

Reflexiones en torno a la vida y su final desde una perspectiva bioética

Michelle Piperberg*
Universidad de Barcelona

Resumen: El presente trabajo se divide en cuatro partes. En primer lugar, se aborda la cuestión ética del valor de la vida humana, proponiendo para ello, dos modelos: la santidad y la calidad de vida. En un segundo momento, y partiendo de la posibilidad de concebir la vida en dos sentidos (vida biológica y moral), se reflexiona sobre la dualidad introducida por posiciones de tendencia utilitarista para separar dos conceptos propios de la naturaleza humana: “persona” y “ser humano”. La tercera parte, es un intento por definir los rasgos característicos del actual proceso de morir. Por último, retomando las confrontaciones examinadas a lo largo del trabajo y en relación con el fin de la vida, se propone analizar el problema bioético de la eutanasia.

Palabras clave: bioética, vida, santidad, calidad, muerte, eutanasia.

Abstract: This work is divided in four parts. In first place, there is an approach to the ethical question of the value of human life, proposing for it, two models: the sanctity and the quality of life. In a second moment and departing from the possibility of conceiving two senses of life (biological and moral life), we will consider the duality introduced by positions of utilitarian trend to separate two concepts of the human nature: “person” and “human being”. The third part, is an attempt to define the typical features of the current process of dying. Finally, recapturing the confrontations examined along the work, and in relation with the end of the life, we propose an analysis of the bioethical problem of the euthanasia.

Key words: bioethics, life, sanctity, quality, death, euthanasia

1. El valor de la vida

La “bioética”, etimológicamente contemplada, se define como el enlace entre la vida (βίος) y la ética (ηθός), como el análisis ético de la vida. Parece pertinente, por tanto, comenzar por señalar qué modelos éticos se proponen desde el discurso bioético para determinar el valor de la vida humana, ya que se parte de la hipótesis de que todas las discusiones relacionadas con las problemáticas de la vida y su final, están claramente condicionadas por la concepción de la vida que se adopta. Con el fin de poder analizar los enfrentamientos de un modo sistemático se presentan dos modelos éticos de interpretación del significado de la vida claramente antagónicos: una ética de carácter objetivista que concede a la vida humana un valor sagrado, confrontada a una ética que relativiza dicho valor en función de la calidad de vida.

La atribución de un valor objetivo a la vida humana suele asociarse a posturas que sostienen lo que en bioética se conoce, por extrapolación de doctrinas religiosas,

* Con el apoyo del Comissionat per a Universitats i Recerca del Departament d’Innovació, Universitats i Empresa de la Generalitat de Catalunya y del Fons Social Europeu.
Universidad de Barcelona, Facultad de Filosofía, Dept. Filosofía Teórica y Práctica. Montalegre, 6 (08001) Barcelona. E-mail: mpiperberg@ub.edu

como la santidad de la vida humana. Estas vertientes están por lo general y en su mayoría vinculadas a grupos religiosos conservadores. Según este enfoque, la vida de todo ser humano ostenta ciertas cualidades intrínsecas que la hacen merecedora de un respeto y protección absolutos. Esta consideración excluye, por lo tanto, la posibilidad de valorar la vida en un sentido meramente instrumental o subjetivo, porque juzga que la vida humana es valiosa en sí misma, un fin en sí. De igual modo, en la medida en que la vida es estimada en un sentido absoluto e incondicionado, su significado tampoco puede reducirse a un estado de salud o un estadio de la vida en concreto. Por el contrario, la vida de toda persona es considerada, desde la doctrina de la sacralidad, como intrínsecamente valiosa y este carácter propio a su naturaleza le acompaña en todas las etapas de su vida (desde la concepción hasta la muerte).

Estas posiciones también consideran que el valor de la vida humana es inequívoco e inmensurable y que en ello reside su dignidad. Porque, recurriendo al pensamiento kantiano, “aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por lo tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad.”¹ El valor absoluto que se concede a la vida y su dignidad, como cualidad propia del ser de la persona, impiden cualquier intento de comparar valorativamente vidas humanas.

