

# Revista Redbioética

## UNESCO

Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética

Año 15, Vol. 1,-2 No. 29-30, enero - diciembre de 2024



# “Muerte digna”:vagos usos de esta noción en el contexto de la regulación legislativa de la eutanasia en Uruguay.

## “Dying with Dignity”:Vague Uses of this Notion in the Context of the Legislative Regulation of the Euthanasia in Uruguay.

Ruben Ballesteros \*

Silvia Mendez\*\*

Cecilia Reyes\*\*\*

Maite Rodriguez Apólito\*\*\*\*

Agustina Morales\*\*\*\*\*

### Resumen

Los debates sobre la eutanasia desarrollados en estas últimas décadas en países de diferentes continentes dan cuenta de la pluralidad moral de las sociedades. En Uruguay se presenta, en marzo de 2020, un primer proyecto de ley que propone despenalizar la eutanasia, abriendo un intercambio no necesariamente acabado entre diferentes actores sociales. En este contexto, el presente artículo intenta aportar a la clarificación y discusión del concepto de “muerte digna”, ya que la ambigüedad y la inconsistencia semántica de muchas de las nociones que se traen al debate se traducen en un empobrecimiento teórico de la discusión. Luego de realizar una aproximación histórica a la noción de “muerte digna”, se rastrean distintos usos provenientes de diferentes posturas filosóficas. Proponemos una manera mixta para entender el valor humano en el sentido de Philippa Foot a partir de una combinación de criterios objetivos y consideraciones subjetivas que nos permitirá enriquecer los debates actuales en relación a la regulación legislativa de la eutanasia.

Palabras clave: eutanasia, dignidad, legislación, muerte digna

\* Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades. Practicante Interno de Medicina. Asistente titular de la Unidad Académica de Bioética (UAB) – Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. rballesteros@fmed.edu.uy

\*\* Mag. en Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Doctoranda en Ciencias Sociales (UdelaR). Asistente titular de la Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de la República. simendez20@gmail.com

\*\*\* Estudiante de Medicina. Ex Ayudante de la Unidad Académica de Bioética (UAB) – Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. creyesbidegain@gmail.com

\*\*\*\* Dra. en Filosofía. Investigadora posdoctoral (ANII, UdelaR). Asistente titular de la Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. maiterodapo@gmail.com

\*\*\*\*\* Practicante Interna de Medicina. Ayudante de la Unidad Académica de Bioética (UAB). Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. ag.moralespe@gmail.com

## Resumo

Os debates sobre a eutanásia desenvolvidos nessas últimas décadas em países de diferentes continentes dão conta da pluralidade moral das sociedades. Em Uruguai foi apresentado em março de 2020 um primeiro projeto de lei o qual propõe a despenalização da eutanásia, abrindo um intercâmbio não necessariamente concluído entre diferentes atores sociais. Nesse contexto o presente artigo tenta aportar á clarificação e discussão do conceito de morte digna, já que a ambiguidade e a inconsistência semântica de muitas das noções que são trazidas ao debate são traduzidas em um empobrecimento teórico dos seus fundamentos. Se faz uma aproximação á noção e aos diferentes usos identificados a partir de uma perspectiva crítica e utilizando posturas filosóficas, fundamentalmente desde o ponto de vista da Bioética, em tanto ética aplicada a qual se encarga do estudo sistemático do accionar humano na área das ciências da vida e da atenção á saúde a qual tem muito que aportar no âmbito das decisões ao final da vida. Propomos uma compreensão mista do valor humano na aceção de Philippa Foot, baseada numa combinação de critérios objectivos e considerações subjectivas, que nos permitirá enriquecer os debates actuais sobre o regulamento legislativo da eutanásia.

Palavras chave: bioética, eutanásia, dignidade, legislação, morte digna

## Abstract

The debates of euthanasia developed in these last decades in countries of different continents realizing of the moral plurality of societies. In Uruguay, a first bill was presented in March 2020 that proposes to decriminalize euthanasia, opening an exchange that is not necessarily finished between different social actors. In this context, this article tries to contribute to the clarification and discussion of the concept of dignified death, since the ambiguity and semantic inconsistency of many of the notions that are brought to the debate translates into a theoretical impoverishment of its foundations. An historical approach to the notion and the different uses identified from a critical perspective from different philosophical positions is done in this article, mainly from the point of view of Bioethics, as applied ethics that is in charge of the systematic study of human actions in the area of life sciences and health care, which has much to contribute in the field of decision-making at the end of life. We propose a mixed way of understanding human value in Philippa Foot's sense, based on a combination of objective criteria and subjective considerations, which will allow us to enrich the current debates on the legislative regulation of euthanasia.

Keywords: bioethics, dignity, legislation, dignified death

*“El morir humano no es algo que le compete solo a los servicios de salud. La muerte es una parte de la existencia real del hombre y las formas que adopta tienen que ver con el modo en el que una sociedad vive, con sus hábitos y sus costumbres, es una cuestión relacionada a la cultura, las tradiciones y la historia de un grupo humano”*

Susana Vidal

## Introducción

La noción de “muerte digna” es frecuentemente evocada en discusiones sobre la permisibilidad (moral o legal) de la eutanasia. Sin embargo, su significado tanto en la literatura académica como en los debates públicos sobre el tema, no es estable. Incluso, se considera a la dignidad como un elemento concluyente tanto en argumentos a favor como en contra de la regulación legal de la

eutanasia. Asimismo, la noción suele operar en los debates a favor de la universalización del acceso a cuidados paliativos.

