

ALGO MÁS SOBRE SUICIDIO ASISTIDO Y EUTANASIA

Rodolfo VÁZQUEZ

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Consentimiento competente en un marco de legalidad*. III. *Requerimiento competente en un marco de ilegalidad*. IV. *Ausencia competente de consentimiento con daño a terceros*. V. *Imposibilidad de consentimiento presente y ausencia de voluntad pretérita*.

I. INTRODUCCIÓN

Creo que resulta una obviedad afirmar hoy día que existen personas concretas que en situaciones específicas desean morir —o se desea que mueran— antes que seguir con vida, y que la polémica en torno a la muerte asistida médicamente, tanto en su modalidad de “suicidio asistido” como de “eutanasia”, está lejos de ser un debate cerrado.¹ Junto al publicitado episodio del patólogo Jack Kevorkian² no es difícil agregar otros casos que invitan también a una reflexión atenta.

¹ La distinción generalmente aceptada entre ambas especies de “muerte asistida médicamente” es aquella que tiene que ver con el carácter terminal del paciente. Existe eutanasia si: a) se precipita la muerte; b) de un enfermo terminal; c) que la desea; d) con el objetivo de evitar un daño mayor, y e) la acción u omisión la realiza una tercera persona. Véase Albert Calsamiglia, “Sobre la eutanasia”, en Rodolfo Vázquez (comp.), *op. cit.* En el suicidio asistido se debe omitir la propiedad. A esta distinción habría que agregar el hecho de que la función del médico en una u otra situación es distinta. En el suicidio asistido el médico puede asesorar y prescribir el medicamento; en la eutanasia activa, por ejemplo, lo administra directamente.

² Véase con respecto a este caso las “páginas apologéticas” que Kraus le dedica en su libro *Una lectura de la vida*. Cito un párrafo que invita al análisis: “Kevorkian descubrió la autonomía del ser humano y con esto incomodó a la moral religiosa. Enfrentó a la profesión médica por su silencio e inacción y se granjeó muchas críticas. Le embarró a la justicia algunas dicotomías: pena de muerte sí, suicidio asistido no. Le recordó a la modernidad y a la sociedad el abandono del ser enfermo”, p. 215.

Uno de estos casos es el de Bob Dent, de 66 años, con un cáncer de próstata infructuosamente tratado desde 1991. El 22 de septiembre de 1996, Dent fue el primer australiano que se acogió a la Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales del Territorio del Norte de Australia, que entró en vigor el 1o. de julio de 1996, y que mientras estuvo vigente, se constituyó como la primera ley en aprobar el suicidio asistido y la eutanasia.³ Satisfechos los requisitos exigidos por la Ley, el médico Philip Nitschke diseñó a Dent un programa que controlaba la autoadministración de una inyección letal.

El reverso de la moneda es el caso de Ramón Sampedro, español de 54 años —treinta años tetrapléjico tras un accidente— que desde 1993 planteó por la vía judicial su derecho a “morir con dignidad” para salir de su “infierno” sin que quien le ayudase tuviera que ser castigado por ello. En 1997 solicitó amparo al Tribunal Constitucional por segunda vez (la primera se rechazó por defecto de forma) sin poder admitirse su caso en el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos de Estrasburgo hasta que no agotara la vía judicial española.⁴ Después de una sentencia desfavorable, se suicidó. Antes de ello dejó grabado un video en el que se exponía su deseo de morir y la petición expresa de que no se acusara a nadie por la colaboración necesaria para llevar a término su proyecto. Manteniendo la grabación del video, bebió una solución con cianuro que le causó la muerte en veinte minutos.

