



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN FILOSOFÍA**

**AUTONOMÍA Y BIENESTAR EN LA PRÁCTICA MÉDICA.  
LA EUTANASIA COMO CASO DE ESTUDIO BAJO UNA INTERPRETACIÓN KANTIANA.**

**Tesis para obtener el título de  
MAESTRA EN FILOSOFÍA**

**Presenta**

**LIC. MÓNICA RUÍZ ESQUIVEL**

**Directora de tesis**

**DRA. FAVIOLA RIVERA CASTRO**

**2012**





No se trata tanto de que el hombre tenga una larga vida como de que cuanto viva lo haga dignamente, esto es, sin vulnerar la dignidad de toda la humanidad.

I. Kant

# ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
Agradecimientos .....	5
Introducción .....	6
Capítulo I. Autonomía y bienestar: valores relevantes en la práctica médica .....	10
1. La relación médico-paciente, ¿a quiénes nos dirigimos? .....	11
1.1. Criterios de capacidad en la práctica médica .....	13
1.2. Valores relevantes en el <i>consentimiento informado</i> .....	14
2. Algunas perspectivas sobre la autonomía .....	16
2.1. El derecho a las malas inversiones .....	16
2.2. Instrumentalización y autoevaluación reflexiva .....	21
3. Algunas perspectivas sobre el bienestar .....	23
3.1 Elementos comunes, divergencias sustanciales .....	26
Capítulo II. Autonomía contra bienestar. La eutanasia activa como caso de estudio .....	31
1. El binomio autonomía-bienestar .....	32
1.1. Vínculos no problemáticos.....	32
1.2. El terreno conflictivo .....	35
2. Eutanasia. El debate actual .....	39
2.1. ¿Qué es la eutanasia? .....	39
2.2. La santidad de la vida .....	42
3. La necesidad de otra perspectiva sobre la autonomía .....	45
Capítulo III. Una visión alternativa sobre la autonomía y el valor de la humanidad. La postura kantiana .....	48
1. ¿Qué es ser autónomo en la ética kantiana? .....	50
1.1. Heteronomía y bienestar .....	52
1.2. Autonomía, moralidad y libertad .....	56
1.3. El valor de la humanidad .....	58
2. La elección de la propia muerte en Kant .....	61
2.1. Suicidio por amor propio. El caso de la <i>Fundamentación</i> .....	61
2.2. Preservar la vida o elegir la propia muerte ¿un conflicto de deberes? .....	64
3. Primeros elementos para el debate sobre la eutanasia .....	67

Capítulo IV. La eutanasia bajo una interpretación kantiana. Una nueva perspectiva sobre la autonomía y el bienestar .....	70
1. ¿Es inmoral la eutanasia activa? .....	71
1.1. Ayudando a morir: ¿un deber hacia los otros? .....	73
2. La legalidad de la eutanasia y los riesgos del paternalismo .....	76
2.1. Objeción de conciencia: la necesidad de marcar límites .....	81
3. Nueva perspectiva sobre la autonomía y el bienestar en la práctica médica. Breves reflexiones sobre la situación en México .....	83
 Conclusiones .....	 88
 Bibliografía .....	 92

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente a la Facultad de Filosofía y Letras y al Instituto de Investigaciones Filosóficas, porque gracias a los profesores con los que tuve la oportunidad de formarme académicamente pude concluir este trabajo de titulación. También agradezco a la Dra. Faviola Rivera y a la Dra. Corina Yturbe por incorporarme al proyecto de investigación *El liberalismo en México: historia, teoría y problemas contemporáneos* (PAPIIT IN402709) y al Dr. Efraín Lazos por incorporarme al proyecto de investigación *Racionalidad crítica: alcances y límites de la tradición kantiana* (PAPIIT IN400812), además de agradecer a los responsables y corresponsables de ambos proyectos por otorgarme la beca que me permitió concluir esta tesis y adentrarme en el estudio del liberalismo y la filosofía kantiana.

Agradezco especialmente a la Dra. Faviola Rivera, a quien respeto y admiro, por aceptar ser mi asesora y tener la paciencia necesaria para guiarme y apoyarme en cada uno de los detalles de esta investigación. Sin sus enseñanzas sobre la filosofía de Kant y otros tantos temas, así como sin sus comentarios y correcciones, esta tesis no hubiera sido posible.

Agradezco a la Dra. Asunción Álvarez por aceptar ser revisora de la tesis y ayudarme a repensar esta investigación desde enfoques distintos de la ética médica. Además le agradezco su apoyo incondicional para guiarme en la solución de problemas que me acompañaron durante toda la investigación. También agradezco a cada uno de mis sinodales, a la Dra. Corina Yturbe y al Dr. Carlos Mendiola, por apoyarme con su disposición a leer esta investigación y comentarla.

Agradezco al Dr. Efraín Lazos por aceptar ser mi sinodal y sobre todo por fomentar mi interés en la filosofía kantiana. También le agradezco su confianza y apoyo incondicional al trabajo realizado por el círculo de estudios kantianos, así como por su apoyo invaluable a mi trabajo independiente. En fin, gracias por ser una guía e inspiración para ciertos jóvenes kantianos persistentes.

Agradezco a mis compañeros del CEK por motivarme a seguir leyendo y discutiendo la filosofía kantiana. Gracias queridos amigos por sus comentarios, por las largas discusiones y por ayudarme a no decaer en los momentos difíciles.

Quiero agradecer a mi familia por su confianza en mi trabajo. También agradezco a las personas que ya no están presentes, pero que han influido significativamente en mi vida y en mis intereses filosóficos.

Finalmente, dedico esta investigación a las tres personas más importantes de mi vida. *Miguel Ángel*, gracias por estar siempre presente y por creer en mí más que yo misma, eres lo que le da equilibrio a mi vida. *Renato*, mi querido y pequeño hermanito, gracias por ser la alegría de la familia, por creer en mí y por apoyarme siempre.

*A mi madre*, por ser el pilar de la familia, por ser mi mejor amiga y mi más grande apoyo en los momentos buenos y en los malos, por tener absoluta confianza en mí, y por ser la mejor persona y madre que alguien desearía tener a su lado.

## INTRODUCCIÓN

En las discusiones actuales sobre ética médica existe un debate recurrente que pareciera, a primera vista, irresoluble. Este debate se da entre, por un lado, aquellos que defienden la autonomía de los pacientes incondicionalmente, es decir, que defienden que los pacientes racionalmente competentes deben decidir sobre sus tratamientos médicos con base en lo que consideran lo mejor para su forma de vida, intereses, preferencias, y bienestar y, por el otro, aquellos que defienden que son los doctores o el Estado los más indicados para decidir sobre el tratamiento médico que un paciente debe seguir, esto bajo el argumento de que los primeros sí saben qué acciones fomentarán el bienestar de este último.

En la primer postura es recurrente que la autonomía incluya el derecho del agente a equivocarse o hacer “malas inversiones” porque el valor que se reconoce en ésta es la capacidad humana de jerarquizar valores, intereses o preferencias de acuerdo a lo que mejor responde a una concepción propia del bienestar, aunque en ocasiones tal jerarquización no sea la “correcta” o no haya un criterio para “decidir correctamente” entre distintas preferencias. El segundo tipo de postura parte del supuesto de que la decisión última debe recaer en el especialista o en una autoridad jurídica (o de otro tipo, religiosa por ejemplo), cuando se considera que un paciente, a pesar de ser un agente racional, ignora lo que es mejor para su bienestar.

En la presente investigación se pretende atender a los conflictos que surgen del debate señalado. Para ello se partirá de un estudio general sobre los conceptos de *autonomía* y *bienestar* en algunas teorías contemporáneas que especialmente se han interesado en el ámbito de la ética médica. El tipo de casos que se analizarán no tratarán de probar si los doctores, el Estado o las instituciones religiosas tienen razón sobre qué contribuye al bienestar de las personas, o si el paciente tiene derecho a decidir y exigir, bajo toda circunstancia, qué tratamiento desea recibir con base en su autonomía individual. Lo que se tratará de demostrar es si existe alguna postura que nos ayude a dar prioridad a alguno de los valores enunciados, la autonomía y el bienestar, en casos en los que éstos parecen encontrarse en discordia.

Frente a este conflicto ético y político que suele suscitarse en algunos dilemas médicos, esta investigación intenta ofrecer argumentos para responder afirmativamente la siguiente cuestión: ¿se puede, y hasta qué punto, a partir de una perspectiva kantiana, defender la autonomía de los pacientes racionalmente competentes contra lo que terceros consideran su bienestar en las decisiones sobre tratamientos médicos?

La hipótesis que se intentará defender es que sí es posible, a partir de una perspectiva kantiana, encontrar una alternativa de solución para casos médicos en los que los principios de autonomía y bienestar se encuentran en conflicto, tal que debe optarse por uno de ellos. Específicamente considero que la postura kantiana ofrece una alternativa de solución al conflicto planteado porque, a partir de su tesis sobre el respeto incondicionado que nos merece la humanidad dada su naturaleza racional y, con ello, la capacidad de las personas para autolegislar con base en su propia razón, podemos encontrar elementos que nos posibiliten una defensa de la autonomía frente al bienestar. Asimismo considero que una perspectiva kantiana nos puede ayudar a delimitar hasta qué punto la persona, en este caso un paciente capaz, puede solicitar un tratamiento médico específico y hasta qué punto el médico tiene el deber de cumplir tal petición.

Para desarrollar esta hipótesis se analizará el polémico caso de estudio de la *eutanasia activa*. La razón de ello es que, si es correcto que con base en argumentos kantianos es posible inclinar la balanza hacia qué principio debe ser respetado prioritariamente —si la autonomía del paciente o una visión de terceros sobre lo que implica su bienestar— entonces también es posible argumentar que, en otros casos análogos, ciertos argumentos kantianos nos pueden ayudar a dar alternativas de solución o, por lo menos, un panorama más amplio sobre el conflicto. Con base en el objetivo planteado, el desarrollo de esta investigación sucederá de la siguiente forma.

En el capítulo I se estudiarán conceptos fundamentales para la investigación tales como el de *paciente capaz*, *médico*, *relación médico-paciente*, *consentimiento informado* y se analizarán algunas de las posturas filosóficas contemporáneas que han recurrido a la autonomía para aplicarla a diversos problemas en el campo de la ética médica. De igual forma se hará con el bienestar. Cabe aclarar que no se pretende tratar a todas las posturas existentes sobre la autonomía individual o el bienestar, dado que sería una tarea titánica que por sí sola constituiría una investigación mucho más ambiciosa. Dejaré de lado posturas importantes que incluso consideran, más allá de la autonomía y el bienestar, el estudio de otros principios relevantes en la práctica médica, como los de *beneficencia*, *no maleficencia* y *justicia*, por mencionar algunos de los más importantes.

También se omitirán posturas como el utilitarismo y el aristotelismo o ética de la virtud que en los últimos años se han tornado relevantes para analizar dilemas en el campo señalado.

Específicamente nos concentraremos en dos posturas sobre la autonomía. La primera identifica a la autonomía como una capacidad de jerarquización de preferencias o intereses personales. Gerald Dworkin y Ronald Dworkin serán los representantes que estudiaremos como defensores de esta postura. La segunda postura intenta ser conciliadora en tanto que busca el equilibrio entre ambos principios, autonomía y bienestar, e incluso considera la posibilidad de subsumir un principio bajo el otro. Esta teoría la presentan Dan W. Brock y Allen Buchanan en su obra *Decidir por otros* y en otros artículos.

En el capítulo II se expondrá, a partir de las teorías analizadas y recurriendo a un caso de estudio específico, un panorama general del conflicto actual entre los principios mencionados; se explicará cómo este conflicto influye en la falta de alternativas de solución para dilemas médicos concretos y para la efectiva aplicación de una doctrina del consentimiento informado. El caso que se analizará es, como ya se advirtió, el de la eutanasia activa: los problemas éticos que ésta implica, así como el rechazo de la misma bajo ciertos argumentos como el de la *santidad de la vida*. Nos centraremos en el contexto mexicano, en donde, dada la influencia del principio del valor absoluto de la vida biológica, la eutanasia activa es poco debatida y se impide su legalización.

En el capítulo III se hará un análisis de la autonomía desde una perspectiva kantiana. Mi objetivo es mostrar cómo la ética de Kant puede ofrecer un panorama distinto en este debate. Para ello, desarrollaré algunos de los conceptos y distinciones fundamentales que maneja el autor, por ejemplo, la heteronomía frente a la autonomía, el lugar del bienestar en su teoría y qué implica hablar de la humanidad, el valor incondicionado de esta última, y el respeto que se le debe a la naturaleza racional.

Posteriormente, trataré el tema de la elección de la propia muerte en la teoría de Kant y las múltiples dimensiones de la misma bajo distintas circunstancias. El propósito es establecer la diferencia entre el suicidio y la eutanasia activa, así como también distanciar a Kant de argumentos como el de la santidad de la vida a partir de la distinción entre la mera preservación y el valor de la humanidad. Esta discusión nos dará los primeros elementos para discutir el tema de la eutanasia en el capítulo siguiente.

En el capítulo IV analizaremos el caso concreto de la eutanasia activa a través del imperativo categórico y la fórmula de la humanidad de Kant. También desarrollaremos el tema de hasta dónde tiene el médico el deber de atender a la petición de un paciente capaz, bajo determinadas circunstancias, para que lo ayude a morir. Para ello recurriremos a la clasificación de deberes que Kant desarrolla principalmente en la *Metafísica de las costumbres*. Posteriormente ofreceremos un panorama general sobre la legalidad de la eutanasia y de los riesgos de caer en un paternalismo injustificado cuando, en vez de dar prioridad al valor de la humanidad y a la capacidad de los agentes para darse sus propias leyes con base en su razón, se prioriza una concepción subjetiva del bienestar.

Para concluir, en el último apartado de este capítulo se proporcionarán argumentos para apoyar la hipótesis central de esta investigación a partir del estudio de caso analizado; con base en ello se ofrecerá un nuevo panorama sobre la relación entre la autonomía y el bienestar en la práctica médica actual, con especial énfasis en el caso mexicano.

## Capítulo I.

### Autonomía y bienestar: valores relevantes en la ética médica actual

1. La relación médico-paciente, ¿a quiénes nos dirigimos?
  - 1.1. Criterios de capacidad en la práctica médica
  - 1.2. Valores relevantes en el *consentimiento informado*
2. Algunas perspectivas sobre la autonomía
  - 2.1. El derecho a las malas inversiones
  - 2.2. Instrumentalización y autoevaluación reflexiva
3. Algunas perspectivas sobre el bienestar
  - 3.1. Elementos comunes, divergencias sustanciales

La ética médica actual se ha preocupado por tratar de entender qué implica estar en una situación en la que nuestro cuerpo y/o nuestra mente se ven afectados por una enfermedad. Esta preocupación se extiende a cualquier individuo que se cuestione cómo se vería afectada su vida si padeciera una enfermedad incurable o que le provocara un cierto tipo de limitación. Estas preocupaciones, tal vez más comunes en cada uno de nosotros de lo que admitimos, son las que motivan y orientan la siguiente investigación.

En los siguientes apartados se analizarán algunos conceptos relevantes en la práctica médica, entre ellos, qué es ser un paciente, a qué tipo de pacientes nos referimos, qué implica ser un médico y cómo la relación médico-paciente se establece con miras a combatir un enemigo común, un padecimiento o enfermedad. Posteriormente nos centraremos en dos principios relevantes que surgen de este tipo de relación: la autonomía y el bienestar. Nos centramos en ellos por considerarlos más generales frente a otros principios relevantes<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Con otros valores nos referimos a los que autores como T. Beauchamp y J. Childress en *Principles of Biomedical Ethics* (2009), consideran fundamentales para la práctica médica: *beneficencia*, *no maleficencia* y *justicia*. Aunque considero que estos valores son también fundamentales en la práctica médica, dados los límites de la investigación, no serán considerados aquí. La dicotomía que se intenta plantear es la que surge entre los valores que, en mi opinión, son los más generales y los que con mayor facilidad suelen enfrentarse.

## 1. La relación médico-paciente, ¿a quiénes nos dirigimos?

La Real Academia de la Lengua define a un paciente como una *persona que padece física y corporalmente, especialmente quien se halla bajo atención médica*. Mientras que el médico se define como la *persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina*. Sin embargo, estas definiciones no describen lo que implica ser un médico y mucho menos lo que implica ser una persona que tiene un padecimiento o una enfermedad que afecta su vida temporal o permanentemente. El paciente o enfermo es aquella persona que le confía voluntariamente y con expectativas positivas su salud e incluso su vida a un médico.

El paciente no es solo un objeto de influencia profesional, sino también, y en primer lugar, un sujeto racional, es una personalidad. Él no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, y quiere comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que transcurren en su organismo.<sup>2</sup>

El paciente, en tanto agente vulnerable ante un padecimiento no deseado, le confía lo más preciado que posee a un médico: su bienestar. Más aún, en muchas ocasiones el anhelo de bienestar es tan grande que el paciente puede llegar a pasar por alto que no está siendo tratado con respeto a su autonomía, o él mismo puede llegar a delegar de forma intencional, o no intencional, las decisiones sobre sus tratamientos médicos a terceros. Esta confianza a veces ilimitada del enfermo al médico nos pone en la situación de exigir de este último ciertos deberes o cualidades morales; por ello, la ética médica actual también se ha preocupado por entender qué implica la relación médico-paciente y cuál sería el escenario ideal en el que dicha relación debiera llevarse a cabo. Una definición general y simplificada de la relación médico-paciente es la siguiente:

[...] relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano.<sup>3</sup>

Aunque esta relación ha atravesado por diferentes etapas a lo largo de la historia—desde la mera compañía del médico cuando no hay posibilidad de mayor ayuda, hasta la creencia en el médico brujo que, con poderes sobrenaturales, puede ayudar al enfermo a aliviar su mal—, no deja de tener elementos constantes. Por ejemplo, es común que el paciente sienta temor o angustia ante el desconocimiento de lo que

---

<sup>2</sup> A. Pérez Cicili. “La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud”, *Medicina General Integral*, p. 3.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

padece, o miedo de cómo su enfermedad afectará diferentes aspectos de su vida. El médico, en tanto depositario de la confianza del paciente, debe ser consciente de que la relación que entable con su paciente debe caracterizarse por su cumplimiento de determinados deberes. El Código Internacional de Ética Médica<sup>4</sup> señala entre estos deberes los siguientes:

Deberes de los médicos hacia los pacientes	
El médico debe	recordar siempre la obligación de respetar la vida humana.
El médico debe	considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.
El médico debe	a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia.
El médico debe	respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto.
El médico debe	prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.
El médico debe	en situaciones cuando represente a terceros, asegurarse que el paciente conozca cabalmente dicha situación.
El médico debe	no tener relaciones sexuales con sus pacientes actuales, ni ninguna otra relación abusiva o de explotación.

Como podemos observar, el cumplimiento de estos deberes por parte del médico nos sugiere que éste debe tener no sólo ciertas cualidades morales, sino que existen valores que fundamentan el cumplimiento de dichos deberes: valores que se consideran relevantes en esta práctica tales como bienestar, respeto y confianza. En lo sucesivo volveremos sobre algunos de estos deberes y su relación con algunos valores importantes en esta práctica. Por ahora nos centraremos en dos aspectos importantes para esta investigación: 1) cuáles son los criterios básicos para que un médico determine que su paciente es capaz de tomar decisiones sobre sus tratamientos médicos –lo cual es condición necesaria para poder cumplir algunos de los deberes mencionados– y 2) cuál es el escenario ideal en el que la relación médico paciente puede llevarse a cabo de manera óptima.

<sup>4</sup> Deberes adoptados por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 y la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre, 2006.

### 1.1. Criterios de capacidad en la práctica médica

Varios filósofos se han preocupado por la relación médico paciente y cuáles son los criterios mínimos para definir lo que significa hablar de un paciente capaz de tomar decisiones médicas. Dan Brock y Allen Buchanan son, tal vez, los que mejor han desarrollado esta preocupación para tratar de darle solución. Como señalan en su texto *Decidir por otros*, hablar de capacidad es hablar de la capacidad de *hacer algo*. Los autores se interesan específicamente en la capacidad de aquellos pacientes que cuentan con la capacidad racional necesaria para tomar decisiones médicas y cómo los médicos pueden reconocer que efectivamente el paciente cuenta con tal capacidad.

Según los autores, un paciente requiere de las siguientes aptitudes para tomar este tipo de decisiones:

- i. *El entendimiento y la comunicación.* En éstas se incluyen las diferentes facultades que permiten a un agente participar en el proceso de ser informado acerca del tratamiento médico que se plantea para su caso, así como poder expresar una elección al respecto. Entre estas facultades se encuentra las aptitudes lingüísticas, conceptuales y cognitivas necesarias para entender la información que se le da con respecto a dicho tratamiento. El entendimiento no debe entenderse como un mero proceso formal, sino que requiere la capacidad de apreciar el significado de alternativas potenciales, esto es, comprender “cómo sería y “cómo se sentiría” encontrarse en posibles estados futuros y padecer diversas experiencias, e integrar esta apreciación en la propia toma de decisiones”.
- ii. *Aptitudes de razonamiento y deliberación.* Estas aptitudes implican que el paciente posea cierta aptitud para emplear un razonamiento probabilístico: la facultad de sacar inferencias acerca de las consecuencias de hacer una determinada elección, y la capacidad de comparar cómo los resultados alternativos maximizan el propio bien o promueven los propios fines.
- iii. *Valores relativamente estables o una concepción de lo que es bueno.* Estas condiciones son necesarias al menos mínimamente para poder evaluar consecuencias particulares como beneficios o daños, y para asignarles diferentes pesos o importancias relativas. Es importante notar en este punto que, para los autores, la capacidad de un agente no requiere un conjunto de valores

enteramente consistentes, y mucho menos un proyecto de vida tal que cubra todas las posibles contingencias. Aunque se reconoce que los valores de una persona suelen cambiar con el tiempo, se necesita al menos suficiente estabilidad en los mismos para llevar a cabo una decisión a la cual el agente se apegue.

