

ASISTENCIA MÉDICA A LA MUERTE VOLUNTARIA Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Voluntary assisted dying and patient autonomy

Sterbehilfe und Patientenautonomie

Marcos G. Breuer

Universidad Abierta de Grecia, Universidad de Ática Occidental,

Instituto Cervantes en Atenas, Atenas, Grecia

marcosbreuer@yahoo.com

Recibido: 10-07-2022 Aceptado: 18-10-2022

Publicado: 26-09-2022

Marcos G. Breuer es docente de la Universidad Abierta de Grecia, la Universidad de Ática Occidental y el Instituto Cervantes en Atenas. Obtuvo su Licenciatura en Filosofía por la Universidad Nacional de Córdoba (2000) con una tesis sobre la teoría de los procesos sociales de Norbert Elias, y su Doctorado en Filosofía por la Universidad de Düsseldorf (2006), con un trabajo sobre los supuestos antropológicos subyacentes a la ética normativa de Peter Singer, Richard Hare y John Rawls. Autor de obras sobre ética, sociología y bioética. Actualmente está investigando sobre los fundamentos teóricos de la bioética, como un aporte al debate actual en torno al concepto de persona y sujeto de derecho. Más información en <https://marcosbreuer.com/>.

Resumen

En este artículo se ofrece una defensa de la asistencia a la muerte voluntaria, tanto en la modalidad de suicidio médicamente asistido como en la de eutanasia voluntaria, directa y activa. Al comienzo se clarifican los términos a utilizarse y se señalan las condiciones jurídicas y clínicas que idealmente deben

satisfacer los pacientes para poder solicitar ayuda a morir. Tras resaltar la dimensión bioética y filosófica que encierra la cuestión de la muerte voluntaria, se pasa luego revista a los principales argumentos a favor y en contra de esta práctica. Una vez rebatidos los cuatro principales contraargumentos (basados en la sacralidad de la vida, la misión de la medicina, la pendiente resbaladiza y la medicina paliativa), el artículo concluye reiterando que existen buenas razones para apoyar la legalización de la muerte voluntaria en tanto esta representa una extensión de los derechos del paciente y del principio de autonomía.

Palabras clave: Asistencia a la muerte voluntaria; Suicidio asistido; Eutanasia; Autonomía; Liberalismo político; Principio de autodeterminación del paciente.

Abstract

In this paper, I defend medical assistance in dying, both in the form of physician-assisted suicide and in that of active, direct, voluntary euthanasia. At the beginning, I clarify the notions to be used in the discussion and the legal and clinic conditions that patients should ideally fulfill to request aid in dying. After underlying the bioethical and philosophical dimension involved in the question of voluntary death, I examine the major arguments for and against this practice. Once the four main counterarguments are rebutted (based on the sanctity of life, the mission of medicine, the slippery slope, and the palliative medicine), I conclude by stressing that there are good reasons to support the legalization of voluntary death, since it represents an extension of patients' rights and of the principle of autonomy.

Keywords: Voluntary assisted dying; Assisted suicide; Voluntary euthanasia; Autonomy; Political liberalism; Patient self-determination principle.

Zusammenfassung

In diesem Aufsatz wird der Versuch unternommen, die Sterbehilfe sowohl in der Form des ärztlich assistierten Suizids als auch in der direkten aktiven Tötung auf Verlangen zu verteidigen. Zuerst werden die zu verwendenden Begriffe geklärt und die juristischen und klinischen Bedingungen aufgestellt, die die Patienten idealerweise erfüllen müssen, um Sterbehilfe beantragen zu können. Nachdem die bioethische und philosophische Dimension, die die Frage des freiwilligen Todes aufwirft, hervorgehoben wird, wird auf die Argumente für und gegen diese Praxis eingegangen. Nach der Ablehnung der vier wichtigsten Gegenargumente (die auf die Heiligkeit des Lebens, auf das Ziel der Medizin, auf die schiefe Ebene und auf die Palliativmedizin basieren) werden zuletzt die guten Gründe für die Legalisierung der Sterbehilfe nochmals unterstrichen, da diese eine Erweiterung der Patientenrechte und des Autonomieprinzips darstellt.

Schlüsselwörter: Sterbehilfe; Beihilfe zur Selbsttötung; Tötung auf Verlangen; Autonomie; Politischer Liberalismus; Prinzip der Patientenselbstbestimmung.

Introducción

Hablar de *eutanasia* a secas es con frecuencia contraproducente, si el objetivo que se tiene es el de promover el debate filosófico y político actual en torno a la legalización de la muerte voluntaria. Por lo pronto, la voz encierra una dimensión positiva, la de ‘buena muerte’, que se evidencia cuando se atiende a su etimología (el prefijo griego *eu-* puede traducirse como ‘bueno’, ‘fácil’, ‘suave’, mientras que *thanasía* se deriva de *thánatos*, ‘muerte’) y al uso que se hacía de este concepto en la filosofía griega, primero, y en la romana, más tarde.¹

Sin embargo, el uso contemporáneo que se ha hecho de *eutanasia* ha llevado no pocas veces a asociar el término con prácticas aberrantes, como las perpetradas por el nacionalsocialismo en su intento por depurar a la sociedad de todo elemento humano supuestamente carente de valor, de vidas indignas de ser vivida (allí se hablaba de *lebensunwertes Leben*). Las masivas campañas eutanásicas no buscaban darles a los enfermos una buena muerte sino directamente eliminarlos, al considerarlos una carga inútil para la sociedad.²

Ambos elementos y sus respectivas connotaciones, sumados a la vaguedad del término, han llevado a que hoy se prefieran expresiones más neutras y, en lo posible, más precisas. *Asistencia a la muerte voluntaria* es, seguramente, el mejor sustituto de que disponemos, aunque tal vez convenga agregarle un complemento nada superfluo a esa locución: *médica*. De esta suerte, llegamos a *asistencia médica a la muerte voluntaria*, que es la expresión que usaremos preferentemente a lo largo de este artículo.³

¹ Lo contrario era la distanasia (*dysthanasia*), la muerte ardua y dolorosa. Un recorrido histórico del concepto puede encontrarse en Benzenhöfer (1999).

² Hohendorf y otros (2002); Schmuhl (2007). Ese sentido fuertemente negativo del término subsiste aún hoy en los países germanoparlantes; de allí que se prefiera la denominación más neutra de *Sterbehilfe* (ayuda a morir).

³ En el ámbito anglosajón se ha difundido la expresión *medical assistance in dying*. Cabe destacar igualmente que la denominación *muerte digna* es irremediamente ambigua: lo que para un defensor de la eutanasia puede ser digno no coincidirá en absoluto con el concepto de dignidad de un opositor a esta práctica.

Asimismo, es conveniente distinguir aquí dos modalidades que asume la asistencia médica a la muerte voluntaria: la ayuda para que el paciente mismo termine con su propia vida y la terminación de la vida del paciente realizada por el médico. Mientras que a la primera modalidad se la conoce como *suicidio asistido*, a la segunda se la llama específicamente *eutanasia voluntaria, directa y activa*.⁴

Supongamos que Juan sea un paciente oncológico que se encuentra en la fase final de su enfermedad: el tumor maligno que tenía se ha metastasiado, comprometiendo ahora varios órganos vitales más. Con el fin de abreviar el sufrimiento físico y psicológico que padece, Juan solicita ayuda para morir. Una vez aprobada su solicitud y transcurrido el plazo previsto para la reflexión (imaginemos que esto ocurre en un país que ha legalizado la ayuda a morir), el médico le receta un barbitúrico que podrá ingerir en el hospital, en el centro de cuidados paliativos o incluso en su casa. Llegado el día elegido por el enfermo, el médico le ayuda a preparar la poción, además de asistirlo en lo que pueda ser necesario, pero será el paciente mismo, Juan, quien finalmente ingiera el líquido de su propia mano. Este es un caso típico de asistencia al suicidio.⁵

Pasemos ahora a un ejemplo también típico de eutanasia voluntaria, directa y activa. Desde hace unos años, María padece esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Últimamente, el grado de desarrollo de la enfermedad le impide incluso tragar los alimentos necesarios para mantenerse en vida (es alimentada mediante una sonda nasogástrica). Consciente de que el proceso neurodegenerativo continuará hasta impedirle la respiración (esta esclerosis afecta también el funcionamiento de los músculos que se activan involuntariamente) y cansada de los sufrimientos psicológicos y existenciales, María decide solicitar ayuda a su médico para acelerar la llegada de un final que, de lo contrario, se extendería indefinidamente en el tiempo. (Como se sabe, debido a las posibilidades actuales de la medicina, se puede mantener artificialmente en vida a una

⁴ Huelga señalar que el término *suicidio* posee, como en los casos anteriores, una innegable connotación negativa. Ello ha llevado a muchos autores a proponer que el médico, a la hora de especificar la causa de la defunción de su paciente que ha optado por la muerte voluntaria, indique la enfermedad principal que padecía y que motivó su opción. (Cf. la discusión en Jordan, 2001).

