

EUTANASIA Y SUBJETIVIDAD

UN ANÁLISIS FILOSÓFICO DEL SUICIDIO ASISTIDO Y LA EUTANASIA ACTIVA VOLUNTARIA

ANDRÉS PÁEZ*

Resumen

Con el fin de examinar los aspectos exclusivamente morales del suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria, el análisis debe ser llevado a cabo independientemente de la función social de los agentes involucrados, de la opinión de los familiares del paciente terminal y del público en general, y de las consecuencias legales de dichas acciones. En consecuencia, se analiza un imaginario caso neutral, aislado del contexto natural de la eutanasia y el suicidio asistido. Utilizando un principio moral -llamado PMS en el ensayo- cuya aplicabilidad depende de la apreciación subjetiva que de él hagan la persona que desea morir y el agente que asiste en su muerte, se concluye que en ciertos casos es posible justificar la obligación moral de asistir en un suicidio o de llevar a cabo una eutanasia activa voluntaria.

Abstract

In order to examine the exclusively moral aspects of assisted suicide and active voluntary euthanasia, it is necessary to analyze them independently of the social role of the agents involved, of the concerns of the general public and of the family of the terminal patient, and of the legal consequences of such actions. Therefore, this essay analyzes an imaginary neutral case, isolated from the natural context of the euthanasia and assisted suicide. Using a moral principle -named PMS in the essay- the applicability of which depends on subjective appreciation of the person engaged in the process of dying and helping die, I conclude that in certain cases it is possible to justify a moral obligation to assist suicide or to carry out an active voluntary euthanasia.

La discusión pública de la eutanasia y el suicidio asistido, tanto en la academia como en los medios de comunicación, ha sido moldeada por la interacción de tres factores diferentes. La voz más influyente ha sido la de los miembros de la profesión médica, los cuales constituyen el sector más directamente involucrado. En general, las asociaciones médicas de los diferentes países en los cuales se ha intentado cambiar la reglamentación existente han expresado una fuerte oposición a la participación de médicos en suicidios y eutanasias. La Asociación Médica Americana, por ejemplo, ha manifestado en diversas ocasiones que "la terminación intencional de la vida de un ser humano a manos de otro" es una versión inaceptable de "asesinato por compasión" (AMA, 1973). Sin embargo, algunas encuestas indican que un gran número de médicos y enfermeras no comparten la posición de las asociaciones que los representan (véase Asch, 1996).

Por otra parte, existe un gran desacuerdo en torno a las leyes que deben fijar los límites de lo permisible en las decisiones de médicos y pacientes. Aunque

* Candidato a Doctorado en Filosofía, Universidad de Nueva York.

ciertos casos no generan controversia alguna -por ejemplo, matar intencionalmente a un paciente en contra de su voluntad, sin importar la razón, es considerado un homicidio en cualquier país del mundo- muchas veces hay divergencias entre lo que la ley estipula, y los criterios prácticos utilizados por la comunidad médica. La eutanasia pasiva se ha convertido gradualmente en un procedimiento aceptable en muchas comunidades médicas, aunque según las leyes de muchos países un médico puede ser acusado de negligencia al no tomar medidas extraordinarias para prolongar la vida de un paciente terminal. Por otra parte, en la gran mayoría de los casos existe una distinción legal entre eutanasia pasiva y eutanasia activa, a pesar de que la distinción moral entre los dos procedimientos ha sido fuertemente cuestionada (véase Bennett, 1966; Rachels, 1975, 1981; Tooley, 1994). Estos conflictos reflejan las muchas formas en que pueden ser interpretados los derechos y deberes de las partes involucradas.

Finalmente, la opinión pública también se ha convertido en un factor importante en la discusión de la eutanasia y el suicidio asistido. En los Estados Unidos, por ejemplo, las consultas populares realizadas en 1991 y 1993 en los estados de Washington y California, respectivamente, arrojaron los siguientes resultados: el 52 por ciento de los votantes rechazó una ley que legalizaba el suicidio asistido, mientras que el 46 por ciento votó por su aprobación. En 1994, en una consulta en el estado de Oregon, los votantes aprobaron una ley similar por un margen de 51 a 49 por ciento (*New York Times*, 1996). Los índices de aceptación de la eutanasia activa voluntaria, por otra parte, aún son bastante bajos. En muchos sectores de la población existe el temor de que al darle mayor libertad de acción al médico, se le está abriendo la puerta a los excesos.