En este artículo nos proponemos, en primer lugar, clarificar los distintos usos de la noción. Esta tarea es central porque, tal como argumentaremos a continuación, la ambigüedad y la inconsistencia semántica contribuyen, en muchos casos, a un empobrecimiento teórico de los debates. Una vez he-

chas las aclaraciones pertinentes, se analizan críticamente los distintos usos de la noción de muerte digna y su rol en distintas estrategias argumentales en los debates.

Argumentaremos que, salvo que se manifieste una adherencia expresa a una noción no secular de la dignidad, apelar a la dignidad a la hora de decidir cómo morir no resuelve inmediatamente la cuestión de la permisibilidad o impermisibilidad moral de la eutanasia. Finalmente, siguiendo a Philippa Foot (1977), una de nuestras propuestas será que, en el contexto de las reflexiones sobre la eutanasia, el valor humano debe entenderse de una manera *mixta*. Lo anterior supone una combinación de: a) criterios *objetivos* mínimos de lo que constituye una vida humana valiosa; y b) consideraciones *subjetivas* sobre lo que constituye una vida valiosa desde la perspectiva de la persona de cuya vida se trata. Este enfoque mixto, sostenemos, nos permitirá responder a las preocupaciones y objeciones más frecuentes que hemos encontrado sobre todo en los debates actuales sobre la regulación de la eutanasia..

## 1. Muerte digna: breve recorrido histórico

Tal como lo recoge Philippe Ariès (1999, 2000) las prácticas, rituales y sentidos asociados a la conciencia de la propia muerte han estado sujetos a una gran variación histórica desde la prehistoria. Las representaciones de lo que se entiende como “buena” o “mala” muerte no escapan a ello. La tipología realizada por este autor permite una aproximación a los cambios en las actitudes y mentalidades sobre la muerte en Occidente, reflejando el impacto de estos cambios en la vida familiar, económica, cultural y en los avances científicos, fundamentalmente en el campo de la medicina. En las sociedades campesinas tradicionales, la “muerte domesticada”, aquella que se esperaba serenamente y “no se moría uno sin haber tenido tiempo de saber que iba a morir” (Ariès 2000:24) se oponía a la muerte inesperada y terrible, a la muerte violenta o a consecuencia de una epidemia. Durante

el siglo XVIII y ya entrado el siglo XIX la “buena muerte” era anunciada y esperada en sus signos inconfundibles, “yaciendo el moribundo en el lecho” rodeado de parientes, amigos, el sacerdote y la comunidad que acompañaba aquella ceremonia pública incluyendo a los niños y niñas (Ariès 2000). La muerte era así familiar, próxima y colectiva. Para Ariès, la emoción y exaltación asociada a la ausencia del otro, propia de la “muerte ajena” se ubica a inicios del siglo XIX. La muerte súbita “fea y villana” daba miedo, se imponía como una cosa extraña y monstruosa de la que no se osaba hablar (Ariès 1999:17).

Si bien Ariès ubica el nacimiento de un sentir individual de la muerte, “la propia muerte”, en la Baja Edad Media, debe marcarse un punto de inflexión significativo en la actitud hacia y en la representación de la muerte en el siglo XIX. Este cambio sería fruto de una “nueva sensibilidad” que promueve ocultar al moribundo su propia muerte y a la sociedad la muerte ajena. En palabras de Ariès, se trata de evitar “una turbación y una emoción demasiado fuertes, insostenibles, causadas por la fealdad de la agonía y la mera irrupción de la muerte” (Ariès 2000:84). Llegada la segunda mitad del siglo XX, la muerte deja de ser una vivencia familiar y privada y se desplaza al hospital: se medicaliza, se define, se gestiona y se organiza desde el espacio hospitalario. El hospital, que había sido hasta el momento el lugar donde morían los “miserables y peregrinos” se transforma en el lugar de los cuidados que no podían brindarse en casa y, sobre todo, en un lugar de “lucha *contra* la muerte” (Ariès 2000:85; énfasis nuestro).

A la luz del recorrido anterior, cobra fuerte sentido la afirmación de Susana Vidal (2018), quien sostiene que la muerte se ve, en la medicina contemporánea, como un fracaso. Como parte del proceso acelerado de incorporación de nuevas tecnologías (como la donación de órganos, la diálisis, el soporte vital) al campo de la salud, la muerte también se tecnifica. Incluso, el fracaso médico y técnico que supone la muerte, debe evitarse, aunque ello implique obstinación en las intervenciones médicas. La muerte intervenida, medicalizada, encarnizada,

frente al final negado, nos obliga con urgencia a preguntarnos qué consideramos en nuestros días una “muerte digna”.

Incluso, en este escenario, es también posible cuestionarnos, de manera más amplia, qué formas de cuidado nos debemos al final de la vida. De hecho, algunos autores señalan que la idea de “morir con dignidad” no resuelve todos los problemas éticos y morales que se presentan al final de la vida. Ana Fascioli (2016), por ejemplo, plantea que los cuidados al final de vida (el foco está puesto en los cuidados paliativos) incluyen la “muerte digna” pero no se reducen a esta. Una forma más adecuada de pensar, según Fascioli, es en clave del reconocimiento<sup>1</sup> que nos debemos los unos a los otros al final de la vida.

En lo que sigue, nos proponemos un análisis de la noción de “muerte digna” para identificar su potencial y sus límites para responder a los interrogantes hasta aquí planteados.

