

Quitar la vida: los seres humanos

Al tratar una objeción a la postura sobre el aborto presentada en el capítulo 6, ya hemos ido más allá del aborto para considerar el infanticidio. Al hacerlo, habremos confirmado la sospecha de los que mantienen la santidad de la vida humana de que una vez que se acepta el aborto, la eutanasia acecha a la vuelta de la esquina; para ellos la eutanasia es un mal inequívoco que ha sido rechazado, señalan, por los médicos desde el siglo V antes de Cristo, cuando hicieron por primera vez el juramento hipocrático y juraron no darle medicina mortal a nadie aunque la pida, ni sugerir ningún consejo de esta índole. Además, argumentan que el programa de exterminio nazi es un ejemplo terrible y reciente de lo que puede ocurrir una vez que el Estado tiene el poder de acabar con la vida de seres humanos inocentes.

No niego que si se acepta el aborto por los motivos expuestos en el capítulo 6, las razones en favor de matar a otros seres humanos, en determinadas circunstancias, llegan a ser sólidas. Sin embargo, tal y como intentaré demostrar en este capítulo, no se trata de algo que haya que considerar con horror, y la utilización de la analogía nazi es totalmente engañosa. Por el contrario, una vez abandonadas las doctrinas sobre la santidad de la vida humana que —como se vio en el capítulo 4— se caen por su propio peso en cuanto son cuestionadas, lo que es horrible, en algunos casos, es la negativa a aceptar acabar con la vida.

«Eutanasia» significa, según el diccionario, «muerte suave sin sufrimiento», pero en la actualidad se refiere a acabar con la vida de los que padecen enfermedades incurables, con gran dolor y angustia, por el bien de los que mueren y para ahorrarles más sufrimiento o angustia. Este es el tema principal de este capítulo. Igualmente, tendré en cuenta algunos casos en los que, aunque el quitar la vida no sea contrario a los deseos del humano que va a morir, tampoco se hace específicamente por el bien de ese ser. Dentro de esta categoría como veremos se encuentran algunos casos que implican a niños recién nacidos. Puede que no sean casos de «eutanasia» en el sentido estricto del término, pero podría ser muy útil incluirlos dentro de la misma discusión general siempre que queden claras las diferencias pertinentes.

En la definición normal de eutanasia existen tres tipos diferentes, cada uno de los cuales plantea cuestiones éticas distintas. Nuestra discusión se verá favorecida

si comenzamos estableciendo esta triple distinción para luego evaluar la justificabilidad de cada tipo.

TIPOS DE EUTANASIA

Eutanasia voluntaria

En la actualidad, la mayor parte de los grupos que piden modificaciones en la ley para que se permita la eutanasia hacen campaña a favor de la eutanasia voluntaria, es decir, la eutanasia que se lleva a cabo a petición de la persona que va a morir.

Algunas veces la eutanasia voluntaria apenas puede distinguirse del suicidio asistido. Derek Humphry, en *Jean's Way*, cuenta cómo su esposa Jean, cuando estaba muriendo de cáncer, le pidió que le proporcionara los medios para acabar con su vida con rapidez y sin dolor. Habían anticipado la situación y discutido sobre ella antes de que llegara. Derek consiguió algunas pastillas y se las dio a Jean, quien se las tomó y murió al poco tiempo.

El doctor Jack Kevorkian, patólogo de Michigan, fue un poco más allá al construir una «máquina del suicidio» para ayudar a las personas con enfermedades terminales a suicidarse. Su máquina consistía en una barra de metal con tres recipientes diferentes acoplados a un tubo del mismo tipo que se usa para el goteo intravenoso. El médico introduce el tubo en la vena del paciente, sin embargo en esta fase pasa solamente una solución salina inocua. Entonces el enfermo puede abrir una llave que permitirá que entre en el tubo una droga que provoca estado de coma; automáticamente, a continuación, sale una droga letal contenida en la tercera botella. El doctor Kevorkian anunció que estaba dispuesto a poner la máquina a disposición de todo enfermo terminal que deseara utilizarla. (El suicidio asistido no está en contra de la ley en el Estado de Michigan). En junio de 1990, Janet Adkins, que padecía la enfermedad de Alzheimer pero aún tenía capacidad para tomar la decisión de acabar con su vida, se puso en contacto con el doctor Kevorkian y le comunicó su deseo de morir en lugar de tener que padecer el deterioro progresivo y lento que esta enfermedad lleva consigo. El doctor Kevorkian estaba presente mientras Janet utilizaba su máquina y posteriormente informó de su muerte a la policía. Fue acusado de asesinato, pero el juez no permitió que la acusación pasase a juicio, aduciendo que Janet Adkins había provocado su propia muerte. Al año siguiente el doctor Kevorkian puso su máquina a disposición de otras dos personas que la usaron para poner fin a su vida¹.

¹ El doctor Kevorkian fue acusado otra vez de asesinato y de suministrar una sustancia prohibida en relación con los dos últimos casos, pero una vez más el caso fue sobreesido.

En otros casos las personas que quieren morir quizá no tengan posibilidad de matarse. En 1973, George Zygmanski resultó herido en un accidente de moto cerca de su casa en Nueva Jersey. Fue llevado al hospital donde se le diagnosticó que sufría parálisis total de cuello para abajo. Igualmente, sufría fuertes dolores. Le comunicó a su médico y a su hermano, Lester, que no deseaba vivir en esas condiciones y les suplicó a los dos que lo mataran. Lester preguntó al médico y al personal del hospital sobre las perspectivas de recuperación de George: le dijeron que eran nulas. Entonces, introdujo un arma en el hospital y le dijo a su hermano: «estoy aquí para acabar con tu dolor, George. ¿Te parece bien?». George, que ya no podía hablar debido a una operación para ayudarlo a respirar, movió la cabeza afirmativamente. Lester le disparó un tiro en la sien.

El caso Zygmanski parece ser un ejemplo claro de eutanasia voluntaria, aunque no cuente con algunas de las garantías propuestas por los partidarios de la legalización de la eutanasia voluntaria. Por ejemplo, la opinión médica sobre las expectativas de recuperación del paciente se obtuvo solamente de manera informal. Tampoco hubo un intento formal de establecer, ante testigos independientes, que su deseo de morir era inmutable y racional, basado en la mejor información disponible sobre su situación. La muerte no la llevó a cabo un médico. Una inyección habría sido menos angustiada para los demás que un tiro. Sin embargo, Lester Zygmanski no tenía opción a estas posibilidades ya que la ley de Nueva Jersey, como en la mayoría de los casos, considera asesinato la eutanasia; y si sus planes se hubiesen conocido, no habría podido ponerlos en práctica.

La eutanasia puede ser voluntaria aunque una persona no sea capaz, como Jean Humphry, Janet Adkins y George Zygmanski sí lo fueron, de indicar el deseo de morir hasta el mismo momento en que se tomaron las pastillas, o se abrió la válvula, o se apretó el gatillo. Una persona puede hacer, mientras disfrute de buena salud, una petición escrita de eutanasia si, debido a un accidente o enfermedad, llegara a no tener la capacidad para tomar o expresar su decisión de morir en el caso de estar sufriendo dolor, o de encontrarse sin el uso de sus facultades mentales, y sin una esperanza de recuperación razonable. Al matar a una persona que ha hecho tal petición, que después la ha vuelto a confirmar varias veces, y que en la actualidad se encuentra en uno de los estados descritos, se puede verdaderamente afirmar que se actúa de acuerdo con su voluntad.

Actualmente existe un país en el que los médicos pueden ayudar abiertamente a sus pacientes a morir de una manera tranquila y digna. En Holanda, una serie de casos judiciales durante la década de los ochenta apoyaron el derecho del médico a ayudar a que un paciente muera, incluso si esa ayuda consiste en administrarle al paciente una inyección letal. En Holanda, los médicos que cumplen ciertos requisitos (que describiremos más adelante en este capítulo) tienen actualmente la posibilidad de practicar la eutanasia abiertamente y pueden recogerla en el cer-

tificado de defunción sin temor a ser acusados. Se ha calculado que cada año se producen unos 2.300 casos de eutanasia realizada de esta manera.

Eutanasia involuntaria

Consideraré que la eutanasia es involuntaria cuando la persona que muere tiene capacidad para consentir su propia muerte, pero no lo hace, bien porque no le preguntan, bien debido a que cuando se le pregunta la persona decide seguir viviendo. Hay que admitir que esta definición agrupa dos casos diferentes bajo un mismo encabezamiento. Existe una diferencia significativa entre matar a alguien que ha escogido seguir viviendo y matar a alguien que no ha dado su consentimiento para que lo maten, pero que en el caso de haber sido preguntado habría estado de acuerdo. En la práctica, sin embargo, es difícil imaginarse casos en los que una persona es capaz de dar su consentimiento y lo habría dado si se le hubiera preguntado, pero no se le preguntó. ¿Por qué no preguntar? Solamente en la más extraña de las situaciones se podría imaginar una razón para no obtener el consentimiento de una persona con capacidad y voluntad para darlo.

Matar a alguien que no ha dado su consentimiento para morir, solamente se podrá considerar eutanasia cuando el motivo para matar es el deseo de que acabe un sufrimiento insoportable para la persona que va a morir. Por supuesto, parecería muy raro que alguien que actúa por este motivo no tenga en cuenta los deseos de la persona cuyo interés motiva la acción llevada a cabo. Los casos verdaderos de eutanasia involuntaria parecen ser muy raros.

Eutanasia no voluntaria

Las dos definiciones anteriores dejan espacio para un tercer tipo de eutanasia. Si un ser humano no es capaz de entender la elección entre la vida y la muerte, la eutanasia no sería ni voluntaria ni involuntaria, sino no voluntaria. Entre los que no pueden dar su consentimiento se incluirían los enfermos incurables o los recién nacidos con graves discapacidades, y las personas que debido a accidente, enfermedad, o avanzada edad han perdido permanentemente la capacidad para entender el tema en cuestión, sin haber pedido o rechazado previamente la eutanasia en estas circunstancias.

Ha habido varios casos de eutanasia no voluntaria que han alcanzado los tribunales y las páginas de la prensa popular. He aquí un ejemplo: Louis Repouille tenía un hijo con «deficiencia mental incurable», se encontraba postrado en una cama desde que nació y ciego desde hacía cinco años. Según Repouille: «Parecía estar muerto en todo momento... No podía caminar, no podía

hablar, no podía hacer nada». Repouille acabó matando a su hijo con cloroformo.

En 1988 apareció un caso que es una buena ilustración del modo en que la tecnología médica moderna nos obliga a tomar decisiones de vida o muerte. El bebé Samuel Linares se tragó un pequeño objeto que se le quedó obturado en la tráquea, provocando una falta de oxígeno en el cerebro. Fue ingresado en un hospital de Chicago en coma y se le conectó a respiración asistida. Ocho meses después, todavía se encontraba en estado comatoso, con respiración asistida, y el hospital tenía planes de trasladar a Samuel a una unidad de cuidados de larga duración. Poco antes del traslado, sus padres lo visitaron en el hospital, la madre abandonó la habitación mientras su padre sacó una pistola y le dijo a la enfermera que se alejara. Entonces, desconectó la respiración asistida y cogió al niño en sus brazos hasta que murió. Cuando estaba seguro de que Samuel había muerto, tiró la pistola y se entregó a la policía. Fue acusado de asesinato, pero el gran jurado se negó a seguir adelante con la acusación de homicidio y posteriormente se le impuso una sentencia suspendida por un delito menor relacionado con el uso de la pistola.