La enorme influencia de estos tres factores ha hecho que la mayoría de las veces la discusión *filosófica* de la eutanasia y el suicidio asistido termine convertida en una discusión de los aspectos médicos, legales o sociales del problema. Existe un desacuerdo evidente entre la opinión de un médico preocupado por sus obligaciones profesionales, los deseos de la familia de un paciente terminal que busca una muerte digna para su ser querido, y la interpretación del derecho a la vida que invocan aquellos que se oponen a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Es difícil imaginar un terreno neutral en el cual sea posible discutir el problema sin tener que incluir todos estos puntos de vista. Ésa, sin embargo, es mi intención en este ensayo. Para poder llevar a cabo un análisis filosófico de los aspectos morales del suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria, he creído conveniente tomar distancia de los intereses particulares que hasta ahora han dominado la discusión. Con este fin usaré un "caso neutral", para así poder considerar únicamente las circunstancias que rodean a una persona que debe decidir entre una larga y penosa agonía, y la oportunidad de acabar inmediatamente con su sufrimiento

físico y psicológico¹. El análisis será llevado a cabo independientemente de la función social del agente que proporciona los medios para el suicidio o que realiza la eutanasia, de la opinión de los familiares del paciente terminal y del público en general, y de las consecuencias legales de estas acciones. Una de las partes más importantes de mi argumento será la justificación de la idea según la cual el análisis filosófico del suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria debe y puede ser llevado a cabo sin tener en cuenta estos factores.

1. Un Caso Neutral

Consideremos la siguiente situación hipotética. Supongamos que una nave espacial tripulada por un astronauta solitario está orbitando la tierra. La nave ha estado en el espacio durante varios meses, y la NASA tiene planeado enviar al espacio su único transbordador espacial con el fin de traer al astronauta de regreso a la tierra. Desafortunadamente, un incendio ha destruido el transbordador, y el astronauta se está quedando sin agua y sin comida. No hay ninguna otra manera de rescatar al astronauta antes de que éste muera. Ahora supongamos que la nave tiene un botón especial que al ser oprimido libera un gas letal que duerme al astronauta y lo mata sin dolor alguno (supongamos que el botón fue puesto en la nave como precaución contra una invasión de astronautas enemigos). Lo más importante es que el botón no funciona a menos que la NASA lo active desde la tierra. La NASA también tiene la opción de liberar el gas sin la intervención del astronauta.

Hay cuatro posibilidades que quiero explorar utilizando esta situación hipotética. Asumiré que el astronauta tiene pleno conocimiento de su situación:

1. *La NASA activa el botón por petición del astronauta.*
2. *El astronauta le pide a la NASA que active el botón, y la NASA se rehusa.*
3. *La NASA libera el gas letal con la autorización del astronauta.*
4. *La NASA libera el gas letal sin el consentimiento del astronauta.*

¹ Es necesario advertir que el temor al sufrimiento físico no es el único factor, ni tampoco el más importante, cuando un paciente pide asistencia para morir. De acuerdo con un estudio realizado entre 207 hombres mayores de 65 años que conocían a su médico por más de 12 meses, y cuyas expectativas de vida no sobrepasaban los 6 meses, el temor al dolor fue el factor menos importante al solicitar asistencia para morir. Las razones más comunes fueron: temor a perder el control de sus vidas (77%), ser una carga para sus familias (75%), depender de otros para el cuidado personal (74%) y pérdida de dignidad (72%). El temor al dolor fue mencionado sólo por el 35 por ciento de los pacientes. Sin embargo, este mismo estudio mostró que los médicos están mucho menos dispuestos a asistir en la muerte de un paciente que no menciona razones físicas, que en la muerte de un paciente para el cual éstas son el principal motivo para solicitar asistencia (véase Back *et al.*, 1996).

Estos cuatro casos corresponden a cuatro situaciones distintas que se pueden presentar en la relación entre el médico y el paciente terminal:

1. *La aceptación de una petición de suicidio asistido.*
2. *El rechazo de una petición de suicidio asistido.*
3. *Eutanasia activa voluntaria.*
4. *Eutanasia activa no autorizada.*

Antes de comenzar el análisis es necesario asegurarnos de que la analogía que estoy utilizando es útil. Se podría objetar, por ejemplo, que al sacar el problema de su contexto natural -i.e. la relación entre el médico y el paciente, la opinión de su familia y las restricciones legales- éste se convierte en un problema distinto, carente de cualquier interés práctico. En la siguiente sección intentaré demostrar que el caso neutral que he presentado aquí posee los elementos esenciales que deben ser considerados en un análisis filosófico del suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria. Dado que el aspecto médico del problema parece ser el más ineludible, la discusión intentará demostrar que es erróneo limitar el análisis a la relación profesional entre el médico y el paciente terminal.