Es importante comprender que estas aptitudes para determinar la capacidad de un paciente fueron pensadas para evaluar principalmente el proceso de razonamiento del agente y no el contenido específico de su decisión. Esto es así porque, atendiendo a la teoría de Brock y de Buchanan, determinar la capacidad del paciente para la toma de decisiones sirve para dos aspectos: 1) poder clasificar a los pacientes en dos categorías: aquellos cuya decisión debe respetarse y aquellos de cuya decisión se prescinde (para los que se designará a terceros para que tomen decisiones en su lugar); 2) manifiesta la necesidad de los médicos para poder determinar a qué individuos se les considerará capaces de decidir sobre los complejos aspectos de un tratamiento que afecta su vida.

Es relevante tomar en cuenta los criterios de capacidad sugeridos por Brock y Buchanan porque el interés de esta investigación se centra en los dilemas médicos que enfrentan pacientes *conscientes* y *competentes*. Dados los límites de esta investigación, es sumamente importante recalcar que los pacientes clasificados como *incompetentes* o *inconscientes* a partir de las aptitudes requeridas (pacientes dementes, en estado vegetativo persistente, con demencia senil, o neonatos, por mencionar algunos casos) no serán considerados para el desarrollo sucesivo de los temas a tratar.

## 1.2. Valores relevantes en el *consentimiento informado*

Fijar el nivel adecuado de capacidad para la toma de decisiones implica, a partir de la teoría de Brock y Buchanan, ponderar dos valores fundamentales en la práctica médica:

- i. la protección y el fomento del *bienestar* del individuo, y
- ii. el respeto a su *autodeterminación*.

Estos valores se han considerado fundamentales para las teorías éticas que defienden la, hasta hace poco popularizada, *doctrina del consentimiento informado*. Esta doctrina se basa en el respeto a la autonomía del paciente, siempre que sus

decisiones sean producto de una elección informada y voluntaria. Sin embargo, el tema del consentimiento informado es mucho más complejo que esta definición.

Existen por lo menos dos tipos de consentimiento que se consideran “autónomos”. El primero consiste en el consentimiento expreso, el cual se manifiesta de manera verbal o escrita; el segundo es el consentimiento tácito que se expresa en silencio o por omisión pasiva pues el paciente accede a determinados tratamientos médicos por falta de información, por miedo o por influencia de un médico.<sup>5</sup> El ideal de la *doctrina del consentimiento informado* se centra en el primer tipo de consentimiento autónomo, aquel en el que interviene:

- i. la competencia del paciente para tomar decisiones;
- ii. la información pertinente que el médico proporciona al paciente sobre su padecimiento;
- iii. la responsabilidad del médico para asegurarse de que el paciente comprende la información;
- iv. la voluntad del paciente para elegir, sin presión o coerción, con base en la información que se le ha proporcionado;
- v. el consentimiento del paciente al tratamiento o intervención que se le ha propuesto

Dados los componentes básicos del consentimiento informado, podemos observar que los criterios de capacidad, el respeto a la autonomía de los pacientes por parte de los médicos, y la necesidad de actuar siempre a favor del bienestar de los primeros, hacen de esta doctrina el terreno teórico idóneo para que se lleve a cabo la relación médico-paciente.

Tras establecer los criterios de capacidad que nos permiten identificar a un paciente como racionalmente competente, contamos con las herramientas teóricas para explicar los valores relevantes al interior de la doctrina del consentimiento informado. Dedicaré los siguientes apartados a revisar diversas posturas contemporáneas sobre cómo entender estos valores relevantes de la ética médica contemporánea.

---

<sup>5</sup> L. Vargas Parada, A. Flisser y S. Kawa, “Consentimiento informado”, *La construcción de la bioética*, pp. 119-134.

## 2. Algunas perspectivas sobre la autonomía

El concepto de *autonomía* se deriva de dos palabras griegas: *autos* (propio) y *nomos* (regla, autoridad o ley), y se utilizó por primera vez con referencia a la autorregulación y autogobierno de las ciudades-estado helénicas independientes. Sin embargo, el término se ha ampliado de tal forma que en la actualidad también se utiliza para referirse a los individuos como autónomos. A lo largo de la historia el término autonomía ha adquirido significados tan diversos como *autogobierno*, *derechos de libertad*, *intimidad*, *elección individual*, *elegir el propio comportamiento* y *ser dueño de uno mismo*.<sup>6</sup>

Según James Taylor, este concepto ha sido central para las teorías éticas desde Kant hasta los kantianos contemporáneos como John Rawls, Thomas Hill y Christine Korsgaard. Sin embargo, el reciente interés en la autonomía personal no sólo se centra en la concepción kantiana de autonomía, la cual abordaremos en el tercer capítulo de esta investigación. Existen tradiciones contemporáneas que prefieren centrarse en

- i. una concepción “jerárquica” de esta noción<sup>7</sup> y,
- ii. una noción de la autodeterminación como un valor subyacente a los criterios de capacidad, y que posee la misma importancia que el valor del bienestar.

Empecemos por analizar la primera acepción (i).

### 2.1. El derecho a las malas inversiones

El núcleo común de esta concepción *jerárquica o individualista* de la autonomía, como menciona Tom L. Beauchamp, consiste fundamentalmente en que un individuo sea capaz de controlar sus deseos y preferencias básicas, de *primer orden*, distinguiéndolas de aquellas preferencias de un nivel superior, de *segundo orden*<sup>8</sup>. En las teorías “jerárquicas” de la autonomía una persona es autónoma cuando *acepta o*

---

<sup>6</sup> T.L. Beauchamp y J.F. Childress, *op. cit.*, p. 113. Véase también en G. Dworkin, *The Theory and Practice of Autonomy*, p. 108.

<sup>7</sup> J.S. Taylor (comp.), *Personal Autonomy: New essays on Personal Autonomy and its role in Contemporary Moral Philosophy*. Para este autor el interés en esta concepción individualista de la autonomía se vio estimulada por la publicación de una serie de papeles en la década de 1970, en la que Harry Frankfurt, Gerald Dworkin, y Neely Wright propusieron una forma “jerárquica” de la autonomía personal.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 122. En las siguientes líneas observaremos que esta definición es una referencia específica de Taylor a la teoría sobre la autonomía de Gerald Dworkin.

rechaza los deseos de primer orden teniendo la capacidad de modificar la estructura de sus preferencias<sup>9</sup>. Para J. Taylor, este último enfoque de la autonomía resulta interesante porque capta una importante verdad sobre las personas: que tienen la capacidad de reflexionar sobre sus deseos, e incluso apoyarlos o repudiarlos como lo consideren necesario. Un ejemplo de este tipo de posturas es la que nos presentan filósofos como Gerald Dworkin. Según este autor, el concepto de autonomía se define como:

[...] una capacidad de segundo orden de las personas para reflejar críticamente sus preferencias de primer orden, deseos, y la capacidad de aceptarlos o rechazarlos para cambiarlos por preferencias de un valor más alto. Por el ejercicio de esta capacidad las personas definen su naturaleza, le dan sentido y coherencia a sus vidas y toman responsabilidad por el tipo de personas que son.<sup>10</sup>

Dada esta definición, la autonomía no se limita a la capacidad para hacer efectivos ciertos deseos en nuestras acciones. Ésta va más allá de la capacidad para reflexionar críticamente sobre nuestras preferencias de primer orden, pues también requiere la capacidad para cambiar nuestras preferencias si ese fuera nuestro deseo. Según este tipo de teoría, las personas son capaces de reflejar y adoptar actitudes de acuerdo con sus deseos, intenciones y planes de vida: uno puede no sólo desear fumar, puede también desear no tener ese deseo; uno puede ser motivado por los celos y el odio, y también desear motivaciones opuestas. Uno puede verse a sí mismo como el tipo de persona que desea moverse e ir en caminos particulares. Puede ser motivado de ciertas maneras, o ser alienado por ciertas influencias, y preferir ser un tipo de persona que tiene diferentes valores.<sup>11</sup>

Escribe G. Dworkin:

Yo estoy definiendo autonomía como la capacidad de reflejar la estructura motivacional de alguien y hacer cambios en esa estructura. Así, autonomía no es simplemente una capacidad reflexiva, también incluye alguna habilidad para alterar las preferencias de alguien y hacerlas efectivas en la acción.<sup>12</sup>

De acuerdo con lo que hemos visto, la autonomía jerárquica, en su acepción más general, se define como una capacidad de segundo orden para reflexionar críticamente sobre las preferencias y los deseos de primer orden, así como la habilidad para identificarse con éstos.<sup>13</sup> Este tipo de concepción ha permitido su sugerente aplicación a

---

<sup>9</sup> T.L. Beauchamp, *op. cit.*, pp. 121-122. Como señala Beauchamp, para este tipo de teorías un alcohólico puede sentir simultáneamente el deseo de beber y el deseo “superior” de dejar de beber, pudiendo ser capaz de hacer prevalecer al último de estos deseos sobre el primero.

<sup>10</sup> G. Dworkin, *op. cit.*, p. 20.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 108.

<sup>12</sup> *Ibidem*. La traducción es mía.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

muchos debates dentro de la ética médica actual, sobre todo como consigna de las posturas que defienden la doctrina del consentimiento informado. En esta doctrina, como ya observamos, el respeto por la autonomía individual tiene una importancia fundamental en el tema de la participación activa del paciente en las decisiones sobre sus tratamientos médicos. Un ejemplo de esto es la postura adoptada por Ronald Dworkin sobre la autonomía.

R. Dworkin la define como el derecho que tienen los ciudadanos adultos competentes a tomar por sí mismos decisiones importantes y definitivas para sus propias vidas. Agrega que este derecho incluye la libertad para realizar “malas inversiones” siempre que otros no les mientan o les priven de información. Por ello, desde esta perspectiva, se comprende el hecho de que se permita fumar a las personas en privado, aunque las cajetillas deben advertirles de los peligros de hacerlo. Sin embargo, este concepto de autonomía sólo puede justificarse con base en su análisis sobre las razones que tienen los agentes para encaminar sus vidas en una dirección en vez de otra, esto es, presuponiendo una distinción entre lo que él llama *intereses de experiencia* e *intereses críticos*.

Los intereses de experiencia refieren al hecho de hacer cosas simplemente porque gozamos con la experiencia de hacerlas: leer un libro, gozar de una rica comida, etc. Estos son placeres significativos en una buena vida, sin embargo, son relativos a cada persona: alguien puede disfrutar más leyendo un libro de poesía que viendo el fútbol, y no diríamos que comete un error por gozar más de una actividad en vez de otra. A la par, existen experiencias malas; el sufrimiento, la náusea, etc., y aunque algunos tratamos de evitar experiencias que nos resultan desagradables, no condenamos a alguien que no comparte nuestro desagrado por cierto tipo de experiencias.

Los intereses críticos, por su parte, son intereses cuya satisfacción hace que las vidas sean *genuinamente mejores*<sup>14</sup>. Según el autor, estos intereses están siempre guiando decisiones y elecciones que parecen automáticas, y explicando, al menos en parte, la euforia o el fastidio, y la vergüenza o la tristeza que sentimos de cuando en cuando por el rumbo que está tomando nuestra vida. Estos intereses, a pesar de encontrarse en el trasfondo de nuestras decisiones de forma un tanto inarticulada, son, según R. Dworkin, *críticos* en el sentido de que *representan juicios críticos* y no,

---

<sup>14</sup> R. Dworkin, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, p. 263.

*simplemente, preferencias acerca de experiencias*<sup>15</sup>. Un ejemplo de este tipo de intereses es que la mayoría de las personas quieren y gozan de mantener relaciones amistosas porque creen que son buenas y que la gente debería quererlas.

La distinción entre intereses críticos e intereses de experiencia pone de manifiesto que en la teoría de este autor la capacidad de los agentes para jerarquizar sus preferencias es fundamental. Ellos deben ser capaces de distinguir aquellos intereses que están legítimamente justificados para ser el fundamento de las decisiones importantes de sus vidas. Pero, ¿cómo pueden explicarse los intereses críticos de los agentes y su capacidad para jerarquizarlos o diferenciarlos de los meros intereses de experiencia?

R. Dworkin presupone que un individuo, para poder decidir sobre sí mismo en relación con su bienestar, debe, de inicio, ser mínimamente capaz de poder hacerlo, esto es, de entrada no debe encontrarse imposibilitado para hacerlo (no encontrarse en estado vegetativo persistente, o en un grado de demencia extrema etc.). Aunado a ello, R. Dworkin también coloca un filtro en la toma de decisiones que parecen ser mejores que otras. Al distinguir entre *intereses críticos* e *intereses de experiencia* parece plantear, partiendo de la capacidad de reconocimiento del agente, un criterio para preferir ciertos valores sobre otros, así como la capacidad del individuo para elegir conforme a éstos.

Según R. Dworkin, no debemos suponer que las personas se contentan con una vida llena de experiencias placenteras, sino que buscan que ésta tenga una estructura que exprese una elección correcta de esas experiencias. Por ello, menciona el autor, admiramos a la persona que elige su propio camino, aunque éste difiera del que hemos elegido nosotros, es decir, lo que admiramos es que lleve una vida *íntegra* en tanto que es responsable por sus decisiones. Además, añade, la *integridad* de nuestra vida es relevante porque nos conecta estrechamente con nuestra *dignidad*<sup>16</sup>.

Por ejemplo, puede decirse que aquél que se conduce al margen de su carácter sólo para obtener ganancias o evitarse dificultades, manifiesta un respeto insuficiente hacia sí mismo. El compromiso que alguien realiza a favor de una determinada concepción de la virtud es parte de lo que hace que una vida organizada en torno a ese compromiso sea considerada correcta. En este sentido, los *intereses críticos* dependen en gran medida del desarrollo de la personalidad del agente.

---

<sup>15</sup> *Ibidem*.

<sup>16</sup> R. Dworkin, *op.cit.*, p. 305. El autor considera un concepto limitado de *dignidad*, es decir, la toma como el derecho de las personas a no sufrir la indignidad, es decir, a no ser tratadas de manera que en sus culturas o comunidades se entiende como una muestra de carencia de respeto.

Con referencia al último punto, Rodríguez-Arias señala que los *intereses críticos* de R. Dworkin, a diferencia de sus *intereses de experiencia*, se plantean ante decisiones significativas en el recuento total de la vida: al elegir, basados en nuestra autonomía, una profesión, al optar por iniciar o romper un compromiso sentimental, al decidir tener o no un hijo, al pensar, en definitiva, el tipo de vida que se quiere llevar a cabo, etc. Al tomar cualquiera de estas decisiones, uno se plantea el tipo de persona que le gustaría ser:

Cuando las personas toman decisiones de este tipo, no ponen en un plato de la balanza las experiencias placenteras y en el otro las experiencias dolorosas que implica cada alternativa. Al defender los propios intereses críticos cada cual valora un proyecto que constituye para él un logro en sí mismo, y no en tanto que fuente de experiencias placenteras. Al plantearse sus intereses críticos, la persona está decidiendo quién es y quién quiere ser a largo plazo<sup>17</sup>.

Una postura como ésta, que reconoce que existen *intereses críticos* en las personas, introduce por lo menos una pregunta: ¿las decisiones tomadas por ciudadanos adultos que consideramos competentes pueden ser erradas acerca de lo que es realmente importante o benéfico para su vida? Responder a esta pregunta, para R. Dworkin, requiere una reflexión acerca del objetivo de la autonomía, esto es, sobre el por qué deberíamos respetar las decisiones que los individuos toman, incluso cuando creemos que no satisfacen sus intereses.

Según el autor, podemos llamar *criterio de evidencia* a la respuesta que sostiene que deberíamos respetar las decisiones que las personas toman para sí mismas, aunque consideremos que estas decisiones son imprudentes, pues generalmente cada persona conoce lo más satisfactorio para sus intereses mejor que ninguna otra.

Escribe R. Dworkin:

Permitimos que alguien elija morir, ante la alternativa de una amputación radical, o de una transfusión sanguínea, si este es el deseo que ha comunicado previamente porque reconocemos su derecho a una vida estructurada según sus propios valores<sup>18</sup>.

En consecuencia, el valor de la autonomía en este tipo de teorías basadas en preferencias o intereses del agente deriva de la capacidad racional que, a su vez, es la capacidad para expresar el carácter personal en la vida que una persona lleva a cabo: valores, deseos, preferencias, compromisos y convicciones.

A este tipo de teorías sobre la autonomía cabe plantearles una pregunta fundamental: ¿la distinción entre *intereses críticos* e *intereses de experiencia* en el caso de Ronald Dworkin, o poseer la capacidad de jerarquizar entre preferencias de primer y

---

<sup>17</sup> Rodríguez-Arias, “Intereses personales “personalidad” e identidad personal: Fundamentos teóricos de las decisiones tomadas por adelantado”, *Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia*, p. 127.

<sup>18</sup> R. Dworkin, *op. cit.*, p. 293.

segundo orden en el caso de Gerald Dworkin, asegura que las elecciones de un agente (específicamente de un paciente capaz) sean más o menos correctas desde la perspectiva de su bienestar?

Como intuición inicial señalaré que si la autonomía basada en intereses o preferencias implica o permite la permisión irrestricta de malas inversiones, entonces qué más da distinguir si se trata de una decisión basada en intereses críticos o de experiencia, o de preferencias de primer o segundo orden. Parece que esta concepción general de la autonomía depende, en última instancia, de que la decisión provenga del paciente mismo, sin importar que ésta se base en preferencias corregidas o reflexionadas a la luz de los valores subyacentes de toda una vida. Sin embargo, esta cuestión será desarrollada con mayor detenimiento en el capítulo II dedicado a la relación existente entre la autonomía y el bienestar, así como al conflicto que, bajo determinadas circunstancias, puede surgir entre ambos principios. Por ahora, aún debemos revisar otra perspectiva contemporánea e importante sobre la autonomía individual (ii).

## 2.2. Instrumentalización y la autoevaluación reflexiva

De forma análoga a la postura de R. Dworkin, para D. Brock y A. Buchanan la autonomía, o capacidad de autodeterminación, es uno de los valores centrales de la doctrina del consentimiento informado. Estos últimos la definen como *el interés de una persona en tomar las decisiones significativas acerca de su propia vida*, y agregan que bajo esta definición general de autodeterminación, la pregunta central que subyace es la siguiente: ¿por qué las personas tienen un interés en tomar por sí mismas las decisiones significativas para su vida?

Según ellos, se pueden distinguir dos clases de razones para este interés. La primera razón es que la autodeterminación es *instrumentalmente valiosa* para promover el bienestar de una persona, pues, generalmente, lo que mejor sirve a su bienestar suele depender de sus objetivos y valores particulares. La segunda razón es que normalmente la mayoría de las personas quieren tomar por sí mismas las decisiones significativas para su vida, y este deseo es independiente de si creen que siempre están en posición de hacer la mejor elección.

Centrémonos por ahora en la segunda clase de razones. Las aptitudes para la deliberación, la elección y la acción que los seres humanos poseemos, nos permiten

formar, e incluso buscar en nuestras acciones, una concepción propia del bien. Para los autores, tener esta concepción propia del bien es algo más que poseer deseos que apoyan el comportamiento dirigido a un fin (rasgo que compartimos con los animales). Las personas tenemos una capacidad para la *autoevaluación reflexiva*, a saber, para considerar cuáles queremos que sean nuestras motivaciones y en qué clase de persona queremos convertirnos acorde a dicha concepción.

Lo anterior no significa negar que haya límites a la medida en que las personas pueden elegir o cambiar sus motivaciones y su carácter. Para Brock y Buchanan, en varios sentidos nuestra naturaleza es fija en tanto que nos es dada por nuestra dotación biológica y por nuestro medio ambiente. Pero dentro de estos límites adoptamos y afirmamos objetivos y valores particulares, constituyéndonos como seres únicos. Al hacerlo, podemos también hacernos cargo y asumir la responsabilidad de nuestras vidas y de las clases de personas que somos. Este valor *no instrumental* de la autodeterminación varía sustancialmente según la decisión que se vaya a tomar. En el caso de las decisiones médicas, por ejemplo, varía cuando se plantean cuestiones que afectan la carrera de una persona, conflictos con valores religiosos, o conflictos sobre cuándo y cómo terminará nuestra vida.

Otro aspecto importante de la autodeterminación entendida como autoevaluación reflexiva es que implica un *ideal objetivo* de la persona. El ideal del agente que se autodetermina presupone el desarrollo de facultades necesarias para la elección reflexiva. Desafortunadamente, y como señalan los autores, cuando estas facultades están sustancialmente limitadas o deterioradas, el valor de elegir por uno mismo se ve igualmente disminuido, y este ideal del agente que se autodetermina tiene menos probabilidades de verse realizado. Por lo anterior, para Brock y Buchanan la autodeterminación es un valor fundamental para la sociedad, pero no debe exagerarse ni suponerse que en todos los casos tiene la misma importancia: “*La importancia del interés de decidir por nosotros mismos variará sustancialmente dependiendo de la decisión particular que se vaya a tomar*”<sup>19</sup>.

Finalmente, desde la perspectiva de estos autores, la importancia de la autodeterminación desde su *dimensión instrumental* sólo puede explicarse en la creencia de que, en la mayoría de los casos, la persona que decide sobre sí misma está en mejor posición para decidir lo que es mejor para ella o sirve mejor a su bienestar. Desde esta

---

<sup>19</sup> A.E. Buchanan y D.W. Brock, *Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogada*, p. 50.

perspectiva instrumental, la autonomía termina por ser dependiente de lo que el agente considere su bienestar o de la capacidad de éste para determinar en qué consiste su mejor interés o sus preferencias.

En cualquier caso, la autonomía en todas las acepciones analizadas, parece relacionarse de forma directa e ineludible con una concepción sobre el *bienestar* del agente. Veamos a continuación algunas teorías sobre este principio también relevante en la práctica médica.