³ Además de esta ley —en vigor hasta el 23 de mayo de 1997 y empleada en cuatro casos incluyendo el de Bob Dent— hay que tener presente las iniciativas de algunos estados de EUA, sobre todo la de Oregon, profusamente comentadas. En junio de 1997, la Suprema Corte de los Estados Unidos en decisión unánime estableció que las leyes estatales que prohíben el suicidio con ayuda médica no son violatorias de la Constitución americana. Pese a esta decisión, que no resultó sorpresiva, hay que considerar que la Suprema Corte dejó abierta la posibilidad de que las legislaturas estatales puedan autorizar esta práctica. Para un análisis detenido de esta decisión judicial véase Robert Burt, “Los riesgos del suicidio con ayuda médica: primeras lecciones desde la experiencia americana” (trad. Luis Raigosa), *Isonomía*, México, ITAM-Fontamara, núm. 9, octubre, 1998. En Latinoamérica la Corte colombiana estableció la “muerte digna” por vía de interpretación judicial (Sentencia C-239-97): “La Corte concluye que el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad”. Finalmente, en abril y septiembre de 2002, entraron en vigor las leyes que despenalizan la eutanasia en Holanda y Bélgica, respectivamente, pero lejos de lo que el imaginario de la opinión pública percibe sobre estas leyes en esos países, ambas distan mucho de ser leyes complacientes.

⁴ Tomo ambos casos de Júdez Gutiérrez, Francisco Javier, “Cuando se desea morir antes que seguir viviendo”, en Feito Grande, Lydia (ed.), *Estudios de bioética*, Madrid, Universidad Carlos III, Dykinson, 1997, pp. 67 y ss.

Otro caso ciertamente debatible en términos de “muerte asistida médicamente”, pero que ilustra el alcance del consentimiento individual, es el del niño Marcos Alegre, también español, de 13 años de edad, fallecido en Zaragoza en septiembre de 1994 por falta de tratamiento médico en un proceso leucémico acelerado. Sus padres, quienes pertenecen a los Testigos de Jehová, se habían negado a seguir indicaciones médicas que urgían una transfusión sanguínea para comenzar la lucha contra la enfermedad. El propio menor expresó un rechazo enérgico a dicha transfusión. Finalmente, los padres fueron sentenciados a pena mínima de dos años y seis meses de prisión con posibilidad de indulto parcial por las atenuantes calificadas y las especiales razones del caso.⁵

Por último, traigo a cuento el conocido caso de Nanzy Cruzan. Después de un accidente automovilístico en 1983, Nanzy cae en estado vegetativo permanente a juicio de los médicos. Los padres solicitan al hospital estatal que le quiten las sondas y la dejen morir de inmediato. Ante la negativa del hospital a hacerlo sin orden judicial previa, los padres formulan una petición a la Corte de Missouri, misma que fue autorizada para permitir a Nanzy morir con dignidad. Ante la apelación del fallo por parte del tutor *ad litem*, la Corte Suprema del Estado de Missouri revoca la decisión del tribunal de primera instancia. Los padres apelan ante la Corte Suprema de Estados Unidos y el 25 de junio de 1990, por cinco votos contra cuatro, el máximo tribunal rechazó la revocación del fallo de Missouri negando que Cruzan tuviera un derecho constitucional que, en esas circunstancias, pudieran ejercer sus padres. Finalmente, y después de presentar nuevas evidencias y testigos el 14 de diciembre del mismo año, el Tribunal de Primera Instancia concede la petición. Nanzy muere el 26 de diciembre.⁶

Cada caso constituye una situación peculiar:

- a) consentimiento de un paciente competente en un marco jurídico que legaliza la “muerte asistida médicamente”;
- b) requerimiento de un paciente competente para que se le practique la muerte asistida en un marco jurídico prohibitivo;

⁵ Véase Poole Derqui, Diego, “Bioética y derecho”, en Suñé, Emilio (coord.), *Prácticas de teoría y filosofía del derecho*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid y CRC, 1998, pp. 175 y ss.

⁶ Para una relación más completa del caso y el análisis crítico de los argumentos presentados por la Suprema Corte de Estados Unidos, véase Dworkin, Ronald, “The Right Death”, *The New York Review of Books*, vol. 35, núm. 3, 31 de enero de 1991, pp. 14-17.

- c) no consentimiento de los padres y “enérgico rechazo” del paciente menor de edad en un marco jurídico prohibitivo alegando razones de conciencia, y
- d) imposibilidad de consentimiento del paciente —con insuficiente manifestación de voluntad en vida— para que se le practique la “muerte asistida médicamente”.