2. El Aspecto Médico

Uno de los argumentos más frecuentemente utilizados para justificar la necesidad de incluir el punto de vista médico en la discusión de la eutanasia y el suicidio asistido está basado en la función social que cumplen los profesionales de la salud. Una función social puede, en muchos casos, acarrear obligaciones morales específicas. Por esta razón, nuestra primera tarea es determinar cuáles son las obligaciones generadas por la función social del médico y cuáles son sus límites.

2.1 Médicos y Desconocidos

Un médico tiene la obligación de hacer todo lo que esté a su alcance para procurar el bienestar de sus pacientes. Generalmente, esta obligación es adquirida a través de un acuerdo tácito entre el médico y el paciente. Pero es importante determinar si dicha obligación subsiste incluso en aquellos casos en los cuales no existe un acuerdo entre las partes.

Supongamos que hay un accidente en una autopista, y el único médico presente en el lugar de los hechos se rehusa a darle un masaje cardíaco a uno de los heridos, a pesar de que en este caso él es la única persona que sabe cómo hacerlo. La reacción normal de la mayoría de la gente sería condenar el comportamiento del médico. ¿Pero es posible afirmar que el médico, *como médico*, siempre está obligado a proporcionarle ayuda a un desconocido?

Supongamos ahora que no hay ningún médico en el lugar de los hechos, y que la única persona entre los presentes que sabe cómo dar un masaje cardíaco es un filósofo. Si el filósofo se rehusa a salvar la vida del herido, ¿es su comportamiento igualmente condenable? Con el fin de responder ésta y otras preguntas que formularé a lo largo de este ensayo, quiero proponer un principio moral que difícilmente puede generar controversia alguna. Por razones que se entenderán después, lo llamaré el “Principio Moral Subjetivo” (PMS):

PMS: Si una persona tiene la capacidad de proporcionar ayuda sin correr ningún riesgo, sin poner en riesgo a otras personas y sin hacer ningún sacrificio significativo, y el único resultado de su ayuda es extremadamente bueno y la única consecuencia de no ayudar es extremadamente mala, esa persona tiene la obligación moral de proporcionar ayuda.²

De acuerdo con este principio, tanto el filósofo como el médico tienen la obligación moral de salvar la vida del herido. El problema en este caso no es la función social del agente. Normalmente se asume que el médico es quien está en capacidad de proporcionar este tipo de ayuda, mientras que sería poco menos que sorprendente encontrar un filósofo que supiera dar un masaje cardíaco. Pero si ambos tienen la capacidad de proporcionar ayuda, su función en la sociedad es irrelevante. Normalmente el tipo de ayuda requerida no es tan simple como un masaje cardíaco, y en un accidente un médico es la única persona que puede proporcionar ayuda más especializada. Sin embargo, a medida que la gravedad de las heridas aumenta, también aumenta el riesgo que la persona debe tomar (e.g. el riesgo de contraer una infección a través de una herida abierta o el riesgo de ser demandada legalmente). En tales casos, PMS pierde su aplicabilidad, y sería muy difícil justificar la imposición de una obligación moral en aquellos casos en los cuales hay un riesgo o un sacrificio significativo de por medio. En consecuencia, la obligación moral de proporcionarle ayuda a un desconocido, independientemente de la función social de la persona en cuestión, está limitado, en mi opinión, a las circunstancias específicas definidas por PMS.

² El filósofo Peter Singer ha propuesto un principio moral similar. Dice Singer: “Si uno tiene la capacidad de prevenir que algo malo suceda sin sacrificar nada que tenga una importancia moral comparable, uno tiene la obligación moral de hacerlo” (Singer, 1972, p. 231). Sin embargo, este principio es demasiado fuerte. Por ejemplo, de acuerdo con él, los médicos tendrían la obligación moral de invertir una parte considerable de su tiempo ayudando a los pobres sin esperar ninguna remuneración a cambio. Un médico está en capacidad de prevenir que muchas cosas malas sucedan sin sacrificar “nada que tenga una importancia moral comparable”. El principio que yo propongo es mucho más débil debido a que su aplicación depende casi completamente de lo que el agente que proporciona la ayuda considere un riesgo o un sacrificio. Aunque el grado de amenaza a la integridad física del agente es uno de los criterios objetivos que pueden ser utilizados para determinar su