## 2. Muerte digna: precisiones conceptuales

Hablar de muerte “digna” introduce en la discusión un término que en bioética es no sólo polisémico sino, también, cuestionado en su utilidad. Por ejemplo, Ruth Macklin (2003) afirmó que la dignidad era un concepto “inútil” en la ética médica, en tanto que no agregaba a las discusiones bioéticas sobre las tecnologías reproductivas o sobre el avance de la genética que surgieron a partir de 1970.<sup>2</sup> En la mayoría de los casos, Macklin sostiene que “dignidad” es un concepto vago e intercambiable con el principio de “respeto a las personas” o con la noción de “autonomía”. Estas dos últimas nociones tendrían, para Macklin, la ventaja de orientar la práctica de manera más precisa y eficiente que la noción de dignidad: promover la autonomía y el

respeto a las personas nos comprometería más claramente con, por ejemplo, la obtención obligatoria de consentimiento informado, el deber de confidencialidad que tienen quienes acceden a datos sensibles de pacientes o sujetos de investigación y la protección necesaria contra todo abuso o discriminación de pacientes o sujetos de investigación.<sup>3</sup>

Si bien el planteo de Macklin es comprensible en tanto que respuesta a un contexto, podemos pensar si no es posible conceder en parte sus observaciones y, aun así, mantener que la dignidad juega un rol crucial en la discusión bioética. De esta manera, en este artículo reconocemos el rol *normativo* o *fundacional* de la dignidad, en tanto compromiso con el valor intrínseco, incondicional y no instrumental de “lo humano” o del “estatus humano”. Sin embargo, intentaremos demostrar que, reconocer este valor intrínseco, no resuelve definitivamente la discusión sobre la permisibilidad moral (o no) de la eutanasia. La razón de lo anterior es que, aun reconociendo y comprometiéndonos con el valor de lo humano, es posible discutir qué constituye exactamente ese estatus: cuándo está presente y cuándo desaparece. Estos dos puntos son cruciales a la hora de reflexionar sobre la eutanasia.

¿Y qué quiere decir que la dignidad tiene un carácter normativo fundacional? Tradicionalmente, el origen histórico de la noción de dignidad se sitúa en la Modernidad. Según Charles Taylor (1996), por ejemplo, es en la Época Moderna donde el sujeto se vuelve un “yo” de una manera en la que no lo podía ser para los antiguos. De manera muy resumida, esto quiere decir que, según Taylor, la modernidad implicó un proceso peculiar de individuación según el cual los sujetos aparecen por primera vez lo suficientemente independientes como para ser, a la vez, *capaces de y responsables por* su singularidad (Taylor 1996:257). Entre otras razones, este cambio habría sido posible porque el ser humano se separa

1 Fascioli (2016) retoma el concepto hegeliano de reconocimiento desarrollado por el filósofo Axel Honnet.

2 No nos comprometemos con el uso intercambiable de “bioética” y de “ética médica”, simplemente reproducimos aquí la formulación de Macklin.

3 Macklin, R (2003) El original dice: “In this and other documents “dignity” seems to have no meaning beyond what is implied by the principle of medical ethics, respect for persons: the need to obtain voluntary, informed consent; the requirement to protect confidentiality; and the need to avoid discrimination and abusive practices.” (Ibid.)

del orden cósmico al que había estado sujeto durante la Antigüedad y, a la vez, se auto-comprende como sujeto a un orden regido por leyes propias (a saber, de origen humano).

Algunos autores ven, en este cambio en la manera de concebir a los individuos, la condición de posibilidad para poder hablar de, y distinguir entre, autonomía y heteronomía. (Gauchet en Delory-Momberger 2010:33). La autonomía, en tanto que vida vivida de acuerdo a leyes que podamos reconocer como propias, no era pensable antes de que la auto-legislación fuera concebible. Lo anterior implica, entre otros cambios relevantes, que en la Modernidad se vuelve pensable una forma particular de igualdad entre los sujetos: aquella igualdad que resulta de su igual capacidad para auto-legislarse de acuerdo a su razón y, por lo tanto, de la igual *dignidad* asociada a esta capacidad. Por ejemplo, como señala Gustavo Pereira, la noción (*moderna*) de dignidad funda nuestra comprensión de nosotros mismos como sujetos que deben ser tratados de manera igual a todos los demás y "nuestra auto-comprensión como iguales está basada en el valor intrínseco que tenemos como personas, de manera que debemos siempre ser considerados como un fin y nunca sólo como un medio" (Pereira 2013:1).

Lo anterior sintetiza qué quiere decir que la noción de "dignidad" es una noción normativa y fundacional: la idea de dignidad está intrínsecamente asociada con nociones como la de igualdad y la de autonomía y, fundamentalmente, les da el sustento normativo para que no sean meramente aspiraciones opcionales sino cuestiones exigibles, esto es: cuestiones de justicia.

Sin embargo, aún acotando la expresión de "morir con dignidad" en vista a las consideraciones precedentes, la idea de "morir con dignidad" puede evocar sentidos tan diversos como: el compromiso con el igual acceso a una buena atención en salud al final de la vida, la apelación a morir de manera "humana" (por ejemplo, de manera no encarnizada o excesivamente tecnificada), la importancia de que se respete la autonomía de quien muere (en lo

que respecta a sus creencias filosóficas y/o religiosas sobre la vida o la muerte o a sus preferencias de tratamiento), el llamado a comprometernos con el valor irrenunciable e incondicional del ser humano hasta el final de la vida de cualquier ser humano (por ejemplo, renunciando a cualquier intervención que pueda verse como atentando contra esa vida); sentidos que como hemos mencionado deben ser entendidos en su contextualidad histórica.