⁵ Una discusión detallada de todos los aspectos éticos, clínicos y farmacológicos propios del proceso que implica el suicidio asistido se encuentra en Orentlicher y otros (2016).

persona con ELA por años). Una vez aprobada la solicitud y dado que la paciente no puede llevarse ni siquiera un vaso de agua a la boca, es el médico el que le inyecta la sustancia letal.

Es probable que el lector vea poca diferencia entre lo que ocurre con Juan y con María. Sin embargo, la distinción que hemos trazado es especialmente importante en el *ámbito jurídico*. De hecho, en algunos países es legal solo el suicidio médicamente asistido (como en varios estados de Norteamérica y en Suiza). En otros, en cambio, se permite tanto el suicidio como la eutanasia voluntaria, directa y activa (en los Países Bajos, Canadá, España, etc.).

Condiciones clínico-jurídicas para la asistencia a la muerte voluntaria

El debate filosófico en torno a la eutanasia tiene dos dimensiones. La primera se centra en la cuestión de *si* la eutanasia puede considerarse un acto éticamente lícito. La segunda, más precisamente y tras suponer una respuesta positiva a la cuestión anterior, se interroga *qué condiciones* deben satisfacerse para acceder a la asistencia a la muerte voluntaria. Teniendo en cuenta la extensión de este artículo, solo me podré detener en la primera inquietud. Respecto a la segunda cuestión, emplearé lo que podríamos llamar el “caso estándar”.

Son fundamentalmente cuatro las condiciones que se establecen para secundar al enfermo en su deseo de morir:

1. *Voluntariedad*. Tanto Juan como María son individuos adultos, jurídicamente capaces y toman la decisión de solicitar ayuda para morir tras considerar detenidamente las alternativas disponibles (seguir con vida a toda costa; probar con algún tratamiento paliativo adicional o poner directamente fin a su padecimiento).
2. *Enfermedad grave e incurable*. Los pacientes del ejemplo se hallan en la fase final de enfermedades graves, incapacitantes e incurables. En la mayoría de las legislaciones se establece que si un paciente tiene una expectativa de vida igual o menor de los seis meses es un paciente terminal. Sin embargo, debido a las posibilidades ya mencionadas de la medicina contemporánea, en particular, a la

- capacidad de mantener la vida orgánica de un enfermo por tiempo indefinido, el requisito de condición terminal se reemplaza por el de gravedad e incurabilidad.⁶
3. *Sufrimientos físicos, psicológicos y/o existenciales.* En casos como los de Juan o María no es tanto la condición de paciente con pronóstico infausto lo que los lleva a considerar el recurso a la muerte voluntaria (muchas personas logran aceptar su diagnóstico funesto y evitan así caer en la desesperación o la angustia), sino los graves sufrimientos: estos van desde el dolor físico y el malestar corporal generalizado y continuo, hasta la impotencia por no poder ejecutar acciones simples pero esenciales para nuestra autoestima, como mantener una conversación simple, tragar los alimentos o poder controlar los esfínteres.
 4. *Asistencia médica.* La ayuda a morir que solicitan los pacientes no es de cualquier tipo, sino específicamente la asistencia médica. Esta contiene, por una parte, un aspecto indudablemente *farmacológico* (Juan ingiere la sustancia letal, mientras que a María se la inyectan);⁷ por otra, implica la presencia y el apoyo constantes del médico y de otros profesionales de la salud, como los enfermeros, en las distintas etapas de la práctica eutanásica. Idealmente, la asistencia médica se extiende desde la evaluación inicial de las distintas alternativas disponibles al enfermo, pasando por la aceptación de la solicitud, hasta el acompañamiento en el momento mismo de morir, acompañamiento que concluye con la extensión del certificado de defunción.

Evidentemente, un examen filosófico completo debe tener en cuenta los distintos escenarios que se plantean en el caso de que al menos una de las condiciones especificadas no esté presente. Por ejemplo, y deteniéndonos solo en el primer requisito: ¿qué sucede si el paciente aún no es jurídicamente capaz (por ser menor de edad) o ya no es jurídicamente capaz (por encontrarse en un estadio medio-avanzado de demencia senil), pero se halla sin duda en la fase final de una enfermedad grave que le causa sufrimientos físicos difícilmente tratables? O, para poner un ejemplo más

⁶ Está claro que aún hoy existen muchos tipos de neoplasias incurables, sobre todo cuando se detectan tardíamente y se encuentran extendidas por el cuerpo en forma de metástasis; igualmente, aún no contamos con una terapia para curar muchos de los padecimientos neurodegenerativos como el de la esclerosis lateral amiotrófica. Notemos además que, aparte de las neoplasias y las enfermedades neurodegenerativas, el tercer grupo de enfermedades que lleva a los pacientes a optar por la asistencia a la muerte en los países en que es legal está constituido por las fallas orgánicas irreversibles, especialmente del corazón, los pulmones y los riñones. (Maessen, 2010)

⁷ Una modalidad no farmacológica –aceptada en muchas legislaciones pero menos popular–, de poner fin a la propia vida consiste en el ayuno terminal (en la literatura bioética conocido como *voluntary stopping eating and drinking*). Una discusión pormenorizada de los aspectos religiosos, éticos, jurídicos y médicos de esta técnica se encuentra en Quill et. al, 2021. Cf. también Birnbacher, 2020.

contundente aún, ¿cómo hemos de proceder en el caso de que el paciente se encuentre en un estado de coma irreversible?⁸

Es importante insistir aquí en que una consideración detenida de cada uno de los casos imaginables nos llevaría muy lejos. Por este motivo, en lo que resta del artículo me concentraré solamente en el “caso estándar”, caso que es, dicho sea de paso, el contemplado por la mayoría de las legislaciones que permiten alguna modalidad de la muerte voluntaria.⁹

Igualmente, conviene señalar, aunque sea de pasada, dos grandes recortes que normalmente se efectúan cuando se debate el tema de la eutanasia en el ámbito bioético.

El primer recorte parte de la distinción entre la eutanasia como forma *concreta* de ayuda médica a morir y la cuestión, mucho más amplia, del suicidio *en general*. De hecho, el problema filosófico del suicidio es tan antiguo como la reflexión ética misma. Es significativo que Sócrates, el padre de la filosofía moral tal y como hoy entendemos esta disciplina, se haya quitado la vida o, mejor dicho, haya hecho uso de un privilegio que se les concedían en la Antigüedad a algunos ciudadanos ilustres condenados a muerte por motivos políticos o religiosos: el de poder poner fin con sus propias manos a su existencia, ya que la ejecución por parte del verdugo era considerada denigrante. (Véase la dramatización hecha por Platón en el *Fedón*.)

Determinar y juzgar el carácter moral del acto suicida que se propone cometer una persona sana con medios ajenos a los médicos (supongamos alguien que quiera quitarse la vida por estar en una crisis laboral y sentimental, pero perfectamente sana desde el punto de vista orgánico, y mediante el uso de un arma de fuego) es un problema que trasciende las fronteras de la bioética y que, por tanto, tampoco puede ser abordado aquí.¹⁰

⁸ Para un tratamiento pormenorizado del espectro de situaciones éticamente relevantes que se presentan debido a la ausencia de una o más de las condiciones señaladas, remito al lector a mi libro (Breuer, 2019, esp. Parte I).

⁹ Baron y otros (1996) contribuyeron a delimitar el “caso estándar” en el contexto histórico de la legalización del suicidio asistido en Oregón, el primer caso exitoso en la historia reciente.