Todos estos caracteres que hacen de cada vida particular un acontecimiento único (el valor intrínseco, absoluto e incomparable), configuran su inviolabilidad. La vida humana se presenta, para estas posiciones, como una realidad intangible e inapropiable, ya sea en virtud de un deber moral o por precepto divino.² El ser humano no tiene potestad sobre la vida y por ello se tilda de moralmente reprochable el intento de legalizar prácticas como la eutanasia o el aborto. En lo que atañe a la medicina, consideran que su única finalidad debe ser curar y cuidar del paciente, nunca matar. Se afirma que la ética médica debe proceder por principios innegociables. suele aludirse al principio hipocrático de no dar drogas letales al enfermo, porque “el principio ético más profundo que controla el poder del médico no es la autonomía o la libertad del paciente... sino la dignidad... y, por tanto, también lo que el juramento denomina la

¹ I. Kant: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Espasa, 2001, p.112.

² Cfr. Sto. Tomás de Aquino: *Summa Theológica*, Parte II-II, q64, a5. Madrid, BAC, 1990, p. 533: “... la vida es un don divino dado al hombre y sujeto a su divina potestad, que da la muerte y la vida. Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios...”

pureza y la santidad de la vida...”³ Es la sacralidad predicada de la vida humana la que determina la ilicitud de disponer de ella para darle muerte.

Frente a la consideración objetivista se colocan aquellas posiciones que sostienen que el valor de la vida está supeditado por ciertas variables como, por ejemplo, la calidad de vida o las decisiones autónomas de un paciente. Este grupo que relativiza el valor y el respeto por la vida humana suele estar asociado, aunque no exclusivamente, a éticas de corte utilitarista. Se trata de posiciones que rechazan una concepción sagrada de la vida, por considerarla anacrónica y discordante con el proyecto de conformar una bioética secular. La vida, desde este enfoque, no es absolutamente valiosa porque se acepta que, en el contexto de la realidad cotidiana, pueden darse situaciones en las que dicho valor se vea afectado, por ejemplo, en el caso de personas con una enfermedad terminal o degenerativa. Se propone, por consiguiente, una ética de la calidad – no ya de la santidad – que considera que ni toda vida humana tiene igual valor, ni, inclusive, toda vida humana tiene necesariamente valor. La dignidad no se estima, contemplada desde su calidad, como dignidad ontológica, es decir, intrínseca a la vida, a cualquier modo de vida.

Hablar desde la calidad implica preguntarse si la vida que se lleva *vale la pena*, si es digna de ser vivida. La vida en este caso no es comprendida como un bien en sí mismo, sino como “... precondition para otros bienes y valores, tales como la existencia de estados de conciencia placenteros, la satisfacción de preferencias y deseos, y muchas otras cosas de este orden.”⁴ Los parámetros que permiten determinar el valor de la vida aluden a cuestiones como el placer o el beneficio que el hecho de estar vivo puede reportar, los intereses o preferencias personales en vivir, etc. La posesión de ciertas facultades mentales superiores como la autoconsciencia o la racionalidad también resultan fundamentales para esta valoración.

Es, por tanto, la calidad la que concede un estatuto especial a la vida y si ésta se pierde, la vida carece entonces de valor. Desde una ética de la calidad, la vida humana sólo tiene significado en la medida en que merece la pena ser vivida, y cuando este no es el caso resulta lícito optar por la muerte. La vida no tiene un valor inherente, tampoco es inviolable y, por consiguiente, una muerte autoprovocada no es necesariamente inmoral. Por el contrario, se considera que pueden darse situaciones en las que adelantar

³ L. Kass: “«No daré ninguna drago letal» Por qué los médicos no deben matar”, en D. Thomas y Th. Kushner (Eds.): *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética.*, Cambridge Univ. Press, 1999, p.263.

⁴ P. Singer: *Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética*, Madrid, Cátedra, 2003, p. 339.

el final de una vida esté justificado. Y es en estos casos en que la ética médica debería volcarse para defender cuestiones tan fundamentales como la calidad de vida, la autonomía y el respeto por la capacidad volitiva del paciente. La vida despojada de su valor absoluto, no es, por tanto, una vida carente de valor, porque la ética de la calidad fomenta el bienestar y la libertad como principios fundamentales que la medicina debe maximizar, aunque ello implique la aceptación de prácticas como la eutanasia.