Evidentemente, estos casos plantean cuestiones distintas a las planteadas por la eutanasia voluntaria. No existe un deseo de morir por parte del niño. Incluso se puede cuestionar si, en estos casos, la muerte se lleva a cabo por el bien del niño, o por el bien de la familia en su conjunto. Si el hijo de Louis Repouille «parecía estar muerto en todo momento», quizá sufría daños cerebrales tan graves que no podía ni siquiera sufrir. Es posible que esto también sea cierto en el estado de coma de Samuel Linares. En el primer caso, su cuidado habría sido una gran carga, sin duda alguna inútil, para la familia, y en el caso Linares, además, un despilfarro de los limitados recursos médicos del Estado. Los niños no estaban sufriendo y no podríamos decir que la muerte fuese en favor, o en contra, de sus intereses. Por lo tanto, tal y como la hemos definido, no se trata de eutanasia en sentido estricto. No obstante, puede tratarse de una forma justificable de acabar con la vida humana.

En primer lugar trataremos los casos de infanticidio y de eutanasia no voluntaria ya que son los ejemplos que más se asemejan a las discusiones anteriores sobre la situación de los animales y del feto humano.

JUSTIFICACIÓN DEL INFANTICIDIO Y DE LA EUTANASIA NO VOLUNTARIA

Como se ha visto, la eutanasia es no voluntaria cuando el individuo no ha tenido nunca la capacidad para elegir entre vivir o morir. Esta es la situación de los recién nacidos con graves discapacidades o de los seres humanos mayores que sufren discapacidad intelectual grave desde el nacimiento. La eutanasia, u otras formas de acabar con la vida, son también no voluntarias cuando el individuo es ahora inca-

paz de hacer esta crucial elección, aunque una vez lo fuera, pero no expresó entonces ninguna preferencia pertinente a su estado actual.

El caso de una persona que nunca ha podido elegir entre la vida o la muerte es un poco más claro que el de una persona que tuvo la posibilidad, aunque ya la haya perdido, de tomar esa decisión. De nuevo, se separarán los dos casos y se analizará el más claro en primer lugar. Para simplificar el tema, me centraré en los recién nacidos, aunque todo lo que diga sobre ellos será aplicable a niños mayores o a adultos cuya edad mental sea y siempre haya sido la de un recién nacido.

Decisiones de vida o muerte para recién nacidos discapacitados

Si tuviésemos que plantearnos la cuestión de la vida o la muerte de un recién nacido gravemente discapacitado sin ningún tipo de discusión previa sobre la ética de matar en general, quizá no seríamos capaces de solucionar el conflicto entre la obligación, ampliamente aceptada, de proteger la santidad de la vida humana, y el objetivo de reducir el sufrimiento. Para algunos, tales decisiones son «subjetivas», o las cuestiones sobre la vida y la muerte se deben dejar en manos de Dios y la Naturaleza. Sin embargo, el terreno ha sido preparado por discusiones anteriores, y los principios establecidos y aplicados en los tres capítulos precedentes hacen que esta cuestión sea menos desconcertante de lo que la mayoría cree.

En el capítulo 4 vimos que el hecho de que un ser sea humano, en el sentido de miembro de la especie *Homo sapiens*, no es pertinente para el mal que supone acabar con su vida; la diferencia viene dada más bien por características tales como la racionalidad, la autonomía, y la conciencia de uno mismo. Los recién nacidos carecen de estas características. Por lo tanto, acabar con su vida no puede equipararse a matar a un ser humano normal, o a cualquier otro ser con conciencia propia. Esta conclusión no está limitada a los recién nacidos que, debido a discapacidades intelectuales irreversibles, no serán nunca seres racionales, conscientes de sí mismos. En nuestro análisis sobre el aborto, vimos que la posibilidad de un feto de llegar a ser un ser racional, consciente de sí mismo, no puede contar a la hora de acabar con su vida en una fase en la que carece de estas características, a menos que también estemos dispuestos a tener en cuenta el valor de la vida racional, con conciencia propia, como razón en contra de los métodos anticonceptivos y el celibato. Ningún recién nacido, discapacitado o no, posee un derecho a la vida tan fuerte como los seres capaces de considerarse a sí mismos como entidades diferenciadas, que existen a lo largo del tiempo.

La diferencia entre acabar con la vida de un recién nacido discapacitado y uno normal no reside en un supuesto derecho a la vida que tiene el segundo y del que carece el primero, sino en otras consideraciones diferentes sobre el hecho de acabar con la vida. Lo más evidente es que a menudo existe una diferencia en la actitud

de los padres. Normalmente, para los padres el nacimiento de un hijo es un acontecimiento feliz. Hoy en día, con frecuencia, tener un hijo es un hecho planeado. La madre lo lleva dentro durante nueve meses. Desde el nacimiento, un afecto natural comienza a unir a los padres con su hijo. Por lo tanto, el efecto que la muerte tendrá sobre los padres es una de las razones importantes por las que normalmente matar a un niño es algo terrible.

Es diferente cuando el pequeño nace con una discapacidad grave; por supuesto las anomalías varían. Algunas no tienen ninguna importancia y afectan muy poco al niño o a los padres; otras, sin embargo, convierten el acontecimiento normalmente feliz del nacimiento en una amenaza para la felicidad de los padres y para cualquier otro hijo que puedan tener.

Quizá los padres, con razón, se arrepientan del nacimiento de un hijo discapacitado. En este caso, el efecto que tendrá la muerte del hijo sobre los padres puede ser una razón a favor, y no en contra, de matarlo. Algunos padres desean que incluso un recién nacido con las más graves discapacidades viva el mayor tiempo posible; en este caso, este deseo sería una razón en contra de matar al niño. Sin embargo, ¿qué ocurre si no es así? En la argumentación que sigue, supondré que los padres no desean que el niño discapacitado viva. Igualmente supondré que las discapacidades son tan graves que —de nuevo, a diferencia de la situación de un niño no deseado pero normal hoy en día— no hay otras parejas que deseen adoptar al niño. Se trata de una suposición realista, incluso en una sociedad en la que existe una larga lista de espera de parejas que quieren adoptar bebés normales. Es cierto que de vez en cuando han alcanzado los tribunales, con gran publicidad, algunos casos de recién nacidos con graves discapacidades a los que se les deja morir, lo cual ha hecho que algunas parejas se ofrezcan para adoptar al niño. Desgraciadamente, estas ofertas son producto de la gran publicidad dada a una dramática situación de vida o muerte, y no son extensibles a situaciones mucho más normales, pero con menos publicidad, en las que los padres se sienten incapaces de cuidar a un niño gravemente discapacitado por lo que el niño languidece en algún tipo de institución.

Los recién nacidos son seres sensibles que no son ni racionales ni conscientes de sí mismos. Por lo tanto, si consideramos a los recién nacidos en sí, independientemente de las actitudes de sus padres, dado que la pertenencia a su especie no es pertinente para su categoría moral, los principios que rigen la maldad de matar animales no humanos, sensibles pero no racionales ni conscientes de sí mismos, deben ser aplicables también en este caso. Como vimos, los argumentos más plausibles a la hora de atribuir a un ser el derecho a la vida son aplicables solamente si existe conciencia de sí mismo como ser que existe en el tiempo, o como yo mental continuo. Tampoco es posible aplicar el respeto a la autonomía en los casos en los que no existe capacidad de autonomía. Los demás principios identificados en el capítulo 4 son utilitaristas, de ahí la importancia de la calidad de vida que se espera que tenga el recién nacido.

Una malformación congénita, relativamente corriente, es el desarrollo defectuoso de la columna conocido como espina bífida. Su frecuencia varía en los diferentes países, pero llega a afectar a uno de cada quinientos niños nacidos vivos. En los casos más graves, el niño sufrirá parálisis permanente de cintura para abajo sin poder controlar los intestinos ni la vejiga. A menudo, un exceso de líquido se acumula en el cerebro, estado conocido como hidrocefalia que puede causar discapacidades intelectuales. Aunque existen algunas posibilidades de tratamiento, si el niño se ve gravemente afectado al nacer, la parálisis, la incontinencia y la discapacidad intelectual no pueden ser superadas.

Algunos médicos, estrechamente relacionados con niños que sufren espina bífida grave, opinan que los niños más afectados llevan una vida tan desdichada que es erróneo recurrir a la cirugía para mantenerlos vivos. La opinión de que los niños más afectados tendrán una vida llena de dolor y desgracia está respaldada por las descripciones publicadas acerca de la vida de estos niños. Necesitan intervenciones quirúrgicas repetidas para impedir la curvatura de la espina dorsal, debido a la parálisis, y para corregir otras anomalías. Algunos niños con espina bífida llegan a someterse a cuarenta operaciones importantes antes de la adolescencia.

Cuando la vida de un recién nacido será tan desdichada que no merezca la pena vivirla desde la perspectiva interna del ser que tendrá ese tipo de vida, tanto la versión de la «existencia previa» como la «versión total» del utilitarismo implican que, si no hay razones «extrínsecas» para mantener al niño con vida —como el sentimiento de los padres—, es mejor ayudarlo a morir para que no sufra más. Surge un problema más difícil —y se acaba la convergencia entre los dos puntos de vista— cuando consideramos las discapacidades que hacen que las expectativas de vida del niño sean mucho peores que las de un niño normal, pero no tan sombrías como para que no merezca la pena vivir. La hemofilia se encuentra probablemente dentro de esta categoría. Los hemofílicos carecen de un componente de la sangre normal que permite la coagulación, por lo que corren el riesgo de una hemorragia prolongada, sobre todo de hemorragia interna, como resultado de la herida más pequeña. Si no se para, la pérdida de sangre lleva a lesiones permanentes y finalmente a la muerte. La hemorragia es muy dolorosa y aunque las mejoras en el tratamiento han eliminado la necesidad de transfusiones sanguíneas constantes, los hemofílicos todavía tienen que pasar largos periodos de tiempo en el hospital. No pueden practicar casi ningún deporte y viven permanentemente al borde de una crisis. A pesar de todo, los hemofílicos no parecen pasarse todo el día planteándose el poner fin a su vida; para la mayoría sin duda la vida merece la pena a pesar de las dificultades que tienen que afrontar.

Teniendo en cuenta estos hechos, supongamos que a un recién nacido se le diagnostica hemofilia. Los padres, desanimados por las perspectivas de criar a un niño con esta enfermedad, no tienen mucho empeño en que viva. ¿Se podría de-

fender la eutanasia en este caso? Nuestra primera reacción es muy probablemente un «no» rotundo, ya que se puede esperar que el niño tenga una vida que merezca la pena, aunque no sea tan plena como la de un niño normal. La versión de la «existencia previa» del utilitarismo apoya esta postura. El niño existe, se puede esperar que su vida tenga un balance en el que la felicidad predomine sobre la infelicidad. Matarlo le privaría de este balance de felicidad positivo; por lo tanto, sería malo hacerlo.

Sin embargo, en la versión «total» del utilitarismo no podemos tomar una decisión basándonos solamente en esta información. La versión total hace necesario preguntarnos si la muerte del niño hemofílico llevaría a la creación de otro ser, el cual, de no ser así, no habría existido. En otras palabras, si se mata al niño hemofílico, ¿tendrían los padres otro hijo que no habrían tenido en caso de que el niño hemofílico siguiera con vida? En caso afirmativo, ¿es probable que el segundo hijo tenga una vida mejor que al que se dio muerte?