¹⁰ Quisiera simplemente indicar aquí la distinción que normalmente se traza entre el *suicidio racional* y el *suicidio irracional* (o *pasional*). Como intentaré mostrar, el suicidio médicamente asistido puede ser

El segundo recorte se relaciona con lo que hasta hace unos años se denominaba generalmente *eutanasia pasiva* y *eutanasia indirecta*, a diferencia de la eutanasia activa, directa y voluntaria que es la que tratamos seguidamente. En particular, la cuestión de la asistencia a la muerte voluntaria en la modalidad de la eutanasia directa y activa ha adquirido especial relevancia en nuestras sociedades a partir de la aparición de un cúmulo de leyes y de sentencias que consagran la autonomía del paciente, en particular a la hora de rechazar tratamientos fútiles o desproporcionados. (Van Oorschot y Simon 2008)

Si en muchas sociedades aún no existe consenso respecto al problema de la eutanasia (a secas), en la mayoría de los países modernos ha quedado claro que ningún paciente debe ser mantenido en vida contra su voluntad. Los casos de encarnizamiento u obstinación terapéutica han motivado la sanción de leyes que limitan la acción de la medicina en los casos en que el paciente no quiere (más) ser mantenido en vida. (Mantener a una persona artificialmente con vida contra su voluntad constituye incluso muchas veces un delito.) Esta transformación jurídica en función de la centralidad que ha adquirido la autodeterminación del paciente ha llevado a una aceptación tácita de lo que entonces se llamaba comúnmente “eutanasia pasiva” y “eutanasia indirecta”. El problema que se plantea ahora es hasta qué punto el reconocimiento de la autonomía del enfermo no debe incluir, de un modo u otro, también la dimensión de la asistencia médica a la muerte voluntaria.¹¹

El meollo bioético y filosófico de la asistencia a la muerte

Desde el punto de vista de la filosofía moral, la cuestión más relevante que se plantea en este contexto es la de si existen razones suficientes para considerar la muerte

considerado una forma de suicidio racional, en particular si se respetan las condiciones médico-jurídicas señaladas.

¹¹ Aquí es muy ilustrativo un pasaje de la sentencia emanada el 26 de febrero de 2020 del Tribunal Constitucional Federal Alemán: “El derecho a una muerte autónoma comprende por ello no solamente el derecho, según la propia voluntad, de rechazar las medidas que mantienen [al paciente] en vida. Se extiende a la decisión del individuo de terminar su vida con su propia acción”. (En virtud de esta sentencia el suicidio asistido quedó desde entonces despenalizado en Alemania.)

voluntaria un acto éticamente *lícito*. Cuando un paciente, en las condiciones que especificábamos más arriba, decide quitarse la vida, y cuando un profesional de la salud se propone colaborar en la realización de ese propósito, ¿llevan a cabo actos éticamente permisibles?¹²

Si no es posible individualizar valores universales de los cuales se deriven prohibiciones al acto eutanásico en cualquiera de las modalidades que analizábamos, entonces es dable concluir que en una sociedad moderna, liberal y plural, *la muerte voluntaria ha de ser considerada un acto aceptable*. El paciente, si así lo desea, está éticamente facultado a acelerar la llegada de su fin y el médico igualmente a colaborar con ese objetivo, sin que sus acciones puedan ser condenadas como ilícitas.

Por supuesto, la conclusión ética que defendamos tendrá repercusiones inmediatas e inevitables en el ámbito de la normativa jurídica. En concreto, debido a que en muchos países la asistencia a la muerte voluntaria continúa estando prohibida o su ejecución se ve entorpecida por diversas prohibiciones ancladas en los respectivos códigos penales, ¿es deseable propiciar una reforma legal? Es más, ¿es correcto pugnar por la *legalización* de la eutanasia?

La dimensión práctica o directamente política de la eutanasia no es un aspecto auxiliar, ya que, como se sabe, la mayoría de las transformaciones médicas y biotecnológicas que han surgido en las últimas décadas (piénsese en las posibilidades abiertas tan solo por la trasplantología y por la reproducción asistida), se han topado repetidamente con prohibiciones de uno u otro tipo. Ahora bien, si tarde o temprano se entiende que esas prohibiciones violan derechos fundamentales del individuo – derechos muchas veces arraigados en principios constitucionales–, entonces es probable que la Justicia de los respectivos países termine *despenalizando* esas prácticas.

¹² Existe otro ámbito de cuestiones de corte más bien antropológico y existencial que tiene que ver con cómo es posible concebir la buena muerte en tanto parte integrante de una visión más general de la buena vida. Lamentablemente, tampoco es posible aquí abordar esta problemática. Remito al lector interesado a la tercera parte de Breuer, 2019. Solo me limito a indicar que el puente que une ambos grupos de cuestiones (la estrictamente normativa en torno a la licitud y la más amplia de índole antropológica) está constituido por la dimensión de la *autonomía* de la persona, ya que morir bien es, entre otras cosas, *morir como ser autónomo*.

Pero el punto es que la despenalización de una práctica (médica o de otro tipo) no equivale a su legalización. Despenalizar significa establecer mediante una sentencia judicial que un acto no es ilícito y que, por tanto, su ejecución no es punible; legalizar, en cambio, es un proceso más amplio que implica dos dimensiones. En primer lugar, la derogación de todas aquellas leyes precedentes que establecían la prohibición, determinando acto seguido la licitud de la práctica en cuestión. En segundo lugar, la reglamentación de su ejecución con el fin de evitar abusos y de facilitar el acceso a todos los ciudadanos mediante la puesta a disposición de los recursos económicos, sanitarios y humanos necesarios para la correcta ejecución de la práctica.¹³

En otras palabras, la despenalización de una determinada práctica del ámbito de la bioética puede ser el primer paso en la dirección acertada, pero es solo el inicio de un proceso que, idealmente, debe concluir con la legalización. Al despenalizarse una práctica sin más, los actores quedan en una zona gris, cuando no directamente en una suerte de *terra nullius*. Solo la legalización permite evitar abusos y asegurar la correcta realización del acto eutanásico.

En lo que resta del artículo se desarrollará, en primer lugar, el principal argumento a favor de la muerte asistida. Como veremos, el liberalismo político ofrece un marco teórico amplio y sólido dentro del cual la muerte voluntaria y la asistencia médica pueden ser consideradas actos éticamente lícitos y su legalización aconsejable.

En segundo lugar, se pasará revista a los argumentos más frecuentes contra la muerte voluntaria. Estos son, básicamente, cuatro: el argumento de la sacralidad de la vida; el argumento de la misión de la medicina; el argumento de la pendiente resbaladiza y, por último, el argumento de la medicina paliativa. Como intentaré demostrar, ninguno de estos argumentos es válido. Es cierto que en los cuatro razonamientos aparecen aspectos importantes que deben ser tenidos en cuenta en el debate tendiente a la legalización de la eutanasia, pero en ningún caso afectan la conclusión según la cual la muerte voluntaria y la asistencia médica son acciones éticamente lícitas.

¹³ Para un análisis de algunas de las cuestiones que surgen de la despenalización no acompañada de la legalización (tal es actualmente el caso en Alemania), véase Birnbacher (2021).

Argumento a favor de la asistencia a la muerte voluntaria

El principal argumento a favor de la legalización de la asistencia a la muerte voluntaria es, en definitiva, el mismo que ha sido esgrimido en innumerables ocasiones pasadas con el objeto de ampliar y defender el ámbito de las libertades individuales; como tal, se deriva del *principio de no intervención del Estado* en la vida del ciudadano (*non-intervention principle*).

En esencia, aquí se sostiene que el Estado no está facultado a intervenir legítimamente en la vida privada de los ciudadanos, toda vez que las acciones que estos se propongan realizar no dañen a terceros. Si pacientes como María o Juan, para volver a los ejemplos anteriores, deciden poner fin a sus vidas para ahorrarse sufrimientos que consideran insoportables y degradantes, ¿en qué razones puede asentarse el accionar del Estado tendente a impedir la materialización de aquellos deseos racionales?

