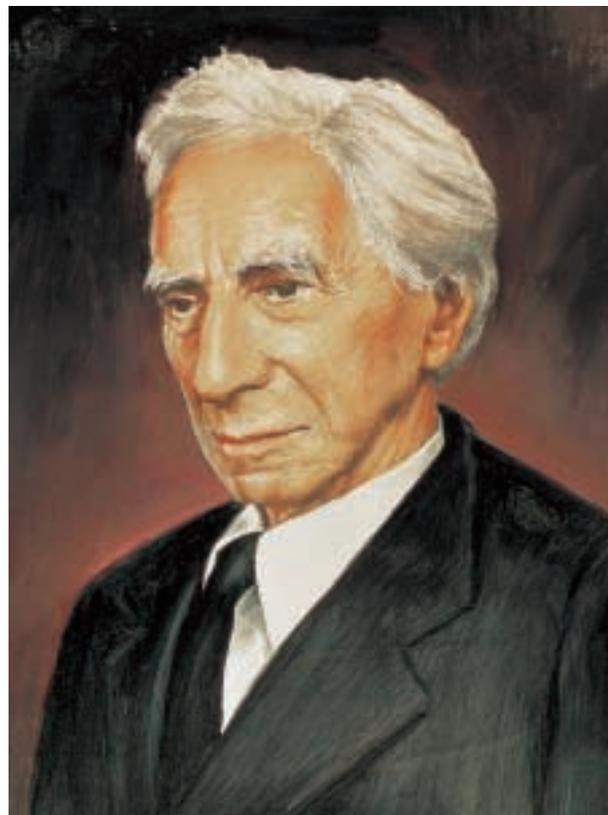
## El principio de autonomía

Vayamos ahora al problema específico de la autonomía. El principio de autonomía ha sido formulado de diversas maneras, tanto en general como en el contexto específico de la bioética. En ambos casos, es común aceptar alguna versión de este principio. Difícilmente se encuentre, dentro de la filosofía práctica contemporánea, alguna concepción que niegue completamente el valor de la autonomía individual. Las diferencias, en todo caso, se refieren al alcance de la autonomía y sus posibles restricciones para satisfacer otros principios o valores.

Un principio de autonomía (es decir, una norma que prescribe el respeto de la autonomía individual) requiere, obviamente, de una concepción de la autonomía. Es necesario determinar exactamente qué es

**Difícilmente se encuentre, dentro de la filosofía práctica contemporánea, alguna concepción que niegue completamente el valor de la autonomía individual.**

lo que se valora y debe ser resguardado mediante una norma o principio de autonomía. No puedo extenderme en un análisis detallado del concepto de autonomía, pero mencionaré algunas ideas fundamentales asociadas a él<sup>3</sup>. En primer lugar, la noción de autonomía alude a una capacidad; la capacidad de autogobierno, entendida como la capacidad de proponerse fines y tomar decisiones racionales para alcanzarlos. Si bien se trata de una capacidad gradual, se considera que existe un umbral a partir del cual se supone que un individuo posee competencia para decisiones autónomas. El principio de autonomía presupone esta capacidad



Bertrand Russell ha sido uno de los mejores matemáticos del siglo XX y un luchador incansable a favor de la libertad y la paz. El ser humano debe construir su vida, decidir su muerte, procurar la felicidad propia y ajena, liberándose de dogmatismos y prejuicios.

mínima. En segundo lugar, decir que una persona es autónoma se puede referir a una condición. Alguien puede tener la capacidad de autogobierno, pero ser un esclavo. Feinberg recoge una variedad de ideas asociadas al estado o condición de autonomía. Algunas de ellas son la auto-posesión (o auto-propiedad), la autenticidad (mis deseos son auténticamente míos), la auto-creación (soy el producto de mis propias decisiones), auto-legislación (sólo estoy obligado por lo que determina mi voluntad, de acuerdo con una ley universal), autenticidad moral (actuar de acuerdo con los propios principios morales), auto-control (actuar gobernado «desde dentro»), auto-responsabilidad (tomar decisiones y ser responsable por ellas). Por último, el sentido más importante: la autonomía como derecho. Este derecho, evidentemente, supone la autonomía como capacidad y recoge algunos sentidos de la autonomía como estado. Feinberg lo define del siguiente modo:

«Dicho resumidamente, el derecho más básico a la autonomía es el derecho a decidir cómo uno ha de vivir la propia vida, en particular, cómo ha de tomar las decisiones de vida críticas: qué cursos de estudio tomar, qué habilidades y virtudes cultivar, qué carrera seguir, con quién (o si) casarse, a qué iglesia ir (si a alguna), si se ha de tener hijos, etc.»<sup>4</sup>.