### 3. Algunas perspectivas sobre el bienestar

Iniciaré el apartado dedicado al bienestar citando al economista Bernard M.S van Praag:

[...] algunos conceptos básicos son necesarios para fundamentar una teoría, pero, por el momento, esos mismos conceptos no son bien comprendidos o incluso no son medibles. Un excelente ejemplo es el concepto de bienestar...<sup>20</sup>

Este señalamiento me parece de lo más acertado en tanto que el concepto de bienestar es verdaderamente difícil de desarrollar de manera breve, dada la variedad de acepciones que posee, así como los campos de estudio en que se utiliza. Dado el tema que atañe a esta investigación, me ocuparé sólo de esbozar el concepto de bienestar tal y como se concibe en el campo de estudio de la ética médica.

En ética médica, y no necesariamente en otras áreas de estudio, el término “bienestar” suele asociarse frecuentemente con el término “salud” o “calidad de vida”. Tal y como sucede con la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término *calidad de vida* se caracteriza como un estado de *bienestar* físico, mental y social.<sup>21</sup> Este concepto de calidad de vida se emplea con frecuencia para evaluar los resultados en el cuidado de la salud, así como para observar los efectos de este cuidado en los *intereses personales* del paciente. Por lo anterior, y a pesar de las dificultades que pueden surgir a la hora de pretender usar indistintamente conceptos como “bienestar” y “calidad de vida”, parece que, como señalan Brock y Buchanan, en el ámbito médico se puede utilizar un concepto amplio de bienestar para referirnos a aquello que hace que la vida de un paciente sea mejor:

---

<sup>20</sup> B.M.S. van Praag, “La relatividad del concepto de bienestar” *La calidad de vida*, p. 465.

<sup>21</sup> Para esta definición de calidad de vida y bienestar recurro a Dan Brock, que a su vez refiere a Breslow (1972), en “Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica”, *Calidad de vida*, p. 135-136.

Lo que aquí [en el campo de la medicina y el cuidado de la salud] interesa es el concepto amplio de [...] “lo que hace que una vida sea mejor”, [...] la medicina y el cuidado de la salud pueden afectar más aspectos de ese problema de lo que pudo creerse inicialmente. Ningún concepto es del todo apto, o ampliamente aceptado en los usos filosófico o común para este amplio papel...<sup>22</sup>

Partiendo del señalamiento de Brock y Buchanan sobre la similitud existente entre los términos de calidad de vida y bienestar, ahora profundicemos sobre aquello que hace que una vida sea mejor. Thomas Scanlon afirma que la noción de calidad de vida se relaciona íntimamente con las siguientes preguntas: *¿qué tipo de circunstancias proporcionan buenas condiciones para vivir?; ¿qué hace que una vida sea buena para la persona que la vive?; ¿qué hace que una vida sea valiosa?*<sup>23</sup>

Estas preguntas, como también señala Scanlon, son susceptibles de plantearse desde distintas perspectivas: 1) la perspectiva de la primera persona, esto es, desde la perspectiva de la persona que está tratando de decidir cómo vivir; 2) desde una tercera persona, es decir, desde la perspectiva de alguien (amigo, familiar, etc.) que desea que la vida de esa persona sea mejor; o 3) nuevamente una tercera persona, pero en un sentido más general, por ejemplo, desde la perspectiva de un administrador o representante público cuya obligación es velar por un grupo de personas; o desde la perspectiva de un votante que está tratando de decidir a qué política debe dar su voto, en tanto que considera que su acción contribuirá a mejorar la calidad de vida de su sociedad.<sup>24</sup>

Tomando en cuenta estas preguntas, así como las variadas perspectivas desde las cuales éstas pueden formularse, nos falta poder especificar el contexto en el que tienen pertinencia. En el caso de la presente investigación, y como ya se ha señalado, estas preguntas tienen pertinencia en el contexto de la ética médica y la relación médico-paciente. Esto significa que, análogo a lo planteado por Scanlon, la pregunta por lo que hace que una vida sea mejor, no para cualquier individuo, sino para uno que se encuentra bajo tratamiento médico, se puede hacer desde:

- i. la perspectiva propia del paciente,
- ii. la perspectiva del médico o los familiares, y
- iii. la perspectiva de los representantes que deliberan sobre las leyes jurídicas que deben regir en el campo de la medicina.

---

<sup>22</sup> A.E. Buchanan y D.W. Brock, *op. cit.*, p. 39.

<sup>23</sup> T. Scanlon. “El valor, el deseo y la calidad de vida”, *La calidad de vida*, p. 245.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

Varias teorías contemporáneas coinciden en que el bienestar individual puede ser más un problema a nivel subjetivo, esto es, un problema sobre cómo identificar la o las aptitudes que posee un individuo para concebir su mejor interés, o lo que para él hace a su vida “buena” o “mejor” en comparación con otra. Por ejemplo, Brock y Buchanan, e incluso Ronald Dworkin, suponen una íntima relación entre el *bienestar* de un agente, y la *capacidad* de éste para definir, lograr o mantener un estado que considera bueno para él. Sin embargo, y a pesar de compartir una postura subjetivista acerca del bienestar, Brock y Buchanan señalan que, haciendo una gran simplificación, por lo menos hay tres teorías del bienestar de las personas<sup>25</sup> identificables en los textos de filosofía moral y que pueden considerarse relevantes para la relación médico-paciente.

En primer lugar, se pueden llamar teorías *hedonistas* a aquellas que sostienen que lo único que es bueno para una persona es tener experiencias conscientes de un tipo positivo específico, por ejemplo, placer, felicidad, satisfacción, etc. En esta concepción hedonista del bien, un tratamiento médico promueve el bienestar de un paciente sólo en la medida en que produce en él este tipo de experiencias conscientes<sup>26</sup>.

En segundo lugar, tendríamos a las teorías de *satisfacción de preferencias* o deseos. En éstas, lo bueno para las personas es tener sus deseos o preferencias satisfechas en la mayor medida posible a lo largo de su vida. Los objetos de las preferencias o deseos serían aquí estados de cosas, y sólo en la medida en que se consiguen esos estados, la persona los considera satisfechos. Cabe mencionar, como señalan los autores y, como podemos observar, que las teorías hedonistas y las basadas

---

<sup>25</sup> T. Scanlon, *op. cit.*, pp. 245-273. Scanlon desarrolla las teorías más recurrentes para contestar la pregunta central: ¿qué hace que la vida de una persona sea buena? Y también apela a tres tipos de teorías significativamente parecidas a las de Brock y Buchanan: 1. *Las teorías hedonistas*: Éstas afirman que lo único que puede afectar la calidad de vida de una persona, es el hecho de afectar la experiencia de vivir esa vida 2. *Las teorías del deseo*: Las cuales afirman que la vida de una persona puede mejorarse por acontecimientos en otras partes del mundo (es decir, acontecimientos independientes a la experiencia directa del agente), que satisfacen preferencias de esa persona; y 3. *Las teorías de listas objetivas*: En éstas, la valoración del bienestar de la persona incluye un juicio sustantivo sobre cuáles son las cosas que hacen que una vida sea mejor. En esta teoría, cualquier juicio sustantivo que se adopte para definir cuál o cuáles cosas hacen que una vida sea mejor, puede estar en conflicto con las preferencias de la persona cuyo bienestar está en juego. Así, tomando en cuenta estos tipos de teorías, Scanlon afirma que el papel del “bienestar” en el razonamiento moral usualmente suele llevarse a cabo bajo la sombra del *utilitarismo*. Pero, aún en teorías que pretendan dejar el utilitarismo a un lado, todas se enfrentan a las preguntas sobre cómo se deben caracterizar los intereses de las personas, y/o cómo se han de justificar sus pretensiones de importancia moral.

<sup>26</sup> A.E. Buchanan y D.W. Brock, *op. cit.*, p. 42.

en la satisfacción de preferencias o deseos se encuentran emparentadas, en tanto que se basan en el fuerte deseo humano de obtener felicidad<sup>27</sup>.

Finalmente, tenemos a las teorías del *ideal del bien* de las personas. En éstas, algunas cosas se consideran buenas o malas para una persona independientemente de que la persona misma tenga una experiencia positiva consciente mientras las tiene e independientemente de que las prefiera, incluso aunque sus preferencias se hayan corregido para su conveniencia a lo largo del tiempo. Estas teorías pueden diferir en cuanto al contenido de los ideales, o en cómo han de defenderse o justificarse. Aunque ninguna de estas teorías niega que la felicidad o la satisfacción de preferencias formen parte del bienestar de una persona, sí niegan que el bienestar personal se reduzca a ello.<sup>28</sup>

Ahora bien, una pregunta inmediata a partir de esta breve exposición de las teorías del bienestar en general sería ¿cuál es la mejor teoría del bienestar para la práctica médica? Considero que no hay una respuesta definitiva, pues el tema del bienestar, como señalamos al inicio del apartado, es sumamente amplio y subjetivo, de modo que elegir una sola teoría del bien como la correcta puede conducirnos al error de aplicar un único criterio de bien y obviar las múltiples diferencias entre un caso médico y otro. Más específicamente, podemos caer en el error de obviar qué es bueno para un paciente y qué es bueno para otro en determinadas circunstancias.

Por ello, en lo sucesivo trataré de dar cuenta de algunas de estas dificultades sobre las teorías del bienestar individual en la práctica médica y, posteriormente, estos elementos nos servirán como punto de partida para analizar el conflicto que suele suscitarse cuando lo que se considera bueno para un agente interfiere con su autonomía.

### 3.1. Elementos comunes, divergencias sustanciales

Las teorías hedonistas se enfrentan a la objeción, casi inevitable, de que los seres humanos no se conforman sólo con una vida llena de placer o que sólo buscan tener experiencias conscientes positivas a lo largo de su vida. Podemos afirmar que las personas se proponen fines que no necesariamente se reducen a este tipo de experiencias

---

<sup>27</sup> *Ibid.*, pp. 42-43.

<sup>28</sup> *Ibid.*, pp. 44-47.

positivas, sino que otras motivaciones pueden reemplazarlas. Aún los defensores de esta teoría tendrían que admitir que esto es así, aunque sea en la minoría de los casos.

Por ejemplo, Carl Maxie Brashear (1931 – 2006) fue el primer buceador amputado en ser recertificado como Buceador de la Marina de los Estados Unidos tras haber sufrido un accidente que prácticamente le destrozó una de sus piernas. Aun cuando Brashear pudo esforzarse por conservar su pierna y retirarse con todos los honores por su servicio a la nación –aspecto que podría interpretarse como una experiencia mucho más positiva o placentera que la de enfrentarse a una amputación y un tratamiento largo y doloroso de recuperación– éste se decidió por la vía de la amputación de su pierna dañada para reemplazarla por una artificial, pero lo suficientemente resistente para poder apelar por su regreso a servicio activo.

Lo importante aquí es que, cualquiera que sea la interpretación del caso, éste parece ayudarnos a sugerir que difícilmente una postura hedonista del bien sería la correcta cuando ponderamos la complejidad de fines que un ser humano se puede proponer.<sup>29</sup> Pero, ¿qué sucede con las otras teorías? Podríamos suponer, dadas las peculiaridades del caso, que Carl Brashear pudo llevar a cabo una jerarquización de preferencias entre, por un lado, tratar de conservar su pierna y retirarse del ejército, o bien, por el otro, someterse a una terapia larga y dolorosa para continuar haciendo lo que amaba y, claramente, eligió lo segundo. También podríamos decir, en palabras de Ronald Dworkin, que eligió un interés crítico frente a uno de experiencia.

Una posible dificultad que enfrentan las teorías de las preferencias es que, desde la perspectiva de Brock y Buchanan, no pueden ofrecer una explicación completa y sistemática de cómo deberían corregirse las preferencias de una persona para determinar su propio bien. El proceso de deliberación de Brashear, desde esta perspectiva, puede carecer de algo así como un criterio de corrección. ¿Cómo explicar que su decisión fue correcta o la mejor en comparación con sus otras opciones? Sin embargo, la ventaja de

---

<sup>29</sup> Robert Nozick, en *Anarchy, State and Utopia*, pp. 42-43, expone un ejemplo ilustrador sobre los problemas que implica afirmar que los seres humanos nos conformamos con la mera sucesión de experiencias placenteras. Este ejemplo es comúnmente conocido como la *máquina de experiencias* o máquina del placer y sigue más o menos de la siguiente manera: “supongamos que hay una máquina de experiencias que daría cualquier experiencia que se desee. Neuropsicólogos podrían estimular su cerebro para que piense y sienta que está escribiendo una gran novela, o haciendo un amigo, o leyendo un libro interesante. Todo el tiempo usted estaría flotando en un tanque, con electrodos conectados al cerebro. En caso de que se conecten a la máquina de por vida, debería estar preprogramando sus experiencias de vida (cada dos años por ejemplo). Pero mientras se encuentre dentro del tanque usted no sabrá que está allí y pensará que todo está sucediendo [...] ¿Se conectaría?”. La postura de Nozick es que una persona no debe conectarse a esta máquina porque las preocupaciones humanas van más allá de lo que sentimos, también nos preocupamos por lo que somos y no sólo por las experiencias placenteras. En otras palabras, conectarnos implicaría ir en contra de nuestra dignidad.

este tipo de teoría es que, aunque el criterio de corrección parezca débil o inexistente, podemos admitir, por lo menos de forma general, lo siguiente: como Brock, Buchanan y R. Dworkin señalan, en la mayoría de los casos, el agente es el que mejor sabe qué acciones llevar a cabo a favor de su bienestar.

Otra posible interpretación del caso Brashear es que éste eligió seguir el camino de lo que consideró un ideal del bien, esto es, eligió cumplir con lo que consideró era su deber de servicio, a pesar de que esto afectara significativamente el tipo de experiencias que tendría que padecer. Esta perspectiva nos remite a las teorías del ideal del bien de las personas. Pero tal parece que éstas resultan aún más difíciles de evaluar que las primeras debido a dos objeciones recurrentes. Por un lado, sus partidarios han estado en desacuerdo sobre el contenido de los “ideales justificados” del bien individual, y, por otro lado, no parece haber un consenso sobre cómo defender a esos ideales. En otras palabras, no existe una justificación consensual de por qué deben ser determinados ideales y no otros los justificados para dar cuenta de la noción de bienestar individual.

Pese a las diferencias significativas entre las teorías, existen algunos elementos que se pueden considerar comunes a ellas. Como ejemplo, Brock y Buchanan reconocen que en los tres tipos de teorías es perfectamente coherente hablar de personas que se equivocan con respecto a lo que consideran el bienestar de otros o de ellos mismos:

Las personas pueden estar equivocadas sobre lo que las hará felices o sobre lo que mejor satisfará sus objetivos y valores subyacentes y duraderos, y al mismo tiempo no aceptar o no hacer elecciones acordes a ideales objetivos de la persona y el bienestar personal.<sup>30</sup>

Mientras que las teorías basadas en las preferencias consideran el bienestar como totalmente subjetivo, las teorías del ideal buscan objetividad, pero incluso en estas últimas las elecciones corregidas con base en ideales del bien son falibles con respecto al logro del bienestar. Por ello, [...] *en las tres teorías hay una tensión entre el sentido en el que los individuos son falibles en lo que respecta a su propio bien y en el sentido en el que su bien es subjetivo y no puede ser refutado.*<sup>31</sup>

La importancia de identificar elementos subjetivos u objetivos en el bienestar radica en la necesidad de contar con criterios que médicos o terceros puedan utilizar de forma fructífera en la práctica médica. Práctica que, desafortunadamente, cuenta con una “larga y poderosa” tradición paternalista que defiende que los médicos decidan sobre los tratamientos de sus pacientes, aún sin consultarles, en tanto que son los primeros los que mejor saben qué es mejor para los segundos. Tratando de evitar tales

---

<sup>30</sup> A.E. Buchanan y D.W. Brock, *op. cit.*, p. 45.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 46.

circunstancias parece que cualquier perspectiva acerca del bienestar debe reconocer que, aún más que cualquier consideración objetiva, el bienestar individual es primordialmente subjetivo, aunque sea en distinto grado.

Escriben Buchanan y Brock:

[...] cualquier criterio de bienestar individual que no se base a fin de cuentas en los objetivos y valores subyacentes del propio individuo, es tanto problemático en la teoría, como susceptible de abusos intolerables en la práctica.<sup>32</sup>

Esto es así porque lo que hace feliz a una persona o satisface sus preferencias depende, en última instancia, de sus objetivos, aspiraciones y valores. Por ello, cualquier teoría sobre el bienestar que no se base en los intereses del agente, o en este caso del paciente capaz de decidir sobre sí mismo, corre el riesgo de no respetar la autonomía de este último.

En conclusión, ninguna de las teorías parece representar la mejor alternativa o la visión correcta del bienestar. Por un lado, las teorías del ideal son susceptibles de abusos por parte de médicos o familiares que consideran justificado el sustituir la concepción que el paciente tiene de su propio bienestar por la de ellos. También se corre el riesgo de que la interferencia de terceros, como familiares o incluso el Estado, llegue a un paternalismo injustificado. Este último caso lo analizaremos con detalle en el siguiente capítulo.

Por otro lado, la perspectiva de las preferencias, a pesar de basar el bienestar individual en los objetivos y valores duraderos de las personas, y con ello limitar considerablemente el paternalismo del que suelen ser víctima los pacientes, siguen estando expuestas a un grado elevado de abuso cuando no hay una explicación o justificación sobre las “preferencias” que se deberían respetar. Por ejemplo, alguien podría cuestionar, ¿por qué se permitió la amputación de Brashear si parecía haber opciones que respondían mejor a su bienestar? Vivir tranquilamente, retirado y a lado de su familia puede ser considerado como un bien considerablemente mayor desde determinadas perspectivas.

Una respuesta a esto es que existe la creencia de que Brashear eligió lo mejor para su propio bienestar, pues quién mejor que él mismo para saber lo que constituía su propio bien en el momento de su decisión. Tal vez eso es lo único que se puede exigir para hablar de algo así como un criterio de bienestar o, como Brock señala, es probable que la mejor opción que tenemos para hablar de bienestar individual sea asumir una

---

<sup>32</sup> *Ibid.*, p. 60.

concepción amplia de “la buena vida”. Pero, ¿qué implica reflexionar sobre una concepción amplia de la “buena vida”?

Para Brock, un primer paso es que dejemos de pensar que el bienestar o la “buena vida” del paciente se limitan exclusivamente a lograr su buena salud. Un segundo paso sería reconocer que el bienestar del paciente también abarca la capacidad de autodeterminarse, respetando así sus propios intereses y alcanzando, en el mejor de los casos, una armonía entre ambos principios: bienestar y autonomía. Por ello, como él señala, por lo menos en los “países desarrollados” la opinión predominante es que las decisiones relacionadas al cuidado de la salud deben implicar un proceso compartido entre el paciente y el médico, pues a cada uno se le considera indispensable para una buena toma de las mismas:

El médico aporta su educación, conocimiento y experiencia para el diagnóstico de la condición del paciente, la estimación de sus perspectivas con diferentes tratamientos alternativos, incluyendo entre las alternativas no dar ningún tratamiento, y una recomendación respecto a que se debe aplicar. El paciente proporciona el conocimiento de sus objetivos, finalidades y valores que probablemente sean afectados por diferentes cursos del tratamiento, y esto hace posible una evaluación comparativa de los diferentes resultados posibles.<sup>33</sup>

Finalmente, si bien esta perspectiva sobre la autonomía y el bienestar parece ser una buena alternativa de solución para casos problemáticos de la práctica médica, otra cuestión es si es suficiente cuando la autonomía y el bienestar del paciente parecen encontrarse en conflicto y se tiene que privilegiar necesariamente un valor por encima del otro.

En el siguiente capítulo ahondaremos sobre esta cuestión a partir de un estudio de caso en el que los valores de la autonomía y el bienestar parecen encontrarse enfrentados: analizaremos el tema de la *eutanasia activa* y los principales elementos del debate que genera en la actualidad.

---

<sup>33</sup> D. Brock, “Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica”, *La calidad de vida*, p.144.

## Capítulo II.

### Autonomía contra bienestar.

#### La eutanasia activa como caso de estudio

1. El binomio autonomía-bienestar
  - 1.1. Vínculos no problemáticos
  - 1.2. El terreno conflictivo
2. Eutanasia. El debate actual
  - 2.1. ¿Qué es la eutanasia?
  - 2.2. La santidad de la vida
3. La necesidad de otra perspectiva sobre la autonomía

En términos generales, se puede decir que la relación médico-paciente se sitúa dentro de la *doctrina del consentimiento informado* cuando se satisfacen los tres requisitos siguientes:

- i. la decisión del paciente es informada, en tanto que ha sido tomada con ayuda de un médico;
- ii. la decisión es voluntaria en tanto que no es coaccionado por nadie a tomarla;
- iii. el paciente es racionalmente competente.

Esta doctrina, como mencionamos en el capítulo anterior, se fundamenta en el respeto a la *autonomía* en tanto que en ésta se exige que se respete la elección informada y voluntaria de un paciente capaz con respecto a los tratamientos médicos que decide aceptar o rechazar con base en sus valores o preferencias personales o, en otras palabras, con base en lo que considera su *bienestar*.

A pesar de que la doctrina del consentimiento informado parece tener criterios aceptables o estar fundamentada en razones que cualquier agente racional podría aceptar como buenas, ¿por qué la práctica de la llamada *eutanasia activa*, considerada bajo los requisitos establecidos por la doctrina del consentimiento informado es, en muchas sociedades, considerada una práctica inmoral y prohibida?

En los apartados siguientes trataré de ofrecer una respuesta a esta cuestión a partir del análisis los elementos básicos que conforman el debate sobre este tema.