Debido a que la muerte o, mejor dicho, el proceso de morir (en inglés, *dying*) es parte de la vida humana, el derecho a la libre determinación incluye el derecho a morir según los parámetros que cada uno se haya fijado. Planificar y disponer de la propia vida comprende, en consecuencia, planificar y disponer de la propia muerte.¹⁴

Evidentemente, el principio de no intervención estatal se deriva del famoso principio de daño (*harm principle*), formulado magistralmente por John Stuart Mill en su *On Liberty* de 1867. Allí Mill afirma:

[...] que el único fin por el que la humanidad, individual o colectivamente, está facultada a interferir en la libertad de acción de cualquiera de sus miembros es la autoprotección. Que el único propósito por el que el poder puede ejercitarse legítimamente sobre cualquier miembro de la comunidad civilizada, contra su voluntad, es para prevenir el daño a los otros. El bien de cada uno, sea físico o moral, no es una condición suficiente. (Mill, 1867, p. 8)

¹⁴ Como señala Battistella (2021), tanto en la Corte constitucional austríaca como en la alemana, el derecho a la libre autodeterminación (*Recht auf freie Selbstbestimmung*) comprende el derecho a la disposición y organización de la propia vida como así también a una muerte digna, entendida como aquella muerte obtenida en conformidad con la propia concepción del buen morir (aquí se habla de *Recht auf die Gestaltung des Lebens* y de *Recht auf ein menschenwürdiges Sterben*). Cf. la discusión del caso suizo en el análisis de Della Croce, 2022.

En resumidas cuentas, en el seno de una sociedad moderna y liberal el Estado no está facultado para seleccionar una o varias concepciones del buen vivir y, acto seguido, imponerlas a todos los ciudadanos adultos responsable, esto es, a todas las personas que obran de manera autónoma.¹⁵

Es cierto que ningún Estado presente es plenamente neutro. La neutralidad estatal respecto a las formas de vida individual es, más que una realidad constatable, un *ideal regulativo*, para usar la afortunada expresión de Karl Popper. Indudablemente, hay Estados más neutros que otros, al menos en ciertas esferas. Por ejemplo, mientras que la igualdad entre los sexos es un principio indiscutible en la mayoría de las sociedades occidentales (y esto independientemente de cuánto quede aún por hacer concretamente en este terreno), en casi todos los Estados árabes la condición de mujer representa un obstáculo para obtener la plena titularidad de los derechos. Allí prevalece una ideología según la cual las personas de sexo femenino no tienen la misma dignidad que las de sexo masculino.

Así y todo, esta constatación no resta fuerza al ideal filosófico del liberalismo (Agassi, 2016): en las sociedades occidentales y occidentalizadas, el Estado debe aproximarse lo más posible a la neutralidad en lo que hace a las formas de vida que adopten sus ciudadanos, especialmente cuando esas formas de vida nazcan de concepciones razonables del mundo y no pretendan dañar a terceros. Esta posición cristaliza en el *principio de la laicidad*.

En consecuencia, toda vez que el Estado procede de otro modo, no solamente termina adoptando una concepción del mundo en desmedro de las restantes, sino que se entromete en la vida de los ciudadanos de un modo paternalista. El *paternalismo* es, como se sabe, la posición que busca justificar la injerencia del Estado en la vida de sus ciudadanos autónomos con el objetivo que adopten formas de pensamiento y de

¹⁵ Para poner un ejemplo trillado, si Marcelo, una vez llegado a la adultez, decide fumar y beber, incluso en exceso, el Estado no está facultado a entrometerse en su vida personal, salvo en aquellas esferas en que su conducta individual podría llegar a dañar a terceros (de allí, por ejemplo, la prohibición de fumar en lugares públicos o de beber antes de conducir). Si años más tarde Marcelo, tras arrepentirse de su conducta pasada, se convierte al budismo y adopta un estilo de vida ascético, tampoco el Estado puede intervenir entonces, por más que el catolicismo haya sido la religión tradicionalmente abrazada por su país.

conducta consideradas buenas. Ahora bien, adoptar el paternalismo implica aceptar el supuesto de la minoría de edad mental de los ciudadanos, la *Unmündigkeit* de la que ya hablaba Kant en su célebre ensayo de 1784 *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?*: la gente no sabría bien qué es lo que en el fondo le conviene y, aun cuando lo supiera, no sería capaz de actuar debidamente; el Estado, por tanto, debe comportarse como un buen padre guiando las vidas de sus hijos en todo lo necesario.

En las páginas siguientes pasaré revista a los principales argumentos contra la legalización de la muerte voluntaria. Ya anticipé que, a mi entender, ninguna de estas objeciones, una vez que se examinan con atención, logra erosionar el fundamento de la posición político-liberal a favor de la despenalización y la legalización de la eutanasia. Sin embargo, es cierto que en estos razonamientos se esconde una preocupación que debe ser tomada en serio a la hora de formular un proyecto de ley amplio y sólido que regule la práctica eutanásica.

Por lo demás, conviene tener presente que algunos países cuentan ya con más de dos décadas de experiencia en la implementación de la ayuda a morir. Esto nos permite constatar fehacientemente que muchos de los temores que ventilaban y aún ventilan los argumentos de los opositores son infundados. Como sostiene Leven (2022, p. 64):

No hay razones de peso que indiquen que esta opción médica [el autor se refiere específicamente al suicidio asistido] no deba estar a disposición de los pacientes adultos, mentalmente capaces y con una enfermedad terminal, especialmente cuando la evidencia es clara respecto a que las leyes de ayuda médica a morir se han desempeñado como previsto.

Contraargumento I: la sacralidad de la vida

Las premisas centrales de este razonamiento pueden resumirse así: la vida humana es sagrada; todo aquello que es sagrado no puede ser manipulado por el hombre a discreción; la eutanasia es una forma de manipular la vida humana. La conclusión salta

a la vista: la eutanasia es un acto sacrílego, un pecado, una profanación a la sacralidad de la vida que debe ser condenada tanto por la moral como por las leyes.¹⁶

La primera premisa de este razonamiento es desde el inicio problemática. Ningún defensor de la asistencia a la muerte voluntaria sostiene que la vida humana no sea algo especial, es más, que no sea algo sumamente valioso. De todos modos, hay una diferencia nada despreciable entre afirmar que la vida humana constituye el principal bien jurídico a sostener que se trata de una instancia sagrada. Solamente para quien considera la vida humana desde un punto de vista religioso la existencia se presentará revestida del atributo de la sacralidad. Para un agnóstico o para una persona sin mayores inclinaciones religiosas, la vida puede ser un bien mayúsculo, pero no necesariamente un acontecimiento sagrado.

Este punto nos conduce, de nuevo, al núcleo argumental del liberalismo político: el Estado no puede adoptar una posición ideológica determinada como fundamento de su sistema legal, sino que debe mantenerse lo más neutro posible respecto a cuestiones religiosas o metafísicas. Idealmente, la legislación debe concebirse de tal modo que ni privilegie ni desmerezca las distintas visiones del mundo adoptadas por los diferentes sectores de la población. La concepción de la sacralidad de la vida no es un principio evidente, sino una creencia particular que no puede imponerse al resto de la población.

Ahora bien, la segunda premisa de este argumento es igualmente discutible. De hecho, no son pocas las personas que, aun cuando afirmen que la vida humana es sagrada, aceptan como natural el hecho de que, en debidas condiciones como las que indicábamos arriba, sea posible intervenir en el curso vital del ser humano y acelerar su muerte. ¿Quién podría hoy oponerse razonablemente a prácticas como la cirugía de corazón, el trasplante de médula ósea, la fecundación in vitro o la cremación del cadáver alegando la sacralidad de la vida? De hecho, hay algunas religiones y movimientos dentro de las principales confesiones que sostienen que la asistencia a la muerte

¹⁶ Aquí puede citarse, entre otros, el documento de la Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia* (1980), en el que no solamente se señala el principio de la sacralidad de la vida humana, sino que también se concibe la existencia como un *don divino*. Esta última noción tiene orígenes precristianos y puede encontrarse, por ejemplo, en el diálogo platónico *Fedón* ya citado.

voluntaria *puede ser* compatible con la creencia en la sacralidad de la vida. El teólogo católico Hans Küng es, tal vez, el ejemplo contemporáneo más elocuente en este sentido. Pero dentro del protestantismo, hay iglesias, como la valdense, que aceptan sin rodeos la ayuda a morir, y algo similar ocurre en el budismo.¹⁷

En otros términos, no hay ninguna razón para vincular *sacralidad* con *imposibilidad de intervención humana*. Solo una concepción atávica y oscurantista puede seguir haciendo de la vida humana (o, mejor dicho, de algunas fases de la existencia) un tabú, algo “intocable”.