2. El desdoblamiento del ser humano

La magnitud que ha alcanzado el desarrollo de las ciencias biomédicas aplicadas a la curación o salvación de la vida humana, ha planteado la necesidad de reflexionar sobre la conveniencia de recurrir a estas técnicas en cualquier circunstancia. Porque, en la medida en que su utilización produce, en determinados casos, el detrimento de la persona o de su vida moral en favor de una vida meramente física, las nuevas terapias y tratamientos terapéuticos se han convertido en una “bendición a medias”.⁵ Resulta interesante entonces en este contexto reflexionar sobre dos dimensiones diferenciables de la vida humana: la vida meramente biológica y la vida moral. En este sentido, la dualidad cartesiana reaparece en las discusiones bioéticas con una imagen renovada. Las dos posiciones enfrentadas a las que ya se han aludido – la ética utilitarista de la calidad y la ética de la sacralidad de la vida –, se acusan mutuamente de sostener un desdoblamiento del ser humano, en otras palabras, de sobrevalorar una dimensión en detrimento de la otra.

Ser humano y no persona

Varios filósofos contemporáneos han adherido a la necesidad de introducir en el estudio bioético una dualidad en la esencia misma del ser humano para distinguir dos nociones que la tradición occidental suele identificar, a saber: “persona” y “miembro de la especie *Homo sapiens*”.⁶

Con el calificativo de “perteneciente a la especie humana” se hace alusión a todo ser que forma parte de la misma. Se trata de una clasificación biológica que depende de

⁵ D. Humphry y A. Wickett: *El derecho a morir. Comprender la eutanasia*, Barcelona, Tusquets, 1989. p. 249: «La alta tecnología: una bendición a medias»: “Es indiscutible que el temor a morir entre las frías garras de la tecnología moderna ha provocado una mayor aceptación pública de la eutanasia voluntaria.”

⁶ En este análisis se seguirá concretamente la propuesta utilitarista de Peter Singer. Véase también sobre el concepto “persona” a H.T. Engelhardt: *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1955, cap. V, p. 151 y ss.; J. Harris: *Súperman y la mujer maravillosa*, Madrid, Tecnos, 1998, p. 53 y ss.; entre otros.

factores estrictamente naturales. Todo ser humano es, valga la redundancia, miembro de la especie humana. El concepto de “persona”, por su parte, no engloba, sin embargo, a toda la especie, sino que es utilizado para referir al ser en un sentido moral y, por tanto, su definición no está sujeta a parámetros científicamente determinables. Se consideran “personas” a aquellos seres que comparten ciertas facultades mentales superiores como la autoconsciencia (no sólo consciencia), la capacidad de interacción y disposición de proyectarse en el tiempo.⁷ Siendo así, quedan fuera del estatuto de persona aquellos seres humanos que, como por ejemplo los fetos o individuos que yacen inconscientes en estado de coma persistente, no disponen de dichas facultades. Se reserva el término “persona” para el agente moral, racional y reflexivo.

El motivo por el cual se recurre a esta distinción es porque se considera que una cosa es disponer de ciertos rasgos biológicos y otra muy distinta es ser poseedor de unas características morales relevantes que habilitan la posesión de ciertos derechos fundamentales. Ser persona no equivale, por lo tanto, a ser humano. Este planteamiento lleva a varios autores, entre ellos Singer, a sostener la polémica conclusión de que *no todos los seres humanos son personas, ni todas las personas son seres humanos*⁸, ya que, por un lado, hay humanos que o bien nunca han tenido estas facultades (los fetos) o bien las han perdido (por ejemplo, casos de senilidad); por otro lado, en la medida en que hay animales que comparten con el hombre estas capacidades mencionadas, la nueva definición del término persona permite su extensión a seres no humanos. Esta dualidad deslegitima, por consiguiente, la superioridad del hombre frente al resto de animales, al negar a los hechos biológicos estatuto moral.

La verdadera cuestión de fondo por la cual esta división suscita en bioética tantos y tan duros enfrentamientos, reside en el hecho de que priva al ser humano de la exclusividad del “derecho a la vida” que, una vez introducida esta distinción, sólo pasará a ostentar la persona. Porque el concepto de “persona” se utiliza en adelante con la finalidad de “... adscribir al ser así denominado unas determinadas propiedades morales, por lo general, algunos derechos o deberes, y con frecuencia el derecho a la vida. Es en el contexto de este significado normativo donde adquiere una gran importancia decidir en los debates éticos cuáles de los seres envueltos en un dilema son

⁷ P. Singer: *Desacralizar la vida humana*, op. cit. Cap. 9, pp. 175-180 “¿Quién es una persona?”