## 1. El binomio autonomía-bienestar

### 1.1. Vínculos no problemáticos

Varios casos de actualidad muestran un aumento en el consenso de que un paciente considerado racionalmente competente tiene derecho a rechazar atención médica o tratamientos terapéuticos que le permitan conservar su vida, cuando dicha atención va en contra de lo que el paciente considera su bienestar. Este tipo de casos –muchos de ellos llevados a los tribunales– ponen de manifiesto la posibilidad de conciliar el respeto a la autonomía del paciente con actuar a favor de su propia concepción del bien.

Por ejemplo, los Testigos de Jehová, miembros de un grupo fundamentalista cristiano, basan sus prácticas de fe en los escritos bíblicos y, con base en éstos, rechazan de forma absoluta la transfusión sanguínea. Este rechazo se justifica en pasajes como el siguiente:

[...] porque la vida de la carne es la sangre, y yo os he mandado ponerla sobre el altar para expiación de vuestras almas, y la sangre expía en lugar de la vida. Por eso he mandado a los hijos de Israel: Nadie de entre vosotros ni de los extranjeros que habiten entre vosotros comerá sangre.<sup>34</sup>

Aunque en muchas ocasiones su rechazo a una transfusión ha provocado la pérdida de vidas al interior de esta comunidad, las cortes han respetado su decisión por considerar que es llevada a cabo por agentes racionales competentes y en plena libertad de actuar conforme a sus creencias. Sin embargo, aunque muchos tribunales en distintas partes del mundo han afirmado este derecho de autodeterminación de los pacientes para rechazar tratamientos médicos, es importante notar, como señalan Brock y Buchanan, que en la mayoría de los casos se implicaban situaciones en las cuales tanto médicos como agentes externos estaban de acuerdo en que prolongar la vida del paciente tenía un dudoso beneficio neto para el mismo.

El caso de los Testigos de Jehová es interesante porque ha puesto a prueba el criterio del “beneficio neto” de los pacientes, pues qué mayor beneficio puede haber que el de poder conservar la propia vida. Sin embargo, aún en estos casos se sigue manteniendo cierto consenso sobre que un agente racional tiene derecho a rechazar tratamientos médicos que van en contra de su concepción del bien o de sus propios

---

<sup>34</sup> “Levítico” 17:11,12, *Sagrada biblia*.

intereses o preferencias. A pesar de ello, existen muchos casos médicos en los que este “consenso” no ha alcanzado para que la autonomía y el bienestar se encuentren siempre de la mano.

Como advertimos de forma sucinta al inicio de este apartado, el derecho de una persona capaz a rechazar tratamientos médicos se basa fundamentalmente en los valores de la autonomía o la autodeterminación y el bienestar individual. Por ello, en el capítulo anterior he descrito de forma general, y principalmente en el ámbito de la ética médica, en qué consisten estos valores. La breve presentación de las perspectivas sobre la autonomía y el bienestar nos han llevado a concluir que la autonomía puede entenderse como un valor instrumental que posee un individuo capaz, pues se asume que lo más probable es que cualquier interés particular que tenga una persona capaz será mejor promovido por sus propias elecciones que por las que otros puedan hacer.

También hemos avanzado un poco en la relación existente entre la autonomía y el bienestar desde la perspectiva no instrumental de la autonomía propuesta por Brock y Buchanan —aquella que han llamado de la *autoevaluación reflexiva*—. Esta última nos muestra a la autonomía como un valor relevante por el hecho de que permite reconocer el derecho de la persona capaz a rechazar la atención médica simplemente porque se muestra respeto por su capacidad de autodeterminación y, con ello, parece implicarse un respeto por su propia concepción del bien.

Dada la variedad de elementos que nos han brindado estas teorías sobre la autonomía y el bienestar, parece que estamos en posición de evaluar una gran cantidad de situaciones. Un ejemplo polémico sobre el alcance de estas perspectivas puede ser el siguiente: Un padre de familia decide rechazar un tratamiento médico costoso que muy probablemente salvaría su vida, con tal de asegurar la educación de sus hijos.<sup>35</sup> Imaginando un escenario ideal en el que este paciente está siendo atendido bajo todos los principios que exige la doctrina del consentimiento informado, Brock y Buchanan nos han ofrecido elementos para defender que este paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento médico que se le ofrece pues: 1) es un paciente racionalmente competente, 2) tiene suficiente información para decidir, 3) lleva a cabo una reflexión que le permite, con base en la información que posee, autodeterminarse y, 4) hace esto bajo su propia concepción del bien o lo que él considera su mayor interés.

---

<sup>35</sup> R. Vázquez, “Concepto y justificación de la eutanasia”, *Eutanasia: Hacia una muerte digna*, p. 32.

A pesar de las dificultades que implica llevar a la corte este tipo de casos polémicos, parece que las teorías analizadas son reflejo de una tendencia por lo menos en la literatura de ética médica, para aceptar que los pacientes racionalmente competentes tienen derecho a rechazar tratamientos con base en su autonomía y su propia concepción de lo que es bueno para ellos. Esta tendencia se observa con mayor fuerza en casos en los que no sólo se rechaza un determinado tratamiento para mantener la vida, sino que se rechazan también todos los cuidados que pueden ayudar a mantenerla pues, como mencionan Brock y Buchanan: *desde el punto de vista del respeto a la autodeterminación individual, alargar la vida de un paciente capaz con alimentación forzada no es más aceptable que mantenerlo por la fuerza conectado a un respirador.*<sup>36</sup>

Esta distinción es sumamente relevante en casos como el de la señorita B (se le llama sí porque el nombre de la paciente se encuentra en anonimato por motivos legales). La señorita B<sup>37</sup> fue una mujer británica de 43 años que quedó tetrapléjica como consecuencia de la ruptura de un vaso sanguíneo del cuello que le provocó lesiones en su espina dorsal. Esta mujer vivió conectada a un respirador poco más de un año, aun cuando con antelación ella había manifestado por escrito no querer recibir tratamiento en caso de verse en una condición que pusiera en riesgo su vida o en caso de quedar incapacitada o inconsciente.

La señorita B pidió a los médicos que le quitaran el respirador, pero éstos se negaron argumentando razones éticas y porque consideraban que ella cambiaría de opinión. Sin embargo, tras pasar el tiempo ella se mantuvo firme en su decisión y utilizando un circuito cerrado de televisión se comunicó directamente con una juez que, después de deliberar sobre su caso, falló a favor de la desconexión de la máquina que la mantenía con vida. La justificación de la juez para su fallo fue que la señorita B estaba totalmente capacitada para decidir la interrupción del tratamiento y además añadió que la decisión previa de la paciente debió haber sido respetada por el hospital, pues, de haberlo hecho, se le hubiera evitando el sufrimiento adicional que tuvo que padecer.

A partir de los casos anteriores, ¿existe algún terreno problemático que los valores de autonomía y bienestar, tal y como se han descrito a partir de las perspectivas analizadas, no abarquen? Para tratar de responder a esta pregunta avancemos un poco más en la argumentación.

---

<sup>36</sup> A.E. Buchanan y D.W. Brock, *op. cit.*, p. 151.

<sup>37</sup> Véase en A. Álvarez, *Práctica y ética de la eutanasia*, pp. 76-79.

## 1.2. El terreno conflictivo

A pesar de los alcances que muestran las teorías analizadas para evaluar ciertas situaciones médicas, existen a la par límites importantes al derecho del paciente capaz para decidir sobre sus tratamientos. Hay casos problemáticos en los que los valores de la autodeterminación y el bienestar que fundamentan este derecho no alcanzan para justificar decisiones de otro tipo; son casos en los que estos valores parecen encontrarse en disputa.

Un primer límite poco problemático a este derecho a la autodeterminación (y que, como observamos, implica una concepción del bienestar que varía en cada paciente) es que no incluye ningún derecho a someter a otras personas a riesgos de salud importantes; por ejemplo, cuando alguien padece una enfermedad grave y contagiosa se deben de tomar todas las medidas necesarias para asegurar que sus decisiones no afecten a terceros inocentes independientemente de qué opine el paciente. Someterse a cuarentena por un riesgo epidemiológico que pone en peligro a la población forma parte de este tipo de casos.

Una segunda limitación explorada por Brock y Buchanan, y que sí interesa destacar dado el tema de esta investigación, es que el derecho del paciente de poder rechazar tratamientos o cuidados no implica un derecho a recibir cualquier servicio médico que exija. Como los autores señalan, los valores de autonomía y de bienestar no alcanzan para defender un derecho moral y general a la atención médica. Este último, como ellos mencionan, sería un derecho positivo: el derecho de un individuo a que se le presten los servicios médicos que desea, lo que puede resultar sumamente polémico. Por su parte, el derecho a rechazar tratamientos médicos es tan sólo un derecho negativo, pues se restringe al derecho de un individuo a que no se le proporcionen tratamientos o cuidados médicos sin su consentimiento, pero no permite “emprender acciones positivas”.<sup>38</sup>

Escriben Brock y Buchanan:

[...] el derecho a la autodeterminación del individuo capaz con respecto a las decisiones médicas es un derecho a rechazar toda forma de tratamiento y cuidados médicos, incluyendo soporte nutricional por medios ordinarios o artificiales, excepto cuando el rechazo conlleva importantes riesgos para la salud de otras personas. No es un derecho a exigir cualquier servicio que uno desee, ni un derecho a la *eutanasia activa*.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> A.E. Buchanan y D.W. Brock, *op. cit.*, p. 104-105.

<sup>39</sup> *Ibidem*.

La limitación del derecho a la autodeterminación señalada en esta cita es de suma relevancia porque, aunque es fundamental comprender las dificultades morales, técnicas y jurídicas que implicaría para el campo de la medicina aceptar cualquier petición que un paciente hiciera sobre determinados tratamiento médicos, también es importante pensar en aquellos pacientes que requieren solicitar a su médico “emprender una acción positiva” para tratar de aliviar una enfermedad terminal o un padecimiento médico que les produce un sufrimiento físico y mental intolerable. Uno de los casos paradigmáticos de este tipo de acciones positivas es la solicitud que hace un paciente para que se le brinde ayuda médica para morir, o como la llaman los autores, la solicitud de *eutanasia activa*. Ésta se define como la acción intencional por parte de un médico de provocar de forma rápida y sin dolor la muerte de un paciente a petición de éste.<sup>40</sup> Tal petición sólo puede realizarse bajo determinados requerimientos que se señalarán en el apartado 2 de este capítulo.

En este punto, cabe preguntar si otras teorías contemporáneas importantes que hemos mencionado (la teoría de Ronald Dworkin o la de Gerald Dworkin) pueden ofrecer mejores resultados a la hora de reflexionar y deliberar sobre situaciones que requieren “emprender acciones positivas”, así como a qué se debe dar prioridad en este tipo de casos, si a la autonomía o al bienestar.

Para Ronald Dworkin, como ya observamos en el capítulo 1, ser autónomo es ser capaz de tomar decisiones íntegras, y la integridad de las decisiones depende de la capacidad del agente para diferenciar entre sus intereses críticos y sus intereses de experiencia, dando mayor importancia a los críticos por sobre los de experiencia cuando ambos se encuentran en conflicto. De manera similar, la autonomía basada en preferencias desarrollada por Gerald Dworkin contempla la necesidad de incorporar la noción de bienestar individual, pues, después de todo, las preferencias bajo las cuales el individuo tiene que llevar a cabo la jerarquización están basadas en su propia concepción del bien. Bajo estas perspectivas, parece que se puede defender un derecho que presente menos limitaciones sobre lo que pueden decidir y solicitar los pacientes.

Ejemplo de ello es la defensa que Ronald Dworkin hace con respecto a la necesidad de que los pacientes tengan derecho a solicitar determinadas acciones basadas en lo que él denomina *criterio de evidencia*: en la mayoría de los casos, el paciente es el que mejor sabe lo que es bueno para él:

---

<sup>40</sup> A. Álvarez, *op. cit.* p. 32.

¿Cómo podría haber cometido Lillian Boyes un error acerca de sus propios intereses, la paciente con artritis reumática que moría lentamente y con penosos sufrimientos, cuando decidió morir inmediatamente?<sup>41</sup>

Sin embargo, en ambas teorías no parece claro por qué un individuo tendría que preferir sus intereses críticos por sobre los de experiencia en casos en los que estos podrían encontrarse enfrentados, o preferir ciertas preferencias en vez de otras. Esto introduce un problema que apenas esbozamos en el capítulo anterior, a saber, el problema sobre los criterios de corrección que exigen estas teorías para justificar la autonomía de los agentes.

Una objeción señalada por Beauchamp, y que considero pertinente, es que la autonomía basada en preferencias parece requerir que todo acto autónomo de identificación con un deseo (de primer nivel) debe ir siempre acompañado de un acto independiente de identificación con un nivel superior (de segundo nivel). Esto parece significar que también deberíamos poder corregir, identificar o rechazar los deseos de segundo orden en función de otros de tercer orden, creando así un retorno sin fin de los niveles de deseos, y dificultando, sino imposibilitando, que la autonomía del individuo sea efectiva.

Apunta Beauchamp:

Si los deseos de segundo orden, (decisiones, voliciones) son generados por deseos prioritarios o concomitantes, entonces el proceso de identificación de un deseo antes que otro no distingue autonomía desde no autonomía. Es muy común una identificación de segundo orden con un deseo de primer orden, cada identificación es simplemente una conciencia acerca de la estructura formada de las preferencias de alguien, no una nueva estructuración de preferencias o fin desde los deseos de primer orden y la condición de los deseos de alto orden son una complicación innecesaria para la teoría de la autonomía.<sup>42</sup>

Menciona el autor que si la identificación de la persona con un nivel determinado de deseos y preferencias se debe a un proceso de condicionamiento, la identificación no es suficientemente independiente para ser considerada autónoma: el alcohólico que se identifica con beber no es autónomo si su deseo de segundo orden de beber deriva o se refuerza del deseo de primer orden de beber. Es decir, un alcohólico puede reflexionar desde niveles altos, o de segundo orden, sobre deseos de niveles inferiores y no conseguir nunca ser autónomo. Según Beauchamp, este tipo de teoría necesita algún criterio sólido que permita distinguir las influencias y los deseos que reducen la capacidad de autonomía de aquellos que son consistentes con ella.

Por lo anterior, considero que estas perspectivas, al hacer depender el ejercicio de la autonomía de la capacidad del paciente para jerarquizar con base en sus

---

<sup>41</sup> R. Dworkin, *op. cit.*, p. 251-252.

<sup>42</sup> T. L. Beauchamp y J. F. Childress, *op. cit.*, p. 122. La traducción es mía.

preferencias (sea entre intereses críticos o de experiencia, o entre preferencias de primer y segundo orden) traen como consecuencia, como advierten Brock y Buchanan, el grave conflicto de apelar a la capacidad del agente para “corregir estas preferencias”. El problema es que ni siquiera parecen existir criterios claros u objetivos sobre los valores que deben ser corregidos, por qué deben ser corregidos, y por qué deben ser corregidos algunos en particular y no los que el paciente había elegido inicialmente. Esto significa que no parece existir en este tipo de teorías un criterio objetivo, o por lo menos claro, por parte del paciente para decidir sobre tratamientos médicos que ponen en oposición sus intereses o sus diversas concepciones de lo que es bueno para él.

Aunado a esto, parece que la imposibilidad de dar cuenta de criterios de corrección en estas teorías, nos conduce al problema ya señalado por Brock y Buchanan, sobre si debe aceptarse sin más que los pacientes tengan el derecho positivo a solicitar libremente que se les aplique cualquier tratamiento médico que deseen con base en el respeto a su autonomía (fundamentada en sus intereses o preferencias). Aunque una primera respuesta nos llevara a suponer que aceptar este derecho positivo abonaría a la solución de muchos dilemas actuales en la práctica médica, y limitaría significativamente la posibilidad de acciones paternalistas por parte de médicos o el Estado, aún cabría preguntar, ¿tienen los médicos la obligación moral de aceptar aplicar cualquier tratamiento médico que se les solicite?

Mi preocupación en este punto es que las distintas perspectivas hasta ahora analizadas sobre la autonomía, y que claramente hacen a ésta inseparable en una u otra medida del bienestar, no nos permitan avanzar más en alternativas de solución para casos como el de la eutanasia activa y otros dilemas médicos, ya sea porque se encuentran:

- i. limitadas a un derecho negativo sobre lo que el paciente puede rechazar, pero impedidas para defender un derecho positivo para solicitar que se les aplique algún tratamiento que consideran fundamental para su bienestar; o
- ii. ampliadas para defender un derecho positivo del paciente a decidir sobre sus tratamientos médicos, pero posiblemente infructíferas para marcar límites a lo que es moralmente permitido pedir a terceros que ejecuten sobre nosotros mismos.

En el siguiente apartado analizaré con detalle el caso de la eutanasia, pues aunque nos hemos referido a ella de forma sucinta, adentrarnos en su estudio nos

permitirá comprender qué implica, bajo una situación concreta, el conflicto entre los valores de la autonomía y el bienestar.

## 2. Eutanasia. El debate actual

En este apartado me avocaré al tema de la eutanasia o muerte médicamente asistida, además de plantear uno de los argumentos que suelen utilizarse en contra de su justificación ética y de su legalización. Ello nos servirá para mostrar en los siguientes capítulos la pertinencia de defender la autonomía como el valor fundamental para tratar de dar solución a este tipo de dilemas, incluso por encima del criterio de bienestar.

### 2.1. ¿Qué es la eutanasia?

Entre los dilemas médicos que han suscitado más polémica en los últimos tiempos, se encuentran los que plantea la eutanasia. El término *euthanasia* se compone por las raíces griegas *eu* que significa “bueno” y *thanatos* que significa “muerte”. Por tanto, eutanasia significa “buena muerte”. Desafortunadamente, este concepto ha sido utilizado en distintos contextos en los que se ha eliminado su significado original y se ha reemplazado por significados que apoyan ideologías en muchas ocasiones absolutamente reprobables. Por ejemplo, según la *Encyclopedia of Bioethics*,<sup>43</sup> existen cuatro significados de la palabra eutanasia que se han manejado en distintos contextos históricos:

- i. inducir la muerte a quienes están sufriendo;
- ii. terminar con la vida de quienes son indeseables;
- iii. dar atención a los moribundos;
- iv. dejar morir a las personas

Al observar estas definiciones, como Asunción Álvarez señala, podemos afirmar que ninguna cumple del todo con lo que en la práctica actual debemos entender por eutanasia. La definición ii sólo hace referencia a una práctica discriminatoria, y que básicamente ha sido motivada en los últimos tiempos por los actos atroces cometidos durante la segunda guerra mundial, principalmente contra el pueblo judío; la definición iv, por su parte, sólo hace referencia al concepto de *eutanasia pasiva*, esto es, omitir o

---

<sup>43</sup> A. Álvarez, *op. cit.*, p. 28.

suspender acciones que podrían ayudar a conservar la vida de una persona. Esto significa que sólo las definiciones i y iii se acercan a una definición de eutanasia como la que nos interesa destacar en esta investigación; sin embargo, la amplitud en el caso de la i y la limitación en el caso de la iii, nos obliga a buscar una definición más precisa que sea fructífera en la práctica médica actual. Analicemos por qué.

La Asociación Médica Mundial define a la eutanasia como *el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, incluso ante la petición de éste*,<sup>44</sup> y además, la concibe como una práctica que va en contra de los principios éticos de la medicina. Sin embargo, una mirada detallada a la definición nos puede ayudar a comprender por qué se le observa como una práctica no ética o inmoral. La definición nos habla del acto de terminar deliberadamente con la vida de un paciente, incluso si el paciente mismo lo pide. Sin embargo, el *incluso* parece indicar que el médico, o cualquier otro agente, podría deliberadamente acabar con la vida de un paciente, aunque no sea a petición de éste. Ello, claramente, sería un asesinato, es decir, un acto inmoral. También está el grave problema de que esta definición no especifica bajo qué circunstancias la petición del enfermo puede considerarse ética o moral. Por supuesto, esto último puede parecer una consideración fuera de lugar en tanto que la definición está enfocada en recalcar el carácter inmoral de dicha práctica.

A diferencia de la definición de eutanasia que nos proporciona la Asociación Médica Mundial, si tomamos en cuenta una definición que dé prioridad a la autonomía del paciente para decidir sobre sí mismo, entonces se vuelve necesario buscar otro concepto de eutanasia que dé cuenta del derecho de los pacientes a solicitarla bajo determinadas circunstancias. Esta definición no la ofrece A. Álvarez y es la siguiente:

La eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste.<sup>45</sup>

Bajo esta definición, la eutanasia, o su variante el *suicidio asistido*,<sup>46</sup> se convierten en la oportunidad que tiene una persona para elegir, sin coerción de ningún

---

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 31.

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 32.

<sup>46</sup> R. Pérez Tamayo. "El médico y la muerte", *Eutanasia: Hacia una muerte digna*, p. 25. Hay distintas clasificaciones en el tema de elegir la propia muerte con ayuda médica. El suicidio asistido se puede observar como una variante de la eutanasia activa, pero su diferencia estriba en que, aun cuando el médico proporciona los medicamentos para acabar con la vida del paciente, es este último el que ejecuta por sí solo la acción de terminar con su vida tomando los medicamentos. Esta variante de la eutanasia resulta relevante porque, aunque a lo largo de la investigación nos referiremos al término eutanasia activa, los argumentos que se ofrecerán para intentar justificarla moralmente, pueden ser utilizados de forma análoga para tratar de justificar el suicidio asistido. Otra clasificación de la eutanasia activa depende de la consideración de la voluntad del paciente y puede ser 1) *voluntaria*, es decir, que la terminación de la

tipo, adelantar su muerte para aliviar el dolor físico y psicológico que le produce tener una enfermedad incurable o una enfermedad degenerativa o limitante que le produce los mismos efectos; además de poder tomar la decisión bajo la certeza de que su muerte llegue de forma rápida e indolora gracias a los conocimientos de su médico. Como bien aclara A. Álvarez, esta definición sólo incluye las situaciones en que es el mismo paciente el que la solicita.