Es importante insistir en que para el defensor contemporáneo de la eutanasia la vida humana no es un bien desechable ni mucho menos un simple instrumento. Por el contrario, en el debate bioético liberal se evidencia tanto el *valor* como la *dignidad* de la vida humana. De todos modos, el valor de la vida está supeditado a lo que cada uno considere que sea, dependiendo obviamente de las circunstancias en que se encuentre. Más que hablar de un valor absoluto, aquí conviene resaltar el valor relativo de la vida, y esa relatividad está íntimamente vinculada a la *calidad de vida*. Cada persona es el juez que establece el valor último de su propia existencia. Un enfermo terminal, presa de sufrimientos indescriptibles, puede entender que su vida sigue siendo valiosísima y puede desear, en consecuencia, seguir “peleándola”, a pesar de todo. No obstante, para otros enfermos el valor último de su vida puede encontrarse estrechamente relacionado con la calidad, y evidentemente una vida con escasa o nula calidad –debido no solamente al dolor intenso y permanente que pueda experimentarse, sino al estado de dependencia, de invalidez e indignidad a que pueda sumirlo su condición– se volverá el criterio principal para determinar su dimensión valorativa.

¹⁷ Cf. Küng (2010). Por cierto, el pensador católico más influyente en este respecto ha sido Tomás Moro, que en su *Utopía*, escrita en 1515, defendía explícitamente la práctica de la eutanasia voluntaria. Para la situación en el protestantismo puede verse Carobene (2015). El artículo de Perrett, de 1996, sigue siendo una referencia obligada en el debate budista.

Contraargumento II: la misión de la medicina

El segundo argumento contra la eutanasia sostiene que ayudar a que un paciente ponga fin a su vida o procurarle directamente la muerte, incluso cuando se trate de una acción nacida de la piedad o la misericordia, es algo esencialmente incompatible con la misión de la medicina. El deber del médico es curar, se afirma aquí, devolver la vida, y cuando ese objetivo no sea posible, lo será al menos la mitigación de los dolores del enfermo; pero en ningún caso el médico está facultado a cometer un homicidio o a colaborar en un suicidio.¹⁸

Nótese que este argumento, considerado atentamente, no se dirige tanto a la práctica de la eutanasia en sí, sino a la *participación del médico* en la muerte voluntaria. Si otro grupo de profesionales, en ámbitos distintos del de la salud, pudieran asistir al enfermo en su deseo de poner pacíficamente fin a sus días, entonces el argumento perdería su fuerza. No obstante, este continúa siendo relevante debido a que, al menos en el presente, no son imaginables otras formas de llevar a cabo la práctica eutanásica sin la asistencia que pueden brindar los profesionales de la salud con los recursos farmacológicos –y de otros tipos– con que estos cuentan.

La concepción tradicional de la misión de la medicina descansa en dos principios, el de no maleficencia y el de beneficencia. Según el primero de estos –el *primum non nocere*, ‘lo más importante es no dañar’–, el médico nunca debe hacer el mal al paciente, y matar o ayudar a que alguien se mate, es automáticamente considerado algo malo. Complementariamente, el segundo principio, aquel centrado en hacer el bien, *bonum facere*, indica que el profesional debe en lo posible procurarle el bien al enfermo, entendiendo por bien el devolverle la salud, aliviarle los sufrimientos y mantenerlo en vida, ya que la vida es, como aquí se dice, el *summum bonum*.

¹⁸ Esta posición tradicional del fin de la medicina está basada en el juramento hipocrático, juramento que contiene declaraciones adoptadas por muchos profesionales de la salud de modo sumamente acrítico (y selectivo). Para una defensa de esta concepción –en definitiva *pro life* y, consecuentemente, reñida tanto con la eutanasia en sus distintas modalidades como con el aborto–, véanse los testimonios de los profesionales de la salud belgas recogidos en Devos, 2021.

Existen fundamentalmente dos críticas a este argumento. La primera está relacionada con la *interpretación* que se hace de esos principios, interpretación que excluye la *participación del paciente en la formulación de lo que ha de entenderse por su bien y su mal*. La segunda, en cambio, se refiere a la exclusividad que se les otorga a esos dos principios en desmedro de otros valores igualmente centrales para la medicina. De hecho, a partir de la obra seminal de Tom L. Beauchamp y James Childress de 1979, *Principios de ética biomédica*,¹⁹ está claro que el médico debe atender a *cuatro* principios: aparte de los de no maleficencia y de beneficencia, al de autonomía del paciente y de justicia.

Por cierto, ningún defensor de la eutanasia aboga por la eliminación de los principios de no maleficencia y de beneficencia, que como tales han sido guías del actuar médico incluso antes de la profesionalización de la actividad. Son, de hecho, tan viejos como la medicina occidental misma, y en cierta medida se pueden encontrar en formulaciones similares en otras culturas. En definitiva, aquí lo criticable no es la afirmación de ambos principios, sino la interpretación al fin y al cabo *convencional* que se hace de ellos, además de la aplicación “irreflexiva” que se les sigue dando en la práctica médica contemporánea, práctica sumamente distinta del arte de curar, tal como se daba en la Antigüedad, el Medioevo o en la medicina china, japonesa, etc. (Galletti 2012)

En efecto, la concepción de bien y mal presupuesta en el principio de beneficencia y en el de no maleficencia no es de ninguna manera evidente. Hoy sabemos que el bienestar de un paciente adulto no puede determinarse sin que el mismo participe en su definición. Es cierto que en algunos casos extremos está fuera de duda qué le causa el mal y qué le promueve el bien al paciente, pero en muchos otros no. Creer que la sociedad posee una respuesta inmediata a estas cuestiones o pensar que es tarea del médico decidir *motu proprio* qué es lo mejor para su enfermo, en seguir avalando una concepción paternalista de la medicina, reñida con los principios de autonomía del

¹⁹ La primera versión en inglés data de 1979. El texto se convirtió desde entonces en un punto de referencia inevitable de la discusión bioética.

paciente y, por ende, con la concepción ética más amplia basada en las libertades del ciudadano.²⁰

Además, toda interpretación simplista de los dictámenes tradicionales de la medicina se enfrenta hoy, al menos en los países desarrollados y en vías de desarrollo, con el hecho incontrovertible de que la práctica de la salud se lleva a cabo en contextos enteramente “artificiales”, “tecnologizados”, “medicalizados” o como quiera denominárselos. Cuando un galeno en la Antigüedad debía ayudar a un enfermo, podía ser más o menos evidente qué debía hacer. Pero cuando un paciente se encuentra desde hace semanas en una de las modernas unidades de terapia intensiva y su pronóstico es a todas luces infausto, ¿qué significa aquí hacerle el bien?

De esta manera, el exceso de celo en la curación, el deseo de salvar al paciente a toda costa, etc., han comenzado a verse, al menos por una parte para nada insignificante de la población, como algo negativo, traducible en expresiones como *obstinación terapéutica*. Como ya señalábamos, la mayoría de los países occidentales ha sancionado leyes en las últimas décadas que priorizan la voluntad del enfermo sobre los supuestos mandatos de la medicina tradicional: si un paciente no quiere ser más mantenido en vida, el médico no puede seguir sujetándolo artificialmente en esa condición.²¹

De allí hay un solo paso a la nueva concepción de beneficencia que promueven los defensores de la muerte voluntaria. Para un paciente gravemente enfermo, sin posibilidades de mejoría y plagado de sufrimientos físicos o psicológicos, el mayor bien que le puede hacer el profesional de la salud es brindarle ayuda a morir. Su bienestar se verá incrementado en la seguridad de poder contar con esa asistencia final. Es justamente por este motivo que en la concepción actual de cura ha de incluirse la eutanasia voluntaria. Como sostiene Camps (2005, p. 106):

²⁰ Como escribía Lowrey R. Brown, una activista *pro choice*, en una nota para *The Humanist* de abril de 2021: “Nuestras vidas son sagas complejas con más de una vuelta en la trama, pero todas ellas deben terminar. Como cualquiera que haya pasado a la página final de una novela atrapante sabe, el final importa. Importa muchísimo. No es extraño, entonces, que muchos de nosotros queramos ser capaces de concluir nuestras vidas de manera tranquila y segura, en nuestros propios términos, sin tener que recurrir a profesionales de un tipo u otro que determinen si nuestros valores personales son correctos según sus criterios, o si nuestra apreciación de la calidad restante de nuestra vida puede medirse según su vara”.