⁸ Véase P. Singer: *Ética práctica*, Barcelona, Ariel, 1991, p. 126: “Algunos miembros de otras especies son personas; algunos miembros de la nuestra no lo son.”

personas y cuales no.”⁹ Este es uno de los puntos cardinales de la ética singeriana: sólo la persona tiene derecho a la vida.

Desde la ética utilitarista de la calidad se afirma, por consiguiente, la necesidad de introducir una distinción entre miembro de la especie humana y persona. Sin embargo, sostienen que quienes predicán la santidad de la vida incurren también en cierto dualismo al conceder mayor importancia a la dimensión biológica del ser humano en detrimento de la moral, cuando se impide, por ejemplo, que se quieten los medios que mantienen viva a una persona en estado vegetativo irreversible. Les acusan de preocuparse por preservar de cualquier modo la vida física como bien supremo, ignorando la vida moral y la persona. Porque, desde estas posiciones, y en virtud de la dualidad introducida, se considera posible diferenciar entre el final de una vida (muerte clínica, definida hoy como muerte cerebral) y el fin de la vida de una persona. Un caso conocido de hace ya algunos años pero siempre recurrente al debatir sobre este tema en bioética es el de Nancy Cruzan, que permaneció en estado vegetativo durante años, y cuya lápida versa: “born July 20, 1957; departed Jan 11, 1983; at peace Dec 26, 1990”.¹⁰

La persona humana

La propuesta de dividir la naturaleza humana en dos dimensiones es rotundamente rechazada desde las doctrinas religiosas, junto con la pretensión de colocar a igual nivel de derechos a humanos y no humanos.¹¹ Estas posiciones consideran que independientemente de las capacidades concretas, la vida humana posee un valor único desde la concepción hasta la muerte. Las palabras del teólogo suizo Hans Küng ejemplifican de alguna manera las reacciones negativas ante este pretendido desdoblamiento del hombre: “... no soy en absoluto de la opinión de que la persona se convierte por una enfermedad incurable, por las deficiencias de la ancianidad o por la definitiva inconsciencia en una <<no-persona>> o en <<ser-ya-no-humano>>.”¹² El ser humano es y nunca deja de ser “persona”, más allá del estado psíquico o físico en que se encuentre.

Si una persona, por algún problema de salud, no manifestase alguna de aquellas capacidades mentales superiores, como la racionalidad o la autoconsciencia, no dejaría

⁹ P. Singer: *Desacralizar la vida humana*, op. cit., p. 176.

¹⁰ Nació el 20 de julio de 1957; murió el 11 de enero de 1983; en paz el 26 de diciembre de 1990

¹¹ Se concede a los animales derechos pero sólo en sentido “indirecto”. Véase A. Cortina: *Las fronteras de la persona. El valor de los animales, la dignidad de los humanos*, Madrid, Taurus, 2009, p. 63 y ss.

¹² H. Küng: *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la dignidad*, Madrid, Trota, 1997, p. 41.

por ello de poseer un estatus privilegiado. En otras palabras, la ausencia de alguna o todas las facultades antes mencionadas en un sujeto gravemente enfermo o un feto, no son motivo para sostener que dicha vida humana carece de valor y mucho menos que no tiene derecho a la vida. Los partidarios de la doctrina de la santidad acusan a los utilitaristas de introducir criterios socialmente perniciosos al proponer diferencias arbitrarias y discriminatorias en la valoración de la vida. Toda vida humana es merecedora de un respeto absoluto independientemente de su estado de salud, y aunque se trate de una vida meramente vegetativa. Ser hombre equivale a ser persona, porque se considera que “el hombre es persona desde el momento en que comienza a ser humano... No se exige de él, por lo tanto, que acredite la posesión de determinadas características particulares para ser reconocido como fin en sí: la simple pertenencia a la especie humana le basta para ser tenido por digno del respeto que se debe a las «personas»”¹³ El ser humano es una unidad indisoluble y la vida, en su totalidad, sagrada.