2.2. Médicos y Pacientes

Debemos pasar ahora a considerar el vínculo profesional que existe entre el médico y la persona que solicita su ayuda. La misión principal de un médico es prevenir o eliminar los elementos que causan el deterioro de la salud de una persona, cuando dicha prevención o eliminación es posible, y aliviar el sufrimiento producido por este deterioro cuando es imposible eliminar sus causas. Cualquier circunstancia que esté más allá del rango de acción del médico, está también más allá de sus obligaciones.

Es evidente que el mutuo acuerdo entre las partes genera obligaciones y derechos más específicos. Por ejemplo, el médico, al aceptar voluntariamente tratar a un paciente, acepta implícitamente que está en capacidad de ayudarlo. El paciente, por su parte, adquiere el derecho a ser informado de su condición y a que se le consulte cualquier tratamiento que el médico juzgue conveniente. Ambas partes tienen el derecho a terminar el vínculo profesional, pero sólo el paciente puede hacerlo sin tener que justificar su decisión.

Estos derechos y obligaciones básicos no generan controversia alguna en la mayoría de los casos, pero en el contexto de este ensayo es necesario preguntarnos hasta qué punto es posible extender su aplicación. Quizás el asunto más urgente sea aclarar en qué consiste la obligación que tiene el médico de proporcionar ayuda a sus pacientes. ¿Acaso es equivalente al *deber absoluto*³ de proteger la vida del paciente, como parece implicar el juramento hipocrático? ¿Es posible justificar el deber absoluto de proteger la vida de un ser humano inocente, sin importar las consecuencias⁴?

El deber absoluto de proteger la vida no implica solamente el deber de actuar preventiva o remedialmente en contra de cualquier factor que amenace la vida de una persona; también incluye la obligación de aliviar el sufrimiento producido por el deterioro de la salud de una persona cuando es imposible eliminar las causas de este deterioro. En el caso del paciente terminal, por definición el médico no puede prevenir o eliminar las causas del deterioro de la salud del paciente; la función del médico se reduce a su aspecto paliativo, a través, por ejemplo, del uso de sedantes⁵. Hasta este punto la misión profesional

obligación moral, existen muchas variables subjetivas que deben ser tenidas en cuenta. Por ejemplo, si el agente debe sacrificar sus creencias religiosas para poder proporcionar ayuda, el principio no obliga moralmente a esa persona a actuar.

³ Un "deber absoluto" es aquél que no admite excepciones.

⁴ Es inaceptable responder a estas preguntas invocando la *autoridad* del juramento hipocrático o la aceptación tradicional de los principios que éste establece. Lo que queremos determinar es la justificación *moral* de dichos principios y los límites de su aplicación.

⁵ Sin embargo, es bien sabido que el uso de drogas a base de opio tiene el doble efecto de eliminar el dolor y acelerar la muerte del paciente. Normalmente el paciente recibe dosis mínimas pero constantes de morfina por vía intravenosa. Cuando la droga es aplicada durante períodos prolongados, ocasiona un paro respiratorio.

del médico es compatible con el deber absoluto de proteger la vida. El problema que se presenta en el caso del suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria es que, cuando el paciente terminal le pide al médico que interrumpa su función paliativa y le ayude a morir, el médico se ve enfrentado a un doble conflicto. Por una parte, al interrumpir su función paliativa, el médico está traicionando su misión profesional. Por otra, al acceder a la petición del paciente, el médico se convierte en una causa parcial de su muerte, ya sea como agente activo o como proveedor de los medios que generan la muerte. En ambos casos está violando el deber absoluto de proteger la vida dictado por el juramento hipocrático.

Pero si examinamos más de cerca la petición del paciente, es evidente que a través de ésta el paciente expresa no solamente su voluntad de terminar con su vida, sino también su decisión de liberar al médico de la única función que éste puede cumplir: su función paliativa. En otros términos, la petición del paciente es equivalente a su decisión unilateral de cancelar el acuerdo tácito que dio comienzo a su relación con el médico. Mientras el acuerdo esté vigente, el médico tiene el deber de proteger la vida del paciente. Pero cuando el paciente cancela el acuerdo, al mismo tiempo elimina cualquier obligación profesional que el médico haya tenido hacia el paciente. El médico no puede objetar la cancelación del acuerdo, porque el paciente no tiene ninguna obligación hacia el médico más allá de la obligación de remunerar económicamente sus servicios.