²¹ En el caso argentino podemos mencionar la ley 26.742, conocida como ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, sancionada en 2012.

Característico de la ética laica [la que la autora defiende en su libro] es la idea de que el derecho a la vida tiene versiones distintas. Dar valor a la vida puede significar desear la muerte. El bien del paciente no siempre equivale a la conservación de la vida o la curación de una dolencia.

Contraargumento III: la pendiente resbaladiza

Si los dos contraargumentos presentados hasta ahora son indudablemente de corte deontológico, los dos restantes tienen un carácter decididamente consecuencialista. De hecho, en lo que respecta al tercer contraargumento, no es infrecuente oír a los opositores razonar del siguiente modo: “Ayudar a morir a un paciente, esto es, practicar la eutanasia en un caso concreto, podrá no ser un acto moralmente condenable; sin embargo, si legalizamos la eutanasia, permitiendo así que cientos o incluso miles de personas por año recurran a ella, entonces nuestra sensibilidad moral va a terminar erosionándose y a corto o mediano plazo caeremos en la barbarie. Permitir que un médico ayude a un paciente a morir es un acto extremadamente delicado y el peligro de desliz moral lo acechará en todo momento. Es como cuando uno se acerca demasiado a una pendiente resbaladiza: existe el riesgo de que ya no pueda escapar de ella y termine despeñándose. Por lo tanto, si no queremos que en nuestra sociedad se cometan abusos, sobre todo con aquellas personas más vulnerables (los enfermos terminales, los discapacitados, los pacientes con demencia, etc.), entonces lo mejor es mantener a rajatablas la prohibición absoluta de no matar, tal como está formulada en nuestros códigos penales y deontológicos.”

Notemos que, *hasta cierto punto*, el temor o la angustia que se esconden detrás del argumento de la pendiente resbaladiza (en inglés, *slippery slope argument*) son atendibles. El punto es que justamente por esa razón los defensores de la muerte voluntaria abogan por la *legalización* de la práctica, esto es, por la sanción de una ley que no solamente permita su realización, sino que, paralelamente, la regule clara y precisamente, estableciendo además instancias de control para garantizar el correcto desempeño de los actores morales involucrados (pacientes, médicos, enfermeros,

familiares o amigos del paciente, etc.) y, por último, fijando sanciones en caso de abuso. En otros términos, no se trata tan solo de despenalizar la asistencia médica a la muerte, sino sobre todo de reglamentar su práctica mediante un instrumento jurídico garantista, esto es, mediante una ley que promueva las mejores garantías de transparencia, protección y correcta aplicación.

En realidad, toda vez que en una sociedad una nueva práctica comienza a abrirse camino y, acto seguido, sus defensores empiezan a pugnar por su reconocimiento y legalización, puede oírse el argumento de la pendiente resbaladiza en alguna de sus versiones. Basta pensar en lo que han generado cuestiones como el divorcio, el uso recreacional de ciertas drogas, el aborto, la reproducción asistida o el matrimonio igualitario: en todos estos casos se formularon argumentos centrados en el riesgo del desliz, sin que luego hayan aparecido las consecuencias temidas (Den Hartogh, 2009).

Volviendo a la cuestión de la asistencia a la muerte voluntaria: es importante reiterar que algunas sociedades cuentan ya con más de dos décadas de experiencia en la materia y en ninguno de esos casos es posible observar una caída en la pendiente (Downie y Schuklenk, 2021). La realidad demuestra cuán infundados eran los argumentos opositores, centrados en la pérdida de contención moral. En el estado norteamericano de Oregón y en los Países Bajos la ayuda a morir es una opción disponible, en el primer caso, desde 1997 en la modalidad del suicidio asistido y, en el segundo, desde 2002 en forma de suicidio asistido y eutanasia voluntaria, y en ninguno de los dos ejemplos podemos hablar de descontrol y caída en la barbarie.

Esto no significa, obviamente, que aquí o allí no pueda haberse dado casos condenables de mala praxis, magnificados a veces por los medios conservadores. Pero justamente esa es la razón de ser de las leyes, como asimismo de las instancias de control y de las sanciones previstas. Al fin y al cabo, en todo ámbito social tarde o temprano ocurren infracciones a las normas vigentes sin que podamos hablar de caída en la pendiente.

En una conferencia, Dworkin (1998) notaba con agudeza que, cuando la sociedad se concentra exclusivamente en el cálculo de los posibles abusos que puede traer aparejados la legalización de tal o cual nueva práctica social, en particular de la

eutanasia, pierde de vista el plano individual, plano en el que se sitúa el moribundo que sufre doblemente, no solo por su dolor, sino también por el verse privado de lo que para él es una libertad esencial. Al girar en torno al argumento de la pendiente resbaladiza nos olvidamos concretamente del sufrimiento del paciente terminal o gravemente enfermo, y sin posibilidades de curación que busca una mano misericordiosa para poner fin a lo que él mismo considera un calvario.

Contraargumento IV: la medicina paliativa

Recapitemos: mientras que una parte cada vez más grande de la ciudadanía entiende que el principio de la sacralidad de la vida (o, mejor dicho, la interpretación más ortodoxa de ese principio) no puede imponerse a quienes tienen puntos de vista religiosos o filosóficos diferentes; mientras que los profesionales de la salud y los colegios que los aúnan amplían su visión acerca de la misión de la medicina, de modo que la promoción del bienestar del paciente, tal y como éste lo entiende, quede en el centro de los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos, dejando atrás la concepción paternalista del bien del enfermo; finalmente, mientras que con el paso de los años son menos los opositores que esgrimen el argumento de la pendiente resbaladiza, ya que la experiencia recogida en los estados norteamericanos, en los países del Benelux, en Suiza, etcétera, indica que esos temores eran infundados, la noción de que la medicina paliativa constituye la alternativa “humana” a la eutanasia aún seduce a muchos expertos.

Grosso modo, el argumento que aquí nos ocupa afirma que la asistencia a la muerte voluntaria es un recurso no solamente “traumático”, sino esencialmente *innecesario*. Si contáramos con una excelente oferta de cuidados paliativos, accesibles a todos los ciudadanos independientemente de su poder adquisitivo –se nos dice–, entonces el deseo de recurrir a la eutanasia se extinguiría en prácticamente todos los enfermos.

Ante todo, es importante despejar dos malentendidos. Primero, nadie pretende poner en duda que un paciente gravemente enfermo pero desprovisto de todo tratamiento puede buscar la muerte como la única respuesta efectiva al sufrimiento y

la desesperación. El soldado herido de muerte y abandonado en el campo de batalla deseará seguramente ponerle fin a su agonía por el simple hecho de no contar con ninguna otra posibilidad de acción. (En la Edad Media, los guerreros llevaban un puñal para despenar a quienes quedaban malheridos; no es casual que se haya llamado *miser cordia* a ese instrumento.)

Segundo, ningún defensor de la eutanasia puede argumentar razonablemente que la paliación es innecesaria y ni siquiera secundaria; por el contrario, la mayoría de los autores pro legalización son, al mismo tiempo, abanderados de una mejor medicina paliativa para todos.

Ahora bien, subrayar la importancia de la medicina paliativa y destacar sus virtudes no nos impide afirmar, una vez despejados los malentendidos mencionados, que esta está lejos de ser una panacea. La paliación no puede eliminar el dolor físico de muchos enfermos graves y sin posibilidad de curación; e incluso cuando logra ese objetivo, es raro que no se presenten efectos secundarios de la medicación.