De este modo, mientras que esta perspectiva sostiene que no existe una división en el ser humano, la crítica que desde posiciones utilitaristas se hace, es que este pretendido respeto por la vida humana en su totalidad descuida, en muchas ocasiones, el aspecto moral de la vida supeditándolo a una vida física, e introduciendo de igual manera, aunque indirectamente, una dualidad en la ontología de la persona. La disputa queda planteada entre aquellos que consideran que un cuerpo con vida física puede ser representativo de la totalidad de la persona, y aquellos para quienes la vida biológica debe subordinarse a factores de mayor relevancia como la razón o la autoconsciencia.

3. Sobre el proceso de morir

A principios del siglo XX la medicina se hospitalizó y esta institucionalización de las prácticas médicas supuso, entre otras cosas, el desplazamiento del escenario de la muerte, ya que el hospital que se convirtió en adelante en el lugar donde el enfermo va a morir.¹⁴ Este cambio trajo aparejado dos consecuencias claramente palpables: por un lado, la desaparición de la naturalidad de la muerte; y, por otro lado, la pérdida de posesión de la muerte por parte del moribundo.

¹³ R. Andorno: *Bioética y dignidad de la persona*, Madrid, Tecnos, 1998, p. 65.

¹⁴ Véase D. Gracia: *Como arqueros al blanco. Estudios bioéticos*, San Sebastián. Triacastela, 2004, p. 59: “La medicina pasó de ser preponderantemente domiciliaria a transformarse en hospitalaria. El hospital, el nuevo hospital, se convirtió en el centro del sistema sanitario. Todo acto médico debía realizarse en el hospital. La medicina se hospitalizó.”

En la edad media – señala el historiador Ph. Ariès – la muerte y el proceso de morir eran asumidos con total familiaridad ya que se comprendían como parte inevitable de la vida, como su inexorable límite temporal.¹⁵ El vínculo cercano con la muerte no significaba, para esta sociedad, más que la aceptación del orden natural de las cosas. En la actualidad, sin embargo, la muerte se ha convertido en una cuestión técnica, en una *muerte sanitaria*. El morir ha dejado de ser un suceso natural, propio del devenir vital, para convertirse en un hecho incomprensible, sin un significado trascendental, que los nuevos métodos y técnicas médicas de los que se disponen pretenden someter.

Frente a la supuesta omnipotencia científica, la muerte sólo representa el recordatorio de sus limitaciones. Se parte de la idea de que el paciente no muere porque “llegó su hora”, sino que muere porque el médico no logró curarlo, en otras palabras, la muerte no es concebida hoy como un proceso natural propio del carácter finito de la humanidad, sino como un fracaso de la medicina. Todo el esfuerzo médico se dirige a curar las enfermedades y evitar la muerte, y de ahí que ésta se haya convertido en una *derrota para las ciencias*: “se considera a la muerte como un fracaso, y a los enfermos terminales como la personificación de este fracaso”.¹⁶ La muerte enajenada tiene que ver, por consiguiente, con la expropiación del proceso de morir por parte del sistema sanitario. La vida del paciente representa un desafío, su muerte una frustración. Ariès cita el caso de una mujer ingresada en un hospital:

“... el caso de una anciana que primero se había portado de forma correcta, de acuerdo con la práctica convencional: colaboraba con médicos y enfermeras y luchaba con coraje contra la enfermedad. Pero un día consideró que ya había luchado bastante, que había llegado el momento de abandonar. Entonces cerró los ojos para no volver a abrirlos, dando a entender de ese modo que se retiraba del mundo y que esperaba el fin... En otro tiempo ese signo de recogimiento no hubiera sorprendido y habría sido aceptado. En el hospital californiano desesperé a médicos y enfermeras, que se apresuraron en... persuadirla de que volviera a abrir los ojos...”¹⁷

El intento de la ciencia por controlar y alterar la naturaleza de la vida, ha colocado al hombre como objeto de dominio, hasta tal punto que el modo mismo de nombrarlo ha cambiado, el sujeto es hoy un “paciente”.¹⁸ Algo tan íntimo como la

¹⁵ Ph. Ariès: *Historia de la muerte en Occidente. Desde la edad media hasta nuestros días*, Barcelona, Acantilado, 2005.