El principio de autonomía debe ser entendido como la prescripción correlativa a este derecho. Esta prescripción le asigna al Estado la obligación de respetar este derecho. En la formulación de Carlos Nino, el

principio de autonomía sostiene que el Estado no debe interferir en las decisiones individuales referidas a la adopción y persecución de planes de vida, ideales de virtud o de excelencia humana, impidiendo la mutua interferencia en tal persecución<sup>5</sup>.

En el ámbito de la bioética, el principio de autonomía ha sido consagrado como uno de los cuatro principios *prima facie* básicos de la ética médica. En su formulación clásica, prescribe que «las acciones autónomas no deben estar sujetas a restricciones de control por parte de otros [...] en la medida en que sus pensamientos y acciones no dañen a otras personas»<sup>6</sup>. El derecho a la autonomía típicamente incluye, dentro de la relación médico-paciente, el derecho a la privacidad del paciente, la obligación de confidencialidad y de veracidad por parte del médico y, algo fundamental para nuestro tema, el deber de los médicos de respetar el consentimiento informado del paciente<sup>7</sup>.

### Eutanasia activa y principio de autonomía: argumentos a favor

Si aceptamos esta concepción de la autonomía y el principio de autonomía que se conecta con ella, resulta relativamente simple construir un argumento básico a favor de la legalización de la eutanasia activa<sup>8</sup>:

- 1.- Las personas tienen un derecho a la autonomía, es decir, a tomar decisiones fundamentales para su propia concepción de una vida buena.
- 2.- El Estado debe respetar ese derecho (principio de autonomía).
- 3.- Las decisiones concernientes a la forma y el momento de morir son, para algunos individuos, parte fundamental de su autonomía.
- 4.- Por tanto, el Estado debe respetar esas decisiones.

**El respeto por la decisión autónoma de morir implica tanto la conducta pasiva de interrumpir un tratamiento como la conducta activa de causar la muerte.**

Dos cuestiones deben ser aclaradas en relación con este argumento. En primer lugar, la premisa 3 asume que la decisión de cómo morir es fundamental dentro de su concepción de la vida buena. Ronald Dworkin ha elaborado este punto en profundidad, y volveré a él al discutir una de las críticas al argumento<sup>9</sup>. En segundo lugar, el argumento supone que, en el punto 4, el respeto por la decisión autónoma de morir por parte del paciente implica tanto la conducta pasiva de interrumpir un tratamiento (o las medidas de sostén vital) como la conducta activa de causar la muerte. A la cuestión de si esta diferencia es o no relevante se refiere el segundo argumento, que presento a continuación. De cualquier modo, desde el punto de vista del paciente, no parece



El caso de K. A. Quinlan provocó un debate público intenso en los EE UU. Debido a la ingestión de drogas y alcohol, cayó en un «estado vegetativo crónico y persistente», motivado por lesiones cerebrales irreversibles. Sus padres consideraban que su estado era contrario a cualquier idea de dignidad humana. Tuvieron que pleitear para que se reconociera su voluntad anticipada. Se estima que en EE UU hay de 15.000 a 35.000 pacientes en estado vegetativo.

haber ninguna diferencia fundamental. Respetar su autonomía implica respetar sus intereses. Y sus intereses pueden satisfacerse en algunos casos con acciones y en otros con omisiones. Por ejemplo, si el paciente desea recibir un tratamiento y le es negado, se viola su autonomía, aunque sea por omisión. Y el único modo de satisfacerla es mediante acciones<sup>10</sup>.