Pero más allá de los resultados más o menos satisfactorios que puedan obtenerse de los tratamientos analgésicos e, incluso, de los restantes tipos de tratamiento, como los fisioterapéuticos, los psicológicos, etc., en no pocos casos a los cuidados paliativos no les es dado remediar los padecimientos de otra naturaleza, aquellos causados por la situación *existencial* del enfermo. (Selby y otros, 2019; Blake y Blake, 2021)

La mejor demostración de esta tesis proviene, también en este ámbito, de la experiencia internacional cosechada en las últimas décadas. Por una parte, son justamente varias de las sociedades más ricas y con una buena oferta de medicina paliativa las que han legalizado alguna de las modalidades de la muerte asistida. Pensemos aquí en los países del Benelux, en Suiza y España, o, al este y al oeste de Europa, en Nueva Zelanda, en todos los estados federados de Australia y en Canadá, además de diez estados norteamericanos. Como sostienen Downar y sus colegas tras analizar el caso canadiense:

[L]a gente que eligió la ayuda médica para morir indicaba el sufrimiento físico o psicológico como la principal razón en aproximadamente tres cuartos de los pacientes, lo que sugiere que para muchos pacientes las solicitudes de

la asistencia a la muerte no se debían a un acceso o escaso al cuidado paliativo.
[...] la mayoría de los beneficiarios de la asistencia a la muerte eran seguidos
por clínicos de cuidados paliativos antes de la muerte. (Downar et al., 2020,
pp. 176-177)

Por otra parte, y esto es lo decisivo, son los pacientes mismos quienes, al ser consultados, expresan el deseo de contar en lo posible con las dos alternativas. Así, una vez que la medicina curativa ha llegado a su límite, estos quieren disponer tanto de la oferta paliativa como, complementariamente, del recurso eventual a la muerte voluntaria.

Un paciente oncológico o neurológico, por ejemplo, puede intentar a toda costa curar o detener el avance de su enfermedad hasta el momento en que los magros resultados de esos esfuerzos lo convencen de la futilidad de continuar con la empresa; seguidamente, puede desear pasar las semanas o los meses que le resten con la mejor calidad posible en tanto paciente paliativo; sin embargo, es probable que llegue un momento en que sienta que ni siquiera la mejor medicina paliativa, incluyendo el cuidado y la dedicación que puedan brindarle sus familiares y amigos, le impide que se consolide en él el deseo de acelerar el arribo de la muerte, ahorrándole un período que, *desde su propio punto de vista*, no le provee ya ninguna satisfacción, antes bien, lo condena a continuos sufrimientos inútiles y desgastantes. (véase Maessen y otros, 2010; Spence y otros, 2017)

De esta suerte, el temor de que las sociedades, al legalizar la ayuda a la muerte voluntaria, vayan a desentenderse de la paliación es totalmente inmotivado (Leven, 2022). Una cosa no excluye la otra. Es tan deseable dar nuevos impulsos al desarrollo de la medicina paliativa²² como propiciar la extensión del derecho a la autodeterminación del paciente, derecho que aquí se traduce concretamente como poder ponerle fin a la propia vida, cuando esta haya perdido, en la opinión del interesado mismo, su calidad y dignidad.

²² La telemedicina paliativa, la capacitación en cuidados paliativos de oncólogos e intensivistas, la creación de nuevos centros de paliación, etc., son algunas de áreas en las que actualmente se está trabajando en esta dirección, cf. Back y otros (2020); Byock y otros (2001).

¿Es la sedación paliativa una alternativa a la eutanasia?

Es curioso que muchos paliativistas, tras haber rechazado la posibilidad de legalizar la asistencia a la muerte voluntaria, terminen defendiendo una práctica eutanásica sumamente problemática, la de la *sedación paliativa* o, para decirlo sin rodeos, la de la *sedación terminal*.²³

Para los defensores de la legalización de la muerte voluntaria, sedar a un paciente profunda y continuamente hasta que fallezca debido a que tenía síntomas refractarios (dolores intratables, delirio, náusea y disnea continuas, etc.) que le impedían seguir “peleándola” en estado consciente, es una práctica que, en esencia, no difiere de la eutanasia (de allí que se siga hablando de *slow euthanasia*), pero conserva el aspecto más discutible de la posición tradicional de la medicina: el paternalismo. El médico paliativista no pocas veces decide si o cuándo sedar terminalmente al paciente, sin incluso avisarle a este del paso decisivo que está por dar, supuestamente movido por el deseo de hacer lo mejor para el enfermo (aliviarle los dolores). Aquí, sin duda, se reintroduce por la puerta trasera aquello que se había rechazado ostentosamente por la entrada principal: la ayuda a morir.²⁴

Si un paciente “ya está en las últimas” y, para colmo, no puede más luchar contra su sufrimiento, ¿cuál es la diferencia entre sedarlo hasta que fallezca inconscientemente

²³ Esta posición no solo es defendida por innumerables asociaciones de paliativistas, sino que ha motivado la sanción de la ley francesa de 2016 (Loi No. 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie), en la cual se habla explícitamente del “derecho a solicitar la sedación profunda y continua hasta el deceso” por parte del paciente terminal. (cf. Rochas 2018 y Horn 2018)

²⁴ En lo que respecta a la sedación como práctica médica, hay cuatro dimensiones a tener en cuenta: (1) *Duración*: la sedación puede ser transitoria y reversible; puede ser indeterminada pero potencialmente reversible o puede ser indeterminada e irreversible, esto es, hasta el deceso del paciente. (2) *Profundidad*: la sedación puede ser más o menos profunda dependiendo del tipo de sufrimiento que se quiera aliviar en el paciente. (Algunos tipos de dolores orgánicos pueden ser tan intensos que además de la sedación sea necesario administrarle al paciente opioides.) (3) *Consentimiento*: salvo casos excepcionales (una urgencia, la presencia de un paciente jurídicamente incapaz y sin allegados, etc.) es necesario informar al paciente y obtener su consentimiento antes de iniciar la sedación. (4) *Carácter terminal*: la sedación puede ir acompañada de la supresión de la hidratación y la alimentación artificial, de la terapia antibiótica e, incluso, de la ventilación mecánica. (Por cierto, no estoy rechazando la posibilidad de recurrir a la sedación en cualquiera de sus formas ni tampoco desconozco que sea un recurso de la medicina por demás valioso; mi crítica solo se refiere a su empleo sin el consentimiento del paciente y a su supuesta capacidad de resolver el “problema” de la eutanasia.)

en un par de días y aplicarle una dosis de barbitúrico que ponga fin en unos minutos a ese estado, si su deseo, en definitiva, es terminar con su existencia? Si matar es siempre un acto condenable, ir matando lentamente y sin que prácticamente nadie se dé cuenta es lo mismo que matar de golpe y a sabiendas de todos los interesados. Desde el punto de vista ético, no hay ninguna diferencia relevante entre ambos casos. Si, en cambio, aceptamos que ayudar a alguien a morir puede ser un acto permitido en algunas ocasiones como las que hemos detallado arriba, entonces lo mejor es que ese acto ocurra del modo más humano (y la celeridad es aquí una dimensión de la humanidad de esta práctica) y, sobre todo, más fácilmente compatible con el concepto de autonomía del paciente. (Raus y otros, 2011)

En todo caso, si consideramos que la sedación paliativa o terminal es legal, entonces el paciente automáticamente tiene *derecho* a saber qué se va a hacer con él y, correspondientemente, el profesional de la salud tiene el *deber* de informarlo. Es más, el enfermo debe dar en lo posible su *consentimiento* antes de que se le inyecte cualquier sustancia sedante.

Por otro lado, si vamos a entender que la sedación terminal es el “último recurso”, este podrá ser incluso solicitado por el paciente mismo para ponerle fin a su agonía- (Cassell y Rich, 2010)

Pero, una vez más, si hemos llegado hasta aquí en nuestra ampliación de los derechos del paciente, ¿por qué no introducir también otras formas más expeditivas y transparentes para que el enfermo se quite la vida (el suicidio asistido y la eutanasia voluntaria, activa y directa)?

Claro que algún paliativista puede argüir que hay una diferencia esencial entre la sedación y la eutanasia: mientras que la intención del médico paliativo sería solo la de aliviar los males del paciente al sedarlo, la del profesional que practica la eutanasia sería, en cambio, la de matarlo. Pero aquí nos metemos en arenas movedizas, porque ¿cómo podemos determinar la intención que efectivamente tiene un sujeto al actuar? Por lo demás, ¿qué nos hace suponer que la intención de un paliativista al sedar terminalmente a su paciente es solo buena (aliviar los dolores del enfermo, aun cuando sea meridianamente claro que el resultado será la muerte de este último), mientras que

la intención del practicante de la eutanasia es necesariamente mala? (Morita y otros, 2017)

Conclusión

El análisis de los argumentos a favor y en contra junto con la consideración de la experiencia internacional nos permiten concluir que existen sólidas razones para apoyar la legalización de la muerte voluntaria en aquellos países que aún no han dado ese paso legal, como la Argentina.