A menudo, será posible responder afirmativamente a ambas cuestiones. Una mujer puede tener planes de tener dos hijos. Si uno muere mientras se encuentra en edad fértil, puede concebir otro hijo en su lugar. Supongamos que una mujer que piensa tener dos hijos tiene un hijo normal, y más tarde trae al mundo a un niño hemofílico. La carga de tener que cuidar a ese hijo puede hacer imposible que la mujer haga frente a un tercer hijo; sin embargo, si el niño discapacitado muriese, tendría otro. Igualmente, resulta razonable suponer que las perspectivas de una vida feliz serán mayores para un niño normal que para un hemofílico.

Cuando la muerte de un niño discapacitado conduce al nacimiento de otro niño con mayores perspectivas de tener una vida feliz, la cantidad de felicidad total será mayor si se mata al niño discapacitado. La pérdida de una vida feliz para el primer niño está compensada por la ganancia de una vida más feliz para el segundo. Por lo tanto, si matar a un niño hemofílico no tiene efectos perjudiciales para otros, según la versión total estaría bien matar al niño.

La postura total considera que el niño es reemplazable, casi de la misma manera que considera a los animales no conscientes de sí mismos (como vimos en el capítulo 5). Muchos pensarán que el argumento de la reemplazabilidad no puede aplicarse a niños humanos. La muerte directa de un recién nacido, incluso con la discapacidad más grave, todavía se considera oficialmente como asesinato; ¿cómo es posible entonces que se acepte matar a recién nacidos con problemas mucho menos graves, como la hemofilia? Sin embargo, si se hace una reflexión más profunda, las repercusiones del argumento de la reemplazabilidad no parecen tan descabelladas pues ya tratamos a algunos miembros discapacitados de nuestra especie exactamente de la manera que sugiere el argumento. Estos casos son muy parecidos a los que hemos venido discutiendo. Solamente existe una diferencia, una diferencia temporal: el momento en el que se descubre el problema y el de la consiguiente muerte del ser discapacitado.

El diagnóstico prenatal se ha convertido en un procedimiento rutinario para las embarazadas. Existen diferentes técnicas médicas para conseguir información sobre el feto durante los primeros meses de embarazo. En una primera etapa del desarrollo de estos métodos, era posible conocer el sexo del feto, pero no si el feto tendría hemofilia. La hemofilia es un defecto genético asociado al sexo, que padecen solamente los varones; las mujeres pueden ser portadoras del gen y transmitirlo a sus descendientes varones sin que ellas estén afectadas. Por lo tanto, una mujer que conociera ser portadora del gen podía, entonces, evitar el nacimiento de un niño hemofílico con solo descubrir el sexo del feto y abortar en caso de que el feto fuera masculino. Estadísticamente, solamente la mitad de los hijos varones de las portadoras del gen defectuoso serán hemofílicos, pero entonces no había posibilidad de descubrir a cuál de esas mitades pertenecía el feto. Por lo tanto se mataba al doble de fetos de los necesarios para evitar el nacimiento de niños con hemofilia. Esta práctica estaba extendida en muchos países y sin embargo no provocaba una gran reacción. En la actualidad tenemos técnicas para identificar la hemofilia antes del nacimiento, podemos ser más selectivos, pero el principio sigue siendo el mismo: se ofrece a las mujeres la posibilidad de abortar, y ellas normalmente aceptan, para evitar el nacimiento de niños hemofílicos.

Se puede decir lo mismo de otras enfermedades que son detectables antes de nacer. El síndrome de Down, conocido como mongolismo, es una. Los niños que padecen esta enfermedad sufren discapacidades intelectuales y la mayoría nunca podrá vivir de forma independiente; sin embargo su vida, al igual que la de los niños pequeños, puede ser feliz. El riesgo de tener un hijo con síndrome de Down aumenta bastante con la edad de la madre, por lo que a las mujeres mayores de 35 años se les ofrece rutinariamente el diagnóstico prenatal. De nuevo, el procedimiento implica que si la prueba del síndrome de Down es positiva, la mujer considerará abortar, y si desea tener otro hijo, se quedará embarazada otra vez, con buenas perspectivas de que el niño sea normal.

El diagnóstico prenatal, al que sigue el aborto en casos escogidos, es una práctica común en países que disfrutan de una ley del aborto liberal y de técnicas médicas avanzadas. Para mí, así debería ser. Como indican los argumentos del capítulo 6, creo que el aborto se puede justificar. Sin embargo, hay que notar que ni la hemofilia ni el síndrome de Down son tan graves como para que no merezca la pena vivir, desde la perspectiva interna de la persona que padece la enfermedad. Abortar un feto con una de estas discapacidades, con la intención de tener otro hijo sin discapacidad, es tratar al feto como si fuese intercambiable o reemplazable. Si previamente la madre ha decidido tener un número determinado de hijos, digamos dos, en este caso lo que, en realidad, está haciendo es rechazar a un hijo en potencia en favor de otro. Ella, defendiendo su acción, podría decir: la pérdida de la vida del feto abortado está compensada por el beneficio de una vida mejor para el hijo normal que solamente será concebido si el hijo discapacitado muere.

Cuando la muerte ocurre antes de nacer, la reemplazabilidad no es incompatible con las convicciones morales generalmente aceptadas. Uno de los motivos ampliamente aceptados para abortar es la discapacidad conocida del feto. Sin embargo, a la hora de discutir el tema del aborto, vimos que el nacimiento no traza una línea divisoria moralmente significativa. No entiendo cómo es posible defender la postura de que se puede «reemplazar» el feto antes de nacer, pero no a los recién nacidos. Tampoco existe otro argumento mejor, como el de la viabilidad, a la hora de separar al feto del recién nacido. La conciencia propia, que podría servir de base para defender que es malo matar a un ser y reemplazarlo por otro, no es una característica que se encuentre ni en el feto ni en el recién nacido. Ni el feto ni el recién nacido son individuos con capacidad para considerarse a sí mismos como entidad diferenciada con una vida propia que seguir, y la reemplazabilidad debería considerarse una opción éticamente aceptable solamente en el caso de los recién nacidos, o de etapas todavía más tempranas de la vida humana.

Aun así, se podría objetar que reemplazar un feto, o un recién nacido, está mal porque sugiere a los discapacitados que viven hoy en día que su vida merece menos la pena que la de las personas no discapacitadas. No obstante, sería ir contra la realidad negar que, por término medio, esto es así. Esa es la única forma de entender una serie de acciones que todos damos por sentadas. Recordemos la talidomida: esta droga, cuando la tomaban las mujeres embarazadas, hacía que muchos niños nacieran sin brazos o piernas. Una vez que se descubrió la causa de los nacimientos anormales, la droga fue retirada del mercado, y la empresa responsable tuvo que pagar indemnizaciones. Si realmente creyésemos que no existen razones para pensar que la vida de una persona discapacitada será probablemente peor que la de una persona normal, este hecho no se habría considerado una tragedia. No se habrían demandado indemnizaciones, ni estas tampoco habrían sido concedidas por los tribunales. Los niños habrían sido simplemente «diferentes». Incluso se podría seguir comercializando la droga para que las mujeres que la encontraran útil como somnífero durante el embarazo siguieran tomándola. Si todo esto suena grotesco, es solo porque nadie tiene duda alguna de que es mejor nacer con miembros que sin ellos. Creer esto no implica una falta de respeto hacia los que carecen de miembros; simplemente reconoce la realidad de las dificultades que tienen que afrontar.

De cualquier modo, esta postura no implica que sería mejor que no sobreviviera ninguna persona gravemente discapacitada; implica que los padres de estos niños deberían tener la capacidad de tomar esta decisión. Tampoco implica una falta de respeto o de igual consideración para las personas con discapacidades que, en la actualidad, viven su propia vida de acuerdo con sus propios deseos. Como vimos al final del capítulo 2, el principio de igual consideración de intereses rechaza menospreciar los intereses de las personas en razón de la discapacidad.

Es probable que incluso los que rechazan el aborto y la idea de que el feto es reemplazable consideren que las personas en potencia son reemplazables. Recor-

demos la segunda mujer en el caso, descrito en el capítulo 5, de las dos mujeres de Parfit. Su médico le dijo que si seguía adelante con su idea de quedarse embarazada inmediatamente, su hijo sufriría una discapacidad (podría haberse tratado de la hemofilia); sin embargo, si hubiese esperado durante tres meses su hijo no sufriría esa discapacidad. Si juzgamos que obraría mal al no esperar, solo puede ser porque estamos comparando las dos vidas posibles y juzgamos que una tiene mejores perspectivas que la otra. Por supuesto, en esta fase todavía no ha comenzado ningún tipo de vida; pero la pregunta es, ¿cuándo comienza realmente una vida en el sentido moralmente significativo? En los capítulos 4 y 5 vimos varias razones para decir que la vida solo comienza en el sentido moralmente significativo cuando existe conciencia de la existencia propia en el tiempo. La metáfora de la vida como un viaje proporciona igualmente una razón para defender que, para un recién nacido, el viaje de la vida apenas acaba de comenzar.

Considerar a los recién nacidos como reemplazables, tal y como ahora consideramos al feto, tendría ventajas considerables en comparación con el diagnóstico prenatal al que sigue un aborto. El diagnóstico prenatal aún no puede detectar todas las discapacidades importantes. Algunas de ellas, de hecho, no se presentan antes de nacer: pueden ser resultado de un parto muy prematuro, o de algún contratiempo durante el mismo parto. Hoy en día, los padres pueden decidir mantener o destruir a sus hijos discapacitados solo si da la casualidad de que la discapacidad es detectada durante el embarazo. No existe una base lógica para limitar la decisión de los padres a estas discapacidades concretas. Si no se considerase que los recién nacidos discapacitados tienen derecho a la vida hasta, digamos, una semana o un mes después de nacer se permitiría a los padres, previa consulta con sus médicos, decidir basándose en un conocimiento mucho más amplio sobre el estado del recién nacido de lo que es posible antes de nacer.

Todas estas observaciones han estado relacionadas con el mal que supone acabar con la vida del recién nacido, considerado por sí mismo y no por sus efectos sobre los demás. Cuando tenemos en cuenta los efectos sobre los demás la situación puede cambiar. Evidentemente, vivir todo el embarazo y el parto solo para traer al mundo a un niño sobre el que se decide que no debería vivir, constituiría una experiencia difícil, quizá desgarradora. Por esta razón, muchas mujeres preferirían el diagnóstico prenatal y el aborto al nacimiento de un hijo vivo con la posibilidad de infanticidio; pero si el segundo no es moralmente peor que el primero, esta parece una decisión que se debería permitir que la mujer tomase por sí misma.

La posibilidad de una adopción es otro factor a tener en cuenta. Es posible que una pareja sin hijos esté dispuesta a adoptar a un hemofílico al existir más parejas que desean adoptar que niños normales disponibles para adopción. Esto liberaría a la madre de la carga de tener que sacar adelante a un niño hemofílico, y le permitiría tener otro hijo, si así lo deseara. Entonces el argumento de la reemplazabi-

lidad no podría justificar el infanticidio ya que traer a otro niño al mundo no dependería de la muerte del hemofílico. La muerte del hemofílico constituiría entonces la pérdida clara de una vida de calidad positiva, no compensada por la creación de otro ser con una vida mejor.

Por lo tanto, el tema de acabar con la vida de recién nacidos discapacitados no está libre de complicaciones, las cuales no podemos discutir adecuadamente por falta de espacio. De cualquier forma, la cuestión principal está clara: matar a un recién nacido discapacitado no es moralmente equivalente a matar a una persona; y muy a menudo no es malo en absoluto.