En las páginas que siguen quisiera proponer algunas reflexiones que toman como punto de partida cada uno de los casos mencionados comenzando por el más simple y claro, cuando una persona es competente para decidir sobre su propia vida en un marco jurídico permisivo; hasta el más complicado, cuando una persona es incompetente en el momento presente y no es posible reconstruir su voluntad anterior. En el contexto del suicidio asistido y de la eutanasia, mi propósito es hacer explícita la importancia que reviste el principio de autonomía personal en la relación médico-paciente y con éste, el derecho liberal y la ética que subyace al mismo.

II. CONSENTIMIENTO COMPETENTE EN UN MARCO DE LEGALIDAD

Hoy día existe un consenso generalizado de que los pacientes competentes tienen derecho, en un proceso de decisión compartida con sus médicos, a decidir sobre su tratamiento y a rechazar cualquier tratamiento sugerido o recomendado. En Estados Unidos, por ejemplo, la doctrina del consentimiento informado, tanto en la ética médica como en la jurisprudencia, requiere que no se aplique el tratamiento a un paciente competente sin su consentimiento voluntario.⁷ Esta doctrina se distancia así, tanto del modelo del médico paternal —“yo sé mejor que usted lo que requiere para

⁷ Para un desarrollo de la teoría del consentimiento informado, véase Borsellino, Patricia, *Bioética tra autonomia e diritto*, Milán, Editore Zadig, 1999, pp. 69 y ss. Comparto con la autora el rechazo a dos posibles extremos en la relación médico-paciente: el paternalismo tradicional por el lado del médico y la autonomía a ultranza por el lado del paciente. Sin embargo, Borsellino propone una suerte de vía media o modelo deliberativo —“en el cual la posición de paridad entre los dos sujetos de la relación sea un punto de llegada, no un punto de partida” (p. 74)— que, como veré en seguida al comentar la propuesta de Dan Brock, si bien permite resolver una buena cantidad de casos en conflicto, no es suficiente para las situaciones límite en las que se debe privilegiar, previa ponderación, alguno de los principios en conflicto.

su salud”—, como de la idea de que la salud, como sostiene Leon Kass, es exclusivamente un hecho objetivo biológicamente determinado, es decir, “...un estado de ser que se revela a sí mismo en la actividad como un patrón de excelencia corporal o buena condición física”.⁸

La toma de decisiones en el cuidado de la salud debe ser un proceso compartido entre el paciente (o el representante del paciente en caso de que éste se encuentre incompetente) y el médico. Cada uno es indispensable para una buena toma de decisiones. Por supuesto, esto no significa el rechazo a la concepción de la salud como una norma biológica, sino a la pretensión de que la única finalidad adecuada de la medicina sea la salud. Más bien, la medicina debe proporcionar el tratamiento que mejor permita a los pacientes procurar con éxito sus planes de vida. Por lo tanto, lejos de tener un valor absoluto, como piensa Leon Kass, la salud tiene un valor *prima facie*: se relativiza en comparación con otras finalidades, por ejemplo, beneficios y cargas del tratamiento para mantener la propia vida, los costos financieros para los familiares o, aun, los deberes religiosos. En este sentido, tiene razón Dan Brock cuando afirma que las decisiones médicas sobre cuándo, hasta qué punto, de qué manera y para quién se debe proporcionar la salud, necesitan usar conceptos normativos más amplios que solamente el de la salud, por ejemplo, “lo que hace que una vida sea mejor”, simplemente, “una buena vida”.⁹

De acuerdo con el mismo Dan Brock pueden vislumbrarse dos valores que subyacen a la doctrina del consentimiento informado: el valor del bienestar del paciente y el valor de la autonomía personal.¹⁰ El primero podría

⁸ Kass, León, *Toward a More Natural Science*, Nueva York, Free Press, 1985, p. 173.

⁹ Brock, Dan, “Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica”, en Nussbaum, Martha y Sen, Amartya (comps.), (trad. Roberto Reyes Mazzoni), *La calidad de vida*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996, pp. 135 y ss.