A nivel más concreto, la normativa uruguaya define, en la Ley N°18.335 de agosto de 2008, el "morir con dignidad" como aquella muerte que sucede "en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica)." (Art. 17 literal D). Por otro lado la Ley N°18.473 de Abril de 2009, *Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales*, plantea en su Art. N°1 la relación entre calidad de vida y la prolongación de la misma a partir de la especificación de tratamientos ante los cuales el paciente tiene derecho a negarse, normatizando el derecho de la persona ante decisiones al final de la vida y la forma que esta estima se considera digna:

Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros. Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrase enferma de una patología terminal, incurable e irreversible (Ley N°18.473: Art.1)

Por otro lado resulta interesante observar el proceso que va desde la presentación del primer proyecto de despenalización de la eutanasia en Uruguay

en marzo de 2020 hasta el reciente del año 2022, donde se la entiende como un derecho. En el primer caso se alude en la exposición de motivos a la muerte digna basado en la situación de las personas “que prefieren morir a seguir viviendo en la forma en la que lo están haciendo, pero necesitan ayuda, una ayuda que la ley considera delito, para poner fin a sus sufrimientos y morir con dignidad”<sup>4</sup>. Esta fundamentación cobra relevancia en el proyecto de 2022, en donde se expresa en su Artículo 1 “La presente ley tiene como objeto regular y garantizar el derecho de las personas a transcurrir dignamente el proceso de morir, en las circunstancias que ella determine”.<sup>5</sup>

Como vemos, nuevamente aparecen en posible tensión dos polos: el de la dignidad como valor incondicional e irrenunciable del ser humano (p. ej. en la prohibición de la anticipación de la muerte, por ejemplo) y el de la dignidad asociada al respeto por la autonomía, en este caso aplicada a las decisiones médicas (p. ej. al permitirle al sujeto priorizar, en sus términos, la calidad de vida por sobre su duración). En lo que sigue, nos detenemos en cada uno de estos polos, para analizar qué implicancias tiene para la eutanasia.

### 3. Dignidad como valor incondicional e irrenunciable del ser humano

Quienes afirman que de la noción de dignidad se sigue un compromiso con la “sacralidad” de toda vida humana deducen generalmente que el valor de la vida está por encima de cualquier opinión que individuos particulares pudieran tener sobre la vida propia o la ajena. La dignidad en este contexto hace referencia al valor inherente al ser humano por el simple hecho de ser humano (lo que muchas veces implica: en cuanto ser racional dotado de libertad). No se trata entonces de una cualidad otorgada por nadie sino consustancial al ser humano. Aquí, podríamos ubicar posturas religiosas y laicas

en contra de la eutanasia, las posturas kantianas son un ejemplo de esas últimas.

Desde la perspectiva de posturas religiosas judeo-cristianas, teocéntricas, encabezadas en gran medida por Santo Tomás de Aquino se hace referencia al rol que cumple el ser humano respecto a la toma de decisiones (Aquino 1988/1979). En este contexto, el ser humano interpreta la “ley divina” y la acata heterónomamente. En este sentido inicial, no sería potestad del hombre decidir hasta cuándo se extiende su vida. Dentro de las concepciones religiosas, el concepto de dignidad cobra sentido en forma de una propiedad inherente a los seres humanos que se origina por algún atributo divino, por ejemplo el haber sido creados a imagen y semejanza de Dios.

En este contexto, la vida humana se sacraliza. Todo accionar que vaya en detrimento de la propia vida, entonces, podría desconocer esta cualidad sagrada, inalienable e irrenunciable de la dignidad humana. La visión que interpreta la dignidad como un valor intrínseco de las personas, plantea que, dado el valor sagrado y absoluto del derecho a la vida, las personas no pueden disponer de ella, no aceptando moralmente como válido el suicidio ni la eutanasia. Para estas posturas la vida tiene un valor absoluto, irrenunciable, siendo la muerte un hecho natural, un destino, donde lo aceptable como digno es morir serenamente, cuando esta llegue (Lorda 2008).

Con el Renacimiento, se da una nueva concepción de lo humano, la cual enaltece al hombre en cuanto hombre, señalando que el valor de una persona debe medirse por su capacidad para desarrollar las virtualidades de su condición humana; se genera así una nueva idea de dignidad que surge del propio hombre y no de factores externos como Dios. Como mencionamos antes, es recién en este contexto que cobra sentido la noción de autonomía tal como ahora la entendemos.

4 <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/repartido/representantes/49/28/0/PDF>

5 <http://www.diputados.gub.uy/data/docs/LegActual/Repartid/R0691.pdf>



En la tradición kantiana, es central el valor atribuido a la capacidad de autolegislación propia de los seres racionales y de la inmoralidad que implica tratar a un agente moral como un simple medio al imponer una voluntad ajena. Esta capacidad de autolegislación, sin embargo, debe entenderse dentro de los límites de lo que se considera aceptable para *cualquier* ser racional (Kant 2005). Cabe destacar, sobre todo, que esta lectura de la autonomía no habilitaría a ver la eutanasia como la expresión de la autonomía de un agente, en tanto que se impone también en primera persona la imposibilidad de tratarse a sí mismo como un mero medio. Desde una perspectiva kantiana, incluso, podrían pensarse restricciones a la eutanasia derivadas del estatus que tiene el cuerpo en este sistema: según la interpretación de Kant, el propio cuerpo se vincula al concepto de persona y no de cosa: no somos dueños de nuestro cuerpo, sólo disponemos de él benévolamente (Kant 2005). Por lo tanto, considerar acabar con la propia vida, sería disponer del propio cuerpo de una manera inadecuada.

¿Pero debe la muerte considerarse necesariamente un daño o atentado a la dignidad? Si así lo fuera, la eutanasia entraría en contradicción con el "*primum non nocere*" (Hooker 1847:219) que es uno de los principios y ejes rectores de la medicina y que tiene su justificación en perspectivas deontológicas como las recién expuestas. Incluso permaneciendo dentro de una perspectiva deontológica, las respuestas a esta pregunta varían.