¹⁶ D. Humphry y A. Wickett, op. cit., p. 254

¹⁷ Ph. Ariès, op. cit. p. 238 (envía a B.G. Glaser y A.L. Strauss, *Awareness of Dying*, Chicago, Aldine, 1965)

¹⁸ Véase L. Kass: *Toward a More Natural Science*, Nueva York, The Free Press, 1985 (citado en D. Thomsma y Th. Kushner (eds.): op. cit. p. 398): “Pertenece a la naturaleza de forma natural, nos situamos fuera de la naturaleza para estudiarla de manera científica, en parte con el fin de poderla alterar y controlar de manera tecnológica. Sin embargo, puesto que pertenecemos a la naturaleza que estudiamos

muerte, ha dejado de concernir enteramente al moribundo, quien ya no dispone del privilegio de auspiciar su postrera vivencia, el panorama es el de un paciente al cual su propia muerte se le escapa. El moribundo ha perdido protagonismo y las ceremonias sólo son post mórtem, porque la impersonalidad y frialdad de los hospitales no propician una reunión pública y sólo los más allegados se acercan al establecimiento. Las personas ingresadas permanecen ocultas tras el entramado sanitario, "... conectadas a docenas de máquinas... exploradas por docenas de médicos... más que pacientes, son casi campos de batalla."¹⁹

El papel del paciente ante su muerte es uno de los asuntos fundamentales debatidos en el contexto bioético actual, el cual se intenta recuperar por medio de elementos tales como los documentos de voluntades anticipadas, el consentimiento informado, la posibilidad de suspender o no iniciar un tratamiento que mantiene artificialmente la vida, etc. Pero, tal y como está dispuesto en la actualidad el sistema sanitario, no parece haber más responsabilidades que por lo que atañe al cuerpo del paciente. Los procedimientos médicos acaparan el momento único e irreplicable que conlleva el proceso de morir, reduciéndolo a un suceso físico concreto que se constata a partir del cese total e irreversible de la actividad cerebral.

4. El reclamo de la eutanasia

La medicalización de la muerte, los tratamientos focalizados en la enfermedad del cuerpo y no en el paciente como totalidad, suponen la negación de la existencia de una parte del ser humano que es esencial a su propia vida.

El reclamo de la eutanasia aparece hoy, para algunos pacientes que padecen una enfermedad grave e incurable, como la única posibilidad de asumir la potestad sobre la totalidad de la vida, incluido su final. Se trata de individuos conscientes y competentes que de forma voluntaria, informada y reiterada solicitan la muerte, porque se consideran obligados a convivir con el contradictorio sentimiento de que sus vidas ya han terminado y, sin embargo, ellos continúan existiendo.

Las posiciones religiosas ortodoxas sostienen que el carácter inviolable y sagrado de la vida humana determina la prohibición de la eutanasia. No rechazan el

y queremos controlar, nuestro poder sobre ella finalmente implica un poder sobre nosotros mismos. No solo somos agentes, sino también, y cada vez más, *pacientes* de nuestro proyecto científico de dominio de la naturaleza."

¹⁹ R. Dworkin: *El dominio de la vida*. Barcelona, Ariel, 1994, p. 234

suministro de analgésicos, como la morfina, aun sabiendo que ello acortará la vida del paciente, siempre que su administración no tenga por finalidad causar la muerte, sino aminorar el sufrimiento. Estas posturas consideran que el reclamo actual de la eutanasia o suicidio asistido no tiene razón de ser porque hoy en día la medicina puede paliar los dolores del paciente. Entienden que la petición de morir no es, por tanto, verdadera, sino que responde en realidad o bien a un deseo de recibir más atención y mejores cuidados, o bien es producto de la desinformación, coacción o depresión del paciente. Afirman que los dolores físicos son hoy controlables, y que los *cuidados paliativos* ofrecen al paciente todos los medios necesarios para aliviar e incluso eliminar su dolor, a la vez que brindan una asistencia global y adecuada para que no afronte solo el proceso de morir. De este modo concluyen que si estos dos factores, el tratamiento del dolor y el acompañamiento del moribundo, están cubiertos, no hay necesidad de recurrir a la eutanasia.