¹⁰ El principio de autonomía como justificación de la doctrina del consentimiento informado tiene antecedentes jurídicos relevantes al menos en dos casos americanos citados recurrentemente: el caso de *Schlöndorf vs. Society of New York Hospitals* en 1914, donde el juez Cardozo sostuvo que: “Todo ser humano en edad adulta y en su sano juicio tiene derecho a determinar lo que se debe hacer con su cuerpo. El cirujano que realice una operación sin el consentimiento del enfermo, comete una agresión por cuyos daños es responsable”; y el caso *Natanson vs. Kline* en 1960, donde la Corte Suprema de Kansas argumentó que: “Las leyes angloamericanas parten de la premisa de la autodeterminación total, de la cual se sigue que todo hombre es dueño de su propio cuerpo y puede, si está en su sano juicio, prohibir la práctica de toda cirugía que tienda a salvar la vida o de cualquier otro tratamiento médico”. Véase una relación y comentario crítico de estos casos en Engelhardt, H. T. *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona-Buenos Aires, Pai-

formularse en los propios términos de Brock: “la toma de decisiones para el cuidado de la salud debe diseñarse para servir y promover el bienestar del paciente de acuerdo con sus preferencias subjetivas”. Para el segundo me valdré de los enunciados propuestos por Carlos Nino y Mark Platts referidos en la introducción.

Convencionalmente, sostiene Brock, se acepta que la apelación al bienestar equivale al bien del paciente, mientras que la autonomía es un valor independiente del mismo. Esto puede significar, en algunos casos que el respeto a la autonomía del paciente justifique el respeto a las elecciones de tratamientos contrarios al propio bien del paciente, es decir, su bienestar entraría en conflicto con su autonomía. Para tratar de evitar estos conflictos, Brock propone que la concepción amplia de la buena vida abarque no sólo el bienestar del paciente sino también su autodeterminación y, de esta manera, alcanzar una armonía entre ambos principios.

La propuesta de Brock es adecuada para la resolución de un buen número de casos pero no es aplicable para las situaciones límite. Éstas exigen que un principio deba prevalecer sobre el otro. Pensemos, por ejemplo, en un trasplante de órganos cuando no media un interés comercial sino el deseo de salvar la vida o favorecer la salud del receptor a costa del propio bienestar, o bien, el padre que se niega a un trasplante de corazón por los altos costos, mismos que le impedirían financiar la educación de sus hijos. En estos casos y en otros muchos, el principio de autonomía personal tiene prevalencia y pienso que en el ámbito de un derecho liberal, como el que acogió al australiano Bob Dent, no sólo se deben permitir, sino facilitar y proteger explícitamente las decisiones de individuos competentes contra cualquier ingerencia de terceros.

III. REQUERIMIENTO COMPETENTE EN UN MARCO DE ILEGALIDAD

El segundo caso ilustra claramente una situación de paternalismo jurídico. ¿Es justificable el paternalismo? ¿Bajo qué condiciones? ¿Tiene el paciente derecho a la muerte? ¿A una muerte digna?

dós, 1995, pp. 327 y ss. En Hispanoamérica la introducción del principio de autonomía personal en la justificación de decisiones judiciales es relativamente reciente. La sentencia C-239/97 de la Corte colombiana, ya citada, constituye, a mi juicio, uno de los modelos de argumentación más sobresalientes en cuanto al uso adecuado del principio y su alcance en cuanto a las intervenciones médicas.

El paternalismo jurídico sostiene que “siempre hay una buena razón en favor de una prohibición o de un mandato jurídico impuesto también en contra de la voluntad del destinatario de esa prohibición o mandato, cuando ello es necesario para evitar un daño (físico, psíquico o económico) a la persona a quien se impone esa medida”.¹¹ Tal paternalismo se justifica cuando la prohibición o el mandato se dirigen a personas incompetentes; no se justifica cuando se trata de personas competentes, es decir, individuos que hacen valer su autonomía personal.