Si bien existen clasificaciones sobre la eutanasia, la que me interesa señalar debido al marco teórico en que se centra esta investigación, es la siguiente. Generalmente se distinguen dos formas de eutanasia: la *pasiva* y la *activa*. En la primera, el enfermo muere debido a la omisión o suspensión por parte del médico del uso de medidas que podrían prolongarle la vida. En la segunda, el paciente terminal fallece como consecuencia directa de una acción intencionada del médico que responde al pedido expreso del paciente. Bajo esta clasificación, la definición de A. Álvarez sólo se refiere a la segunda definición. Es decir, se trata de una acción emprendida por parte de un médico para acabar con la vida de un paciente que expresamente se lo ha solicitado.

Esta distinción es relevante por ciertas consideraciones que realizamos en el apartado 1.2 de este segundo capítulo, dedicado al terreno conflictivo que suele suscitarse entre los valores de la autonomía y el bienestar. Específicamente me refiero a una de las limitaciones que observamos en la teoría de Brock y Buchanan, según la cual los valores de autodeterminación y bienestar no justifican el derecho del paciente de pedir que se realice una acción directa que le conducirá a la muerte. Recordemos brevemente esta afirmación.

[...] el derecho a la autodeterminación del individuo capaz con respecto a las decisiones médicas es un derecho a rechazar toda forma de tratamiento y cuidados médicos, incluyendo soporte nutricional por medios ordinarios o artificiales, excepto cuando el rechazo conlleva importantes riesgos para la salud de otras personas. *No es un derecho a exigir cualquier servicio que uno desee, ni un derecho a la eutanasia activa.*<sup>47</sup>

Ahora podemos afirmar que este derecho del paciente capaz a rechazar toda forma de tratamiento concierne sólo al ámbito de lo que hemos descrito aquí como

---

vida de un paciente se da en respuesta a la petición de éste expresada libremente; 2) *no voluntaria*, a saber, cuando se termina con la vida de un paciente sin que éste lo solicite porque por algún motivo está imposibilitado para hacerlo; y 3) *involuntaria*, que es la que se lleva a cabo en contra de la voluntad del paciente y por tanto, es en realidad un asesinato. En consecuencia, bajo estas clasificaciones, las únicas que atañen a esta investigación son la eutanasia activa voluntaria y el suicidio asistido, pues son las únicas variantes que expresan la libre voluntad de los pacientes competentes para solicitar una muerte médicamente asistida.

<sup>47</sup> A.E. Buchanan y D.W. Brock, *op. cit.*, p. 104-105. Las cursivas son mías.

eutanasia pasiva, aunque es más amplio, pues es un derecho de los pacientes competentes a rechazar un tratamiento médico en general. Sin embargo, justo el límite de ese derecho implica negar la posibilidad de un paciente para solicitar la eutanasia activa. En otras palabras, la eutanasia activa forma parte del terreno conflictivo que este derecho a rechazar tratamientos médicos no cubre.<sup>48</sup> Pero, ¿por qué es pertinente en la actualidad hablar del tema de la eutanasia activa? ¿Por qué no conformarnos con lo que puede ofrecernos la eutanasia pasiva? O, en palabras de Ronald Dworkin:

¿por qué nos preocupamos tanto, sea de una forma u otra, por la muerte, cuando no existe nada digno de vivirse pero tampoco existe pena, dolor o sufrimiento que la muerte pueda interrumpir? ¿Por qué no somos la mayoría de nosotros simplemente indiferentes acerca de lo que nos suceda o acerca de lo que les suceda a aquellos que amamos, en esta circunstancia?<sup>49</sup>

Hablar de la eutanasia activa es relevante porque el interés humano por pensar la propia muerte no se limita a ser parte de la agenda de un paciente que se encuentra en condiciones médicas delicadas, sino que forma parte en la vida de cualquier agente racional. Aunado a esto, los problemas que suscitan las preguntas planteadas también pueden verse reflejadas en las actitudes fuertemente opositoras con respecto a la *eutanasia activa* por considerarla una afrenta al valor de la vida humana, esto es, por considerar que aquellos individuos que desearían se les aplicara la eutanasia bajo determinadas circunstancias médicas en realidad no están actuando en pos de su bienestar. Esta postura es defendida, entre otros, por aquellos que defienden que la vida biológica tiene un valor intrínseco y absoluto y que, por ello, la persona no tiene derecho a decidir terminarla bajo ninguna circunstancia. En el siguiente apartado analizaremos un poco más esta perspectiva en contra de la eutanasia activa y su legalización.

## 2.2. La santidad de la vida

Si bien la eutanasia tiene muchos detractores y múltiples argumentos en contra, varios autores han señalado como uno de los principales obstáculos para lograr su legalización, por lo menos en México, al argumento comúnmente denominado *santidad*

---

<sup>48</sup> Si bien el derecho del paciente capaz a rechazar toda forma de tratamiento es amplio, en tanto que cubre múltiples áreas de la ética médica, los mismos Brock y Buchanan se ven en la necesidad de recurrir en su obra *Decidir por otros*, a otros valores éticos relevantes para defender el derecho de pacientes clasificados como incompetentes para que otros, con base en lo que fueron sus intereses o deseos antes de la incompetencia o inconsciencia que padecen, puedan tomar la decisión de no mantenerlos bajo tratamientos médicos que ya no pueden producirles ningún “beneficio neto”.

<sup>49</sup> R. Dworkin, *op. cit.*, p. 253.

*de la vida*. Aludiendo a la descripción que A. Álvarez hace de este principio, podemos decir que éste se encuentra relacionado con la idea de que la vida tiene un valor absoluto porque *Dios es el único que puede decidir el fin de la vida humana*. Ésta es la razón por la cual la Iglesia Católica la prohíbe.

La santidad de la vida es un argumento que, dada la influencia de la institución católica en nuestro país, es reiteradamente utilizado para justificar la intervención de terceros (sacerdotes, políticos, e incluso médicos) en las decisiones que toma un paciente competente. Es de esperarse que esta interferencia se intensifique cuando alguna de estas decisiones versa sobre el tema de elegir la propia muerte bajo una situación médica (física y mental) intolerable.

La Iglesia ha seguido los debates que se han suscitado en las últimas décadas en torno a la eutanasia, y a pesar de que reconoce casos excepcionales en los que es legítimo terminar con la vida de una persona —por ejemplo en estado de guerra o en defensa propia— se declara terminante en contra de la muerte médicamente asistida. Para justificar esta afirmación baste con recordar el contenido de la encíclica *Evangelium vitae*<sup>50</sup> que el papa Juan Pablo II presentó en 1995, en la cual, ofreciendo una definición de eutanasia, deja establecida la ambigüedad con la que la Iglesia adopta el concepto y, por ende, las razones arbitrarias con las que se discute sobre el tema.

La definición que se presenta en la encíclica citada es la siguiente:

Por eutanasia, en un sentido verdadero y propio, debe entenderse una acción u omisión que, por su naturaleza y en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor.<sup>51</sup>

Entre los problemas de esta definición, como señala A. Álvarez, podemos encontrar los siguientes:

- i. no da cabida a que exista la petición por parte del enfermo de que se termine con su vida, y sólo considera una violación más grave a la ley divina el ayudar a morir a un paciente que no solicitó morir;
- ii. se presenta a la eutanasia como una decisión trivial que se utiliza como medio para eliminar cualquier dolor.

Pese a ello, entre los aspectos positivos de la mencionada encíclica que contiene la definición que hemos expuesto, debe reconocerse el esfuerzo por incorporar aspectos importantes con respecto al trato que debe darse a un enfermo. Por ejemplo,

- i. se recomienda asistir al enfermo de forma solidaria y fraternal,

---

<sup>50</sup> A. Álvarez, *op. cit.*, p. 107.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p. 109.

- ii. se permite la aplicación de sedantes para calmar los dolores aun cuando estos pueden acortar la vida, pues la intención última no es provocar la muerte, sino aliviar el dolor, y
- iii. se permite renunciar a las medidas extraordinarias o desproporcionadas como expresión de la aceptación de la condición mortal de la raza humana.

Sin embargo, aún con los esfuerzos de la Iglesia por reconocer la importancia de ofrecer una muerte que el paciente considere digna y acorde con los valores que ha manejado durante su vida, al enfatizar la necesidad de defender la vida humana de las amenazas contra ella, termina, como menciona A. Álvarez, por dividir a las personas en dos: aquellos que ponderan la “cultura de la vida, contra aquellos que defienden la “cultura de la muerte”.<sup>52</sup> Esta división perjudica a las partes y dificulta un debate abierto sobre el tema.

Ronald Dworkin considera que aquellos que creen en la *santidad de la vida* entendida como un valor absoluto parten del supuesto de que una vez que una vida humana ha comenzado, importa, intrínsecamente, que esa vida se desarrolle. Por ello, bajo este principio, cuestiones como la legalización de la eutanasia activa se consideran una afrenta directa a ese valor y se prohíbe su legalización.<sup>53</sup> Para ilustrar las dificultades de esta cuestión, analicemos un caso conocido.

Ramón Sampedro sufrió a la edad de 25 años un accidente al tirarse de cabeza al mar desde una roca que se encontraba en una pendiente pronunciada. Este accidente lo dejó tetraplégico y postrado en una cama por el resto de su vida. Tras varios años de intensa lucha en los tribunales de España para que se le ayudara a morir con ayuda médica, los intentos de Sampedro resultaron infructuosos. Después de su muerte ocurrida en 1998, el periódico *El País* escribió un reportaje detallando las circunstancias de la misma:

"Cuando lo haga, José, será cuestión de segundos", tranquilizaba Ramón Sampedro a su hermano mayor. "Una inyección y se acabará todo". En conversaciones con los suyos, Sampedro describía muchas veces su ideal de una muerte digna y dulce: mecido por la solemnidad del *Tannhäuser* de Wagner, en la habitación donde pasó 29 años de su vida, con el verdor de los prados y una franja grisácea de mar asomando por las dos ventanas del cuarto, rodeado de sus familiares y bajo supervisión médica. El derecho a morir así era lo que reclamaba Sampedro y lo que le negó la ley. Por eso se abocó a una muerte

---

<sup>52</sup> *Ibidem*.

<sup>53</sup> Consideramos que el argumento de la santidad de la vida es una postura paternalista que no tiene justificación alguna, sin embargo, por ahora sólo es relevante exponer parte de los problemas éticos que abarca. Será tarea del capítulo IV desarrollar por qué consideramos que se trata de una postura paternalista injustificada.

furtiva y más dolorosa de lo que había previsto: de madrugada, en un piso de alquiler, escondido de los suyos y sorbiendo cianuro delante de una cámara de vídeo.<sup>54</sup>

El artículo expresa de manera clara la realidad a la que Sampedro se tuvo que enfrentar cuando decidió morir. Nada más alejado de una muerte dulce o una buena muerte que lo que padeció. El artículo además señala detalles específicos de su muerte que aparecen en el video que tomó Ramona Maneiro, la mujer que lo ayudó a morir. El artículo comenta los largos minutos de agonía que Sampedro tuvo que soportar por no contar con el permiso de las autoridades para autodeterminarse con base en su propia concepción de lo que implicaba su bienestar, aunque ello trajera consigo su muerte.

Desafortunadamente, como el caso Sampedro existen muchos y, como observamos en este caso, el papel que juega el Estado puede ser determinante en la vida de una persona, pues éste tiene la facultad de permitir una “buena muerte” o de arrebatarla. De igual forma, es interesante destacar que durante los años de lucha de Sampedro por lograr que se le ayudara a morir, la Iglesia jugó un papel fundamental como detractora de su postura. El argumento más utilizado por esta institución fue el de la santidad de la vida.

El problema al que nos enfrentamos es que a pesar del avance que se ha logrado en el terreno del respeto a la autodeterminación de los pacientes capaces, se siguen observando casos en los que no se respeta su voluntad, pues viven bajo una legislación que no permite a su médico cumplir con su deseo expreso de morir, y/o que el mismo médico, con base en sus propias creencias religiosas o valores personales, considera inmoral o irracional cumplirle. El argumento que, considero, subyace a esta prohibición, es suponer que “permitirles” actuar de forma autónoma conllevaría graves riesgos a su bienestar.

### 3. La necesidad de otra perspectiva sobre la autonomía

A partir del caso de la eutanasia, que enfrenta a los valores de autonomía y bienestar, considero que es posible analizar este conflicto desde una causa más profunda, y que se gesta desde el concepto mismo de autonomía que hemos presentado. La pregunta que me interesa es ¿qué alcances tienen las distintas perspectivas sobre la

---

<sup>54</sup> X. Hermida, “La eutanasia clandestina. La segunda muerte de Ramón Sampedro”, en *El País*, Santiago de Compostela, 16 de enero de 2005.

autonomía analizadas hasta ahora, para defender casos problemáticos como el de la eutanasia activa?

En primer lugar, la autonomía o autodeterminación como valor subyacente a la capacidad e igual de relevante que el bienestar, no alcanza para defender el derecho de un paciente a solicitar determinados tratamientos; el derecho que estos valores así entendidos defienden, se reduce al derecho de rechazar tratamientos, e incluso al derecho de interrumpirlos aunque ello implique la pérdida de la vida.

Sin embargo, como observamos en el caso de la eutanasia y su clasificación entre *pasiva* y *activa*, el dejar de hacer cosas para mantener la vida sólo se reduce a la primera; pero la eutanasia activa requiere que se defienda el derecho de los pacientes para solicitar que se les ayude a morir, lo cual, desde la terminología usada por Brock y Buchanan, implica una acción positiva sobre el paciente, cosa que su teoría sobre la relevancia de estos valores no abarca. Derivado de la limitante anterior, se vuelve complicado debatir argumentos como el de la santidad de la vida que, defendiendo una concepción determinada del bienestar, deciden ignorar la autonomía de todo aquel que se posiciona en contra de dicha santidad.

La autonomía basada en la jerarquización de preferencias o tipos de intereses hace depender el respeto a la autonomía del paciente de su capacidad para jerarquizar preferencias de primer o segundo orden, o bien de su capacidad para establecer una distinción entre intereses críticos y de experiencia, esperando que el agente refleje la *integridad* de sus decisiones optando por los primeros en cada caso al encontrarse frente a un conflicto de intereses. El problema con estas perspectivas de la autonomía es que, como ya observamos anteriormente, no cuentan con una explicación clara sobre cómo los individuos pueden jerarquizar preferencias o reconocer *intereses críticos*, cómo pueden corregir estas preferencias y, sobre todo, de hacerlo, por qué esas preferencias serían las correctas y no las que se habían elegido inicialmente. ¿Quién decide que tal agente está actuando guiado por un interés crítico y por ello su decisión es íntegra?

Asimismo, es posible que esta concepción de la autonomía basada en la capacidad de jerarquización, nos enfrente con el problema de ampliar demasiado el derecho del paciente de solicitar al médico emprender cualquier “acción positiva” sobre él, argumentando que le es lícito solicitarlo con base en el respeto que se le debe a su autonomía. Esto puede suceder debido a que lo único claro que sí parecen defender estas teorías es que sea el paciente el que, basado en sus valores, deseos e intereses, decida qué quiere o qué no quiere para su vida, incluyendo que sea la vida misma la que

ya no desea preservar. Esto parece explicar, en parte, el hecho de que se acepte sin problema, por lo menos de forma explícita en el caso de R. Dworkin, la realización de “malas inversiones” por parte del paciente. Y estas “malas inversiones”, si han de denominarse malas, como el mismo Dworkin señala, implica que se hicieron o por una mala jerarquización de preferencias, o por la imposibilidad de actuar basado en un interés crítico. Ello no resultaría problemático si estas malas inversiones no requirieran, en el caso de la eutanasia activa por lo menos, la ayuda de terceros para concretarse.

Un médico al que se le solicita su ayuda para morir puede considerar importante conocer lo suficiente el caso del paciente y exigir buenas razones para llevar a cabo la acción que se le pide. Con esto, no quiero decir que el agente no tenga derecho a realizar malas inversiones, tampoco que Gerald Dworkin o Ronald Dworkin no contemplen los posibles problemas inherentes a su postura y establezcan límites. Sin embargo, considero que en casos tan delicados como los temas médicos, que involucran también acciones de terceros, es importante que la autonomía no se tome como una libertad irrestricta. Ejercer la autonomía implica aquí, y en todos los ámbitos, una gran responsabilidad. Aunado a esto, una pregunta que surge en este punto es si se requiere que ambos conceptos, autonomía y bienestar, se encuentren relacionados e incluso implicados uno en el otro para poder dar solución a este tipo de conflictos. Mi respuesta tentativa, después de los casos analizados, es que la autonomía debe ser valorada de forma independiente al valor del bienestar.

En conclusión, considero que en casos como la eutanasia, en que los argumentos a favor de la autonomía del paciente suelen encontrarse enfrentados con los argumentos de aquellos que con base en sus propias creencias consideran estar velando por el bienestar de éste, es necesario priorizar a favor de uno de estos valores. Esto implica considerar que, en última instancia, uno de éstos debe preponderar sobre el otro y que, para ello, es necesario encontrar fundamentos en una teoría sobre la autonomía que no implique o no dependa necesariamente de incorporar una postura acerca del bienestar del agente. Esta sugerencia nos conduce a la necesidad de pensar la autonomía desde otra perspectiva; por ello, en el siguiente capítulo estudiaremos esta noción, pero ahora desde una perspectiva kantiana, la cual también nos conducirá a un análisis sobre el valor de la humanidad.

## Capítulo III.

### Una visión alternativa sobre la autonomía y el valor de la humanidad. La postura kantiana

1. ¿Qué es ser autónomo en la ética kantiana?
  - 1.1. Heteronomía y bienestar
  - 1.2. Autonomía, moralidad y libertad
  - 1.3. El valor de la humanidad
2. La elección de la propia muerte en Kant.
  - 2.1. Suicidio por amor propio. El caso de la *Fundamentación*.
  - 2.2. Preservar la vida o elegir la muerte ¿un conflicto de deberes?
3. Primeros elementos para el debate sobre la eutanasia

Me gustaría iniciar este capítulo citando un fragmento del filósofo James Rachels en el cual plantea, de forma sugerente, una preocupación recurrente en todos aquellos que buscamos hoy defender algo así como valores morales universales, pero que, al mismo tiempo, observamos las enormes dificultades que implica tal empresa.

Es difícil defender la idea de que las reglas morales no tienen excepciones. Es bastante fácil explicar por qué *debemos* hacer una excepción a una regla: podemos sencillamente señalar que, en algunas circunstancias, seguir la regla tendría consecuencias atroces. Pero ¿cómo podemos explicar por qué *no* deberíamos hacer una excepción a la regla en tales circunstancias? Es una tarea de enormes proporciones. Una manera sería decir que las reglas morales son inviolables mandamientos de Dios. Aparte de eso, ¿qué se puede decir?<sup>55</sup>

Frente a este cuestionamiento, el mismo Rachels señala al pensamiento kantiano como el ejemplo paradigmático de una teoría que creyó que las reglas morales son absolutas, y argumentó a favor de ello sin la necesidad de apelar a consideraciones teológicas.

En la ética de Kant, ser un agente moral o autónomo implica dirigir nuestra conducta por “leyes universales” que nosotros mismos, gracias a nuestra racionalidad, libremente nos hemos impuesto. Esta concepción de lo que implica ser un agente autónomo es, para muchos, una innovación en la historia de la filosofía que cambió la forma de concebir la moralidad para siempre. Sobre este punto, un breve fragmento de Stäudlin, retomado por J. B. Schneewind afirma lo siguiente:

Se había vuelto tendencia dominante en Alemania deducir no solamente la moralidad sino la religión y el cristianismo del principio de la felicidad. Cada cual empezaba con el impulso natural hacia la felicidad y en él encontraba una guía para todos los deberes y todas las virtudes...Kant dio a conocer su insatisfacción con este estado de cosas en 1763 [...] Desde el año 1785 [con la publicación de los

---

<sup>55</sup> J. Rachels, *Introducción a la filosofía moral*, pp. 194-195.

*Fundamentos*] se gestó una nueva era en la historia de la filosofía moral...una revolución en la investigación filosófica de la moralidad.<sup>56</sup>

A partir de este fragmento podemos decir que lo que Kant nos ofrece con su teoría moral es la posibilidad de responder a la pregunta de cómo puede la ley moral efectivamente instaurar el orden en el mundo moral. Al hacerlo, ofrece una nueva concepción de la autonomía individual en la que, gracias a una libertad trascendental, el ser humano se puede elevar por encima de la causalidad natural. Lo interesante es que, bajo esta perspectiva, cada individuo puede saber qué acciones concuerdan con el deber moral y qué acciones no lo hacen. Sin embargo, la preocupación planteada por Rachels sigue siendo provocativa en tanto que, como asegura, pocos son los filósofos contemporáneos que defenderían la ética kantiana sin hacerle modificaciones significativas a sus ideas centrales.

Teniendo en cuenta el señalamiento de Rachels, el contenido de este capítulo y el siguiente estarán dedicados a responder a la cuestión básica de esta investigación ¿se puede, a partir de una interpretación de la teoría kantiana, defender la autonomía de los pacientes competentes en contra de lo que terceros consideran su bienestar en las decisiones sobre tratamientos médicos? Por ello, parte de lo que trataremos en este capítulo tiene que ver con la necesidad de encontrar argumentos que muestren las ventajas de aplicar principios fundamentales de la ética kantiana a la práctica médica actual. Los dilemas éticos que se viven todos los días en los hospitales, en las relaciones médico-paciente y a nivel jurídico, nos obligan a pensar formas de tratar de dar luz a situaciones tan complejas que por momentos parecen irresolubles.

Los argumentos que ofreceré en este capítulo van, en parte, encaminados a mostrar una idea central que subyace a esta ética: los dilemas éticos que enfrentamos todos los días deben ser analizados no sólo desde el punto de vista de la primera persona, sino que cualquier decisión debe justificarse bajo el supuesto de que tenemos buenas razones para actuar de tal o cual forma en tanto que no nos consideramos una excepción para el cumplimiento de las leyes morales.