Por un lado, cabe destacar que algunos autores consideran que es posible utilizar la noción de dignidad en el sentido kantiano para pensar en formas de vida incompatibles con la dignidad humana (Velleman 1992). En este sentido, es posible cuestionar si la respuesta al sufrimiento es la muerte, y si la autonomía podría estar por encima de la dignidad humana. Por otra parte, Charlesworth (1999) critica la expresión "morir con dignidad", transformando el encuadre argumental y reemplazándolo por una premisa que parecería tener mayor coherencia: "morir con autonomía". Otros, en cambio, consideran que la expresión "morir con dignidad", como apoyo del derecho a la eutanasia o al suicidio

médicamente asistido en situaciones de vulnerabilidad, confunde la exigencia de "dignidad" con la exigencia de "calidad de vida" (Hottois 2009:58). El individuo debe ser libre de estimar que en ciertas circunstancias, su vida a su manera de ver, ya no puede ser vivida con suficiente dignidad; su última dignidad en tanto, consiste en abandonar la vida percibida como insoportable. Quienes no son capaces de reconocer esta libertad y dignidad en este sentido, en verdad, están confundiendo dignidad con sacralidad de la vida (Hottois 2009:58).

En definitiva, es necesario destacar que la noción de dignidad pretende muchas veces usarse como argumento concluyente (de Estéfani 2006). Este uso tiende a presuponer un posicionamiento de carácter onto-teleológico que asocia a la dignidad humana con el concepto de sacralidad de la vida, generando así una acepción sagrada de la vida humana que aboga en preservar la vida humana a toda costa, aunque ésta se reduzca a una supervivencia simplemente biológica (Charlesworth 1999).

#### 4. Autonomía personal y la valoración de la propia vida

La pregunta que nos concierne ahora es la de si, de la noción de autonomía personal, se desprende necesariamente la permisibilidad moral de la eutanasia. No nos extenderemos aquí en definir la noción de autonomía, que ha sido ampliamente discutida en la filosofía en general y dentro de la bioética en particular. Para los propósitos de este artículo, entendemos "autonomía" como sinónimo de "gobierno de sí": la autonomía implica, de manera resumida, la vida de acuerdo a normas, valores, preferencias que un agente puede considerar como "propias".

Ahora bien, en diferentes tradiciones, se han buscado diversos fundamentos para darle fuerza normativa a este lazo entre un "yo" y ciertas normas, valores o preferencias. Así por ejemplo, como vimos más arriba, en la tradición kantiana, el respeto a este lazo se sigue del valor atribuido a la capacidad de autolegislación propia de los seres racio-



nales y de la inmoralidad que implica tratar a un agente moral como un mero medio al imponerle una voluntad ajena.

Existe también una vertiente de la autonomía derivada del liberalismo romántico de Stuart Mill que pone mucho más énfasis en la noción de “autenticidad”. Dentro de este marco, la autonomía está más cerca de la capacidad de desarrollar una individualidad propia, original y auténtica que con la capacidad de seguir reglas que todos los seres racionales podrían reconocer como propias (Mill 1986). Sobre todo, el tipo de conducta que se considera autónoma no queda restringida por consideraciones morales, los modelos liberales de la autonomía personal se consideran típicamente neutrales desde el punto de vista del contenido y lo que determina la autonomía de un deseo, valor o preferencia es la forma en la que el agente se vincula con cada uno de estos elementos, no la preferencia en sí (Dworkin 1989).<sup>6</sup> Por ejemplo, dentro de este esquema es pensable que una persona tenga una preferencia autónoma por la servidumbre, la opresión o, incluso, por terminar su vida, lo que no ocurre dentro del marco kantiano presentado anteriormente.

Más recientemente, se han hecho esfuerzos por definir la autonomía de una manera que da más peso a nuestra vulnerabilidad intersubjetiva, es decir, al hecho de que necesitamos de los otros tanto para desarrollar las competencias reflexivas y normativas necesarias para ser autónomos como para definirnos, identificar nuestras preferencias, valores y deseos. Así, la autonomía relacional:

... implica admitir que la autonomía no se dirime sólo en primera persona, que no es solo un indicador de las habilidades cognitivas del sujeto relacional, sino que el desarrollo de dichas capacidades está fuerte-

mente condicionado por elementos externos al sujeto, por el contexto y por las relaciones que en el marco de dicho contexto, el sujeto entabla (Álvarez 2015:20)

En el contexto de una discusión sobre la eutanasia, la autonomía relacional es pertinente para recordar la infraestructura social y relacional necesaria para el ejercicio de la misma: somos siempre “personas entre las personas” (Baier 1985:89). Incluso si de la autonomía se siguiera un derecho innegable a la eutanasia, el respeto a la primera requiere siempre de un sistema robusto de cuidados y de un acceso adecuado y suficiente a servicios de salud (incluida la salud mental).

Lo que queremos dejar claro con este breve resumen es que apelar a la autonomía del agente en cuestión no resuelve definitivamente la permisibilidad moral de la eutanasia.

## 5. Enfoque mixto

A partir de las alternativas consideradas precedentemente el enfoque mixto representado por Philippa Foot (1977) permite superar algunos de los problemas que nos plantean visiones monistas sobre la dignidad. Para esto es necesario volver a la etimología de la palabra *eutanasia*, la cual nos lleva a pensar en el *buen morir*, un evento bueno y feliz para el que muere: podemos definirla entonces como la acción (o la inacción)<sup>7</sup> mediante la cual se da muerte en beneficio del afectado. Pero, ¿en qué momento le deseamos la muerte a una persona argumentando que será en su propio beneficio? Tendemos a pensar que la vida es un bien para todo aquel que la posee, aunque la vida de la mayoría de nosotros contenga dolor y sufrimiento. La filósofa expone que, si bien muchas personas tienen en su

6 En los modelos liberales de autonomía, el límite a la neutralidad viene dado no por restricciones explícitas a lo que puede ser deseado o preferido autónomamente, sino a través de condiciones de competencia reflexiva para la autonomía que restringen las condiciones en las cuales puede considerarse que las expresiones de la voluntad de un agente son legítimas. Así, por ejemplo, la falta de racionalidad mínima, el estar en un estado (pasajero o permanente) que pueda arrojar dudas sobre si la voluntad del agente es una expresión genuina, la sospecha de que un agente está siendo indebidamente influenciado por su entorno, constituyen generalmente barreras para considerar que el agente se encuentra en condiciones subjetivas o intersubjetivas para ser autónomo.