El caso del español tetrapléjico presenta la situación de un individuo ante una legislación que prohíbe la muerte asistida médicamente. Si, como es el caso, se trata de un individuo competente —no ignora las relaciones causales, puede llevar a cabo sus propias decisiones, sus facultades mentales son adecuadas, no actúa bajo compulsión y conoce y actúa conforme a las relaciones entre medios y fines— una legislación prohibicionista violentaría el principio de autonomía incurriendo en un paternalismo injustificado.¹²

Por otra parte, si se admite que la vida no tiene un valor absoluto sino *prima facie*, y se reconoce el derecho de un individuo a su propio cuerpo, como pensaba Mill, tal derecho implica el terminar la vida cuando ese individuo lo desee. Éticamente no existe ningún impedimento para hacer valer la autonomía del paciente. Más aún, como afirma Martín Farrell: “si el paciente y el médico están de acuerdo en todas las circunstancias fácticas del caso y se acepta que el deber del médico consiste en restaurar la salud y aliviar el dolor, no puede existir más que un deber moral correlativo por parte del médico al derecho del paciente a morir”.¹³

¹¹ Garzón Valdés, Ernesto, “¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico”, *Doxa*, Alicante, núm. 5, 1988, p. 156.

¹² Puede suceder que no exista un daño que se quiera evitar sino que simplemente el Estado busque, a través del ordenamiento jurídico, que los individuos acepten y materialicen ideales de virtud personal. Si éste fuera el caso, estaríamos en presencia no de un paternalismo sino de un perfeccionismo jurídico. Véase Nino, Carlos S., *Ética y derechos humanos*, pp. 413 y ss. La situación del español tetrapléjico no excluye esta posibilidad. En todo caso, lo que importa para nuestro argumento es que tanto por la vía del paternalismo como del perfeccionismo podría incurrirse en una violación del principio de autonomía personal. Para una crítica aguda del paternalismo médico a partir del enunciado de tres reglas básicas en todo diálogo racional entre médico y paciente, véase Gianformaggio, Leticia, *Filosofía e crítica del diritto*, Turín, Giappichelli, 1995, pp. 221 y ss.

¹³ Farrell, Martín D., *La ética del aborto y de la eutanasia*, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1985, p. 111. Entiéndase que ni aun existiendo la medicina paliativa que even-

Es claro que la situación se complica desde un punto de vista jurídico. Si se acepta que el sujeto tiene un derecho a ser muerto: ¿de quién sería la obligación jurídica correlativa? Coincido nuevamente con Farrell cuando sostiene que el derecho no puede imponer al médico una obligación de ese tipo puesto que el médico puede tener fuertes convicciones morales o religiosas contra tal tipo de acciones. Por ello, más que obligar jurídicamente al médico, el derecho debe facultarlo para realizar la acción. Si un médico determinado rehúsa acceder a la solicitud del enfermo, puede éste acudir a otro cuyas convicciones morales fueran diferentes a las del primero.¹⁴ En el supuesto extremo, ciertamente exagerado, de que en alguna legislación se contemplara una obligación correlativa y se impusiera al médico una obligación de tal tipo, podría abrirse jurídicamente la posibilidad de la llamada objeción de conciencia por razones morales o religiosas del médico en cuestión.¹⁵

Sea que el derecho faculte al médico, o bien, incorpore la figura de la objeción de conciencia, lo cierto es que una adecuada política de salud sería la de velar que las instituciones que ofrecen estos servicios contaran con una planta médica ideológicamente plural que hiciera posible la realización de la autonomía de los pacientes. Ésta sería la única forma de evitar caer en un paternalismo jurídico injustificado o en una violencia a la conciencia de los propios médicos.

IV. AUSENCIA COMPETENTE DE CONSENTIMIENTO CON DAÑO A TERCEROS

El tercer caso nos enfrenta a la situación de una persona vulnerable por su minoría de edad: el niño de trece años Testigo de Jehová afectado por

tualmente controlara el dolor físico y el sufrimiento psicológico, sería razón suficiente para no respetar la voluntad del paciente. Contra algunos defensores del llamado “movimiento paliativista”, que piensan que ante la alternativa del suicidio asistido o de la eutanasia se debe alentar a las personas a “vivir hasta el final” y que los últimos días o semanas de vida de un individuo pueden resultar su etapa más significativa (véase Magno, Josefina, “Management of Terminal Illness: The Hospice Concept of Care”, *Henry Ford Medical Journal*, núm. 39, 1991, pp. 74-76), pienso que tales medidas deben ser ofrecidas al paciente, en el mejor de los casos, como un complemento, pero nunca como una alternativa que pudiera limitar su autonomía personal.