El problema obvio es que, en términos prácticos, el médico es la persona que posee el conocimiento necesario para poder llevar a cabo la cancelación del acuerdo, i.e. para proveer la droga letal o llevar a cabo la eutanasia. El paciente tiene la opción de buscar otros medios para terminar con su vida, pero si no quiere morir una muerte traumática, su primera opción es buscar la colaboración del médico. En este punto la pregunta es si el acto de cancelar el acuerdo está regido por los términos del mismo acuerdo. En otras palabras, cuando un médico lleva a cabo una eutanasia o asiste en un suicidio, ¿aún conserva los deberes y obligaciones generados por el acuerdo con el paciente?

En mi opinión, cuando el médico acepta la solicitud del paciente, su decisión de ayudarlo a morir debe estar regida por sus responsabilidades personales, aquéllas que comparte con todos los demás miembros de la sociedad, y no por sus responsabilidades profesionales. El paciente ya ha liberado al médico de estas últimas, al expresar su deseo de no seguir recibiendo el cuidado paliativo proveído por éste. Pero después de finalizado el acuerdo, el médico, como miembro de la sociedad, aún conserva otras responsabilidades. La situación guarda cierta semejanza con el accidente automovilístico analizado antes. La conclusión a la que llegamos en ese caso fue que el análisis moral del comportamiento del médico debía llevarse a cabo independientemente de su función social. Mi sugerencia es que en el caso de la eutanasia y el suicidio asistido debemos llegar a la misma conclusión. Las acciones del médico deben

ser analizadas desde el punto de vista de sus obligaciones personales, y no desde el punto de vista profesional. Si una de las obligaciones personales del médico resulta ser la obligación de ayudar a morir al enfermo terminal, tendremos que concluir que el médico, como miembro de la sociedad, no tiene el deber *absoluto* de proteger la vida. Con el fin de analizar en qué consisten estas responsabilidades personales en el caso de la eutanasia y el suicidio asistido, debemos retornar ahora al caso neutral presentado en la primera parte del ensayo.

3. De Vuelta al Espacio

El ejemplo del astronauta posee ciertas características que lo convierten en un caso idóneo. Por una parte, las consideraciones médicas, legales y sociales tienen una relevancia mínima en el análisis de la situación. Por otra, el ejemplo conserva los elementos esenciales de la relación entre el médico y el paciente terminal: (i) el astronauta es un adulto maduro; (ii) el astronauta está en capacidad de tomar una decisión independiente y a conciencia; (iii) existe un consenso entre especialistas que la situación es irreversible y conducente a un estado de gran sufrimiento y dolor; (iv) el astronauta posee toda la información acerca de su situación y acerca de las opciones a su alcance; y (v) la NASA está en capacidad de ayudar al astronauta a morir.

Comenzaré el análisis de este ejemplo con las dos primeras posibilidades, que corresponden al problema del suicidio asistido. En la siguiente sección consideraré el caso de la eutanasia activa voluntaria.

1. *La NASA activa el botón por petición del astronauta.*
2. *El astronauta le pide a la NASA que active el botón, y la NASA se rehusa.*

La pregunta fundamental que debemos formular es: ¿tiene la NASA la obligación moral de ayudar a morir al astronauta? Aparentemente, la situación es completamente diferente a la que se presentó en el caso del accidente automovilístico. En el análisis de este último caso fue posible determinar las obligaciones de las personas involucradas, debido a que las condiciones formuladas por el Principio Moral Subjetivo se cumplían: (i) salvar la vida del herido era un resultado extremadamente bueno; (ii) la muerte del herido era un resultado extremadamente malo que podía prevenirse fácilmente; y (iii) la persona que podía proporcionar la ayuda no tenía que hacer ningún sacrificio ni tomar ningún riesgo. En el caso del astronauta, aunque la NASA tampoco tiene que tomar ningún riesgo, al parecer (i) ninguna acción de la NASA puede producir un resultado extremadamente bueno, y (ii) no hay ninguna consecuencia extremadamente mala que pueda ser prevenida. En consecuencia, se podría

concluir que, de acuerdo con el Principio Moral Subjetivo, la NASA no tiene la obligación de activar el botón.