7 A los efectos de este trabajo y del proyecto de ley en Uruguay “la inacción” en el sentido de Foot correspondiente a una definición de eutanasia pasiva no se incluye, ya que se hace referencia a la eutanasia vinculada a una acción intencional para poner fin a la vida.

vida más sufrimiento que felicidad, no podemos concluir que rescatarlos de la muerte es indefectiblemente hacerles un bien. Foot trae ejemplos, como el siguiente: "Supóngase, por ejemplo, que alguien estuviera siendo torturado hasta la muerte y se le administrara una droga que prolongara su agonía; esto no constituiría un beneficio sino lo contrario<sup>8</sup> (Foot 1977:88).

El objetivo de Foot es mostrar que no necesariamente aquel que nos prolonga la vida nos hace un bien. La autora critica lo expuesto por otros pensadores, por ejemplo Thomas Nagel, el cual sugiere que la experiencia vital es un bien en sí mismo, más importante que el contenido de cada una de las experiencias. Si esto es así, ¿debemos valorar como buena una experiencia por completo deplorable, como es la tortura?

Ante este panorama, Foot considera necesario encontrar el nexo conceptual entre la vida y lo bueno (lo beneficioso) para dar cuenta luego sobre cómo podemos examinar aquellos casos en los que la muerte se da como algo bueno. La filósofa propone que dentro de esta discusión es necesario agregar la percepción que el sujeto tiene de su propia vida, exponiendo "¿no podría considerarse dentro de las condiciones necesarias para que una vida sea un bien para alguien que ese alguien así lo considere?"<sup>9</sup>.

Foot argumenta que la conexión entre ambos términos (la vida y lo bueno) no se da simplemente por el hecho de estar vivo, sino que podemos hablar de la vida buena cuando se alcanza un estándar de normalidad: las vidas humanas ordinarias poseen un mínimo de bienes básicos que cuando están ausentes eliminan la asociación entre la vida y lo bueno.

La idea que necesitamos parece ser la de una vida que es vida humana ordinaria en el siguiente aspecto: que contiene un mínimo de bienes humanos básicos. Lo que es ordinario en la vida humana, incluso en vidas muy duras, es que un hombre no se ve impulsado a trabajar mucho más allá de su capacidad; que cuenta con el apoyo de una familia o comunidad; que puede más o menos saciar su hambre; que tiene esperanzas para el futuro; que puede acostarse a descansar por la noche (...) Cuando un paciente está tan abrumado por el dolor o la náusea que no puede comer con placer, si es que puede comer, y está fuera del alcance incluso de la voz más amorosa, ya no tiene una vida humana ordinaria en el sentido que se quiere evocar aquí<sup>10</sup> (Foot 1977:95).

Ahora podemos bosquejar lo que la autora comprende como eutanasia, buen morir: un acto o una omisión atribuida a un agente que elige dar fin a la vida de otra persona porque en ella parecería existir más dolor y sufrimiento que bienestar, porque esa vida no llega a esos bienes mínimos planteados.

Al hablar de muerte digna convergen, necesariamente las concepciones de vida buena que tiene cada persona. Lo que cada quien considera como calidad de vida se encuentra determinado por sus experiencias de vida, valores y creencias. Es así que las subjetividades permean el concepto de vida (y por tanto de muerte) digna. Incluso desde la etimología de la palabra eutanasia ("eu" bueno y "thanatos" muerte) se infiere la noción de lo que es "bueno", lo cual necesariamente implica tantas consideraciones como personas las hay.

8 Nuestra traducción, el original lee: "Suppose, for instance, that a man were being tortured to death and was given a drug that lengthened his sufferings; this would not be a benefit but the reverse."

9 Nuestra traducción. El original lee: "might it not be counted as a necessary condition of life's being a good to a man that he should see it as such?"

10 Nuestra traducción. El original lee: "The idea we need seems to be that of life which is ordinary human life in the following respect-that it contains a minimum of basic human goods. What is ordinary in human life-even in very hard lives is that a man is not driven to work far beyond his capacity; that he has the support of a family or community; that he can more or less satisfy his hunger; that he has hopes for the future; that he can lie down to rest at night (...) When a patient is so overwhelmed by pain or nausea that he cannot eat with pleasure, if he can eat at all, and is out of the reach of even the most loving voice, he no longer has ordinary human life in the sense in which the words are used here."

Ante este riesgo de relativismo es necesario dar una reflexión en torno a cuáles son los límites a considerar, y en qué casos se entendería a la eutanasia como moralmente permisible.

No se entiende que la eutanasia sea permisible para quien sufre dolor por un duelo, una separación o una pérdida de trabajo. Tampoco para quienes no tienen derechos básicos cubiertos; como la alimentación, la vivienda digna, la educación. En estas situaciones la falla se encuentra, probablemente, en todos los mecanismos previos que no permitieron a la persona acceder a condiciones de vida básicas.