¹⁴ Véase Farrell, Martín, *op. cit.*, nota 13, pp. 112 y 113.

¹⁵ Para un desarrollo de este tema véase Escobar Roca, Guillermo, “La objeción de conciencia del personal sanitario”, en Casado, María (coord.) *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta, 1998, pp. 133-150.

leucemia. No entraré a la discusión entre liberacionistas y no liberacionistas con respecto a si se debe exigir o no el derecho a la autodeterminación de los niños. Parto de la opinión de Onora O’Neill como concluyente:

Los niños son completa e inevitablemente dependientes de aquellos que tienen poder sobre sus vidas... A menos que los niños reciban cuidado físico y socialización adecuada, no sobrevivirán; si sobreviven, no podrán convertirse en agentes competentes; sin educación e instrucción apropiadas a su sociedad, carecerán de las capacidades para actuar que se necesitan para funcionar en el contexto específico de que disponen.¹⁶

En otros términos, la dependencia del niño no es una cuestión que quede a la libre discrecionalidad del adulto. En tanto personas objetivamente vulnerables y necesitadas, exigen un deber de cuidado por parte de los adultos. Prescindo, pues, del hecho de que el menor en el caso que nos ocupa haya expresado un “rechazo enérgico” para que se le practique la transfusión como revelación presente de su autonomía personal. La ponderación que debe realizarse, entonces, es entre el derecho a la vida del niño —no porque ésta tenga un valor absoluto o sea un fin en sí misma sino porque es condición *sine qua non* para llegar a convertirse en una persona autónoma— o bien la salvaguarda de la libertad de conciencia de los padres que, por supuesto, ponderan como más deseable la vida eterna de su hijo que la vida terrenal.

En el caso del niño leucémico Testigo de Jehová estamos en presencia de un caso claro de daño a terceros y no de paternalismo jurídico injustificado. Desde un punto de vista liberal, el caso no presenta ningún problema si es un adulto el que decide autónomamente por sus convicciones religiosas, que no se le practique la transfusión aunque el costo sea su vida misma. Más aún, como sostiene Ruth Macklin: “El hecho de que tales creencias puedan ser erróneas o mal fundadas, no es garantía suficiente para la interferencia paternalista, a menos que pueda demostrarse que las personas que defienden esas creencias son irracionales”.¹⁷ La distinción que establece Macklin entre la creencia, por un lado, y la persona en su totalidad que de-

¹⁶ O’Neill, Onora, “Children’s Rights and Children’s Lives”, *Ethics*, núm. 98, abril de 1988, pp. 461 y 457.

¹⁷ Macklin, Ruth, “Consentimiento, coerción y conflicto de derechos”, en Luna, Florencia y Salles, Arleen (eds.), *Decisiones de vida y muerte*, Buenos Aires, Sudamericana, 1995, p. 136.

fiende la creencia, por el otro, es esclarecedora. Pienso con ella que el sistema de creencias religiosas de los Testigos de Jehová es irracional porque no se justifica ante la evidencia empírica, pero no por ello sus defensores son personas irracionales en un sentido general, y esto es suficiente para que no se justifique una intervención paternalista.