Como Rachels señala, una persona no puede pensar consistentemente que le está permitido actuar en formas que están prohibidas a los demás, o que sus intereses son más importantes que los de otras personas. *El giro kantiano consiste en señalar que si*

---

<sup>56</sup> J.B. Schneewind, *La invención de la autonomía. Una historia de la filosofía moral moderna*. Tomado del texto de C.F. Stäudlin, *Geschichte der Moralphilosophie* (1882). Schneewind aclara que la publicación de 1763 mencionada por Stäudlin es el ensayo *Distinción*, que en realidad fue publicado hasta 1764.

*aceptas cualquier consideración como razón para un caso, debes también aceptarla como razón para otros casos.*<sup>57</sup> En consecuencia, las razones morales deben ser vinculantes para todos los individuos, si es que éstos son racionales. No sólo se trata de tener buenas razones para adoptar un determinado curso de acción en un caso particular, hacerlo también refleja una de las tesis fundamentales de la teoría kantiana: actuar bajo el punto de vista de un legislador universal nos lleva a respetar incondicionadamente a otros individuos que también consideramos igualmente legisladores. Esto implica respetar a otros como fines en sí mismos.

En los siguientes apartados trataré de analizar con detalle estas ideas centrales de la postura kantiana para, posteriormente, pensar la posibilidad real de su aplicación a casos concretos, específicamente, el caso de decidir la propia muerte bajo determinadas circunstancias.

## 1. ¿Qué es ser autónomo en la ética kantiana?

Según Kant, la naturaleza racional existe como fin en sí misma; el ser humano, en tanto naturaleza racional, se considera fin en sí mismo y debe ser el fundamento de todas las máximas de las acciones. Esto significa que un ser humano jamás debe ser utilizado como mero medio para la consecución de un determinado fin. Por el contrario, debe ser la *suprema condición restrictiva en el uso de todos los medios*, siendo siempre a la vez un fin en sí mismo.<sup>58</sup> De lo anterior se sigue que todo ser racional tiene que poder considerarse a sí mismo como universalmente legislador, pues es precisamente su capacidad para legislar máximas susceptibles de convertirse en leyes universales lo que lo distingue como fin en sí mismo de cualquier otra naturaleza no racional.

En consecuencia, para Kant sólo los seres racionales poseen dignidad a diferencia de todos los seres no racionales. El ser racional debe tomar sus máximas siempre desde el punto de vista de sí mismo, pero al mismo tiempo también desde el punto de vista de cualquier otro ser racional como legislador. Sólo desde ambos puntos de vista es posible pensar un mundo de seres racionales, esto es, un reino de los fines en el que todo ser racional sea un miembro legislador.

Para Kant, un reino universal de los fines sería posible si las máximas que todo ser racional pudiera *querer* como leyes válidas para todos los miembros legisladores, sin

---

<sup>57</sup> J. Rachels, *op. cit.*, p. 206.

<sup>58</sup> I. Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (FMC), p. 207.

excepción, *fuesen universalmente seguidas*.<sup>59</sup> Aunque ningún miembro pueda tener la certeza de que otros seres racionales o él mismo sigan estas leyes, la mera idea de la posible consecución de un reino de los fines posible debe, según Kant, *servir de inexcusable prescripción de la voluntad*,<sup>60</sup> y justo en ello radica la dignidad de la humanidad como naturaleza racional.

En este sentido, Kant define la *moralidad* como:

[...] la relación de las acciones a la autonomía de la voluntad, esto es, con la posible legislación universal por las máximas de la misma. La acción que puede compadecerse con la autonomía de la voluntad es lícita; la que no concuerda con ella es ilícita. La voluntad cuyas máximas concuerdan necesariamente con las leyes de la autonomía es una voluntad santa, absolutamente buena. La dependencia de una voluntad no absolutamente buena respecto del principio de la autonomía (la constrictión moral) es una obligación. Ésta, así pues, no puede ser asignada a un ser santo. La necesidad objetiva de una acción por obligación se llama deber.<sup>61</sup>

Lo anterior significa que una *voluntad santa* no podría representarse como constreñida a obedecer la ley moral pues, al ser perfectamente buena, sólo podría determinarse a sí misma por la mera representación del bien. Pero, en tanto que los seres humanos somos afectados permanentemente por inclinaciones provenientes de nuestra sensibilidad, para nosotros, obedecer la ley moral sí puede representar una *constricción a nuestra voluntad*. En consecuencia, la obediencia a la ley moral es, para los seres humanos, un *deber* que, en opinión de nuestro autor, permite representarnos con sublimidad y dignidad a la persona que lo cumple. Esto significa que, si bien los seres humanos no somos *voluntades santas*, sí tenemos la capacidad de ser *voluntades autónomas*. Pero ¿qué significa esto?

Kant define la *autonomía de la voluntad* como la constitución de la voluntad por la cual ésta es una ley para ella misma (independiente de toda constitución de los objetos del querer). Además, menciona el autor, todas las acciones que el agente realice de forma autónoma tendrán valor moral. Bajo esta lógica, el único principio posible de la autonomía es el que Kant denomina *imperativo categórico*. Este principio de la autonomía dicta *no elegir sino de tal modo que las máximas de la propia elección estén comprendidas a la vez en el mismo querer como ley universal*.<sup>62</sup> El principio es *formal*<sup>63</sup> en tanto que abstrae de todos los fines subjetivos.

Por el contrario, si la voluntad del agente busca la ley que ha de determinarla en fines *materiales* como efectos de sus acciones, entonces, dicha voluntad se determina

---

<sup>59</sup> *Ibidem*.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 209.

<sup>61</sup> *Ibidem*.

<sup>62</sup> *Ibid.*, p. 211.

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 185.

por lo que Kant denomina *imperativo hipotético*. Dicho imperativo dicta *debo hacer algo porque quiero otra cosa*.<sup>64</sup> Por ello, actuar bajo este principio significa que el agente pone a ciertos *resortes*<sup>65</sup> como fundamento de sus acciones; resortes que son meramente subjetivos en tanto que, sólo por la relación con la facultad de desear del sujeto, éste les confiere valor (sólo poseen un valor condicionado). Kant afirma que la voluntad racional que se deja determinar bajo imperativos hipotéticos sólo puede ser *heterónoma*.<sup>66</sup> Varios de los conceptos utilizados hasta ahora requieren mayor explicación. Especialmente considero necesario desarrollar tres aspectos básicos para argumentaciones posteriores.

En primer lugar, resulta fundamental explicar la distinción entre *autonomía* y *heteronomía* para, a partir de ello, aclarar el lugar que ocupa el bienestar en la ética kantiana. Para ello será necesario explicar los tipos de *imperativos* que pueden determinar la voluntad del agente: *hipotético* y *categorico*, dando una atención especial al segundo en tanto principio angular de la ética kantiana.

En segundo lugar, se explicará cómo la autonomía de un agente tiene como fundamento la idea de *libertad* o libre arbitrio.

En tercer lugar, se ahondará en el concepto de *humanidad* y se explicará por qué, para Kant, la humanidad es lo único que posee *valor incondicionado*.

### 1. 1. Heteronomía y bienestar

Como se mencionó de forma sucinta al inicio de esta primera sección, el *deber* moral expresa mandatos que son válidos y necesarios para todo ser racional; a dichos mandatos Kant los denomina *imperativos*. Como también se mencionó, estos *imperativos* pueden mandar tanto *hipotética* como *categoricamente*. Si la voluntad se rige bajo el primer imperativo sólo puede ser *heterónoma*, pero si lo hace por el segundo, entonces es *autónoma*. Analicemos en las siguientes líneas los argumentos que Kant ofrece para sostener estas afirmaciones.

Kant afirma que el imperativo hipotético siempre descansa en *principios empíricos* que son tomados del *principio de la felicidad*. La constricción de la voluntad que el imperativo hipotético expresa puede llevarse a cabo en dos sentidos:

---

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 213.

<sup>65</sup> Kant lo define como el fundamento subjetivo del deseo. Cfr. *FMC*, p. 185.

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 213.

- i. la acción que el agente realiza puede ser buena para un *propósito posible*, y
- ii. la acción que el agente realiza puede ser buena para un *propósito real*.

En el primer caso se trata de un principio de racionalidad *problemático-práctico* que consiste en dictar lo que se tiene que hacer para alcanzar algún fin que se proponga un agente racional. En el segundo caso se trata de un principio *asertórico-práctico*, y se caracteriza por querer un fin que, según nuestro filósofo, puede presuponerse como real en todos los seres racionales por una necesidad natural: el propósito de *ser feliz*. Kant también se refiere a este principio como fuente de *consejos de la prudencia*, y a diferencia del imperativo *problemático-práctico*, en éste la imposibilidad de determinar segura y universalmente qué acción fomentará la *felicidad* de un agente impide hablar como tal de un imperativo que pueda mandar *objetivamente* lo que se debe hacer para ser *feliz*.

Kant entiende la felicidad como un *ideal de la imaginación* que es, en todo caso, el *entero bienestar* y la satisfacción con el propio estado. También sostiene que todos los hombres tenemos una poderosísima e íntima inclinación hacia la felicidad, porque en ésta se reúnen *en suma* todas nuestras inclinaciones. Justo por ello puede presuponerse como un *fin real* en todos los seres humanos y, también por ello, existe la imposibilidad de que, el agente mismo, pueda determinar *objetivamente* qué acciones fomentarán o llevarán inequívocamente a la consecución de su *bienestar*.

Sobre este punto Schneewind comenta,

Kant dice que no podemos forjarnos ninguna idea imaginable de la felicidad, o de la completa satisfacción de nuestros deseos. Aún si la naturaleza obedeciera cada uno de nuestros deseos y nuestros poderes fueran ilimitados, nuestra idea de felicidad es demasiado vacilante y fluctuante para permitirnos alcanzar lo que pensamos estar buscando.<sup>67</sup>

Aún más sugerente que la idea anterior es que Kant afirme en la *Fundamentación* que el *principio de la felicidad* es el más reprobable de todos, pues pone a la base de la moralidad resortes que colocan en una misma clase las causas motoras que llevan a la virtud con las que llevan al vicio. Este principio sólo enseña a los individuos a hacer cálculos estratégicos para obtener el mayor beneficio posible, perdiendo de vista la diferencia entre hacer a un hombre prudente y avisado y hacerlo virtuoso. Lo anterior significa que los principios empíricos tomados de la felicidad están edificados sobre el sentimiento (físico o moral); es decir, su fundamento es tomado de la naturaleza humana sensible o de las circunstancias contingentes en que ésta se encuentra. Por ello, éstos jamás servirán para fundar leyes morales, pues éstas son

---

<sup>67</sup> J.B. Schneewind, *op. cit.*, p. 609.

universales e incondicionadas, características que no es posible fundar en lo particular y contingente.

Para ejemplificar a un agente actuando bajo el mero principio de la felicidad o teniendo como fin sólo su *bienestar*, Kant nos presenta el caso de un tendero que mantiene sus precios iguales para todos sus clientes, tanto así que hasta un niño puede comprarle sin temor a ser defraudado. Tal y como se plantea este ejemplo en la *Fundamentación*, debemos suponer que el tendero no siente simpatía por sus clientes; tampoco podemos suponer que es un ánimo filantrópico el que lo empuja a mantener sus precios iguales. Por el contrario, la acción del tendero es meramente prudencial y estratégica, es decir, la realiza para mantener su reputación de hombre honrado al interior de la comunidad y así ganar más clientela para su negocio. En conclusión, el tendero es el ejemplo perfecto de lo que Kant considera un agente heterónomo; aquel que guiado por el mero principio de la felicidad propia lleva a cabo un determinado curso de acción.

La *heteronomía* en la voluntad de un agente también puede manifestarse en lo que Kant denomina el *principio del sentimiento moral*, aunque éste permanece más cerca de la moralidad y de su dignidad pues *hace a la virtud el honor de adscribirle inmediatamente la complacencia y la alta estima por ella y no le dice a la cara, valga la expresión, que no es su belleza, sino sólo el provecho que nos vincula a ella*<sup>68</sup>. Este principio también es superficial ya que, como señala el autor, quienes no pueden pensar, creen poder actuar correctamente por medio del sentir. Actuar bajo el principio del sentimiento moral también es un actuar heterónomo, aunque *inmediato*. Esto quiere decir que este principio, al fundarse en la mera inclinación y el gusto, no tiene propósito de ventajas. Para representarnos este principio recordemos el típico caso del filántropo expuesto en la *Fundamentación*.

Un filántropo siente un placer interior en distribuir alegría en torno suyo, pero no se puede decir que su propósito de ayudar esté dado porque busque ser reconocido como magnánimo, o por mero hedonismo. Más bien parecería que, dadas las características del ejemplo, éste simplemente actúa por una inclinación inmediata y natural de hacerlo: [...] *hay algunas almas tan predispuestas a la compasión que, incluso sin otro motivo de la vanidad o de la propia conveniencia, encuentran un placer interior en difundir alegría a su alrededor*<sup>69</sup>. Sin embargo, y como puede

---

<sup>68</sup> *FMC*, p. 215

<sup>69</sup> *Ibíd.*, p. 127.

sugerimos el sentido común, alguien podría preguntar si para Kant existe alguna diferencia entre la acción del tendero y la acción del filántropo en términos de valor moral.

La respuesta de nuestro autor es contundente. Él señala en una nota a pie de página que el principio del sentimiento moral termina, finalmente, incluido en el principio de la felicidad, *porque todo interés empírico promete una contribución al bienestar a través del agrado que algo proporciona de algún modo, ya suceda eso inmediatamente y sin propósito de ventajas, ya en atención a éstas.*<sup>70</sup> En consecuencia, para Kant, ambos principios (empíricos o basados en el sentimiento moral) sólo sirven como fundamentos heterónomos de la voluntad: *dondequiera que un objeto de la voluntad tiene que ser puesto como fundamento para prescribir a ésta la regla que la determine, la regla no es sino heteronomía.*<sup>71</sup>

Ahora bien, a diferencia del imperativo hipotético que, como ya observamos pone como fundamento de la acción a la felicidad entendida como bienestar, el imperativo categórico es el único que, para nuestro filósofo, se expresa como ley práctica:

Cuando pienso un imperativo hipotético en general, no sé de antemano qué contendrá: hasta que me está dada la condición. Pero si pienso un imperativo categórico sé enseguida qué contiene. Pues como este imperativo aparte de la ley, sólo contiene la necesidad de la máxima de ser conforme a esa ley, y la ley no contiene ninguna condición a la que esté limitada...<sup>72</sup>

En el siguiente apartado explicaremos con detalle en qué consiste este imperativo.

---

<sup>70</sup> *Ibid.*, p. 215. A este punto retornaremos cuando describamos aquellas máximas que, al no resultar en una contradicción a partir de la prueba moral del imperativo categórico, son consideradas *permisos de la moral*, y cómo, para Kant, a pesar de tratarse de acciones heterónomas, son permitidas porque la felicidad que producen en el agente no lo convierte en inmoral.

<sup>71</sup> *Ibid.*, p. 219. Kant también caracteriza como principios racionales heterónomos a aquellos que se basan en el *principio de la perfección* y los divide en dos: el concepto ontológico y el concepto teológico. Del primer concepto, dice Kant, aunque resulta vacío, indeterminado e inutilizable para hallar en el *inmensurable campo de realidad posible la mayor suma apropiada para nosotros*<sup>71</sup>, y no pueda evitar presuponer la moralidad que ha de explicar, al menos retira de la sensibilidad la decisión de la cuestión y la lleva al tribunal de la razón pura, apelando a una idea indeterminada de una voluntad buena en sí. Con todo, dice el autor, es mejor que el segundo concepto, pues éste sólo puede derivarse de una voluntad omniperfecta y divina, es decir, externa al agente.

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 171.

## 1.2. Autonomía, moralidad y libertad

Kant expresa el imperativo categórico bajo la fórmula: *obra sólo según la máxima a través de la cual puedas querer al mismo tiempo que se convierta en una ley universal.*<sup>73</sup> Bajo este imperativo, la acción que el agente realiza se la representa como buena en sí misma, necesaria e incondicionada:

[...] una acción hecha por deber sólo tiene su valor moral no en el propósito que por medio de ella se quiere alcanzar, sino por la máxima por la que ha sido resuelta; no depende pues, de la realidad del objeto de la acción, sino meramente del principio del querer.<sup>74</sup>

Esto quiere decir que el imperativo categórico ordena una acción *como objetivamente necesaria por sí misma, sin referencia a otro fin*<sup>75</sup>. Por ello, como menciona Faviola Rivera, cuando un agente racional duda de la moralidad de su máxima, puede aplicar la fórmula del imperativo de la siguiente manera:

Una vez que el agente ha formulado la máxima de su acción, tiene que concebir un mundo en el que la máxima valga como ley universal y luego debe verificar si hay una contradicción entre la máxima universalizada y su propia máxima en un mundo en el que su propia máxima es una ley universal. Así pues, si no hay contradicción, la máxima está permitida por la ley moral; si hay una contradicción, su máxima está prohibida y su opuesta es un deber para todo agente racional.<sup>76</sup>

Al analizar el procedimiento del imperativo categórico, se observa que el valor moral de las acciones radica, para Kant, en el principio del querer de la voluntad, es decir, en la determinación de la voluntad de actuar según máximas que pueda querer como ley universal. Gracias a este imperativo, un agente racional, al tener dudas sobre si su máxima es o no moral, puede saber cuál es su deber moral y no actuar sólo por un fin ulterior que quiera alcanzar, ya sea porque una inclinación inmediata lo determine a hacerlo, o porque juzgue el valor moral de la acción a partir de sus consecuencias. Esto significa que cualquier individuo es capaz de *determinar su voluntad* a partir de darse razones a sí mismo para actuar por deber, aun en casos en los que su anhelo de bienestar y la ley moral se encuentran enfrentados. Pero, ¿cómo entender esta voluntad capaz de determinarse por la ley moral?

Kant afirma que la voluntad es un tipo de causalidad de los seres vivos en tanto que son racionales, y que la libertad es la propiedad de esta causalidad de poder ser eficiente independientemente de causas ajenas que la determinen;<sup>77</sup> este tipo de libertad

---

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 173.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 125.

<sup>75</sup> *Ibid.*, p. 159.

<sup>76</sup> Cfr. F. Rivera, *Virtud y justicia en Kant*, p. 196.

<sup>77</sup> *FMC*, p. 223

es la que nuestro filósofo denomina *libertad negativa*. Esta *libertad negativa*, aunque infructuosa para conocer la esencia de la libertad, nos dice, sí posibilita una explicación de su concepto positivo. En otras palabras, la *libertad positiva* es también un tipo de causalidad pero de leyes inmutables, y debe ser la propiedad de la voluntad de ser una ley para sí misma pues, como Kant menciona, *una voluntad libre y una voluntad bajo leyes morales son lo mismo*.<sup>78</sup>

Para poder explicar la autonomía a través de la idea de libertad, Kant tiene que mostrar que esta última pertenece a la actividad de seres racionales dotados de voluntad en general. Por ello suscribe: *todo ser que no puede obrar de otro modo que bajo la idea de la libertad es precisamente por eso realmente libre en sentido práctico...*,<sup>79</sup> pues es imposible pensar una razón que recibiera de otro lugar que no fuese la idea de libertad una dirección para llevar a cabo sus juicios; y en el caso de hacerlo, diríamos que este sujeto está adscribiendo su capacidad de juzgar a un mero impulso, y no propiamente a su razón.<sup>80</sup>

De acuerdo con esto, Kant afirma que toda razón debe pensarse a sí misma como autora de sus principios independientemente de influjos ajenos: [la voluntad de un ser racional] *puede ser una voluntad propia sólo bajo la idea de libertad, y así pues tiene que ser atribuida a todos los seres racionales*.<sup>81</sup> Aunado a esto, también plantea que si bien no podemos demostrar la libertad como algo real en la naturaleza humana, sí debemos presuponerla para pensar a los seres racionales como dotados de conciencia de su causalidad con respecto a las acciones que llevan a cabo. Un pasaje con respecto a esta idea de libertad, se encuentra en la segunda *Crítica*:

[...] la realidad objetiva de la ley moral no puede verse probada por una deducción, ni tampoco por un empeño de la razón teórica subvenida especulativa o empíricamente [...] Sin embargo, algo bien distinto y enteramente paradójico viene a ocupar el puesto de esta deducción del principio moral buscada tan en vano [...] Me refiero a la capacidad de libertad, respecto a la cual la ley moral (que no precisa a su vez de ningún fundamento que la justifique) no sólo demuestra su posibilidad, sino también su realidad en seres que reconocen a esa ley como vinculante para ellos.<sup>82</sup>

Al ser la libertad una causalidad propia de la razón, ésta posibilita a los agentes, gracias a su razón, *ser causas eficientes dentro del campo de la experiencia*<sup>83</sup>. Se trata de causas eficientes que operan de acuerdo con las leyes que se dan a sí mismos, las cuales, según Kant, son leyes para un posible *reino de los fines*. En este sentido, dada la

---

<sup>78</sup> *Ibid.*, p. 225.

<sup>79</sup> *Ibid.*, p. 227.

<sup>80</sup> *Ibidem*.

<sup>81</sup> *Ibidem*.

<sup>82</sup> I. Kant, *Crítica de la razón práctica* (C2), pp. 122-123.

<sup>83</sup> *Ibid.*, p. 124.

libertad de arbitrio y la capacidad de los agentes racionales para autodeterminarse, la *idea* de un *reino de los fines*<sup>84</sup> es suficiente para que éstos actúen por *respeto* a la ley moral, haciéndose a la vez susceptibles de que sus acciones les puedan ser imputadas.