Sin embargo, muchos autores versados en las problemáticas bioéticas se muestran contrarios a esta opinión. Coinciden obviamente con que al enfermo debe dársele los mejores cuidados, pero entienden que ello no significa que la decisión de morir vaya más allá de éstos y que sea un deseo reflexionado y verdadero. Los cuidados paliativos son necesarios pero con ellos no se elude el problema, además de que, en palabras de Singer, “es sumamente paternalista decir a los moribundos que actualmente se los atiende tan bien que no es necesario ofrecerles la opción de la eutanasia.”²⁰ El paciente debe enfrentar, además de los dolores físicos propios de su enfermedad, las secuelas anímicas y los síntomas emocionales que causan los efectos secundarios de los tratamientos, y “a muchas personas, el hecho de padecer incontinencia, vómitos, hemorragias, debilidad física o pérdida de visión, les produce una gran angustia y... consecuencias psicológicas... con frecuencia, cuestiones como el orgullo, la modestia y autocontrol juegan un papel decisivo.”²¹ El dolor por el cual atraviesa un paciente con una enfermedad seria e irreversible, excede lo médicamente tratable.

La ética de la calidad considera que el objetivo moral de aminorar el sufrimiento de una persona enferma es más importante que el imperativo de la inviolabilidad de la vida. Se critica la débil distinción, introducida por fracciones religiosas, entre eutanasia y la muerte derivada del uso de analgésicos suministrados para aliviar el dolor, porque se considera que no hay ninguna diferencia moral intrínseca entre ambos actos y que,

²⁰ P. Singer: *Ética práctica*, op. cit., p. 182.

²¹ D. Humphry y A. Wickett, op. cit., p. 240.

de hecho, “es más difícil justificar moralmente el dejar morir a alguien una muerte lenta e ingrata, deshumanizada, de lo que es justificar el ayudarle a escapar de ese horror.”²²

Sólo el enfermo sabe hasta dónde es capaz de soportar y cuál es la magnitud de su sufrimiento, un sufrimiento que debe contemplarse desde sus dos dimensiones, físico y moral, porque como señala Tolstoi en un relato sobre la muerte: “... los dolores de Ivan Ilich debían de ser atroces; pero más atroces que los físicos eran los dolores morales, que eran su mayor tormento.”²³ Los partidarios de la despenalización de la eutanasia entienden que el cuidado y acompañamiento de un enfermo terminal o el suministro de medicación, no cambian el hecho de que éste sienta un tipo de dolor no tratable farmacológicamente. Porque la situación por la que atraviesa el moribundo puede incluir la frustración de verse en un estado total de dependencia y degradación que puede derivar, a su vez, en más dolor y ansiedad. Estas posiciones hacen hincapié en la existencia de padecimientos que no se alivian con calmantes porque no atañen sólo al cuerpo, sino a la integridad y dignidad de la persona. La dignidad que se intenta preservar en este caso, no es la dignidad ontológica propia del ser, sino una dignidad vinculada al principio de autonomía y respeto, es decir, al respeto por las decisiones adoptadas autonomamente en coherencia con la propia integridad.

Las posturas ante la muerte son, de alguna manera, el reflejo de una actitud ante el dolor y un modo de valorar éticamente la vida. Si se cree que la vida es sagrada, entonces el sufrimiento, las desgracias o vicisitudes pueden ser asumidas por el paciente enfermo. En este caso el dolor físico es controlable y el moral, tiene un sentido. Pero, si una persona no encuentra un sentido trascendental en la vida o en el dolor, un significado especial que justifique la situación por la que atraviesa, entonces vivir puede convertirse en una condena. Para los primeros, la vida es valiosa en sí misma y adelantar la muerte atenta contra su santidad; para los segundos, no se trata de vivir sino de cómo se vive y es, entonces, que la eutanasia puede convertirse en un opción digna de ser considerada. Es paradójico que el propio objetivo de la medicina de curar y salvar al enfermo, haya propiciado situaciones en las que un paciente encuentre en la muerte la verdadera salvación y la única posibilidad de recuperar la potestad total de su vida.

²² Cfr. J. Fletcher: “La santidad de la vida contra la calidad de la vida”, en M.R. Baird y S.E. Rosenbaum (eds.), *Eutanasia: los dilemas morales*, Barcelona, Alcor/Martínez Roca, 1992, p. 92

²³ L. Tolstoi: *La muerte de Ivan Ilich*, Madrid, Siruela, 2003, p. 106.