El segundo argumento complementa y refuerza este último punto. Este argumento se basa en la existencia y aceptabilidad de una práctica que, en la terminología introducida en la primera sección, sería un caso de eutanasia pasiva indirecta. Se trata del rechazo de tratamiento. Aquí el paciente consiente (y muchas veces solicita) en que no se apliquen determinados tratamientos, generalmente con el objetivo de evitar ciertos sufrimientos. Esta conducta de interrumpir el tratamiento tiene, sin embargo, como consecuencia previsible que el paciente vivirá menos tiempo que el que viviría si el tratamiento se llevara a cabo. Incluso puede significar la muerte inminente. El rechazo de tratamiento es un caso de eutanasia *parcial*, dado que, si fuera total (si incluyera la eliminación de todo soporte vital, como nutrición e hidratación) sería muy difícil justificar que la intención directa no es la muerte del paciente (y sería entonces un caso de eutanasia pasiva directa).

El rechazo de tratamiento es ampliamente considerado como moralmente aceptable, incluso por aquellos que están en contra de la eutanasia activa (por ejemplo, la Iglesia Católica y la American Medical Association)<sup>11</sup>. En otro trabajo he argumentado, sobre la base de consideraciones generales, que la aceptación de la eutanasia pasiva indirecta lleva conceptualmente a la aceptación de la eutanasia activa directa<sup>12</sup>. En este artículo mi argumentación estará centrada en el principio de autonomía.

Es claro que una de las consideraciones centrales a la aceptación moral y legal del derecho a rechazar un tratamiento es la de la autonomía del paciente. Si se trata de una persona competente, que puede elegir lúcidamente los cursos de acción posibles, entonces no se justifica que se le imponga coercitivamente un tratamiento invasivo, aun cuando esto implique que su muerte se acelere. Casos famosos como los de Karen Ann Quinlan o Nancy Cruzan (en los que la justicia estadounidense discutió el problema de la eutanasia pasiva) resultaron problemáticos porque en ellos no era posible conocer (al menos directamente) la voluntad del paciente (en ambos casos se encontraban en estado vegetativo persistente). De otro modo, estos casos se habrían resuelto mucho más fácilmente<sup>13</sup>.

He dicho que el rechazo de tratamiento puede concebirse como un caso de eutanasia pasiva e indirecta. Veamos, en primer lugar, el carácter indirecto. Se supone que, generalmente, el rechazo de un tratamiento «extraordinario» no se realiza con la intención de producir la muerte, sino de aliviar o evitar un sufrimiento (aunque se acepte la consecuencia indirecta de la muerte). Sin embargo, el carácter directo o indirecto del retiro o no aplicación del tratamiento es irrelevante en este contexto. No es importante si el paciente no desea el tratamiento sólo porque no desea experimentar el sufrimiento que éste conlleva (y aceptando como consecuencia colateral la aceleración de la muerte), o si el paciente rechaza el tratamiento con la intención directa de acelerar su muerte (o, lo que es más importante, de morir de determinada manera y no de otra que considera, por ejemplo, humillante o indigna). En cualquiera de los dos casos, aceptaríamos la voluntad del paciente, dado que se encuentra dentro del ámbito de su autonomía determinar las motivaciones que llevan a una decisión que no atañe a terceros. Por tanto, si aceptamos su decisión *porque* quiere evitar un sufrimiento, debemos aceptarla *porque* desea morir antes o de determinada manera.

Pasemos, en segundo lugar, al carácter pasivo del rechazo de tratamiento. En un sentido amplio, se considera que interrumpir o no aplicar un tratamiento o medida terapéutica es una conducta pasiva, como contrapuesta a iniciar o continuar un tratamiento (véase las definiciones en «Aclaraciones terminológicas»). Ahora bien, es claro que, aun aceptando este concepto amplio de conducta pasiva, no es el carácter pasivo lo que justifica interrumpir el tratamiento. Nuevamente es la autonomía del paciente lo fundamental. La prueba es que, si el paciente *no* diera su consentimiento para interrumpir un tratamiento vital, en el contexto médico, esto sería, siendo todo lo demás igual, considerado una conducta tan criminal como la de causarle la muerte

(o su aceleramiento) de modo activo (por ejemplo, inyectándole alguna droga letal).

Podemos concluir entonces que nada parece haber de relevante en la diferencia entre respetar (o no respetar) la voluntad autónoma del paciente por omisión o por acción. Si aceptamos la moralidad del rechazo o interrupción voluntaria de tratamientos, entonces, si todo lo demás es igual, no parece haber razones para no aceptar la eutanasia activa.