Otras decisiones de vida y muerte no voluntarias

En la sección anterior discutíamos la muerte justificable de seres que nunca han tenido la capacidad de decidir sobre vivir o morir. Acabar con una vida sin consentimiento también puede considerarse en el caso de los que una vez fueron personas capaces de decidir sobre vivir o morir, pero en el momento presente, debido a accidente o a la edad, han perdido esa capacidad permanentemente, y no expresaron, antes de perderla, su posición sobre si deseaban seguir viviendo en esas circunstancias. Estos casos no son raros: muchos hospitales cuidan a víctimas de accidentes de tráfico con daños cerebrales sin ninguna posibilidad de recuperación. Pueden sobrevivir, en coma, o quizá escasamente conscientes, durante años. En 1991, la publicación médica *Lancet* informaba de que Rita Greene, enfermera, había sido paciente del Hospital General del Distrito de Columbia en Washington durante treinta y nueve años sin saberlo. En ese momento tenía sesenta y tres años y había permanecido en estado vegetativo desde que en 1952 fue sometida a una intervención a corazón abierto. El artículo informaba de que en todo momento existen entre 5.000 y 10.000 estadounidenses que sobreviven en estado vegetativo. En otros países desarrollados, en los que la tecnología para prolongar la vida no se usa de forma tan agresiva, existe un número considerablemente menor de pacientes a largo plazo en este estado.

En la mayoría de los casos, estos seres humanos no se diferencian de forma importante de los recién nacidos discapacitados. No tienen conciencia propia, no son racionales, ni autónomos, y por lo tanto no son de aplicación las consideraciones sobre el derecho a la vida o el respeto a la autonomía. Si no tienen ningún tipo de experiencia, y no podrán tenerla en el futuro de nuevo, su vida no tiene valor intrínseco. El viaje de su vida ha concluido. Aunque estén biológicamente vivos, no lo están biográficamente. (Si este veredicto parece duro preguntémonos si realmente hay donde elegir entre las siguientes opciones: (a) muerte instantánea o (b) coma instantáneo, seguido de muerte, sin posibilidad de recuperación, al cabo de diez años. No veo la ventaja de sobrevivir en estado comatoso, si la muer-

te sin posibilidad de recuperación es segura). La vida de los que no están en coma y son conscientes, aunque no con conciencia de sí mismos, tiene valor si estos seres experimentan más placer que dolor, o si sus preferencias pueden ser satisfechas; sin embargo, es difícil ver por qué mantener a estos seres humanos vivos si su vida, en conjunto, es desdichada.

Estos casos se diferencian de los recién nacidos discapacitados en un aspecto importante. Al tratar el infanticidio en la última parte del capítulo 6, se citó el comentario de Bentham sobre que el infanticidio no tiene por qué «producir la menor inquietud a la más tímida imaginación». La razón es que los que son lo bastante mayores para ser conscientes de la muerte de recién nacidos discapacitados se encuentran necesariamente fuera del ámbito de aplicación de esta medida. No se puede decir lo mismo en el caso de la eutanasia aplicada a los que una vez fueron racionales y conscientes de sí mismos. Por lo tanto una posible objeción contra este tipo de eutanasia sería que produciría inseguridad y miedo entre los que en el futuro, aunque no en la actualidad, puedan estar dentro de su ámbito de aplicación. Por ejemplo, los ancianos, al saber que la eutanasia no voluntaria se aplica a veces a pacientes ancianos, postrados en cama, sufriendo y sin la capacidad de aceptar o de rechazar la muerte, pueden temer que toda inyección o pastilla sea letal. Este miedo puede ser bastante irracional pero sería difícil convencerlos de que es así, especialmente si su memoria y capacidad de razonamiento se han visto realmente afectadas por la edad.

Se podría superar esta objeción con un procedimiento que permitiese hacer constar su rechazo a los que no desean en ningún caso que se les aplique la eutanasia no voluntaria. Es posible que esto sea suficiente; sin embargo, quizá no diera suficiente tranquilidad. En ese caso, la eutanasia no voluntaria sería justificable solo para los que nunca fueron capaces de elegir entre la vida o la muerte.

JUSTIFICACIÓN DE LA EUTANASIA VOLUNTARIA

De acuerdo con las leyes que rigen en la mayoría de países, las personas que sufren un dolor sin posibilidad de alivio, o padecen una enfermedad incurable, y suplican a su médico que acaben con su vida, están pidiendo a esos mismos médicos que se arriesguen a ser acusados de asesinato. A pesar de que el jurado es extremadamente reacio a declarar culpable a los implicados en este tipo de casos, la ley es clara y ni la petición, ni el grado de sufrimiento, ni el estado incurable de la persona muerta, constituye defensa en una acusación de asesinato. Los partidarios de la eutanasia voluntaria piden que se cambie la ley para permitir que un médico pueda actuar legalmente para satisfacer el deseo de un paciente de morir sin sufrir más. Como resultado de varias decisiones judiciales a favor durante la década de los ochenta en los Países Bajos, los médicos han tenido la posibilidad de

hacerlo muy abiertamente, siempre que cumplan con ciertas condiciones. En Alemania, los médicos pueden proporcionar a un paciente los medios para acabar con su vida, pero no pueden administrarlos ellos.

Las razones a favor de la eutanasia voluntaria tienen algo en común con las razones a favor de la eutanasia no voluntaria: que la muerte supone un beneficio para el que muere. Sin embargo, los dos tipos de eutanasia se diferencian en que la eutanasia voluntaria implica matar a una persona, a un ser racional, consciente de sí, no meramente consciente. (Si somos estrictamente exactos, esto no siempre es así, ya que aunque solo los seres racionales, conscientes de sí, pueden aprobar su propia muerte, es posible que no siempre se encuentren en estado racional y con conciencia propia en el momento en que se contempla la eutanasia: por ejemplo, el médico puede actuar de acuerdo con una petición de eutanasia escrita previamente si, debido a accidente o enfermedad, las facultades mentales se pierden irremediablemente. En aras de la sencillez, de aquí en adelante, no tendremos en cuenta esta complicación).

Hemos visto que es posible justificar acabar con la vida de un ser humano que no tiene la capacidad de dar su consentimiento. Llegado este momento, debemos preguntarnos cómo se diferencian las cuestiones éticas cuando el ser es capaz de dar su consentimiento, y cuando de hecho lo hace.

Volvamos a los principios generales sobre acabar con la vida propuestos en el capítulo 4. En ese capítulo, sostuve que matar a un ser consciente de sí es una cuestión más grave que matar a un ser meramente consciente, para lo cual ofrecí cuatro argumentos diferentes:

- 1 La pretensión utilitarista clásica de que ya que los seres conscientes de sí son capaces de temer su propia muerte, matarlos tiene peores efectos sobre otros seres.
- 2 El planteamiento del utilitarismo de preferencia que considera la frustración del deseo de la víctima de seguir viviendo como una razón importante en contra de matar.
- 3 Una teoría de derechos según la cual para tener un derecho se debe tener la capacidad de desear eso a lo que se tiene derecho, así que para tener derecho a la vida se debe ser capaz de desear la propia existencia continuada.
- 4 Respeto a las decisiones autónomas de los agentes racionales.

Ahora bien, supongamos que nos encontramos en una situación en la que una persona que sufre una enfermedad incurable dolorosa desea morir. Si el individuo no fuese persona, ni racional ni consciente de sí, la eutanasia, como he mencionado, sería justificable. Cuando el individuo es una persona que quiere morir, ¿proporciona razones suficientes en contra de matar alguno de los argumentos que he ofrecido para defender que normalmente es peor matar a una persona?

La objeción utilitarista clásica no es aplicable a matar cuando tiene lugar solo con el consentimiento verdadero de la persona muerta. Que se mate a las personas en estas condiciones no significaría una tendencia a extender el miedo o la inseguridad, ya que no hay razón para tener miedo de que nos maten cuando damos nuestro consentimiento verdadero. Si no deseamos que nos maten, simplemente no damos nuestro consentimiento. De hecho, el argumento del miedo obra en favor de la eutanasia voluntaria, puesto que si no se permite la eutanasia voluntaria podríamos, con gran razón, temer que nuestra muerte sea angustiosa y prolongada sin necesidad. En los Países Bajos, un estudio a nivel nacional encargado por el gobierno descubrió que «Muchos pacientes quieren la seguridad de que su médico les ayudará a morir en caso de que el sufrimiento sea insoportable». A menudo, después de haber recibido esta seguridad, no se produjo ninguna petición persistente de eutanasia. La disponibilidad de la eutanasia trajo consigo bienestar sin la necesidad de practicar la eutanasia.

Igualmente, el utilitarismo de preferencia obra en favor, no en contra, de la eutanasia voluntaria. Al igual que este tipo de utilitarismo debe considerar el deseo de seguir viviendo como una razón en contra de quitar la vida, de la misma manera debe considerar el deseo de morir como una razón para quitar la vida.

Además, teniendo en cuenta la teoría de derechos considerada, poder renunciar a un derecho, si así se desea, es una característica esencial de todo derecho. Puedo tener derecho a la intimidad pero, si lo deseo, puedo filmar cada detalle de mi vida diaria e invitar a mis vecinos a ver mis películas. Aquellos vecinos que se encuentren lo suficientemente intrigados como para aceptar mi invitación podrían hacerlo sin violar mi derecho a la intimidad, puesto que en esta ocasión se ha renunciado a ese derecho. De la misma manera, decir que tengo derecho a la vida no quiere decir que mi médico haría mal en acabar con mi vida, si lo hace a petición mía. A la hora de hacer esta petición, estoy renunciando a mi derecho a la vida.

Por último, el principio del respeto a la autonomía nos indica que dejemos que los agentes racionales vivan su propia vida de acuerdo con sus decisiones autónomas propias, sin ningún tipo de coacción ni interferencia; pero si los agentes racionales eligiesen de forma autónoma morir, entonces el respeto a la autonomía nos llevaría a prestarles nuestra ayuda a la hora de hacer lo que han decidido.

Por lo tanto, aunque existen razones para opinar que matar a un ser con conciencia de sí es normalmente peor que matar a cualquier otro tipo de ser, en el caso especial de la eutanasia voluntaria la mayor parte de estas razones tienen más peso en favor que en contra de la eutanasia. Con todo lo sorprendente que este resultado parezca ser en principio, realmente no refleja más que el hecho de que lo especial con respecto a los seres conscientes de sí es que estos pueden saber que existen a lo largo del tiempo y que, a menos que mueran, continuarán existiendo. Normalmente, la existencia continuada se desea con fervor, pero cuando esta

previsible existencia continuada se teme, más que se desea, el deseo de morir puede ocupar el lugar del deseo normal de vivir, dando la vuelta a las razones en contra de matar que se basan en el deseo de vivir. De esta manera, el argumento a favor de la eutanasia voluntaria es mucho más fuerte que el argumento a favor de la eutanasia no voluntaria.

Algunos detractores de la legalización de la eutanasia voluntaria podrán conceder que todo esto es posible si tenemos una decisión de morir genuinamente racional y libre: sin embargo, añaden, nunca podemos estar seguros de que una petición de muerte sea resultado de una decisión racional y libre. ¿No se sentirán los enfermos y los ancianos presionados por sus familiares para poner fin a su vida con rapidez? ¿No será posible cometer un asesinato, simple y llanamente, fingiendo que una persona ha pedido la eutanasia? E incluso si no hay intención de falsear la verdad, ¿puede alguien enfermo, sufriendo dolor, y muy probablemente drogado y en un estado mental confuso, tomar una decisión racional sobre la vida o la muerte?