Un argumento con frecuencia utilizado en el debate sobre la eutanasia es el de “pendiente resbaladiza”. Esto implica asumir que permitir A desencadenaría la permisibilidad de B, siendo esta una versión más extrema de A con la que moralmente se está en desacuerdo

El debate sobre la eutanasia supone

el riesgo de no poder prevenir la utilización de la eutanasia en situaciones que podrían ser tributarias de otras alternativas, o hacerla extensiva a situaciones en las cuales no sería pertinente. Por ejemplo: casos no previstos en la ley, casos de interpretación demasiado laxa de los criterios de aplicación de la ley y situaciones de presión ambiental en que el paciente se vería abocado a adoptar una opción que no tiene clara” (Miguel Sanchez y Romero 2006).

Es decir que este argumento plantea la posibilidad de que los límites se vayan difuminando y socialmente se comience a “bajar en una pendiente” en la que cada vez se haga más permisible la utilización de la eutanasia.

En este punto es importante recordar que el proyecto de ley en Uruguay (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social 2022) plantea tanto requisitos subjetivos como objetivos para el ejercicio de esta opción. El primero refiere a la voluntad de la persona que solicita la eutanasia haciendo ejercicio de su autonomía, y el segundo refiere a las condicio-

nes que deben cumplirse para que esta sea solicitable. Es decir, se establece un encuadre y límites claros a este recurso. Sin embargo la dificultad se encuentra en definir cuáles son estos límites y qué tanto se pueden (o no) respetar efectivamente una vez que la eutanasia sea aprobada.

Estos límites se encuentran explicitados en el artículo 2 del proyecto de ley: “toda persona mayor de edad, psíquicamente apta, que padezca una o más patologías o condiciones de salud crónicas, incurables e irreversibles que menoscaben gravemente su calidad de vida, causándole sufrimientos que le resulten insoportables (...)”.

El argumento de la pendiente resbaladiza se caracteriza por ser la fusión de dos argumentos, por un lado un argumento empírico que plantea que, en la realidad, los límites no son efectivos para regular la eutanasia. Por otro lado, un argumento en el que se pone en duda el real ejercicio de la autonomía de los pacientes en la toma de la decisión, argumentando que la real justificación de la eutanasia no es el pedido autónomo del paciente sino la consideración del médico de que este está justificado porque implicaría un bien para el paciente.

Estos dos argumentos pueden contrarrestarse con lo dicho anteriormente. Por un lado, el carácter objetivo de la legislación responde al argumento empírico, ya que plantea una serie de requisitos que deben cumplirse para poder acceder a la eutanasia.

Por otro lado, el carácter subjetivo de la legislación introduce la necesidad de la voluntariedad como requisito excluyente para la solicitud de la eutanasia. Esto, agregado al carácter objetivo (que es independiente de la consideración particular del médico) deja sin validez el argumento lógico de la pendiente resbaladiza.

Resulta importante considerar que supone una visión reduccionista interpretar que un aumento de los casos en los que fue permisible la eutanasia constituye un fenómeno de pendiente resbaladiza si este aumento corresponde a casos en los que esta fue solicitada dentro de los límites establecidos, y no debido a una flexibilización de estos. “Se

entiende la legislación como un instrumento social que pretende poner a resguardo determinadas valoraciones de las acciones humanas consensuadas, en este caso sobre el fin de vida, entendiendo que las leyes no previenen, ni estimulan, ni determinan hechos, solo los regulan en base a los valores consensuados" (Zunino et al. 2022:1). En esta línea es importante considerar que este proyecto de ley no determina conductas, sino que ofrece a quienes lo necesiten y así lo quieran, la posibilidad de acceder a la eutanasia de forma segura en una sociedad plural.

Por lo expresado anteriormente, y en el entendido de que la muerte puede ser la última de las decisiones humanas, podemos introducir la definición de eutanasia de Pohier quien plantea que "la eutanasia no es una elección entre la vida y la muerte, sino una elección entre dos formas de morir" (2016).

## Conclusiones

En el marco de una sociedad plural donde la libertad civil, religiosa, política e intelectual constituyen pilares sobre los que se asientan los derechos de sus ciudadanos no es posible sostener un monismo moral propio de posiciones dogmáticas. Para esto, resulta crucial tener el máximo respeto por las convicciones que cada individuo presenta como válidas desde el punto de vista valorativo, lo cual constituye la base para poder edificar un debate sólido y fructífero que posibilite acuerdos mínimos comunes que luego serán plasmados a nivel de la legislación nacional. Entendemos que la regulación legislativa de la eutanasia no debe ser presentada como una contra-cara a políticas de salud y de cuidado que ya existen y sí como una decisión más que se suma al abanico de toma de decisiones que le son presentadas a las personas al final de la vida, de acuerdo a su esquema de valores, garantizando así que la persona pueda manifestar y hacer uso de su autonomía hasta el último de sus días.

Por otra parte, consideramos que plantear a la eutanasia como un derecho, posibilita que existan

garantías para su ejercicio, regulación y control independientemente de la posibilidad de gestión de las personas, garantizando así criterios de equidad en el acceso.

Entendemos que, este tipo de decisiones entran en juego con el avance de la historia de la medicina, en dónde se ha conseguido desarrollar el "Giro Copernicano" (evento destacado con especial énfasis en la actual corriente conocida como "Medicina centrada en la persona") en el cual, se desplazó al médico del centro de la relación clínica para colocar en esta posición a los y las pacientes, viéndose de esta forma el tradicional paternalismo médico debilitado debido a un mayor ejercicio de la autonomía de los y las pacientes en la toma de decisiones en lo que respecta a su propio cuerpo. Estos pacientes contando con la información suficiente en cantidad y calidad, libre de cohesión y/o coacción y competencia necesaria, podrán ser entonces conscientes de las repercusiones que implicarán o se desencadenarán fruto de sus decisiones y por lo tanto, las mismas serán consideradas finalmente como válidas y autónomas.