Christine Korsgaard señala a este respecto:

[...] una agente puede considerarse ciudadana del reino de los fines, o considerarse la amiga o pareja de alguien, o miembro de una familia, un grupo étnico o una nación. [...] Cómo se considere a sí misma determinará si es para sí misma la Ley del reino de los fines, la ley de algún grupo menos numeroso, la ley del egoísmo o la ley del desenfreno. La concepción de la propia identidad que aquí está en duda no es teórica, no es una idea sobre qué es uno en tanto hecho inevitablemente científico. Se entiende mejor como una descripción según la cual uno mismo se valora, una descripción según la cual uno le encuentra sentido a la vida y considera que sus acciones deben emprenderse.<sup>85</sup>

Bajo esta perspectiva, podemos decir que suponer la libertad de actuar *por deber* nos hace cobrar conciencia de que, como el mismo Kant señala, podemos hacerlo.

[...] subordinarlo todo a la santidad del deber y cobrar conciencia de que “uno puede hacerlo” significa – por decirlo así- elevarse por encima del propio mundo sensible, y que se está inseparablemente vinculado con esa misma conciencia de la ley en cuanto móvil para una capacidad que domina la sensibilidad, aun cuando no siempre tenga efecto...<sup>86</sup>

Ahora podemos afirmar que, para Kant, el valor moral de las acciones radica en el principio de la voluntad como razón práctica y que, desde su perspectiva, todo agente racional tiene la capacidad de ser autónomo. Esto significa que tiene la capacidad de legislar leyes universales y de actuar conforme a ellas. Sin embargo, en este punto surge la pregunta sobre cuál es el fundamento del imperativo categórico que posibilita a este agente con capacidad para ser autónomo evaluar la moralidad de sus máximas. Analicemos esto en el siguiente apartado.

### 1.3. El valor de la humanidad

Como ya adelantamos, para Kant “*la naturaleza racional como fin en sí misma*” es la manera como se representa cada hombre su propia existencia. En este sentido, se trata de un *principio subjetivo*. Pero también es la manera en que *cualquier otro ser racional* se representa su propia existencia, en este sentido se trata de un *principio*

---

<sup>84</sup> Idea práctica para llevar a cabo lo que no existe, pero puede llegar a ser real a través de nuestra conducta. Cfr. *FMC.*, p. 203. Nota al pie.

<sup>85</sup> C. Korsgaard, “La autoridad de la reflexión”, *Las fuentes de la normatividad*, p. 130. Korsgaard llama a la concepción de la propia identidad en tanto agente reflexivo “la concepción de la identidad práctica”.

<sup>86</sup> *C2*, p. 288-289.

*objetivo* del que pueden derivarse todas las leyes que determinan la voluntad de un agente.<sup>87</sup>

A diferencia de los fines materiales que sólo pueden tener valor condicionado, la naturaleza racional es el único fin que, Kant considera, posee un valor incondicionado. Que algo tenga valor condicionado significa que lo tiene bajo ciertas circunstancias, mientras que el valor incondicionado es una propiedad que algo tiene en sí mismo, bajo cualquier circunstancia. El valor incondicionado de la naturaleza racional es intrínseco y no depende, como en el caso de los fines materiales, de los resultados o consecuencias de las acciones. Pero, ¿a qué se refiere Kant con una *naturaleza racional*? Para el autor sólo los seres racionales se pueden denominar *personas*, pues sólo ellos tienen la capacidad de proponerse fines y autodeterminarse por la representación de leyes. Esto significa que sólo el ser humano tiene la capacidad de proponerse fines basados en su razón y sólo él es capaz de proponerse fines que sean consistentes con la moralidad.<sup>88</sup>

Kant afirma que la humanidad es el fin que posibilita al principio de la moralidad pues, sean cuales sean los fines (condicionados o no) que tengamos, el respeto a la humanidad debe constituir la *suprema condición restrictiva de la libertad de las acciones de todo hombre*.<sup>89</sup> Esto exige que nuestra libertad sea ejercida sólo bajo la condición de no utilizar a ningún ser racional como *mero medio* para nuestros fines particulares, y sin que para ello pueda existir excepción alguna. Para aclarar qué significa que la humanidad sea la *suprema condición restrictiva de la libertad*, y que por ello ningún agente racional debe ser tratado como mero medio, es importante que avancemos hacia el análisis de la llamada “fórmula de la humanidad”.

La “fórmula de la humanidad”, que es la segunda fórmula del imperativo categórico desarrollada por Kant en la *Fundamentación*, versa de la siguiente forma: *obra de tal modo que uses la humanidad tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro siempre a la vez como fin, nunca meramente como medio*.<sup>90</sup> Para explicar qué significa esta fórmula, y mostrar por qué es una ley práctica, podemos detenernos en el ejemplo, también planteado por Kant en la *Fundamentación*, sobre la falsa promesa.

---

<sup>87</sup> *FMC*, pp. 187-189.

<sup>88</sup> Para Kant, la naturaleza humana se distingue de los seres irracionales en tanto que éstos no tienen la capacidad de proponerse fines y operar según su propia representación de leyes.

<sup>89</sup> *FMC*, p. 191.

<sup>90</sup> *FMC*, p.189.

La máxima de aquel que quiere obtener algo (en este caso dinero) haciendo una promesa que sabe que no cumplirá, podría formularse diciendo: “*prometeré falsamente para obtener dinero prestado cuando me encuentre en apuros aunque sé de antemano que no cumpliré mi promesa*”.<sup>91</sup> Según Kant, actuar conforme a esta máxima es inmoral en tanto que el hombre que promete falsamente sólo busca cumplir exitosamente sus propósitos particulares (relativos), y al hacerlo, no considera, ni le importa, que el hombre al que pide prestado es también un agente que se propone sus propios fines.

En consecuencia, de llevarse a cabo la acción descrita, la persona engañada ha sido utilizada como *mero medio*, pues se le ha negado la posibilidad de decidir si quiere o no ayudar prestando su dinero con conocimiento de que no le será devuelto. En otras palabras, el que promete falsamente no respeta la *capacidad de proponerse fines* de la persona a la que decide engañar, no la ve como un *fin en sí mismo*, sino como un *mero medio* para lograr sus propios fines. El valor de la humanidad como fin en sí mismo, tal y como dicta la ley práctica, no está condicionado por las circunstancias, sino que es condición del valor de lo demás. Por ello merece respeto y debe ser, bajo toda circunstancia, valorado como bueno objetivamente, esto es, independientemente de los *fines empíricos* y subjetivos basados en la inclinación natural hacia la *felicidad*.

Para evitar toda confusión, es importante señalar que si bien hemos tratado de mostrar la diferencia existente entre la felicidad y la moralidad, que a su vez se corresponde con la distinción entre ser heterónomo y ser autónomo respectivamente, la teoría kantiana no trata de eliminar el interés humano por la consecución de la felicidad. Lo que sí trata de hacer es que se comprenda a esta última como una esfera distinta a la del deber moral.

Más esta diferenciación sobre los principios de la felicidad y moralidad no equivale sin más a una contraposición entre ambos, y la razón pura práctica no pretende que se deba renunciar a las demandas de felicidad, sino sólo que no se les preste atención al tratarse del deber.<sup>92</sup>

En este sentido, podemos afirmar hasta aquí que el bienestar es independiente del respeto que se le debe a la humanidad y a la autolegislación de un agente racional. Pues, independientemente de la imposibilidad de determinar objetivamente qué es la felicidad o qué acciones lograrían efectivamente el bienestar de un agente, existe algo que sí merece un respeto incondicionado por ser un fin objetivo: la persona es un fin en sí mismo por su sola naturaleza racional.

---

<sup>91</sup> *Ibidem*.

<sup>92</sup> C2, p. 191.

Teniendo en cuenta estas conclusiones preliminares, ahora analicemos un tema polémico en la teoría kantiana: la elección de la propia muerte.

## 2. La elección de la propia muerte en Kant

En este último apartado sólo pretendo analizar una de las objeciones que suele hacerse a la ética kantiana, según la cual ésta es inoperante o poco fructífera para pensar dilemas éticos en la práctica médica actual, específicamente dilemas como el que implica la eutanasia activa.

Para tratar de demostrar que esta objeción carece de fundamentos iniciaré planteando el polémico caso del suicidio y trataré de mostrar que, aunque Kant está explícitamente en contra del éste cuando tiene como fundamento el amor propio, no toda elección de la propia muerte es equivalente a la máxima del suicida expuesta en la *Fundamentación*. Paralelamente haré mención de casos excepcionales que Kant plantea, donde se demuestra que elegir la propia muerte es un tema de tal complejidad que siempre requiere atender a las circunstancias contenidas en la máxima del sujeto que las formula.

### 2.1. Suicidio por amor propio. El caso de la *Fundamentación*

Cito el ejemplo de la *Fundamentación*, de forma textual:

Uno que, por una serie de males que han crecido hasta la desesperanza, siente fastidio por la vida, está aún lo suficiente en posesión de su razón para poder preguntarse a sí mismo si quitarse la vida no será acaso contrario al deber hacia sí mismo. Prueba por tanto si la máxima de su acción puede convertirse en una ley universal de la naturaleza. Su máxima es: *tomo por amor propio como principio acertarme la vida si ésta me amenaza a largo plazo con más mal que agrado me promete*. Nos preguntamos aun solamente si este principio del amor propio puede convertirse en una ley universal de la naturaleza.<sup>93</sup>

Frente a la pregunta de Kant de si este principio del amor propio puede convertirse en una ley universal de la naturaleza, resulta necesario aclarar que, para él, existen acciones que están constituidas de tal modo que su máxima ni siquiera puede ser *pensada* sin contradicción como *ley de la naturaleza*, y, por tanto, mucho menos se puede *querer* que se convierta en ella. En otras acciones, sin embargo, no se puede encontrar esa imposibilidad interna, pero resulta también imposible *querer* que su máxima se eleve a ley universal de la naturaleza pues una voluntad racional se

---

<sup>93</sup> *FMC*, p. 173.

contradiría a sí misma.<sup>94</sup> El primer tipo de acciones, de llevarse a cabo, contradicen un deber estricto (inexcusable), mientras que las segundas sólo contradicen un deber amplio (meritorio).<sup>95</sup>

Tomando en cuenta esta distinción, cuando Kant nos ofrece su conclusión sobre el suicidio señala que su máxima entra en la primera clase de acciones:

[...] se ve pronto que una naturaleza cuya ley fuese destruir la vida misma por la misma sensación cuyo cometido es impulsar el fomento a la vida contradiría a esa sensación misma y, así pues, no subsistiría como naturaleza, y por tanto es imposible que aquella máxima se dé como ley de la naturaleza y por consiguiente contradice enteramente al principio supremo de todo deber.<sup>96</sup>

La máxima del suicida se clasifica en el primer tipo de acciones porque contradice un deber estricto hacia nosotros mismos: conservar la vida. Según Kant, al agente le debe resultar inconcebible pensar y querer un mundo en el que su máxima se universalice. La pregunta importante es: ¿por qué, para Kant, esto debe ser así en el caso del suicida? Para tratar de responder a esto remito a C. Korsgaard y su descripción sobre *la interpretación [contemporánea] teleológica de la contradicción*.<sup>97</sup> Bajo esta interpretación se supone que, o bien estamos obrando en contra de algún fin natural, en cuyo caso se trataría de una postura *simple* de dicha interpretación, o bien nuestra máxima es inconsistente con una armonía sistemática de los fines, en cuyo caso, según la autora, estaríamos adoptando una *postura fuerte* de esta interpretación.<sup>98</sup>

Kant parece atribuir fines naturales a los instintos; por ello, cuando se busca imaginar cómo sería el mundo con la máxima del posible suicida universalizada, y nos preguntamos si dicha máxima basada en el *principio del amor propio* podría convertirse en una ley de la naturaleza, encontramos una contradicción porque la máxima universalizada entraña un uso del instinto que va en contra de su fin natural: la preservación de la vida. En ese caso, cuando Kant señala que *una naturaleza cuya ley fuese destruir la vida misma por la misma sensación cuyo cometido es impulsar el fomento a la vida contradiría a esa sensación misma y no subsistiría como naturaleza*<sup>99</sup>,

---

<sup>94</sup> Ejemplos de contradicción en la voluntad son “ayudar a otros” y “cultivar los talentos” tratados por Kant en la *FMC*.

<sup>95</sup> Sobre las distintas clases de deberes ahondaré con mayor precisión en el capítulo IV, apartado 1.1 de la presente investigación.

<sup>96</sup> *FMC*, p. 173-175.

<sup>97</sup> Cfr. C. Korsgaard, “Kant’s Formula of Universal Law”, *Creating the Kingdom of Ends*.

<sup>98</sup> *Ibidem*. Para ejemplificar a la postura fuerte de esta interpretación, Korsgaard desarrolla la posición adoptada por H.J. Paton en su texto *The Categorical Imperative* (1971).

<sup>99</sup> *FMC.*, p. 173-175.

podemos decir que se cumple la contradicción y, por tanto, formular una máxima opuesta a la anterior sería un *deber perfecto*.

En la postura simple de esta interpretación, la contradicción de la máxima del suicida se explica porque Kant enfatiza que el amor propio tiene como finalidad natural el fomento de la vida, y al querer con esta máxima destruir la vida surge la contradicción. Así, para los defensores de esta interpretación, no es la existencia del instinto la que produce la contradicción, sino que éste no será lo más propio para su fin si se utiliza erróneamente. Una postura como la de H.J. Paton descrita por Korsgaard parece ir más lejos afirmando que, desde la perspectiva kantiana, un agente racional está comprometido con una armonía sistemática del reino de los fines. Conservar la vida parecería, desde la interpretación de Paton, tan necesaria como el cumplimiento de promesas para pensar un mundo de acuerdos, es decir, una armonía en los fines humanos. En este sentido, la única vía para que este tipo de *interpretación teleológica* muestre su ventaja es que se pueda demostrar que el agente racional está comprometido con el propósito que entraña el principio por el cual quiere llevar a cabo una máxima.

Considero que si la interpretación teleológica, en cualquiera de sus dos variantes, es una interpretación correcta para el argumento kantiano del suicidio, se tendría que atribuir al amor propio el propósito natural de preservar la vida; por ello, bajo este principio jamás se puede aceptar el suicidio. Esto significa que lo que Kant reprueba es que sea el principio del amor propio el que fundamente la acción del suicidio, pues la máxima de la acción se opone al valor incondicionado de la humanidad, implicando con ello dar mayor valor a las inclinaciones. Como menciona en *Lecciones de ética*:

El suicidio no es algo aborrecible e ilícito porque la vida sea un bien, pues en ese caso todo dependería del valor que cada cual concediera a ese bien. De acuerdo con el rasero de la sagacidad el suicidio se presentará a menudo como el mejor medio para desbrozarse uno del camino; pero conforme a la regla de la moralidad, el suicidio no es lícito bajo ningún respecto, ya que representa la destrucción de la humanidad y coloca a esta por debajo de la animalidad.<sup>100</sup>

Pero si esto es así, parece que no hay manera de pensar excepciones a la inmoralidad que representa el arrebatarse la vida por amor propio, y efectivamente, desde la ética kantiana, no las hay. Sin embargo, sí existe otra dimensión desde la que Kant reflexiona sobre la elección de la propia muerte.

En lo sucesivo expondré los casos excepcionales que Kant plantea en la *Metafísica de las costumbres* sobre la decisión de una persona para acabar con su vida.

---

<sup>100</sup> I. Kant, *Lecciones de ética*, p. 192.

A partir de ello, consideraré la necesidad de atender a las circunstancias mediante las cuales se plantea la decisión de elegir la propia muerte.

## 2.2. Preservar la vida o elegir la muerte ¿un conflicto de deberes?

J. Rachels observa lo siguiente: *No hay duda de que reglas morales serias a veces sí chocan.*<sup>101</sup> Lo relevante de esta afirmación es si el “hecho irrefutable” de que existen leyes morales absolutas que bajo determinadas circunstancias “chocan”, clausura la posibilidad de que la teoría kantiana sea fructífera para examinar dilemas en los que deberes considerados morales parecen enfrentados. Para tratar de dar respuesta a esta cuestión partiré de un ejemplo que parece enfrentar dos deberes:

Durante la segunda guerra mundial, unos pescadores holandeses sacaban en sus barcos clandestinamente a refugiados judíos hacia Inglaterra, y los barcos de pesca que llevaban refugiados a veces eran detenidos por patrullas nazis. El capitán nazi llamaba al capitán holandés y le preguntaba a donde se dirigía, quien iba a bordo, etc. Los pescadores mentían, y se les permitía pasar. Es claro que los pescadores tenían solo una alternativa: mentir o permitir que sus pasajeros (y ellos mismos) fueran aprehendido y asesinados. No había otra alternativa; no podían, por ejemplo, quedarse callados o huir de los nazis.<sup>102</sup>

Tal y como Rachels nos presenta el ejemplo, podemos suponer que existen dos máximas en los pescadores holandeses que, de ser analizadas bajo la prueba del imperativo categórico, podrían arrojar dos deberes morales que entran en conflicto:

- i. “Es incorrecto mentir”
- ii. “Es incorrecto facilitar el asesinato de personas inocentes”

Frente a esto, menciona el autor, los pescadores tendrían que hacer una de estas dos cosas, sin embargo, una teoría moral que prohíbe mentir y prohíbe facilitar el asesinato de personas inocentes de modo absoluto sería incoherente en esta circunstancia. Una forma de solucionar esto, según Rachels, sería sostener que por lo menos uno de estos deberes no es absoluto, o en palabras de Kant, perfecto o estricto. Pero parece que es difícil recurrir a este tipo de “solución” en cada caso en los que encontramos conflictos de deberes, sobre todo porque nos enfrentamos al problema de tratar de discernir cuál sería el deber que no es absoluto y por qué.

A pesar de este aparente impedimento para la aplicación de la moral kantiana, Rachels reconoce que existe una idea básica en Kant que no puede, ni debe ser desechada, la cual subyace al imperativo categórico:

---

<sup>101</sup> J. Rachels., *op. cit.*, p. 204.

<sup>102</sup> *Ibid.*, p. 205.

La idea básica [kantiana] está relacionada con la opinión de que un juicio moral debe estar respaldado por buenas razones; si es verdad que debes (o no debes) hacer tal y cual cosa, entonces debe haber una razón por la que debes o no debes hacerla. Por ejemplo, puedes creer que no debes causar incendios forestales porque se destruirían propiedades y moriría gente. El giro kantiano consiste en señalar que *si aceptas cualquier consideración como razón para un caso, debes también aceptarla como razón para otros casos*. Si hay algún otro caso en el que se destruirían propiedades y la gente moriría, en ese caso también debes aceptar eso como razón para la acción. No está bien decir que aceptas razones unas veces pero no todo el tiempo; o que otras personas deben respetarlas pero tú no. Las razones morales, si es que son válidas son vinculantes para todos y todo el tiempo. Éste es un requisito de consistencia y Kant tuvo razón al pensar que ninguna persona racional debía rechazarlo.<sup>103</sup>

Pero Kant parece haber dado un paso más. Según Rachel, el requisito de consistencia llevó a Kant a hablar de la necesidad de reglas sin excepciones. Pero, según el autor, todo lo que requiere la idea básica de Kant es que cuando violemos algo que en muchos casos sería un deber absoluto, lo hagamos por una razón que cualquiera estaría dispuesto a aceptar. Además, según Rachels, ni siquiera al interior de la teoría kantiana es necesario ver las reglas morales como absolutas (sin excepción).

Resulta importante someter a prueba esta afirmación, es decir, examinar si aún en circunstancias en las que parecen existir conflictos de deberes podemos rescatar una idea básica: que la ley moral es vinculante para todos los seres racionales. Se trata de examinar si, a pesar de ello, existen casos en los que cualquier ser racional estaría dispuesto a aceptar la excepción. Revisemos un ejemplo de Kant.

Un hombre que sentía ya hidrofobia, como efecto de la mordedura de un perro rabioso, después de tener claro que nunca tuvo noticia de que alguien se hubiera curado de ella, se suicidó, como decía en un escrito dejado al morir, para no hacer también desdichados a otros hombres con su rabia (cuyo ataque ya sentía). La pregunta es entonces si con ello actuó mal.<sup>104</sup>

En este ejemplo parece que lo único que para Kant, sitúa a este caso como una cuestión extraordinaria, es que el hombre infectado con rabia se haya suicidado porque no quería hacer a otros hombres tan miserables como él lo era. Pero unas líneas más adelante Kant también menciona:

Quien se decide dejarse inocular la viruela, arriesga su vida a lo incierto, aunque lo haga *para conservar su vida*, y en esa medida se encuentra en un caso mucho más difícil, en lo que respecta a la ley del deber, que el navegante que al menos no produce la tempestad a la que se abandona, mientras que aquel atrae sobre sí mismo la enfermedad que le pone en peligro de muerte. Así pues, ¿está permitida la inoculación de la viruela?<sup>105</sup>

Si la interpretación teleológica es correcta, y conservar la vida es el fin del amor propio, entonces ¿por qué Kant pone en cuestión la moralidad de aquél que se deja inocular la viruela? Si el fin del amor propio es el fomento de la vida, y este hombre

---

<sup>103</sup> *Ibid.*, p. 206.

<sup>104</sup> I. Kant, *Metafísica de las costumbres* (MC), p. 284.

<sup>105</sup> *Ibidem*.

sólo la arriesga para finalmente poder conservarla, ¿no es éste el mismo caso de aquél que permite le amputen alguna extremidad para salvar la vida? Es decir, no tendríamos que aceptar sin más que este hombre actuó inmoralmente. Más aún, cabe pensar este último caso como análogo al de un paciente que traiga sobre sí una serie de tratamientos experimentales que le prometen muy pocas o casi ninguna esperanza de salvarle la vida, pero sí mucho sufrimiento, con tal de conservarla. Si éste es un caso similar, y el propósito natural del amor propio es el fomento a la vida, entonces este hombre no está actuando inmoralmente.