Sin embargo, no encuentro justificación ética alguna para que se permita la muerte del niño, en una suerte de eutanasia pasiva, por falta de tratamiento médico¹⁸ aunque el costo sea la limitación del ejercicio de la libertad de conciencia religiosa de los padres. La pregunta de fondo es si se justifica alguna limitación en el control que los padres tienen sobre sus hijos. De nueva cuenta coincido con Macklin cuando sostiene que el derecho de los padres sobre los hijos va acompañado de deberes y responsabilidades y que de ninguna manera tal derecho es absoluto sino *prima facie*. Argumentando *a fortiori*, parece claro que si actos de omisión, como no alimentar a un menor, constituyen el fundamento legal y moral para quitarles el control que los padres tienen sobre sus hijos, con más razón cuando se trata de la vida misma del menor. Si se argumentara que las obligaciones para con Dios superan cualquier tipo de deberes seculares, entonces: “Lo único que se puede contestar a eso es que cuando una acción hecha por obligación hacia Dios tiene como resultado la posibilidad de da-

¹⁸ No abordaré en este ensayo el problema de la relevancia moral que tiene la distinción entre eutanasia activa y eutanasia pasiva. Me parecen concluyentes los argumentos presentados por James Rachels, en un texto ya clásico, en el sentido de que no existe una diferencia moralmente relevante entre matar y dejar morir: “Active and Passive Euthanasia”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 292, núm. 2, 1975, pp. 78-80. La también clásica objeción de Philippa Foot en el sentido de que la eutanasia activa es un caso de injusticia que atenta contra el derecho a la vida, mientras que la eutanasia pasiva puede ser un caso de injusticia que atenta contra el derecho a ser atendido o a recibir tratamiento médico y que esta diferencia de derechos y deberes —más generales por lo que hace a la eutanasia activa— es relevante desde el punto de vista moral, aunque no determinante para la aceptabilidad o no de uno u otro tipo de eutanasia, no me parece consistente. Primero, porque si la diferencia es crucial, sí termina siendo relevante para la aceptabilidad de uno u otro tipo de eutanasia por la misma pretensión de universalidad y de carácter absoluto que Philippa Foot atribuye al derecho a la vida por encima del derecho a recibir tratamiento médico. En segundo lugar, porque el derecho a la vida no debe entenderse, y no es entendido hoy día, como un derecho “sin adjetivos”, sino como el derecho a una calidad de vida digna y ésta implica, para los casos que nos interesan en esta discusión, el derecho a recibir un tratamiento médico adecuado. Para un análisis de este debate aunque por las razones indicadas no comparto alguna de las conclusiones de la autora, véase Lecuona, Laura, “Eutanasia: algunas discusiones”, en Platts, Mark (comp.), *Dilemas éticos*.

ño o de muerte para otra persona (sea un niño o un adulto), entonces las obligaciones de preservar y prolongar la vida sobre la Tierra tienen precedencia”.¹⁹

V. IMPOSIBILIDAD DE CONSENTIMIENTO PRESENTE Y AUSENCIA DE VOLUNTAD PRETÉRITA

Por último, el caso de Nanzy Cruzan nos enfrenta ante la situación de pacientes incompetentes que nunca han podido expresar su voluntad en un testamento en vida —o que pudiéndolo haber hecho, por las razones que fueran, no lo hicieron— y en el momento actual se hayan impedidos para realizarlo. Dejo de lado, entonces, aquellos casos en que es clara la manifestación de voluntad que, al menos en principio, no representaría mayor problema desde un punto de vista liberal.

Para estos casos se han propuesto al menos dos principios para guiar la decisión por parte de los representantes del paciente: el principio del “juicio sustituto” y el principio del “mejor interés”. El primero ha sido sostenido por Ronald Dworkin.²⁰ Según este autor, se trata de reconstruir la decisión del individuo apelando a sus decisiones pasadas: ¿qué hubiera decidido hacer el individuo en estas circunstancias? De alguna manera apelar a las decisiones pasadas es otra forma de hacer prevalecer el principio de autonomía personal recurriendo ahora a la fidelidad y la coherencia de la vida de la persona. Como señala Calsamiglia, “el centro del argumento es: ¿qué decisión tomaría la persona involucrada si pudiera decidir por sí misma?”²¹ Por supuesto, este argumento choca con el gran impedimento de que la decisión recaerá, finalmente, en otro individuo con otro contexto biográfico distinto al del paciente. Sea de ello lo que fuere, y sin entrar ahora en mayores especificaciones, no veo inconveniente alguno en dar preferencia al “juicio sustituto” cuando hay suficiente información disponible sobre las preferencias y los valores importantes del paciente.