Estas cuestiones plantean ciertas dificultades técnicas para la legalización de la eutanasia voluntaria, más que objeciones a los principios éticos subyacentes; sin embargo, de todas maneras constituyen dificultades serias. Las directrices desarrolladas por los tribunales en los Países Bajos han intentado superarlas proponiendo que la eutanasia es aceptable solamente si:

- La lleva a cabo un médico.
- El paciente ha pedido la eutanasia explícitamente de manera que no quede duda alguna sobre su deseo de morir.
- El paciente está bien informado y su decisión es libre y duradera.
- El paciente sufre un estado de salud irreversible que causa sufrimiento físico o mental que para el paciente es insoportable.
- No existe una alternativa razonable (razonable desde el punto de vista del paciente) que alivie su sufrimiento.
- El médico ha consultado con otro profesional independiente, el cual está de acuerdo con su opinión.

La eutanasia en estas circunstancias cuenta con un gran apoyo por parte del Colegio Holandés de Médicos, y por la opinión pública de los Países Bajos en general. Las directrices hacen que el asesinato disfrazado de eutanasia sea bastante improbable, y no hay pruebas de que se haya producido un aumento en el número de asesinatos en los Países Bajos.

Frecuentemente, en debates sobre la eutanasia se dice que los médicos pueden estar equivocados. Los pacientes a los que dos médicos competentes han diagnosticado una enfermedad incurable en raras ocasiones han sobrevivido para disfrutar de buena salud durante años. Es posible que la legalización de la eutanasia

voluntaria signifique, al cabo de los años, la muerte de unas cuantas personas que de otra manera se habrían recuperado de su enfermedad inmediata y habrían vivido durante algunos años más. Sin embargo, este no es un argumento definitivo, tal y como algunos imaginan, contra la eutanasia. En contraposición a un número muy pequeño de muertes innecesarias que pueden tener lugar si se legaliza la eutanasia, debemos situar la gran cantidad de daño y angustia que se sufrirá, si la eutanasia no se legaliza, por parte de enfermos realmente terminales. Una vida más larga no es un bien tan supremo que pese más que cualquier otra consideración. (Si así fuera, habría formas mucho más eficaces de salvar vidas, tales como prohibir fumar, o reducir el límite de velocidad a 40 kilómetros por hora, que prohibir la eutanasia voluntaria). La posibilidad de que dos médicos puedan equivocarse significa que la persona que opta por la eutanasia decide haciendo balance de probabilidades y dejando de lado una escasa posibilidad de supervivencia para evitar un sufrimiento que, casi con toda certeza, conducirá a la muerte. Puede que sea una decisión perfectamente racional; la probabilidad es la guía de la vida, y de la muerte, también. Contra esto, algunos contestarán que la mejoría en el cuidado de los enfermos terminales ha eliminado el dolor y ha hecho que la eutanasia voluntaria sea innecesaria. Elisabeth Kübler-Ross, cuyo libro *On Death and Dying* es probablemente el mejor sobre el cuidado de los enfermos moribundos, ha afirmado que ninguno de sus pacientes pide la eutanasia. Según ella, si se les proporciona atención personal y la medicación adecuada, las personas consiguen aceptar su muerte y mueren sin dolor en paz.

Es posible que Kübler-Ross tenga razón; en la actualidad, puede que sea posible eliminar el dolor. En casi todos los casos, puede ser incluso posible hacerlo de tal manera que los enfermos sigan estando en posesión de sus facultades mentales y sin vómitos, náuseas, u otro tipo de efectos secundarios penosos. Desgraciadamente, solo una minoría de pacientes moribundos reciben, en estos momentos, este tipo de cuidados. El dolor físico tampoco es el único problema. Es posible que haya también otros estados angustiosos, como huesos tan frágiles que se rompen por movimientos repentinos, náusea incontrolable y vómitos, inanición lenta debida a un tumor cancerígeno, incapacidad para controlar los esfínteres del intestino y de la vejiga urinaria, dificultades respiratorias, etcétera.

Timothy Quill, médico de Rochester, Estado de Nueva York, ha descrito cómo recetó somníferos barbitúricos a «Diane», paciente que sufría un grave tipo de leucemia, a sabiendas de que ella quería las pastillas para acabar con su vida. El doctor Quill conocía a Diane hacía años, y había admirado su valentía a la hora de enfrentarse a enfermedades graves previas. En un artículo en el *New England Journal of Medicine*, el doctor Quill escribió:

Para Diane era extraordinariamente importante mantener el control de sí misma y su propia dignidad durante el tiempo que le quedaba. Cuando esto ya no fue

posible, ella claramente deseaba morir. Como ex director de un programa de cuidados en asilos, yo sé cómo usar los analgésicos para mantener el bienestar de los enfermos y disminuir el sufrimiento. Le expliqué la filosofía del cuidado del dolor, en el que creo decididamente. Aunque Diane lo entendió y lo apreció, ella había sabido de personas que dilataban la vida en lo que se ha denominado bienestar relativo, y no deseaba eso. Cuando llegó la hora, quería quitarse la vida de la forma menos dolorosa posible. Conociendo su deseo de independencia y su decisión de mantener el control, creí que su petición tenía sentido... En nuestra discusión quedó claro que la preocupación por su temor a una muerte prolongada interferiría con su deseo de aprovechar al máximo el tiempo que le quedaba hasta que encontrara un modo seguro de asegurarse la muerte.

No todos los pacientes que desean morir tienen la suerte de contar con un médico como Timothy Quill. Betty Rollin, en su conmovedor libro *Last Wish*, describió cómo desarrolló su madre un cáncer de ovarios que se extendió a otras partes del cuerpo. Una mañana su madre le dijo:

He tenido una vida maravillosa, pero ahora se ha acabado, o debería acabarse. No tengo miedo de morir, pero tengo miedo de esta enfermedad, de lo que me está haciendo... No hay ni un momento de alivio ahora. Nada excepto la náusea y el dolor... Ya no habrá más quimioterapia. Ya no habrá más tratamiento. ¿Qué me ocurrirá ahora? Sé lo que pasará. Moriré lentamente... No quiero que sea así... ¿Quién se beneficia si yo muero lentamente? Si beneficiara a mis hijos, estaría encantada. Pero no va a ser beneficioso para vosotros... No hay razón para una muerte lenta, ninguna. Nunca me ha gustado hacer las cosas sin ninguna razón. Tengo que acabar con esto.

Para Betty Rollin fue muy difícil ayudar a su madre a llevar a cabo su deseo: «Nuestro ruego de ayuda fue denegado por todos los médicos, uno tras otro (¿Cuántas pastillas? ¿De qué tipo?)». Después de la publicación del libro sobre la muerte de su madre, recibió cientos de cartas, muchas de ellas de personas, o de familiares cercanos, que habían tratado de morir, sin conseguirlo, y habían sufrido aún más. Los médicos se negaron a ayudar a muchas de estas personas, ya que aunque el suicidio es legal en la mayoría de las jurisdicciones, el suicidio asistido no lo es.

Quizá un día será posible tratar a todos los enfermos terminales y a los incurables de manera que nadie pida la eutanasia y no haga falta hablar más del tema; pero en la actualidad este no es más que un ideal utópico, y no es razón alguna para negar la eutanasia a los que tienen que vivir y morir en condiciones mucho menos favorables. De cualquier modo, es muy paternalista decirles a los enfermos moribundos que hoy en día se les cuida tan bien que no hay por qué ofrecerles la opción de la eutanasia. Estaría más en consonancia con el respeto a la libertad

individual y a la autonomía legalizar la eutanasia y dejar a los enfermos decidir si su situación es soportable.

¿Es posible que estos argumentos en favor de la eutanasia voluntaria den demasiado peso a la libertad individual y a la autonomía? Después de todo, no dejamos que las personas elijan libremente en temas como, por ejemplo, el consumo de heroína. Esta supone una limitación a la libertad pero, según muchas personas, de un tipo que puede justificarse por razones paternalistas. Si impedir que las personas se conviertan en heroinómanos es un paternalismo justificable, ¿por qué no lo es impedir que las personas hagan que los maten?

La pregunta es bastante razonable, ya que es posible llevar el respeto a la libertad individual demasiado lejos. John Stuart Mill pensaba que el Estado nunca debería interferir en el individuo excepto para impedir el daño a los demás. El propio bien del individuo, según Mill, no es una razón adecuada para la intervención del Estado. Pero puede ser que Mill tuviese una opinión demasiado alta de la racionalidad del ser humano. En ocasiones, es probable que esté bien impedir que las personas tomen decisiones que obviamente no están basadas en la racionalidad y de las que con seguridad se arrepentirán más tarde. Sin embargo, la prohibición de la eutanasia voluntaria no se puede justificar por motivos paternalistas, ya que la eutanasia voluntaria es un acto que cuenta con muy buenas razones. La eutanasia voluntaria tiene lugar solamente cuando, según la mejor opinión médica, una persona sufre una enfermedad incurable y dolorosa, o tremendamente angustiada. En estas circunstancias no se puede decir que elegir una muerte rápida sea evidentemente irracional. La fortaleza de las razones en favor de la eutanasia voluntaria reside en esta combinación del respeto a las preferencias, o a la autonomía, de los que eligen la eutanasia; y en la clara base racional de la propia decisión.

LA NO JUSTIFICACIÓN DE LA EUTANASIA INVOLUNTARIA

La eutanasia involuntaria se parece a la eutanasia voluntaria al llevar consigo matar a seres capaces de dar su consentimiento a su propia muerte; se diferencia en que estos no dan su consentimiento. Esta diferencia es crucial, tal y como la argumentación de la sección anterior muestra. Las cuatro razones en contra de matar a seres conscientes de sí mismos son aplicables cuando la persona a la que se mata no elige morir.

¿Sería posible en algunos casos justificar la eutanasia involuntaria por razones paternalistas, para evitar a alguien un dolor extremo? Puede que sea posible imaginarse un caso en el que el dolor sea tan grande, y tan cierto, que el peso de las consideraciones utilitaristas a favor de la eutanasia pase por encima de las cuatro razones en contra de matar a seres conscientes de sí. Aun así, para tomar esta decisión se tendría que confiar en la capacidad de uno para juzgar mejor que el pro-

pio interesado en qué momento su vida es tan mala como para que no merezca la pena vivir. No está claro que esté alguna vez justificado confiar demasiado en nuestros juicios sobre si la vida de otra persona, para esa persona, merece la pena vivirse. Una buena prueba de que la vida merece la pena es que la otra persona desee seguir viviendo. ¿Podría existir mejor prueba?

El único tipo de caso en el que el razonamiento paternalista es plausible es cuando la persona que va a morir no se da cuenta del dolor que tendrá que sufrir posteriormente, y si no muere en ese momento tendrá que padecerlo hasta el final. Según estas razones, se podría matar a una persona que haya caído, aunque no se haya dado cuenta todavía de ello, en manos de sádicos asesinos que la torturarán hasta la muerte. Afortunadamente, estos casos se dan con más frecuencia en la ficción que en la realidad.

Si en la vida real es poco probable que nos encontremos con un caso de eutanasia involuntaria justificable, entonces lo mejor sería quitarnos de la cabeza los casos fantásticos en los que nos podríamos imaginar su defensa, y darle a la norma contra la eutanasia involuntaria, por razones de tipo práctico, carácter absoluto. En este punto, la distinción de Hare entre los niveles crítico e intuitivo de razonamiento moral (véase el capítulo 4) es de nuevo oportuna. En el párrafo anterior se describe un caso en el que, si estuviésemos razonando a nivel crítico, podríamos considerar la eutanasia involuntaria como justificable; sin embargo, a nivel intuitivo, el nivel de razonamiento moral que aplicamos en nuestra vida cotidiana, simplemente podemos decir que la eutanasia es solo justificable si a los que se les quita la vida:

- 1 carecen de la capacidad para dar su consentimiento a la muerte, porque carecen de la capacidad para entender la elección entre su propia existencia, o no existencia, continuada; o
- 2 tienen la capacidad para elegir entre su propia vida continuada o muerte y para tomar una decisión informada, voluntaria, y definitiva con respecto a la muerte.

EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA

Las conclusiones alcanzadas en este capítulo sorprenderán a un gran número de lectores, ya que vulneran uno de los principios fundamentales de la ética occidental: que es malo matar a seres humanos inocentes. Ya he intentado demostrar una vez que mis conclusiones constituyen, al menos en el tema de los recién nacidos discapacitados, una desviación menos radical de la práctica existente de lo que se puede suponer. Señalé que muchas sociedades permiten que una mujer embarazada mate al feto en una etapa avanzada del embarazo si existe riesgo importante de que sufra alguna discapacidad; y puesto que la línea entre un feto desarrollado

y un niño recién nacido no constituye una división moral crucial, resulta difícil ver por qué es peor acabar con la vida de un niño recién nacido que ya se sabe discapacitado. En esta sección argumentaré que existe otro campo en la práctica médica aceptada que no es intrínsecamente diferente de los casos prácticos que permitirían los razonamientos que aparecen en este capítulo.

Ya me he referido a la malformación congénita conocida como espina bífida, en la que el niño nace con una abertura en la columna, que expone la médula espinal. Hasta 1957, la mayoría de estos niños moría muy joven, pero ese mismo año los médicos comenzaron a utilizar un nuevo tipo de válvula para drenar el exceso de líquido que en caso contrario se acumula en la cabeza si se padece este mal. Entonces, en algunos hospitales se convirtió en práctica común hacer el máximo esfuerzo para salvar a los niños que sufrían espina bífida. Como resultado, morían muy pocos niños de este tipo, pero de los que sobrevivían, muchos se encontraban gravemente discapacitados, con parálisis severa, múltiples malformaciones de las piernas y la columna, y sin control de los esfínteres del intestino o la vejiga; también eran muy frecuentes las discapacidades intelectuales. En resumen, la existencia de estos niños causaba grandes dificultades a su familia y a menudo era una situación desgraciada para los propios niños.

Después de estudiar los resultados de esta política de tratamiento activo, un médico británico, John Lorber, propuso que, en lugar de tratar todos los casos de espina bífida que aparecían, se seleccionasen para su tratamiento solamente aquellos casos en los que la malformación aparecía de forma más moderada. (Propuso que la decisión final se debería dejar a los padres, pero los padres, en casi todos los casos, aceptan las recomendaciones de los médicos). En la actualidad, se acepta ampliamente el principio de tratamiento selectivo en muchos países y en Gran Bretaña se ha reconocido como legítimo por parte del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. El resultado es que hay menos casos de espina bífida que sobreviven después de la infancia, pero los que sobreviven son, en general, aquellos con discapacidades físicas y mentales relativamente menores.

Por lo tanto, parece que la política de selección es deseable: pero ¿qué ocurre con los niños discapacitados no seleccionados para el tratamiento? Lorber no oculta el hecho de que en estos casos lo que se espera es que el recién nacido muera pronto y sin sufrimiento. Para alcanzar este objetivo no se llevan a cabo operaciones quirúrgicas ni otros tipos de tratamiento activo, aunque se alivian en lo posible el dolor y el malestar. Si el recién nacido llega a sufrir una infección, de las que en un recién nacido normal se solucionaría rápidamente con antibióticos, no se le administran antibióticos. Al no desearse que el niño sobreviva, no se da ningún paso para impedir que resulte fatal una enfermedad de fácil curación con las técnicas médicas ordinarias.

Como he dicho, todo esto constituye una práctica médica aceptada. Los médicos han descrito casos en artículos de revistas médicas en los que han dejado

que los niños mueran. Esta práctica no se limita a los casos de espina bífida, sino que incluyen, por ejemplo, niños nacidos con el síndrome de Down y otro tipo de complicaciones. En 1982, el caso de «Baby Doe» sacó a relucir ante el gran público estadounidense este tipo de prácticas. «Baby Doe» era el seudónimo legal de un bebé nacido en Bloomington, Estado de Indiana, con el síndrome de Down y algunos problemas adicionales. El más grave era que el esófago no estaba formado correctamente, lo cual implicaba que Baby Doe no se podía alimentar por la boca. El problema se podría haber solucionado con una operación; sin embargo, en este caso, tras valorar la situación con el tocólogo, los padres negaron el permiso para llevar a cabo la operación. Sin esta operación, Baby Doe moriría muy pronto. El padre de Baby Doe, con posterioridad, dijo que como maestro había trabajado muy cerca de niños con el síndrome de Down, y que él y su esposa habían decidido que negar el permiso para la operación era lo más conveniente para el interés de Baby Doe, y de su familia en su conjunto (tenían otros dos hijos). Las autoridades del hospital, al no estar seguros de su posición legal, llevaron el caso a los tribunales. Tanto el tribunal local del condado como el Tribunal Supremo del Estado de Indiana mantuvieron el derecho de los padres a negar el permiso para la operación. El caso atrajo la atención de los medios de comunicación a nivel nacional, y se intentó llevar el caso ante el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, pero Baby Doe murió antes de que esto sucediera.

Una consecuencia del caso de Baby Doe fue que el gobierno de los Estados Unidos, presidido en ese momento por Ronald Reagan, que había alcanzado el poder con el apoyo del grupo religioso derechista «Mayoría Moral», aprobó un decreto instando a que se proporcionara el tratamiento necesario para salvar la vida a todos los recién nacidos, independientemente de su discapacidad. Sin embargo, la Asociación Médica Americana y la Academia Americana de Pediatría opusieron fuerte resistencia a esta nueva normativa. Incluso el doctor C. Everett Koop, Director del Departamento de Sanidad Pública con Reagan y gran valedor del intento de asegurar que todos los recién nacidos recibiesen tratamiento, tuvo que admitir, en las declaraciones ante los tribunales, que había casos en los que él no proporcionaría tratamiento para mantener la vida. El doctor Koop mencionó tres enfermedades en las que este tipo de tratamiento no era apropiado: los recién nacidos anencefálicos (niños nacidos sin cerebro); los recién nacidos que, normalmente debido a ser muy prematuros, sufrían una hemorragia tan grave en el cerebro que nunca podrían respirar por sí solos e incluso nunca serían capaces de reconocer a otra persona; y los recién nacidos que carecían de una gran parte del aparato digestivo, y que solamente podrían vivir mediante alimentación por vía intravenosa.

Las normas fueron finalmente aceptadas solo de forma atenuada, permitiendo un cierto grado de flexibilidad a los médicos. Incluso así, una encuesta posterior entre los pediatras americanos especializados en el cuidado de recién nacidos mostró que el 76% opinaba que la normativa no era necesaria, un 66% conside-

raba que la normativa interfería en el derecho de los padres a determinar qué tipo de actuación era la más conveniente para sus hijos, y un 60% creía que la normativa no permitía tener en cuenta adecuadamente el sufrimiento de los recién nacidos.

En una serie de casos ocurridos en Gran Bretaña, los tribunales han aceptado la postura de que la calidad de vida del niño constituye una consideración pertinente a la hora de decidir si se debería prolongar la vida mediante tratamiento. En un caso llamado B, de un bebé como Baby Doe, con el síndrome de Down y una obstrucción intestinal, los tribunales dictaminaron que se llevara a cabo la operación ya que la vida del bebé no sería «demostradamente terrible». En el caso del bebé C, cuyo cerebro estaba malformado además de otros defectos físicos graves, los tribunales autorizaron al equipo médico a abstenerse de prolongar su vida mediante tratamiento. Esta fue también la línea seguida en el caso de Baby J: este bebé fue muy prematuro, y era ciego y sordo, y probablemente nunca habría podido hablar.

Así, aunque muchos no estarían de acuerdo con que los padres de Baby Doe permitiesen que un recién nacido con el síndrome de Down muriese (porque las personas que sufren el síndrome de Down pueden tener una vida feliz y ser individuos cariñosos y afectivos), casi todo el mundo reconoce que en las condiciones más graves, la única línea de conducta humana éticamente aceptable es dejar que el niño muera. La pregunta es: si está bien dejar que los recién nacidos mueran, ¿por qué está mal matarlos?

Esta cuestión no ha escapado a la atención de los médicos implicados. Frecuentemente responden con una referencia piadosa al poeta del siglo XIX, Arthur Clough, quien escribió:

No matarás; pero no necesitas luchar
oficiosamente por mantener la vida

Desgraciadamente, para los que apelan a los versos inmortales de Clough como pronunciamiento ético autorizado, estos están sacados de una sátira mordaz, «El Último Decálogo», que pretende burlarse de las actitudes descritas. Los primeros versos son como sigue:

Un único dios tendrás; el cual
a expensas de dos vivirá.
Ninguna imagen grabada
excepto la moneda será adorada.

Por lo tanto los que opinan que está mal matar, pero bien no intentar prolongar la vida demasiado, no pueden contar en sus filas con Clough. A pesar de esto,

¿se puede decir algo en favor de esta idea? La postura según la cual se puede decir algo a su favor se denomina a menudo «doctrina de los actos y las omisiones». Sostiene que existe una distinción moral importante entre cometer un acto que tiene ciertas consecuencias, digamos, la muerte de un niño discapacitado, y la omisión de hacer algo que tiene las mismas consecuencias. Si esta doctrina está mal, el médico que le pone al niño una inyección letal actúa mal; el médico que omite darle al niño antibióticos, sabiendo a ciencia cierta que sin antibióticos el niño morirá, no actúa mal.

¿Cuáles son las razones que existen para aceptar la doctrina de los actos y las omisiones? Muy pocos apoyan esta doctrina por sí misma, como primer principio ético importante. Se trata más bien de una consecuencia de una visión de la ética, de una visión que sostiene que en tanto no se violen normas morales especificadas que nos imponen determinadas obligaciones morales, hacemos todo lo que la moralidad exige de nosotros. Estas normas son del mismo tipo de las que los Diez Mandamientos y códigos morales similares han hecho familiares: no matarás, no mentarás, no robarás, etcétera. Se caracterizan por estar formuladas en negativo, es decir que para obedecerlas solo es necesario abstenerse de cometer las acciones que prohíben, de ahí que se pueda exigir la obediencia a cada miembro de la comunidad.

Una ética que consiste en deberes específicos, prescritos por normas morales que todo el mundo debe obedecer, debe de hacer una distinción moral tajante entre los actos y las omisiones. Por ejemplo, tomemos la norma: «No matarás». Si esta norma se interpreta, tal como se ha hecho en la tradición occidental, como la prohibición solo de quitar la vida humana inocente, no es demasiado difícil evitar cometer actos que la violen abiertamente: hay pocos asesinos entre nosotros. Pero, no es tan fácil evitar dejar que mueran seres humanos inocentes. Muchas personas mueren debido a la falta de alimento, o de servicios médicos adecuados. Si podemos ayudar a algunos, pero no lo hacemos, les estamos dejando morir. Aplicar la norma en contra de matar a las omisiones haría que vivir de acuerdo con ella fuese un símbolo de santidad o de heroísmo moral, en lugar de ser el requisito mínimo de toda persona moralmente decente.