La legalización de la eutanasia en cualquiera de sus formas no ha de ser vista como un avance “frío” o “aséptico” del ámbito de las libertades individuales. Por el contrario, la ayuda a morir puede ser considerada como una *forma especial de cuidado médico*, destinada a asegurar que el paciente que ha llegado a los límites de su existencia en tanto entidad psicobiológica obtenga una buena muerte, esto es, la *euthanasia*, la muerte fácil y oportuna de la que ya hablaban los antiguos.

La muerte es parte constitutiva de la vida, y una buena muerte es la coronación de una buena vida. Por supuesto, en una sociedad moderna y plural no existe una concepción generalizable de buena vida y de buena muerte sino muchas, porque cada ciudadano forjará su propia visión en correspondencia con sus valores y preferencias. De todos modos, es dable afirmar que la *autonomía* es un elemento central de casi todas las concepciones de buena vida y de buena muerte adoptadas por los ciudadanos modernos. Decidir cómo y cuándo morir se vuelve, así, una dimensión central del plan de vida y del plan de fin de vida de cada uno de nosotros tenga.

Referencias

- Agassi, J. (2016). Toward a fictionless liberalism. *Philosophy of the Social Sciences*, 46 (1). <https://doi.org/10.1177/0048393115612035>
- Baron, C. H. y otros (1996). A model State act to authorize and regulate physician-assisted suicide. *Harvard Journal of Legislation*, 33 (1), 1 – 34.

- Beauchamp, T. L. y J. F. Childress (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Battistella, G. (2021). Il reato di auto al suicidio al vaglio della Corte costituzionale austriaca. *Rivista di BioDiritto*, 2, 319-348. <https://doi.org/10.15168/2284-4503-824>
- Benzenhöfer, U. (1999). *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*. Múnich: C. H. Beck.
- Birnbacher, D. (2020). Doing and allowing in the context of physician-assisted suicide. *Erkenntnis*, 85, 575–588.
- Birnbacher, D. (2021). Warum kein Anspruch auf Suizidassistentz?. *Ethik in der Medizin*, 34, 161–176.
- Black, A. y otros (2020). Palliative care skills and new resources for oncology practices: meeting the palliative care needs of patients with cancer and their families. *ASCO Educational Book*, 40, 14–22.
- Blake, R. R. y C. Blake (2021). Why people think they might hasten their death when faced with irremediable health conditions compared to why they actually do so. *Omega: Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228211033368>
- Breuer, M. G. (2019). *Eutanasia y autonomía: conceptos, argumentos, reflexiones*. Villa María - Río Cuarto: Eduvim/UniRío.
- Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15, Rn. 1-343. 2020
- Byock, I. y otros (2001). Improving end-of-life experience and care in the community: a conceptual framework. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22 (3), 759-772.
- Camps, V. (2005). *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*. Barcelona: Ariel.
- Carobene, G. (2015). Sul dibattito scientifico e religioso in tema di 'fine vita': accanimento terapeutico, stato vegetativo ed eutanasia. *Stato, Chiese e Pluralismo Confessionale*, 9.
- Cassell, E. J. y B. A. Rich (2010). Intractable end-of-life suffering and the ethics of palliative sedation. *Pain Medicine*, 11 (3), 435–438. doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00786.x
- Congregazione per la Dottrina della Fede (1980, 5 de mayo). Dichiarazione sull'eutanasia. Disp en
https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_it.html.
- Della Croce, Y. (2022). Assisted suicide for prisoners. An ethical and legal analysis from the Swiss context. *Bioethics*, 36 (4), 381-387.
- Den Hartogh, G. (2009). The slippery slope argument. En H. Kuhse y P. Singer, *A companion to bioethics* (2da ed.) (pp. 321-332). Wiley-Blackwell.

- Devos, T. (Ed.) (2021). *Euthanasia: searching for the full story: Experiences and insights of Belgian doctors and nurses*. Springer Nature
- Downar, J. y otros (2020). Early experience with medical assistance in dying in Ontario, Canada: a cohort study. *CMAJ*, 192 (8), E173-E181. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200016>
- Downie, J. y U. Schuklenk (2021). Social determinants of health and slippery slope in assisted dying debates: lessons from Canada. *Journal of Medical Ethics*, 47 (10), 662-669. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2021-107493>
- Dworkin, R. (1998). Fritz B. Burns Lecture: Euthanasia, Morality and the Law-Transcript. *Loyola Los Angeles Law Review*, 31(4),1147- 1159. Disp. en <https://digitalcommons.lmu.edu/llr/vol31/iss4/3>.
- Galletti, M. (2012). Scelte di fine vita, identità, autonomia. Alcune riflessioni sul rifiuto di cure e testamento biológico. *Rivista di BioDiritto*, 1, 29-51.
- Hohendorf, G. y otros (2002). Die Opfer der nationalsozialistischen Euthanasie-Aktion T4. *Nervenarzt*, 73, 1065–1074.
- Horn, R. (2018). The ‘French exception’: the right to continuous deep sedation at the end of life. *Journal of Medical Ethics*, 44, 204 – 205. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2017-104484>
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (1), 91 – 102.
- Küng, H. y otros (2010). *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. Múnich: Piper.
- Leven, D. C. (2022). Refuting arguments against the medical aid in dying act. *NYSBA Health Law Journal*, 27 (1), 61 – 64. Disp. en <https://endoflifechoicesny.org/wp-content/uploads/2022/03/NYSBA-Health-Law-Journal-22-Refuting-Arguments-v-MAID.pdf>
- Maessen, M. y otros (2010). Requests for euthanasia: origin of suffering in ALS, heart failure, and cancer patients. *Journal of Neurology*, 257, 1192–1198. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5474-y>
- Mill, J. S. (1867). *On Liberty*. Londres: Longmans, Green & Co.
- Morita, T. y otros (2017). Continuous deep sedation: a proposal for performing more rigorous empirical research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53 (1), 146–152.
- Orentlicher, D., T. M. Pope y B. Rich, B. (2016). Clinical Criteria for Physician Aid-in-Dying. *Journal of Palliative Medicine*, 19 (3), 259-262.
- Perrett, R. W. (1996). Buddhism, euthanasia and the sanctity of life. *Journal of Medical Ethics*, 22 (5), 309-313.
- Platón (1999). *Fedón. Fedro* (Trad. Luis Gil Fernández). Madrid: Alianza

- Quill, T. y otros (2021). *Voluntary stopping eating and drinking. A compassionate, widely available option for hastening death*, Oxford University Press.
- Raus, K. (2011). Is continuous sedation at the end of life an ethically preferable alternative to physician-assisted suicide?. *The American Journal of Bioethics*, 11 (6), 32-40.
- Rochas, B. (2018). Recommandations pour la pratique de la sédation en situation palliative. *Revue JALMALV*, 4 (135), 79-84.
- Schmuhl, H. W. (2007). Der Mord an psychisch kranken und behinderten Menschen. Eine Forschungsbilanz. En M. Gerhardt y otros (Comps.), *Medizin und Gewissen. Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Dokumentation des Internationalen IPPNW-Kongresses, 20.-22. Oktober 2006 in Nürnberg* (pp. 21 – 42). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Selby, D. y S. Bean (2019). Oncologists communicating with patients about assisted dying. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 13 (1), 59-63. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000411
- Spence, R. A. y otros (2017). Responding to patient requests for hastened death: physician aid in dying and the clinical oncologist. *Journal of Oncology Practice*, 13 (10), 693-699. DOI: 10.1200/JOP.2016.019299
- Van Oorschot, B. y A. Simon (2008). Aktive, passive oder indirekte Sterbehilfe? Über subjektive Definitionen und Klassifikationen von Ärzten und Richtern in Entscheidungssituationen am Lebensende. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 32 (2/3), 39-53. Disp. en <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-325704>.