El problema se complica cuando los representantes carecen de esa información relevante. Es aquí cuando se echa mano del principio del “mejor

¹⁹ *Ibidem*, p. 132.

²⁰ Dworkin, Ronald, *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Euthanasia*. Especialmente el capítulo 7; el caso analizado por Dworkin es precisamente el de Nanzy Cruzan.

²¹ Calsamiglia, Albert, *op. cit.*, p. 352.

interés”, es decir, una vez evaluados los riesgos y los beneficios se busca lo “mejor” para el paciente. Esta alternativa, por lo general, tiende a minimizar la relevancia del principio de autonomía personal considerándolo “principalmente como un prerequisite instrumental de la realización de lo bueno y de lo justo” entendiendo estos últimos bajo una concepción de la vida moral con componentes emotivos y sentimentales.²² El problema de esta concepción es que la evaluación final de los sentimientos que deben prevalecer para la toma de decisiones debe remitirse a la ponderación de algún principio justificante. Por ello, la idea del mejor interés del paciente se acompaña, generalmente, con el “criterio de la persona razonable”, es decir, la consideración intuitiva de lo que cualquier persona razonable elegiría en esta situación.²³

Sin embargo, la pregunta que salta inmediatamente es si en los casos extremos, como el de Nanzy Cruzan o el también conocido de Karen Quinlan, considerados usualmente como casos típicos de eutanasia involuntaria, es posible hablar del “mejor interés” de los pacientes o si tiene sentido apelar al criterio de la persona razonable, y por lo mismo, si en verdad estamos en presencia de casos de eutanasia. Pienso que no. Si Nanzy Cruzan no prestó su consentimiento²⁴ y resulta muy difícil reconstruir su voluntad pretérita; si de acuerdo con el diagnóstico médico tampoco sufre dolores; creo que en ausencia de ambos requisitos no tiene sentido hablar de un interés propio. Más que enfrentados a un acto de eutanasia, estaríamos en presencia de un acto de privación de la vida lisa y llanamente.

Dicho con otros términos, y ya para concluir, Nanzy Cruzan ha dejado de ser un agente moral que merezca ser considerado en su autonomía y dignidad, y en ausencia de estos valores, el único criterio que nos queda a la mano es el de la persona razonable. Aquí por razonabilidad entiendo la po-

²² Véase Lecaldano, Eugenio, *Bioetica, Le scelte morali*, Roma-Bari, Editori Laterza, 1999, p. 105.

²³ Véase Luna, Florencia, “Introducción. Decisiones sobre la muerte”, en Luna, Florencia y Salles, Arleen, *op. cit.*, nota 17, pp. 109 y ss.

²⁴ Sabemos finalmente que el tribunal de primera instancia autorizó la petición hecha por los padres de Nanzy después de considerar nuevas pruebas: tres amigos de Nancy, dispuestos a testificar que habían escuchado su comentario de que no quería vivir como un vegetal. El fallo ratificatorio de la Corte Suprema de Estados Unidos había considerado que la Constitución no prohíbe que los estados adopten requerimientos probatorios inequívocos para que los individuos puedan ejercer el derecho a negarse a que los mantengan con vida en caso de encontrarse en estado vegetativo permanente, mientras son competentes. En el caso de Nanzy se procedió a una reconstrucción del juicio sustituto.

sibilidad de considerar, al final de cuentas, el principio secundario del “utilitarismo restringido”, para usar la terminología de Manuel Atienza, o la posibilidad de hacer un “balance utilitarista moderado”, de acuerdo con Martín Farrell. De lo que se trata, entonces, es que la acción de privar de la vida al sujeto pasivo se justifique si quien está a su cargo, efectuando un cálculo utilitario, encuentra aconsejable practicarla. Una buena razón podría ser minimizar el dolor de los padres, o bien, aliviar los altos costos económicos que supone mantener al sujeto en tal estado por un tiempo prolongado.²⁵

²⁵ Véase Farrell, Martín, *op. cit.*, nota 13, pp. 115 y ss.