## Eutanasia activa y principio de autonomía: argumentos en contra

Tenemos entonces dos argumentos a favor de la legalización de la eutanasia activa basados en la autonomía. El primero es un argumento directo, que le traspa al crítico la carga de probar que la eutanasia activa no se justifica *a pesar de* ser el único modo aparente de respetar la autonomía del paciente. El segundo es un argumento indirecto, que se basa en la aceptación generalizada del rechazo de tratamiento, y extrae de allí la imposibilidad de no aceptar la eutanasia activa (quien lo hiciera, tiene la carga de probar cuál es la diferencia moralmente relevante entre ambas en relación con la autonomía del paciente). Sin embargo, estos argumentos pueden ser objeto de críticas difíciles de enfrentar. Permítaseme discutir dos de ellas a continuación.

### La situación en que se encuentra un enfermo terminal puede determinar la incapacidad para tomar decisiones de vida o de muerte.

Una primera crítica se refiere a la cuestión de las capacidades para la autonomía en un enfermo terminal. El ejercicio de la autonomía requiere, como hemos visto, ciertas capacidades. Cuando estas capacidades no están dadas, se justifica la acción paternalista del Estado, para evitar que el individuo actúe irracionalmente en contra de sus propios intereses. La situación de un enfermo terminal que solicita «voluntariamente» que se termine con su vida no satisface el umbral mínimo de capacidades que caracterizan la decisión autónoma. Su decisión está viciada por numerosos factores internos y externos. Los factores incapacitantes internos son, obviamente, el sufrimiento, la cercanía de la muerte, la angustia. Los factores externos pueden ser aún más importantes. Muchas veces el entorno considera al enfermo terminal como una carga y podría presionar explícita o implícitamente para que acepte la eutanasia<sup>14</sup>. La sociedad misma podría hacerlo, en la medida que un enfermo terminal es frecuentemente considerado una carga o costo social.

La cuestión de los factores externos que imposibilitarían una decisión autónoma está más relacionada con el argumento que trataré a continuación, ligado con los posibles abusos de una



Ramón Sampeder reclamó durante años el derecho a disponer de su propia vida con la intención de que alguien pudiera ayudarle -él solo no podía- a ponerle fin sin que fuera perseguido judicialmente.

legalización de la eutanasia (argumento de la «pendiente resbaladiza»). Ahora me detendré en los factores internos, que son aquellos que, aun cuando no existieran abusos por parte de terceros, se dan en una situación límite como la de un enfermo terminal.

Ciertamente, la situación en que se encuentra un enfermo terminal puede determinar la incapacidad para tomar decisiones de vida o de muerte. Sin embargo, el solo hecho de que una persona sufra una enfermedad terminal no implica necesariamente que sea incompetente. Puede perfectamente ocurrir que la persona sea completamente consciente y responsable de sus decisiones. Parecería que, en todo caso, se impone una evaluación caso por caso y no una presunción irrevocable de incompetencia. Por otro lado (y aquí vuelvo a la idea de Dworkin<sup>15</sup>), el interés en juego (el modo y momento de la propia muerte) no es un interés trivial, sino que, en muchos casos, puede ser el producto de convicciones profundas de la persona acerca del valor de su propia vida. El modo de morir es el reflejo del modo que hemos elegido para vivir. Para algunas personas puede ser intrascendente el modo de morir, pero para otras puede ser crucial. El respeto por una decisión en este sentido no es el respeto a un aspecto secundario, sino fundamental. Si no hemos de respetar la autonomía de un individuo en ese momento

culminante de su vida, ¿cuándo lo haremos? Por último, cabe remarcar que el argumento de la incapacidad en el momento cercano a la muerte también debería aplicarse al rechazo de tratamiento. Si la persona no es capaz de ejercer su autonomía para acelerar su muerte permitiendo que le causen activamente la muerte, tampoco lo está para que lo hagan de modo pasivo. Sin embargo, cualquiera aceptaría que los pacientes tienen un derecho a interrumpir sus tratamientos, aun cuando sepamos que esto le depara una muerte más próxima.