Por lo tanto, una ética que juzga los actos de acuerdo con que violen o no normas morales específicas debe dar gran peso moral a la distinción entre actos y omisiones. Una ética que juzga los actos por sus consecuencias no lo hará así, ya que las consecuencias de un acto y de una omisión a menudo serán, en todos los aspectos significativos, indistinguibles. Por ejemplo, dejar de dar antibióticos a un niño con neumonía puede tener consecuencias no menos fatales que inyectarle una dosis letal.

Pero ¿cuál es el enfoque correcto? Personalmente, he postulado a favor de un enfoque consecuencialista de la ética. El tema de los actos/omisiones plantea la decisión entre estos dos enfoques básicos de una manera inusualmente clara y di-

recta. Lo que necesitamos hacer es imaginar dos situaciones paralelas que se diferencien solo en que en una de ellas una persona realiza un acto cuyo resultado es la muerte de otro ser humano, mientras que en la otra omite hacer algo, con el mismo resultado. A continuación aparece una descripción de una situación relativamente corriente, tomada de un ensayo de Gustav Nossal, eminente investigador médico australiano:

Una anciana de 83 años de edad es ingresada [en una residencia de ancianos] porque su grado cada vez mayor de confusión mental no permite que se quede en su propia casa, y no había nadie dispuesto y capaz de cuidar de ella. Su estado de salud se va deteriorando durante tres años. Pierde la capacidad para hablar, necesita ser alimentada, y tiene incontinencia. Finalmente, ya no puede sentarse en un sillón, y se encuentra permanentemente confinada a una cama. Un día, contrae neumonía.

La neumonía se trataría rutinariamente con antibióticos en un enfermo con una calidad de vida razonable. ¿Se debería tratar a esta paciente con antibióticos? Nossal continúa:

Se establece contacto con los familiares, y la enfermera jefe de la residencia les comunica que ella y el médico habitual han elaborado un acuerdo flexible para este tipo de casos. En los casos de demencia senil avanzada, las tres primeras infecciones son tratadas con antibióticos, y después de eso, teniendo en cuenta el adagio que dice la «neumonía es el amigo de los ancianos», dejan que la naturaleza siga su curso. La enfermera subraya que si los familiares lo desean, todas las infecciones pueden ser tratadas enérgicamente. Los familiares están de acuerdo con este procedimiento. La paciente muere debido a infección del aparato urinario seis meses más tarde.

Cuando murió esta paciente lo hizo como resultado de una omisión intencionada. Muchos pensarán que esta omisión estaba bien justificada. Pueden cuestionar si no habría sido mejor que se hubiera omitido el tratamiento incluso en la aparición inicial de la neumonía. Después de todo, el número tres no tiene significado mágico en el campo de la moral. ¿Habría sido igualmente justificable, en el momento de la omisión, ponerle una inyección que causara la muerte de la paciente de manera pacífica?

Si se comparan estas dos formas posibles de causar la muerte de un paciente en un momento determinado, ¿es razonable defender que el médico que pone la inyección es un asesino que merece ir a la cárcel, mientras que el médico que decide no administrar los antibióticos practica una medicina compasiva y adecuada? Es posible que esto sea lo que digan los tribunales de justicia, sin embargo se trata

con seguridad de una distinción insostenible. En ambos casos, el resultado es la muerte del paciente. En ambos casos, el médico conoce que el resultado será este, y decide su actuación basándose en este conocimiento, porque cree que este resultado es mejor que la alternativa existente. En ambos casos, el médico debe hacerse responsable de su decisión: no sería correcto que el médico que decidió no administrar los antibióticos dijese que no es responsable de la muerte del paciente puesto que no hizo nada. No hacer nada en esta situación es en sí una decisión intencionada cuyas consecuencias tienen unas responsabilidades de las que no se puede huir.

Se puede decir, por supuesto, que el médico que no administra los antibióticos no mata al paciente, simplemente deja que este muera; sin embargo, entonces uno debe responder a la consiguiente pregunta de por qué es malo matar y dejar morir no lo es. La respuesta dada por la mayoría de los partidarios de esta distinción es simplemente que existe una norma moral contraria a matar a seres humanos inocentes y no existe ninguna contraria a dejar que estos mueran. Esta respuesta considera una norma moral aceptada como si se encontrara más allá de todo cuestionamiento; no continúa el razonamiento para preguntarse si debería existir una norma moral contraria a matar (pero no contraria a dejar morir). Sin embargo, ya hemos visto que el principio convencionalmente aceptado de la santidad de la vida humana es insostenible. Tampoco pueden darse por sentadas las normas morales que prohíben matar, pero aceptan «dejar morir».

Reflexionar sobre estos casos nos lleva a la conclusión de que no existe una diferencia moral *intrínseca* entre matar y dejar morir. Es decir, no existe una diferencia que dependa únicamente de la distinción entre acto y omisión. (Esto no quiere decir que todos los casos en que se deja morir son moralmente equivalentes a matar. Hay otros factores, factores extrínsecos, que serán a veces pertinentes, lo que se discutirá más profundamente en el capítulo 8). Dejar morir, a veces denominado eutanasia pasiva, ya se acepta como línea de actuación correcta y humana en determinados casos. Si no existe una diferencia moral intrínseca entre matar y dejar morir, la eutanasia activa también se debería aceptar como actuación humana y correcta en determinadas circunstancias.

Otros han sugerido que la diferencia entre no dar el tratamiento necesario para prolongar la vida y poner una inyección letal reside en la intención con que se realizan ambas acciones. Los que toman esta postura recurren a la «doctrina del doble efecto», doctrina ampliamente aceptada entre los teólogos morales católicos y los filósofos morales, para argumentar que una acción (por ejemplo, abstenerse de un tratamiento para prolongar la vida) puede tener dos efectos (en este caso, no producir mayor sufrimiento al paciente, y acortar la vida del mismo). Entonces argumentan que en tanto en cuanto el efecto *directamente intencionado* sea el beneficioso y no viole una norma moral absoluta, la acción es permisible. Aunque se prevea que nuestra acción (u omisión) tenga como resultado la muerte del

paciente, esto constituye meramente un efecto secundario no deseado. Sin embargo, la distinción entre un efecto directamente intencionado y un efecto secundario es artificial. No podemos evitar la responsabilidad dirigiendo simplemente nuestra intención hacia un efecto en lugar del otro. Si prevemos ambos efectos, debemos aceptar la responsabilidad de los efectos previsibles de lo que hacemos. A menudo deseamos hacer algo, pero no podemos hacerlo debido a sus otras consecuencias no deseadas. Por ejemplo, una empresa química desea deshacerse de residuos tóxicos de la manera más económica, arrojándolos al río más cercano que haya. ¿Dejaríamos que los directivos de la empresa digan que todo lo que se pretendía directamente era mejorar el rendimiento de la fábrica, para de esta manera fomentar el empleo y reducir el coste de la vida? ¿Consideraríamos que se puede excusar la contaminación porque se trata simplemente de un efecto secundario no deseado producido al intentar lograr estos loables objetivos?

Evidentemente, los partidarios de la doctrina del doble efecto no aceptarían este tipo de excusa. Sin embargo, al rechazarla tendrían que confiar en la opinión de que el coste, el río contaminado, es desproporcionado al beneficio. Aquí, tras la doctrina del doble efecto se oculta un juicio consecuencialista. Lo mismo ocurre cuando se usa esta doctrina en el campo de la atención médica. Normalmente, salvar una vida tiene prioridad sobre el alivio del dolor. Si en el caso de un paciente determinado no es así, esto solo puede ser porque hemos juzgado que sus perspectivas de vida futura con una calidad aceptable son tan reducidas que en este caso tiene prioridad aliviar el sufrimiento. En otras palabras, esta decisión no se basa en la santidad de la vida humana, sino en un juicio oculto sobre la calidad de vida.

Apelar, como se hace con frecuencia, a una distinción entre medios de tratamiento «ordinarios» y «extraordinarios», junto con la creencia de que no es obligatorio proporcionar medios extraordinarios, es igualmente insatisfactorio. Junto a mi colega Helga Kuhse, llevé a cabo una encuesta entre pediatras y tocólogos en Australia y descubrí que tenían ideas sorprendentes sobre lo que eran medios «ordinarios» y «extraordinarios». Algunos incluso opinaban que el uso de antibióticos, el procedimiento médico más común, más simple y más barato, podría ser extraordinario. No es difícil ver la razón para esta gama de posturas. Cuando se observan las justificaciones de esta distinción dadas por los filósofos y teólogos morales, resulta que lo que es «ordinario», en unas situaciones puede ser «extraordinario» en otras. Por ejemplo, en el conocido caso de Karen Ann Quinlan, la joven de Nueva Jersey que estuvo en coma durante diez años antes de morir, un obispo católico declaró que el uso de la respiración asistida era «extraordinario» y por lo tanto opcional, ya que la joven Quinlan no tenía esperanzas de recuperarse del estado de coma. Evidentemente, si los médicos hubiesen creído que había probabilidades de que se recuperase, el uso de la respiración asistida no habría sido opcional, y se habría considerado «ordinario». De nuevo, lo que determina si una

forma de tratamiento es ordinaria o extraordinaria, y por lo tanto si se suministra o no, es la calidad de vida del paciente (y, cuando los recursos son limitados y podrían utilizarse más eficazmente para salvar otras vidas, el coste del tratamiento). Los que apelan a esta distinción ocultan su postura consecuencialista bajo la capa de un ética absolutista; pero la capa se está desgastando, y el disfraz transparente ya.

Por lo tanto, no es posible apelar ni a la doctrina del doble efecto ni a la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios para demostrar que dejar que un enfermo muera es moralmente diferente de ayudarlo activamente a morir. De hecho, debido a diferencias extrínsecas, especialmente las diferencias en el tiempo necesario hasta que la muerte tiene lugar, la eutanasia activa es posiblemente el único camino correcto a nivel humano y moral. La eutanasia pasiva puede ser un proceso lento: en un artículo en la revista *British Medical Journal*, John Lorber relataba el destino de veinticinco recién nacidos con espina bífida en cuyo caso, debido a las pocas esperanzas de vida que mereciese la pena, se había decidido no operar. Recordaremos que el doctor Lorber reconoce libremente que el objetivo de no tratar a los recién nacidos es que mueran pronto y sin dolor. No obstante, de los veinticinco niños, catorce permanecían aún con vida después de un mes, y siete al cabo de tres meses. En la muestra de Lorber, al cabo de nueve meses habían muerto todos los niños, pero esto no se puede garantizar, o al menos, no se puede garantizar sin pisar la delgada línea de separación que existe entre la eutanasia activa y pasiva. (Los detractores de Lorber afirman que todos los niños no tratados bajo su cuidado mueren porque se les dan sedantes y son alimentados solamente cuando lo piden: los bebés somnolientos no tienen unas ganas de comer saludables). En una clínica australiana que siguió el planteamiento de Lorber con respecto a la espina bífida se encontró que, de 79 recién nacidos sin tratamiento, cinco sobrevivieron durante más de dos años. Para estos niños, y su familia, esto debe constituir una prueba larga y muy dura. También supone una carga considerable para el personal hospitalario y para los recursos médicos de la comunidad, aunque esta no debería ser la consideración primaria en una sociedad con un nivel razonable de riqueza.

Para ver otro ejemplo, consideremos el caso de los recién nacidos con síndrome de Down y con una obstrucción en el sistema digestivo que, si no se elimina, no permitirá que el niño se alimente. Al igual que en el caso de «Baby Doe» se puede dejar que estos recién nacidos mueran. No obstante, se puede eliminar esta obstrucción, que no tiene ninguna relación con el grado de discapacidad intelectual que el niño tendrá. Además, no llevar a cabo la intervención en estas circunstancias tiene como resultado una muerte que, aunque cierta, no es ni rápida ni sin dolor. El niño muere por deshidratación o desnutrición. Pasaron cinco días antes de que Baby Doe muriera, y en otros casos registrados de esta práctica médica, han pasado hasta dos semanas antes de que tuviera lugar la muerte.