Esta conclusión, sin embargo, es demasiado apresurada. Consideremos el resultado de la acción de la NASA. La bondad de una acción no es una categoría absoluta. Depende, entre otras cosas, del contexto en el cual la acción es llevada a cabo, y de lo que la persona afectada por la acción considere, desde *su* punto de vista, el resultado más deseable. En este caso, el astronauta se ve enfrentado a una situación desesperada y desea acabar con el sufrimiento al que se ha visto sometido. En consecuencia, el análisis moral de la acción de la NASA tiene que ser llevado a cabo dentro de ese contexto. Ayudarle al astronauta a eliminar el insoportable sufrimiento producido por la falta de agua y comida se convierte en una acción extremadamente buena desde *su* punto de vista. Del mismo modo, dentro de este contexto y desde el punto de vista del astronauta, continuar sufriendo hasta que el cuerpo agote sus reservas se convierte en una consecuencia extremadamente mala que puede ser fácilmente evitada si la NASA activa el botón. Cuando la situación es analizada de esta manera, PMS recupera su aplicabilidad. El ejemplo del astronauta y el del accidente automovilístico resultan ser idénticos desde el punto de vista moral. Consecuentemente, debemos concluir que la NASA tiene la obligación moral de activar el botón para que el astronauta pueda terminar con su propia vida.

Esta conclusión no puede ser transferida automáticamente al caso del suicidio asistido por un médico. Sería absurdo afirmar que, incluso en aquellos países donde el suicidio asistido es permitido, cualquier médico tiene la obligación moral de acceder a la petición del paciente. Muchos médicos tienen, y seguirán teniendo, objeciones de conciencia en contra de su participación en un suicidio. Sería un sacrificio enorme pedirle a estos individuos que olviden sus creencias, y por esta razón, con base en PMS, debemos concluir que dichos médicos no tienen la obligación moral de asistir en un suicidio⁶. Pero en el caso de aquellos médicos que no tienen objeciones de conciencia, su participación en un suicidio no implica el sacrificio de ninguna creencia, la ayuda que proporcionan tiene un resultado extremadamente bueno desde el punto de vista del paciente, y al mismo tiempo pueden evitar un resultado extremadamente malo, de nuevo, desde el punto de vista del paciente. Por ende, PMS puede ser utilizado en este caso para afirmar que un médico, que no tenga que sacrificar ninguna creencia al asistir en un suicidio, tiene la obligación moral de hacerlo.

La distinción entre aquellos médicos que tienen objeciones de conciencia contra el suicidio asistido, y aquellos que no las tienen, tiene una consecuencia muy deseable: en ambos casos sus decisiones están moralmente justificadas.

⁶ Si un médico considera que su deber de proteger la vida es un deber absoluto, es decir, un deber que conserva su validez tanto en el plano profesional como en el personal, esa persona no tiene la obligación moral de asistir en un suicidio.

Una segunda consecuencia de este análisis es que dicha justificación moral no depende en absoluto de la función social del médico. Depende solamente de la forma en que una persona, que posee el conocimiento necesario para proporcionar una forma muy específica de ayuda, evalúa la petición del paciente terminal a la luz de sus propias creencias. Sería poco realista pensar que todos los médicos poseen una visión unificada acerca de su misión. El análisis que he presentado aquí es suficientemente amplio para acomodar los diferentes tipos de creencias presentes en medio de la comunidad médica, debido a que el análisis no depende de un acuerdo en torno a la forma en que dicha misión debe ser definida.

El análisis aún no está completo. Hasta ahora sólo he considerado los *sacrificios* que deben ser evaluados al juzgar la decisión del médico, pero no he considerado los *riesgos* que éste debe tomar. Según PMS, si una persona considera que cierta acción implica un riesgo significativo, la persona no tiene la obligación moral de proporcionar ayuda. Podría objetarse que los riesgos que debe tomar un médico al asistir en un suicidio son demasiado grandes, y por ende, independientemente de sus creencias, no tiene la obligación moral de ayudar al paciente terminal. Los riesgos pueden ser de dos tipos. Por una parte, en aquellos países en que el suicidio asistido es ilegal, el médico puede ir a la cárcel. Por otra, el médico puede sufrir el rechazo de la opinión pública y de sus colegas. En la práctica, sin embargo, dicho riesgo es prácticamente inexistente. A través de encuestas anónimas se ha logrado determinar que aquellos médicos que han asistido en un suicidio no reportan su participación en éste, y en cambio atribuyen la muerte a causas naturales. Además, estas mismas encuestas revelan que, en general, los médicos no aceptan fácilmente participar en un suicidio, y sólo lo hacen en circunstancias extremas. Finalmente, estudios realizados en Holanda muestran que el estatus legal del suicidio asistido no afecta las decisiones de los médicos. Después de cinco años de haberse legalizado el suicidio asistido, las estadísticas indican que no ha habido ningún incremento en el número de casos reportados (véase van der Maas *et al.*, 1996). Todos estos elementos indican que la opinión pública y la legislación existente tienen una influencia mínima en la decisión de los médicos, y por ende no constituyen un factor de riesgo. En consecuencia, no existe ningún obstáculo para la aplicación del Principio Moral Subjetivo en el análisis del suicidio asistido⁷.