Una segunda crítica, ligada con la posibilidad de abusos, recurre a la conocida metáfora de la «pendiente resbaladiza». Como se sabe, este tipo de argumentos posee la siguiente estructura. Partimos de una situación moralmente aceptable. Sin embargo, es posible probar que esa situación lleva a otra que lo es menos; ésta, a su vez, lleva a otra aun más objetable; y así hasta llegar a una práctica claramente rechazable. La relación de «lleva a» puede ser lógica o empírica<sup>16</sup>. En la versión lógica, se trata de un argumento de consistencia: si uno acepta A (moralmente aceptable) y A implica B (moralmente inaceptable), uno debe aceptar B. En este caso, se podría construir un argumento del siguiente tipo. Supongamos que la permisón legal de la eutanasia activa es moralmente aceptable porque está implicada en el respeto de la autonomía del paciente. Ahora bien,

no hay nada en el hecho de ser un paciente *terminal* que se conecte con su autonomía: si un paciente no terminal, en el ejercicio de su autonomía, pide morir, también debería serle concedido. Y más aún, si cualquier persona, sea paciente o no, solicita que la matemos, no debería existir impedimento legal para hacerlo. Después de todo, es el único modo de ser consistente con la idea inicial del respeto a la decisión autónoma de la persona. Sin embargo, continúa el argumento, no estaríamos dispuestos a aceptar que, por ejemplo, esté permitido matar a un amante despedido, aun cuando él quiera genuinamente morir.

**Cualquier práctica social puede dar lugar a otra moralmente reprochable, si no se imponen regulaciones efectivas que impidan los abusos.**

La versión empírica es la que se relaciona con los abusos. El argumento es que, si se legaliza la eutanasia, es empíricamente probable que aparezcan condicionamientos externos que impidan una decisión autónoma del paciente. Por ejemplo, presiones de la familia, para la cual el paciente ya es una carga, o del propio sistema, para el cual el paciente representa un costo.

Permítaseme realizar algunos comentarios sobre ambas variantes del argumento. En primer lugar, cualquiera de los dos podría ser aplicado al rechazo de tratamiento, que normalmente no se objeta. Por ejemplo, podría sostenerse que el rechazo de tratamiento lleva lógicamente a que, si un amante despedido, al estar deprimido, rechaza un tratamiento de antibióticos que es necesario para salvar su vida, estaría éticamente permitido dejar que muera. Sin embargo, no razonamos así. Creemos que, respecto del amante, es éticamente justificable una actitud paternalista, debido a que su decisión es claramente irracional, y esto *tanto* para no matarlo como para no permitirle rechazar un tratamiento que salve su vida. En el caso de la variante empírica, ocurre algo similar. También podría decirse que la familia o el sistema presionará a los pacientes a que rechacen tratamientos costosos que alarguen su vida. Sin embargo, no creemos normalmente que el derecho a rechazar tratamientos lleve a esa consecuencia.

En segundo lugar, los argumentos de pendiente resbaladiza tienen el problema de que nunca se sabe dónde «comienza» la pendiente. Podría ser que comience con la eutanasia activa, pero también con el rechazo de tratamiento por parte de pacientes terminales, o incluso antes, por ejemplo, con el rechazo de tratamiento en pacientes no terminales. Cualquier práctica social puede dar lugar a otra moralmente reprochable, si no se imponen regulaciones efectivas que impidan los abusos. En este sentido, tampoco existen razones concluyentes para pensar que garantizar el derecho a morir de pacientes terminales lleva

necesariamente a garantizar ese mismo derecho en personas sanas, dado que otras consideraciones pueden justificar restricciones. Tampoco es necesario que se cometan abusos con pacientes terminales, presionándolos a aceptar la eutanasia.

## Otras consideraciones

No he agotado los problemas que pueden plantearse con la permisión moral de la eutanasia activa. Sólo quise indicar algunos que se relacionan directamente con el principio de autonomía. Como dije al comienzo del trabajo, muchas otras consideraciones pueden (y deben) tomarse en cuenta para inclinar la balanza hacia uno u otro lado. Muchos argumentos ligados con el papel del médico (que, como persona que cura, no le estaría permitido matar, aun cuando el paciente tenga un derecho a morir), con la santidad de la vida humana (que impediría su destrucción en cualquier circunstancia, aun terminal), o con consideraciones deontológicas (que impiden matar activamente, aunque no dejar morir), podrían ser discutidos. Mi único propósito ha sido mostrar que, cualquiera sea el valor de estas otras razones, ellas deberán superar una valla fundamental. Esta valla está constituida por una razón moral de enorme importancia a favor de respetar la decisión autónoma y responsable del paciente acerca de cómo vivir los últimos momentos de su vida. Tal vez pueda sobrepasarse esta valla. Pero no creo que sea fácil hacerlo.