En este contexto, resulta interesante pensar de nuevo sobre nuestra argumentación anterior con respecto a que la pertenencia a la especie *Homo sapiens* no nos da derecho a recibir un tratamiento mejor que un ser de nivel mental similar que sea miembro de una especie diferente. También podríamos haber añadido, a no ser porque resulta demasiado evidente decirlo, que la pertenencia a la especie *Homo sapiens* no es una razón para darle a un ser un tratamiento peor que a un miembro de una especie diferente. No obstante, en el caso de la eutanasia, sí es necesario decirlo. No tenemos ninguna duda de que está bien disparar a un animal malherido o muy enfermo si sufre mucho dolor y tiene unas posibilidades de recuperación despreciables. Evidentemente, sería malo «permitir que la naturaleza siga su curso», no proporcionando el tratamiento, pero negándonos a matar. Lo único que nos impide ver que lo que es evidentemente malo en el caso de un caballo es igualmente malo hacerlo en el caso de un recién nacido discapacitado, es nuestro respeto inapropiado por la doctrina de la santidad de la vida humana.

En resumen, los métodos pasivos de acabar con la vida tienen como resultado una muerte alargada innecesariamente. Introducen factores no pertinentes (una obstrucción intestinal, o una infección fácilmente curable) en la selección de los que van a morir. Si somos capaces de admitir que nuestro objetivo es una muerte rápida y sin dolor, la consecución de este objetivo no se debería dejar en manos de la suerte. Una vez que se ha elegido la muerte deberíamos asegurarnos de que se produzca de la mejor forma posible.

LA PENDIENTE RESBALADIZA: ¿DE LA EUTANASIA AL GENOCIDIO?

Antes de abandonar este tema, debemos prestar atención a una objeción que cobra tanta importancia en la literatura antieutanasia que merece que se le dedique todo un apartado. Es, por ejemplo, la razón que John Lorber utiliza para rechazar la eutanasia activa. Lorber escribe:

Estoy totalmente en contra de la eutanasia. Aunque es completamente lógica, y en manos escrupulosas y expertas podría ser la forma más humana de afrontar este tipo de situación, la legalización de la eutanasia sería un arma muy peligrosa en manos del Estado o de individuos sin escrúpulos o ignorantes. No hay que irse muy atrás en la historia para tener conocimiento de los crímenes que se podrían cometer si se legalizase la eutanasia.

¿Sería la eutanasia el primer paso hacia abajo en la pendiente resbaladiza? En ausencia de puntos de apoyo morales importantes para controlar nuestro descenso, ¿resbalaríamos sin parar hasta el fondo del abismo del terror del Estado y del asesinato masivo? La experiencia del nazismo, a la que sin duda se refiere Lorber,

ha sido a menudo utilizada como ilustración de lo que seguiría a la aceptación de la eutanasia. A continuación aparece un ejemplo específico extraído de un artículo escrito por otro médico, Leo Alexander:

Cualquiera que fuese la proporción que alcanzaron finalmente los crímenes [nazis], resultó evidente para todos los que los investigaron que habían tenido un comienzo insignificante. Al principio, se comenzó con un cambio sutil en la actitud básica de los médicos. Empezó con la aceptación de la actitud, básica en el movimiento pro eutanasia, de que existe una vida que no merece vivirse. Esta actitud al principio se refería meramente a los enfermos crónicos muy graves. Gradualmente, el área de inclusión fue ampliada hasta abarcar a los no productivos socialmente, a los indeseados ideológicos, a los indeseados raciales y finalmente a todos los que no fueran alemanes. Sin embargo, es importante darse cuenta de que la actitud hacia los enfermos no rehabilitables sirvió de minúsculo punto de apoyo para poner en movimiento toda esta corriente de pensamiento.

Alexander identifica al llamado programa de eutanasia de los nazis como la raíz de todos los horribles crímenes cometidos posteriormente por ellos, porque el programa implicaba que «existe una vida que no merece vivirse». Sería difícil que Lorber estuviera de acuerdo con Alexander en este punto, ya que su recomendación en el sentido de no tratar a determinados recién nacidos se basa exactamente en este juicio. Aunque a veces se habla como si nunca se debiera opinar que una vida humana no merece vivirse, hay ocasiones en las que esta opinión es evidentemente correcta. Una vida llena de sufrimiento físico, no compensada por ningún tipo de placer o por un nivel mínimo de conciencia propia, no merece la pena. Las encuestas llevadas a cabo por economistas de la salud en las que preguntan a los encuestados cómo valoran la vida en determinados estados de salud dan regularmente como resultado un valor negativo para determinados estados: es decir, los encuestados señalan que preferirían estar muertos antes que sobrevivir en esas condiciones. Aparentemente, en el caso de la anciana descrito por Sir Gustav Nossal, en opinión de la enfermera jefe de la residencia, del médico y de sus familiares, no merecía la pena que siguiera viviendo. Si podemos establecer criterios para decidir a quién hay que dejar morir y a quién hay que proporcionar tratamiento, entonces ¿por qué ha de ser malo establecer criterios, puede que los mismos, para decidir a quién hay que matar?

Por lo tanto la actitud de que no merece la pena seguir viviendo en algunos casos no es lo que separa a los nazis de las personas normales que no cometen asesinatos masivos. ¿De qué se trata entonces? ¿Se trata de que fueron más allá de la eutanasia pasiva y practicaron la eutanasia activa? Muchos, como Lorber, se muestran preocupados ante el poder que un programa de eutanasia activa podría poner en las manos de un gobierno sin escrúpulos. Esta preocupación no es desdeñable,

pero no debería ser exagerada. Los gobiernos sin escrúpulos ya cuentan en su poder con medios para deshacerse de los opositores más plausibles que la eutanasia administrada por médicos por razones médicas. Se pueden apañar «suicidios»; pueden ocurrir «accidentes»; en caso necesario se puede contratar a asesinos a sueldo. Nuestra mejor defensa contra estas posibilidades es hacer todo lo posible para que nuestros gobiernos sean democráticos, abiertos, y en manos de personas que nunca pensarían seriamente en matar a sus oponentes. Una vez que el deseo de matar es lo suficientemente serio, los gobiernos encontrarán la forma de llevarlo a cabo, sea o no legal la eutanasia.

De hecho, los nazis no contaban con un programa de eutanasia, en el sentido estricto de la palabra. Su llamado programa de eutanasia no estaba motivado por la preocupación con respecto al sufrimiento de aquellos a los que mataban. De haber sido así, ¿por qué habrían mantenido sus operaciones en secreto, engañado a los familiares sobre la causa de la muerte, y considerado exentos del programa a ciertas clases privilegiadas, como los veteranos de las fuerzas armadas, o los familiares del personal encargado de la eutanasia? La «eutanasia» nazi no fue nunca voluntaria, y a menudo tuvo carácter involuntario más que no voluntario. «Deshacerse de las bocas inútiles», una frase usada por los que estaban al mando, describe mejor los objetivos del programa que «eutanasia». A la hora de seleccionar las personas que iban a matar, el origen racial y la capacidad para trabajar se encontraban entre los factores determinantes. La creencia nazi en la importancia de mantener un *Volk* ario puro, una entidad en cierto modo mística que se creía era más importante que las simples vidas individuales, hizo posible tanto el llamado programa de eutanasia como todo el holocausto posterior. Por el contrario, las propuestas en pro de la legalización de la eutanasia están basadas en el respeto a la autonomía y en el objetivo de evitar un sufrimiento sin sentido.

Aun reconociendo esta diferencia esencial entre los objetivos de la «eutanasia» nazi y las propuestas modernas, se podría defender el argumento de la pendiente resbaladiza como una forma de sugerir que la estricta norma actual en contra de matar directamente a seres humanos inocentes está al servicio de un propósito útil. Por muy arbitrarias e injustificables que sean las diferencias entre humanos y no humanos, feto y recién nacido, matar y dejar morir, la norma contraria a matar directamente a seres humanos inocentes por lo menos indica una línea practicable. Es mucho más difícil señalar la distinción entre un recién nacido cuya vida merece la pena, y uno cuya vida ciertamente no lo merece. Es posible que las personas que ven que se mata a determinadas clases de seres humanos en determinadas circunstancias vayan más allá para alcanzar la conclusión de que no es malo matar a otros que no se diferencian mucho de aquellos. ¿Quiere esto decir que se hará retroceder gradualmente el límite de los casos en los que es aceptable matar? En ausencia de un punto de parada lógico, ¿será el resultado la pérdida de todo respeto por la vida humana?

Si se cambiaran nuestras leyes para que cualquiera pudiese llevar a cabo un acto de eutanasia, constituiría un peligro real la ausencia de una línea clara entre los casos en los que se puede matar de manera justificable y aquellos en los que no; sin embargo, esto no es lo que proponen los partidarios de la eutanasia. Si los actos de eutanasia solo se pueden llevar a cabo por un miembro de la profesión médica, con el acuerdo de un segundo médico, es poco probable que la propensión de matar se extienda de forma incontrolada por toda la comunidad. Los médicos ya poseen un gran poder sobre la vida y la muerte a través de su capacidad para no aplicar un tratamiento. No ha habido ninguna sugerencia que indique que los médicos que empiezan por dejar que los recién nacidos gravemente discapacitados mueran de neumonía pasen de esto a no administrar antibióticos a miembros de una minoría racial o a los extremistas políticos. De hecho, la legalización de la eutanasia puede actuar como una forma de control del poder de los médicos, ya que sacaría a la luz y bajo la supervisión de otro médico lo que en la actualidad algunos médicos hacen en secreto por iniciativa propia.

De cualquier modo, existen escasas pruebas históricas que sugieran que una actitud permisiva con respecto a matar a una categoría de seres humanos conduzca a la desaparición de las limitaciones contrarias a matar a otros seres humanos. Los antiguos griegos con regularidad mataban o abandonaban a recién nacidos; sin embargo parece que fueron como mínimo tan escrupulosos a la hora de quitar la vida de sus conciudadanos como los cristianos medievales o los americanos actuales. En las sociedades esquimales era costumbre que los hombres mataran a sus padres ancianos; sin embargo casi no existe constancia de asesinatos de adultos normales sanos. He mencionado estas prácticas no con la intención de sugerir que se deberían imitar, sino solo para indicar que se pueden trazar líneas divisorias en lugares que no coinciden con los que usamos para trazarlas en la actualidad. Si estas sociedades pudieron dividir a los seres humanos en categorías diferentes sin transferir sus actitudes de un grupo a otro, nosotros, con un sistema legal más sofisticado y un mayor conocimiento médico, deberíamos ser capaces de hacer lo mismo.

Todo lo anterior no niega que dejar la postura ética tradicional sobre la santidad de la vida lleva consigo un riesgo muy pequeño, aunque finito, de consecuencias no deseadas. Para contrarrestar este riesgo en la balanza debemos colocar el daño tangible que provoca la ética tradicional: el daño a aquellos cuya desgracia se prolonga innecesariamente. Igualmente, debemos preguntarnos si la aceptación generalizada del aborto y de la eutanasia pasiva no ha revelado ya puntos flacos en la ética tradicional, que hacen que esta se convierta en una defensa poco sólida contra los que carecen de respeto por la vida individual. Es posible que a largo plazo una ética más sólida, aunque esté menos definida, proporcione una base más sólida desde la que luchar contra las muertes injustificables.