⁷ Se podría objetar que la aplicación de PMS está viciada por el hecho de que los médicos tienen que mentir para evitar el riesgo de ser procesados legalmente o condenados por la opinión pública. Sin embargo, si el médico considera que al mentir no está tomando ningún riesgo, ni sacrificando alguna de sus creencias, PMS le permite hacerlo debido a que el resultado es extremadamente bueno, y la consecuencia de no hacerlo es extremadamente mala. Es cierto que PMS tiene un cierto espíritu utilitario, pero yo considero que el hablar de riesgos y sacrificios subjetivos -en vez de "sacrificios morales", como en el principio propuesto por Peter Singer (véase Nota 2)- nos da un instrumento más realista para analizar el deber moral de proveer ayuda.

4. La Eutanasia Activa Voluntaria

En algunos países -Holanda, por ejemplo- no existe una distinción legal entre el suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria. En la gran mayoría de los casos, sin embargo, la distinción es de suma importancia, tanto ante la ley, como ante la opinión pública. Pero, ¿existe alguna razón moral para separar el suicidio asistido y la eutanasia voluntaria activa? Con el fin de responder esta pregunta, pasaré ahora al análisis de las dos últimas situaciones en el ejemplo del astronauta.

3. *La NASA libera el gas letal con la autorización del astronauta.*
4. *La NASA libera el gas letal sin el consentimiento del astronauta.*

Supongamos que después de mucho reflexionar, el astronauta finalmente decide que él mismo quiere presionar el botón. Pero es demasiado tarde. El astronauta está tan débil que no puede mover su cuerpo y debe pedirle a la NASA que libere el gas. ¿Cuál es la responsabilidad moral de la persona que libera el gas? Supongamos que nadie en la NASA quiere asumir ese compromiso. La NASA decide entonces programar una computadora para que cuando el astronauta pronuncie su nombre, el gas sea liberado. ¿Cuál es la responsabilidad moral de la persona que programó la computadora? Estas preguntas pueden sonar descabelladas, pero no lo son tanto. Muchos pacientes terminales sufren de parálisis en la mayor parte del cuerpo, pero retienen la capacidad de hablar. Otros alcanzan a manifestar su deseo de acelerar la muerte antes de caer en un estado vegetativo. ¿Podemos afirmar -en aquellos casos en que un médico tiene la obligación moral de ayudar a morir a una persona- que su obligación desaparece simplemente porque el paciente no puede tomar la dosis letal por sí mismo? El hecho de que la posición del médico en la cadena causal que conduce a la muerte del paciente cambie, no puede implicar que su deber moral cambie también. El médico aún está en capacidad de ayudar a morir a la persona, incluso si ésta no puede tomar la dosis por sí misma. Ninguna de las condiciones estipuladas por PMS se ve afectada por este cambio, y por consiguiente podemos afirmar que el médico conserva la obligación moral de ayudar a morir al paciente. Si el deseo de morir ha sido ampliamente documentado y existe evidencia de que la decisión fue tomada a plena conciencia, y si el médico que lleva a cabo la eutanasia no posee ninguna objeción de conciencia contra el procedimiento, el médico tiene el deber moral de llevarla a cabo.

La situación cambia completamente cuando no existe el deseo explícito de acelerar el curso de la enfermedad. Si la NASA libera el gas sin consultar con el astronauta, estaría cometiendo un asesinato. Pero supongamos que el astronauta pierde el conocimiento antes de tomar una decisión. ¿Qué debe hacer la NASA en ese caso? Recordemos que la validez de PMS depende de

que la persona afectada por la ayuda juzgue que el resultado de ésta es extremadamente bueno. Pero si el astronauta nunca expresó el deseo explícito de acelerar su muerte, no hay ninguna razón para pensar que hubiera preferido morir por los efectos del gas letal. En consecuencia, en este caso la NASA no tiene la obligación moral de liberar el gas.