## Notas

1. Realizo un análisis más minucioso de esta definición en Rivera López E. Aspectos éticos de la eutanasia. *Análisis Filosófico* 1997;17:189-208.
2. Nuevamente, véase Rivera López, art. cit., para un análisis más detenido de algunas de las combinaciones más plausibles.
3. Para uno de los mejores análisis del concepto, véase Feinberg J. Harm to Self. The Moral limits of Criminal Law. Oxford: Oxford University Press, 1986; caps. 18 y 19. Sigo brevemente este autor en lo que sigue.
4. Feinberg, op. cit., p. 54.
5. Véase Nino C. Ética y derechos humanos. Buenos Aires: Astrea, 1989; 204-205.
6. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 4ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1994; 126.
7. Beauchamp, Childress, op. cit., p. 126. Para otra definición de autonomía en el contexto de la discusión sobre la eutanasia, véase Pabst Battin M. Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life. Oxford: Oxford University Press, 1994; 107 («se debe respetar las elecciones de una persona competente, cuando se puede hacerlo sin costos indebidos para uno mismo, cuando hacerlo no viola otras obligaciones morales, y cuando estas elecciones no amenazan dañar a otras personas o partes»).
8. Omito del carácter voluntario para simplificar, pero debe suponerse siempre.
9. Dworkin R. El Dominio de la vida. Barcelona: Ariel, 1994; 272-279.

10. Sobre este punto, véase Dworkin R, Nagel T, Nozick R, Rawls J, Scanlon T, Thomson JJ. Suicidio asistido: el alegato de los filósofos. *Perspectivas Bioéticas* 1997;4:113-132.
11. Respecto de la Iglesia Católica, véase la declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe de 1980: «es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (desproporcionados), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos». Es el médico quien debe ponderar «si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimiento y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos» (citado en Gafo J. La eutanasia y la Iglesia Católica. En Gafo J (ed.). La eutanasia y el arte de morir. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1990; 118). Con respecto a la AMA, véase la declaración de 1973: «El cese del empleo de medios extraordinarios tendientes a prolongar la vida del cuerpo cuando existe evidencia irrefutable de que la muerte biológica es inminente, es la decisión del paciente y/o de la familia inmediata.» (citado en Sullivan T. Active and Passive Euthanasia: An Impertinent Distinction? En: Steinbock B, y Norcross A (ed). Killing and Letting Die. Second Edition. New York: Fordham University Press, 1994; 132).
12. En Rivera López, art. cit.
13. En el caso Quinlan, se resolvió retirándole el respirador, el cual se consideró un «medio extraordinario». El caso Cruzan fue más complejo porque Nancy Cruzan respiraba espontáneamente, y era necesario quitarle la alimentación e hidratación (lo cual es difícil de considerar algo extraordinario). Para una descripción breve de los casos, véase Singer P. Rethinking Life and Death. Oxford: Oxford University Press, 1995; 60-62 y 70-72. Para más detalles, véase Steinbock, Norcross, op. cit., caps. 1 y 2.
14. Este argumento es mencionado por Ronald Dworkin en op. cit., pp. 248-249.

15. Dworkin, op. cit., pp. 272-279.
16. Véase al respecto van der Burg W. The Slippery Slope Argument. *Ethics* 1991;102:42-65.

### Bibliografía seleccionada

- Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 4ª ed, 1994.
- Brock DW. Life and Death: Philosophical Essays In Biomedical Ethics. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Dworkin R. Life's Dominion. Nueva York: Alfred A. Knopf, Inc., 1993 (Trad. cast.: El dominio de la vida. Barcelona: Ariel, 1994).
- Foot Ph. Euthanasia. *Philosophy & Public Affairs* 1977;6:85-102 (Trad. cast.: Eutanasia. En Ph. Foot, Las virtudes y los vicios. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, 1994.)
- Gafo J (ed). La eutanasia y el arte de morir. Madrid: UPCM, 1990.
- Kuhse H, Singer, P (ed). A Companion to Bioethics. Oxford: Blackwell, 1998.
- Pabst Battin M. Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Singer P. Rethinking Life and Death. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- Singer P. Practical Ethics. Second Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Steinbock B, Norcross A (ed). Killing and Letting Die. Second Edition. New York: Fordham University Press, 1994.