La objeción de conciencia ha de ser aplicada, si la solicitud de eutanasia de un paciente entra en conflicto con los valores del médico o con lo que él considera que es su responsabilidad. En esos casos el paciente debería ser derivado a otro médico cuyos valores sean compatibles con los del paciente (Luna y Salles 1995), ya que, al negarse a prestar este acto se estaría vulnerando un derecho de los y las pacientes en el caso que la eutanasia sea realmente reconocida como tal.

Es en esta pluralidad de valores que se plasman en derechos es que deberemos necesariamente colocar la pregunta, ¿qué entendemos por muerte digna?. Como hemos planteado, su sentido es polisémico e históricamente situado. A partir de los argumentos expuestos planteamos que el valor humano puede ser pensado desde un enfoque mixto en el sentido de Philippa Foot (1977). Esto supone una combinación de criterios objetivos mínimos de lo que constituye una vida valiosa y consideraciones subjetivas desde la perspectiva de vida valiosa

otorgada por la persona. Entendemos que este enfoque nos permite problematizar y enriquecer los argumentos ante las preocupaciones y objeciones frecuentes que hemos encontrado en los debates actuales en el contexto de la discusión de la regulación legislativa de la eutanasia en Uruguay.

Recibido 15-12-2023

Aprobado 9-5-2024

## Bibliografía

- ÁLVAREZ, S., 2015. La autonomía personal y la autonomía relacional, *Análisis filosófico*, Vol.XXXV, Num.1, pp.13-26.
- AQUINO, T., 1979. Comentario al libro *Del alma* de Aristóteles, Arché, Buenos Aires.
- 1988. *Suma de Teología*, Biblioteca de autores cristianos, Madrid.
- ARIES, P., 2000. *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*, Editorial Acantilado, Barcelona.
- 1999. *El hombre ante la muerte*, Ed. Taurus, Madrid.
- BAIER, A., 1985. *Postures of the Mind: Essays on Mind and Morals*, University of Minnesota Press.
- CALIPARI, M., 2007. *Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*, Editorial de la Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.
- CHARLESWORTH, M., 1993. *Bioethics in a liberal society*, Cambridge University Press, New York.
- COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL., 2022. *Eutanasia - Regulación*. Carpeta N°2762, Repartido N°691, Cámara de Representantes XLIX, Legislatura. República Oriental del Uruguay. Disponible en: <http://www.diputados.gub.uy/data/docs/LegActual/Repartid/R0691.pdf>
- DE ESTEFANI, R., 2006. Dignidad humana y genética en BLAZQUEZ-RUIZ, F.J., 10 palabras clave en *Nueva Genética*, Verbo Divino, Villatuerta, pp.347-382.
- DELORY-MOMBERGER, C., 2010. *La condition biographique: Essais sur le récit de soi dans la modernité avancée*, Téraèdre, Paris.
- De MIGUEL SÁNCHEZ, C. y LÓPEZ ROMERO, A., 2006. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa Oregon y Australia (I), *Med Paliativa*, Vol.13, Num.4, pp.207-215.
- DWORKIN, R., 1989. *Los derechos en serio*, Ariel, Barcelona.
- FOOT, P., 1977. Euthanasia, *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 6, Num.2, pp.85-112.
- HOOKE, W., 1847. *Physician and Patient*, Baker and Scribner, New York, pp 1847:219.
- KANT, I., 2005. *Crítica de la razón práctica*. 1° Ed. Fondo de Cultura Económica: UNAM. México. Disponible en: <https://blogportafolioconocimiento.files.wordpress.com/2018/06/kant-immanuel-crc3adtica-de-la-razc3b3n-prc3a1ctica-bilin-gc3bce-dulce-marc3ada-granja-castro.pdf>
- KEOWN, J., 2002. *Euthanasia, ethics and public policy: an argument against legislation*, Cambridge University Press, Cambridge..
- LORDA, S., 2008. Muerte digna en España, *DS*, Vol.16(Número extraordinario), pp.75-94.
- LUNA, F., y SALLES, A., 1995. *Decisiones de vida y muerte: Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, Sudamericana.
- PEREIRA, G., 2013. *Elements of a critical theory of justice*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- REYES, F., 2021. Perspectivas filosóficas a partir del problema del suicidio, *Persona y Bioética*, Vol.25, Num 1.
- MILL, J.S., 1986. *Sobre la libertad*, Aguilar, Buenos Aires.
- TABOADA, P., 2011. Eutanasia y acto médico, *Revista médica de Chile*, Vol.139, Num.5, pp. 642-654.
- TAYLOR, C., 1996. *Fuentes del yo: Construcción de la identidad moderna*, Paidós Ibérica, Barcelona.
- HOTTOIS, G., 2009. Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico, *Revista Colombiana de Bioética*, vol.4, Num.2, pp.53-83.

- RILEY, S. y BOS, G., s/f Human Dignity. Internet Encyclopedia of Philosophy: <https://iep.utm.edu/human-dignity/#H6>, última visita 30/01/2023.
- VELLEMAN, J., 1992. Against the Right to Die, *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, Vol.17, Num.6, pp.665–681.
- VIDAL, S., 2018. Decisiones en el final de la vida: Una aproximación desde la Bioética. Disponible en: <https://docplayer.es/46950840-Decisiones-en-el-final-de-la-vida-una-aproximacion-desde-la-bioetica.html>
- ZUNINO, C. et al., 2022. Problemas éticos al final de la vida en el marco de la discusión del proyecto de ley de eutanasia en Uruguay: una mirada posible. Disponible en: <http://www.bioetica.fmed.edu.uy/content/final-de-la-vida>