Sin embargo, existe otra forma de interpretar los hechos. Si la situación del astronauta inconsciente está produciendo un sufrimiento muy grande a su familia, y ésta considera que el gas debe ser liberado, ¿no se podría afirmar que la NASA tiene el deber de liberar el gas? Se podría argumentar que dado que el resultado de liberar el gas sería extremadamente bueno desde el punto de vista de la familia, y la consecuencia de no hacerlo sería extremadamente mala, de nuevo, desde el punto de vista de la familia, PMS recobra su validez. En consecuencia, según este argumento, la NASA tendría el deber moral de liberar el gas.

El argumento es problemático por razones tanto morales como prácticas. La NASA sólo puede ayudar a la familia, i.e. terminar la agonía en que ésta se encuentra, a través de la muerte de una persona. En otras palabras, el deber moral de la NASA implicaría utilizar la muerte de un ser humano como medio para ayudar a otro ser humano, lo cual, para muchos, es moralmente inaceptable. Pero incluso si encontramos una forma de responder a esta objeción de inspiración kantiana, los problemas prácticos son aún mayores. Aunque es innegable que la familia de la mayoría de enfermos terminales está sometida a un enorme grado de sufrimiento, se han documentado casos de familiares que han presionado al médico para que éste acelere la muerte de pacientes en estado vegetativo por razones puramente egoístas. ¿Es posible diferenciar el sufrimiento genuino del sufrimiento fingido? ¿Es posible determinar lo que el paciente hubiera querido⁸?

Como se ve, el análisis de la eutanasia activa sin la autorización del paciente presenta una serie de complicaciones que están ausentes en el caso del suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria. Dado que la aplicación del Principio Moral Subjetivo que he propuesto en este ensayo está limitada a aquellos casos en los que la persona que recibe la ayuda está en capacidad de juzgar los efectos de dicha ayuda, es imposible extender su aplicación a aquellos casos en los que el paciente está inconsciente. Pero cuando el paciente está en capacidad de juzgar, el análisis que hemos llevado a cabo en esta sección demuestra que la obligación moral de ayudar a morir a un enfermo terminal a través de una eutanasia activa es idéntica a la obligación moral en el caso del suicidio asistido; ambos casos están regidos por el mismo principio moral. En consecuencia, su separación desde el punto de vista legal y desde el punto de vista de la opinión pública no refleja su identidad desde el punto de vista moral.

⁸ Para una discusión de los aspectos legales de este problema a la luz de las leyes de los Estados Unidos, véase Supreme Court of the United States, 1994.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asch, D. A. (1996)

"The Role of Critical Care Nurses in Euthanasia and Assisted Suicide". *New England Journal of Medicine*, No. 334, pp. 1374-1379.

Asociación Médica Americana. (1973)

Comunicado de la Casa de Delegados, diciembre 4.

Back, A. L. et al. (1996)

"Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in Washington State: Patient Requests and Physician Responses". *Journal of the American Medical Association*, No. 275, pp. 919-925.

Bennett, Jonathan (1996)

"Whatever the Consequences". *Analysis*, Enero - Vol. 26, pp. 83-102.

The New York Times (1996)

"High Court to Decide if the Dying Have a Right to Assisted Suicide". Octubre 1, p. A1.

Rachels, James. (1975)

"Active and Passive Euthanasia", *New England Journal of Medicine*, No. 292, pp. 78-80.

Rachels, James. (1981)

"More Impertinent Distinctions and a Defense of Active Euthanasia", en: T. A. Mappes y J. S. Zembary (eds.), *Biomedical Ethics*, McGraw Hill, pp. 355-359, Nueva York.

Singer, Peter. (1972)

"Famine, Affluence, and Morality", *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 1, No. 3, pp. 229-243.

Supreme Court of the United States. (1994)

"Majority Opinion in Cruzan v. Director, Missouri Department of Health", en: B. Steinbock y A. Norcross (eds.), *Killing and Letting Die*, Fordham University Press, pp. 79-87, Nueva York.

Tooley, Michael.

"An Irrelevant Consideration: Killing Versus Letting Die", en: B. Steinbock y A. Norcross (eds.), op. cit., pp. 103-111.

van der Maas, Paul J. et al. (1996)

"Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-1995", *New England Journal of Medicine*, No. 335, pp. 1699-1711.