Otra forma de interpretar este caso desde la ética de Kant es suponer que el paciente empieza a padecer lo que en ética médica se conoce como *encarnizamiento médico*, es decir, aquella situación en la que ya se le ha informado que las posibilidades de salvación son casi nulas, por no decir nulas, y aun así decide utilizarse a sí mismo como mero medio para los fines experimentales de otros. ¿Podemos pensar como análogo al navegante que se abandona a la tempestad el caso de alguien que tiene una enfermedad incurable (que obviamente no se ha provocado, así como el navegante no provocó la tormenta), y decide que es mejor morir rápidamente a prolongar su sufrimiento?

Kant deja estos casos abiertos. Sin embargo, el hecho de que los contemple nos habla de la complejidad a la que él mismo se enfrentó al pensar la elección de la propia muerte. Pese a ello, ninguno de los ejemplos citados expresa una situación que implique un caso de eutanasia activa bajo circunstancias de un sufrimiento médico físico y mental intolerable. Sin embargo, en el siguiente apartado los conceptos y casos revisados nos servirán para:

- i. marcar la distinción existente entre los casos planteados por Kant y los dilemas actuales sobre la aplicación de la eutanasia activa y,
- ii. para argumentar cómo a partir del valor incondicionado de la humanidad, y con base en los ejemplos que hemos revisado, la teoría kantiana se separa de posturas como la de la santidad de la vida. Esto es así porque, como hemos observado, para Kant el respeto a la humanidad implica algo distinto a un mero respeto por la vida biológica de una persona.

Finalmente, mostrar estos puntos nos ayudará a preparar el terreno para argumentar, desde fundamentos kantianos, por qué la defensa del valor absoluto de la vida biológica es insostenible y al mismo tiempo, también nos posibilitará contar con

elementos para iniciar, en el tercer capítulo de esta investigación, una defensa a favor de la práctica de la eutanasia activa a partir de una interpretación kantiana.

### 3. Primeros elementos para el debate sobre la eutanasia

Como vimos en el apartado anterior, los casos analizados en algunos pasajes de la obra kantiana muestran que el deber de preservar la propia vida tiene excepciones bajo determinadas circunstancias. El caso del hombre que sabe que ha contraído rabia es un ejemplo de esto, pues debe decidir entre acabar con su vida (a sabiendas de que de todas formas morirá por la rabia), y dañar irremediablemente a otras personas cuando ya no esté en control de sí para no hacerlo. En esta situación estaríamos tentados a afirmar que cualquier agente racional podría aceptar que el hombre puede tener buenas razones para decidir quitarse la vida, y que debe respetarse su decisión dado que:

- i. fue su propia elección y
- ii. lo hizo pensando en no dañar a otros

Considero que estos escenarios excepcionales planteados por Kant, en los que un individuo decide sobre su propia muerte, pueden, junto con la fórmula de la humanidad analizada en los apartados anteriores, darnos elementos para argumentar en contra de posturas como las que defienden el valor absoluto de la vida biológica o *santidad de la vida*.<sup>106</sup> Veamos por qué.

Recordemos que para Kant lo característico de la humanidad es nuestra capacidad de proponernos fines y considerarnos la causa eficiente de los mismos. En tanto naturalezas racionales, los seres humanos tenemos un valor incondicionado; esto significa que nuestro valor no depende de las circunstancias o de objetos externos a nosotros mismo. También somos los únicos con la capacidad de legislar leyes morales, y somos capaces de evaluar la moralidad de nuestras máximas para la acción.

Kant dedica una de las fórmulas del imperativo categórico al mandato inexcusable sobre el respeto que se le debe a la persona por el sólo hecho de ser un agente capaz para la moralidad. Tratar a las personas como fines y nunca como meros medios implica respetar los fines que éstas se proponen (siempre y cuando no sean inmorales), y no utilizarlos como si fueran objetos condicionados. Lo anterior significa que, para Kant, el valor de la humanidad en tanto fin en sí mismo, va más allá del valor

---

<sup>106</sup> Sólo recordemos que este tipo de posturas, como señala R. Dworkin, parten del supuesto de que una vez que una vida humana ha comenzado, importa, intrínsecamente, que esa vida se desarrolle.

biológico de la vida. La humanidad tiene un valor objetivo por su naturaleza racional, pero esto es distinto de valorar la vida como un mero deber de supervivencia.

En sus *Lecciones de ética*, Kant afirma que la vida en sí y por sí misma no representa el supremo bien que nos ha sido confiado, pues existen deberes de rango superior al de la supervivencia cuya puesta en práctica conlleva a veces al sacrificio de la vida. Más aún, afirma que la conservación de la vida, con frecuencia ha de ser colocada en un segundo plano para vivir dignamente. Un ejemplo que, según Kant, ilustra lo anterior es el siguiente:

[...] si de un naufrago que desaloja a otro de su tabla, para salvar su propia vida, se dijera que la necesidad (en este caso física) le da derecho a ello, eso sería totalmente falso. Pues conservar mi vida es sólo un deber condicionado (está sometido a la condición de que puede hacerse sin incurrir en delito); mientras que es un deber incondicionado no quitar la vida a otro que no me daña y que ni siquiera me pone en peligro de perder la mía.<sup>107</sup>

El caso que Kant nos presenta es interesante por varias razones. En primer lugar, apoya la tesis que hasta ahora hemos querido defender, a saber, que la humanidad posee un valor incondicionado que la mera conservación de la vida no posee. Como Kant señala en la *Metafísica*, el primer deber del hombre para consigo mismo en calidad de animal es la autoconservación, sin embargo éste no es el más relevante. El deber más relevante del ser humano, sin atender a su animalidad, y concibiéndose únicamente como ser moral, es el de hacer concordar las máximas de su voluntad con la *dignidad* del hombre en su persona. La dignidad del hombre implica que, por su voluntad, pueda hacer concordar sus máximas con la ley moral.

Sobre esto añade Kant en las *Lecciones*,

Cuando el hombre no puede conservar la vida sino humillando su condición de ser humano, más vale que la sacrifique. Puede suceder que ponga en peligro su vida animal, pero debe sentir que, a lo largo de su vida, ha vivido dignamente. No se trata tanto de que el hombre tenga una larga vida (pues el hombre no pierde la vida por casualidad, sino por un dictado de la naturaleza) como de que cuanto viva lo haga dignamente, esto es, sin vulnerar la dignidad de toda la humanidad. De no poder vivir así, pondría fin a su vida moral.<sup>108</sup>

Como aclara la cita anterior, conservar la dignidad es el deber más relevante de la persona, aún por encima del deber de preservación. Entonces, desde esta perspectiva, no podemos argumentar positivamente que se deba sacrificar la dignidad de un individuo que ha expresado no querer vivir en condiciones que, considera, le han arrebatado su capacidad de proponerse fines, sólo por el respeto que otros tienen a la inviolabilidad de su vida biológica. Por el contrario, argumentar positivamente que se debe sacrificar la dignidad de un individuo a favor de su vida biológica tiene

---

<sup>107</sup> I. Kant, *Lecciones de ética*, p. 197.

<sup>108</sup> *Ibid.*, p. 196.

dimensiones inaceptables, sobre todo cuando observamos que las objeciones a permitir que un paciente racionalmente capaz decida sobre sí mismo son más frecuentes de lo que se podría pensar. Recordemos el caso Sampedro o el de la Señorita B, por mencionar algunos. Preservar la vida no puede considerarse como un mandato incondicionado para el individuo, pues el cumplimiento de éste depende, en última instancia, de que las condiciones en que vive no le arrebaten su humanidad.

En conclusión, lo expuesto en el presente capítulo aún no nos alcanza para mostrar positivamente que, bajo determinados lineamientos, la práctica de la eutanasia no es inmoral. El mismo Kant deja fuera o no considera para la valoración moral los casos excepcionales, pero el análisis anterior nos ayuda a esclarecer, por lo menos, dos aspectos importantes.

En primer lugar, este análisis nos ayuda a diferenciar el suicidio, que tiene como fundamento el principio de la felicidad o el mero anhelo de bienestar, de casos como los planteados en el capítulo II, esto es, casos en los que se solicita la eutanasia activa porque las personas consideran que su vida ya no es digna de ser vivida, o quieren evitar que deje de serlo. En segundo lugar, nos ha permitido distinguir el valor incondicionado de la humanidad y, con ello, negar que la conservación de la vida biológica posea la misma clase de valor.

La aclaración de estos aspectos, sumado al análisis de conceptos fundamentales de la teoría kantiana, han preparado el terreno para la argumentación del último capítulo de esta investigación: mostrar que el valor de la humanidad y el respeto a la autonomía de los agentes, como aspectos fundamentales de la teoría kantiana, pueden ayudar a la resolución de dilemas médicos en los que la autonomía y el bienestar -o las creencias personales que intentan justificarse bajo el argumento del bienestar-, se encuentran en conflicto. Para hacerlo, priorizaré el valor de la autonomía por encima del de bienestar a la hora de decidir elegir la propia muerte bajo circunstancias de sufrimiento físico y mental intolerable debido a causas médicamente reconocidas.

## Capítulo IV.

### La eutanasia bajo una interpretación kantiana. Una nueva perspectiva sobre la autonomía y el bienestar

1. ¿Es inmoral la eutanasia activa?
  - 1.1. Ayudando a morir: ¿un deber hacia los otros?
2. La legalidad de la eutanasia y los riesgos del paternalismo
  - 2.1. Objeción de conciencia: la necesidad de marcar límites
3. Nueva perspectiva sobre la autonomía y el bienestar en la práctica médica. Breves reflexiones sobre la situación en México

En este capítulo retornaré al tema de la eutanasia activa que desarrollamos en el capítulo dos. Sin embargo, la diferencia entre el primer análisis sobre el tema y el que realizaremos a continuación, radica en que anteriormente revisamos el caso como parte del conflicto entre los valores de autonomía y bienestar, a partir de la teoría de la jerarquización de preferencias de Gerald Dworkin, y de las teorías dedicadas específicamente al campo de la ética médica de Ronald Dworkin, Dan Brock y Allen Buchanan.

Ahora analizaremos el caso desde la perspectiva kantiana sobre el valor de la humanidad y el respeto a la autonomía. Trataré de mostrar que la teoría kantiana puede posibilitar nuevas alternativas de solución a este tipo de conflictos empleando el argumento de que la máxima de aquel que solicita la eutanasia activa bajo determinadas circunstancias se corresponde con la ley moral. Ello nos permitirá priorizar el valor de la autonomía frente al del bienestar en casos donde parece que no existe otra alternativa.

Este análisis nos conducirá a analizar otros problemas como el de hasta qué punto es lícito solicitar la ayuda de un tercero para morir. También nos llevará a analizar el tema de la objeción de conciencia por parte de médicos que, bajo argumentos como el de la *santidad de la vida*, creencias personales o incluso motivos institucionales o políticos, se niegan a atender a pacientes que les solicitan ayuda para morir, lo cual nos enfrenta con el problema del paternalismo médico y estatal. Trataré de ofrecer argumentos para defender la autonomía de la persona, aun por encima de una idea de bienestar, principalmente en un Estado laico como el nuestro.

Finalmente, gracias a los conceptos básicos expuestos en el capítulo anterior y el estudio de caso a analizar en el presente capítulo, daré respuesta a la pregunta central

que nos motiva ¿se puede, a partir de una interpretación de la teoría kantiana, defender la autonomía de los pacientes competentes frente a lo que terceros consideran su bienestar en las decisiones sobre tratamientos médicos?

## 1. ¿Es inmoral la eutanasia activa?

Recordemos brevemente el señalamiento de Rachels mencionado al principio del capítulo II: una persona no puede pensar consistentemente que le está permitido actuar en formas que están prohibidas a los demás, o que sus intereses son más importantes que los de otras personas. Esta idea nos posibilita analizar dilemas médicos bajo la perspectiva de que los intereses de los otros, así como sus valores y decisiones, son tan importantes como los de cualquier otro agente racional, y sólo por ello tenemos el deber de respetarlos.

El deber de respetar la autonomía de los agentes puede fomentar y ayudar a la reflexión abierta de casos que hoy parecen irresolubles: eutanasia activa, maternidad subrogada, donación de órganos, investigación clínica en humanos, etc. La práctica médica actual nos exige hoy alternativas de solución a estos dilemas éticos, sobre todo si se toma en cuenta que a medida que se han multiplicado tratamientos alternativos extraordinarios (que en varios casos sólo pueden prometer beneficios dudosos para el enfermo), médicos y pacientes se ven obligados a hacer juicios difíciles sobre los efectos que tendrá un tratamiento en la vida de los segundos. Más aún cuando las decisiones implican el caso más extremo de todos, el de elegir la propia muerte cuando se considera que médicamente se han agotado todas las opciones de recuperación, y se solicita ayuda a terceros (ayuda médica) para poder hacerlo.

Como observamos en el capítulo anterior, Kant considera que elegir la propia muerte con base en el amor propio es inmoral; pero, como también observamos, existen casos excepcionales en los que él mismo cuestiona la moralidad de elegirla, aunque nuestro autor los deja sin resolver. En consecuencia, sabemos que lo que Kant reprueba en su ejemplo del suicida es sólo la máxima de la acción cuando ésta tiene una forma como la siguiente: “con base en el egoísmo acorto mi vida cuando ésta me amenace a largo plazo con más desgracias que satisfacciones me prometa”. Sabemos que el contenido específico de la máxima depende de las circunstancias particulares en las que uno se encuentre.

Para Kant la moralidad de la máxima que dirige la acción de un agente racional sólo puede ser evaluada a partir del procedimiento del imperativo categórico, que no es otra cosa que el principio fundamental de la autonomía. Por ello, y como mencionamos en el capítulo anterior, Kant define a la *autonomía de la voluntad* como la constitución de la voluntad por la cual ésta es una ley para ella misma (independiente de toda constitución de los objetos del querer). En otras palabras, la autonomía consiste en la capacidad de autodeterminarnos a través del uso de nuestra razón.

Si un agente racional decide darse a sí mismo como ley la máxima: “elijo morir rápidamente y sin dolor porque una enfermedad incurable (o padecimiento médico irreversible) me impide en cierto grado y me impedirá de forma inevitable proponerme fines y constituirme como la persona que he sido y quiero seguir siendo”, decide elegir la muerte porque, al formular su máxima, puede *pensar y querer*<sup>109</sup> un mundo en el que ésta sea susceptible de convertirse en ley universal. En otras palabras, el agente puede pensar y querer un mundo en el que cualquier agente racional tenga la opción de elegir su propia muerte bajo las circunstancias descritas (y sin *querer* ser él una excepción a dicha regla), entonces tal agente está actuando en ejercicio de su autonomía. Bajo el principio de la autonomía no se observa por qué una persona que decide regirse por esta máxima lleve a cabo una acción inmoral. Por tanto, esta máxima, que cualquier agente racional podría formularse encontrándose en circunstancias análogas a los casos que hemos descrito, es susceptible de poseer un contenido que, utilizando palabras de Kant, *no vulnera la dignidad de toda la humanidad*<sup>110</sup> y es permitida.

Para ofrecer un escenario en el cual podamos concretar parte de lo expuesto teóricamente, recordemos brevemente el caso de Ramón Sampetro. Cuando él decidió que quería solicitar ayuda para morir, pues no contaba con los medios físicos y materiales para poder hacerlo, argumentó que para él, su vida ya no era *digna* de ser vivida, pues era como estar preso en un cuerpo muerto. Pero, ¿qué implica hablar de dignidad? Desde la perspectiva kantiana, la humanidad tiene dignidad en tanto que, como desarrollamos en el tercer capítulo, ésta posee un valor intrínseco o incondicionado. Esto significa que una persona tiene dignidad porque es un agente racional, es decir, es un agente libre capaz de proponerse fines, tomar sus propias decisiones y guiar su conducta gracias a la razón.

---

<sup>109</sup> Esto significa que pensar la máxima como una ley universal no nos hace caer en contradicción alguna, ni en el pensamiento, ni en la voluntad (son los tipos de contradicción analizadas en el capítulo anterior, y que pueden derivarse a partir de analizar una máxima por el procedimiento del imperativo categórico).

<sup>110</sup> *Ibid.*, p. 196.

Entonces, si la humanidad es la capacidad de un agente racional de proponerse fines, cuando no respetamos el libre ejercicio de la elección de un agente racional, sea por medio de la coacción o de la fuerza, estamos tratando a la humanidad como mero medio -o por lo menos no la estamos tratando como fin-. Esto significa que Sampedro nunca debió llegar al punto de solicitar que “se le permitiera morir”, como si fuera una mera cosa sobre la que se tuvieron que tomar decisiones o infligir acciones bajo el argumento de que no sabía lo que era mejor para su bienestar. La decisión de éste debió ser respetada simple y sencillamente porque él era un fin en sí mismo.

Escribe Kant:

Si la única forma de prolongar la vida es abandonarnos a los caprichos de otro, nos veremos obligados a sacrificar la vida, antes que a deshonorar a toda la humanidad en nuestra persona, convirtiéndola en una cosa para un arbitrio ajeno.<sup>111</sup>

Al privar a Sampedro de su capacidad para regirse por su propia razón, se pasó por encima de su capacidad para proponerse fines, coartándole así su capacidad de ser autónomo y violentando con ello su dignidad.

### 1.1. Ayudando a morir: ¿un deber hacia los otros?

A. Álvarez expone el siguiente caso:

No todos los médicos piensan que ayudar a morir va en contra de la esencia misma de su profesión, que es curar y prolongar la vida. Algunos consideran que la responsabilidad hacia sus pacientes incluye intentar aliviarlos hasta el final, y que la eutanasia activa podría ser la solución, aun cuando esto implique actuar fuera de la ley, con todos los riesgos que ello supone. Éste fue el caso del médico que ayudó a morir a Lilian Boyes<sup>112</sup> en 1992, con una inyección de cloruro de potasio cuando ella así se lo pidió. La había atendido durante 13 años y la conocía muy bien porque mantenía una relación cercana. Este médico considero *su deber* cumplir la promesa de no dejarla sufrir, pero el juez que llevó su caso vio las cosas desde otra perspectiva (el médico fue denunciado por una enfermera católica que leyó el informe de la inyección). El juez cuestionó que el médico hubiera permitido que la compasión por su paciente se impusiera sobre su deber profesional, y consideró que su acción, además de criminal, había sido una traición a su obligación médica. Inicialmente el doctor fue sentenciado a un año de prisión, pero se suspendió el castigo y se le permitió seguir trabajando con la condición de que lo supervisara otro médico.<sup>113</sup>

En el caso planteado, parece que el médico consideró *su deber* ayudar a su paciente hasta el final, con todo lo que ello conllevó. Pero, ¿qué implica hablar en este

---

<sup>111</sup> *Ibid.*, pp. 196-197.

<sup>112</sup> Nos referimos a la paciente con artritis reumatoide a la que refiere R. Dworkin en *El dominio de la vida*.

<sup>113</sup> A. Álvarez, *op. cit.*, p. 81.

contexto de un *deber*?<sup>114</sup> Para tratar de explicarlo recurramos a la división que Kant establece entre deberes *estrictos* y *perfectos* y deberes *amplios* e *imperfectos*:

Por deber amplio no se entiende un permiso para introducir excepciones a la máxima de las acciones, sino sólo el de limitar una máxima del deber por otra (por ejemplo, el amor universal al prójimo por el amor paternal), con lo cual se amplía realmente el campo de la *praxis* virtuosa. Cuanto más amplio es el deber, más imperfecta es la obligación del hombre de obrar, sin embargo, cuanto más aproxime a la máxima de cumplirlo (en su intención) al deber estricto (jurídico), tanto más perfecta es su acción virtuosa.<sup>115</sup>

Lo anterior significa que, para Kant, existe una división entre los deberes estrictos que exigen acciones específicas, en los que es posible una coacción externa cuando no son cumplidos, y entre los deberes amplios que no exigen acciones específicas, y que sólo se basan en una autoacción libre por parte del agente.<sup>116</sup> Los deberes jurídicos son estrictos mientras que los deberes éticos se dividen en perfectos e imperfectos.<sup>117</sup>

Los deberes perfectos, al exigir tratar a la humanidad como un fin y nunca como un mero medio por su valor incondicionado, son deberes ineludibles. A su vez, estos deberes se dividen en deberes hacia nosotros mismos y deberes hacia los otros. Un ejemplo de este tipo de deber, pero hacia nosotros mismos, es *no suicidarse* por amor propio;<sup>118</sup> otro ejemplo de deber perfecto, pero amplio y hacia los otros, es *no mentir*. Como se puede observar en estos ejemplos, no cumplirlos genera, como ya advertimos anteriormente, una contradicción en el pensamiento;<sup>119</sup> esto es, no podríamos ni siquiera pensar la posibilidad de un mundo en el que nadie cumpliera su deber de no matar, o en el que todos los individuos volvieran de la mentira una ley, ambos deberes son ineludibles.<sup>120</sup>

Por su parte, los deberes imperfectos sólo pueden ser deberes de virtud porque cumplirlos es un mérito, pero transgredirlos, a diferencia de los deberes perfectos, no es un demérito, sino que sólo habla de una falta de valor moral en la adopción de una máxima ética. Esto significa que tales deberes exigen la adopción de fines que debemos tratar de llevar a cabo a lo largo de toda nuestra vida, como una tarea que no puede

---

<sup>114</sup> Sólo recordemos que Kant define el *deber* en la *FMC*, p. 131, como la necesidad de una acción por respeto a la ley, y en la *MC*, p. 248, añade que todos los deberes encierran el concepto de una coacción por la ley.

<sup>115</sup> *MC*, p. 243.

<sup>116</sup> *Ibid.*, p. 233.

<sup>117</sup> *Ibid.*, p. 248. La diferencia entre los deberes éticos o de virtud y los deberes jurídicos radica en que los primeros implican una coacción para la que sólo es posible una legislación interna, mientras que los segundos encierran una coacción externa para la que también es posible una legislación interna. Kant define la *virtud* como la fuerza de la máxima del hombre en el cumplimiento de su deber.

<sup>118</sup> Sobre este tema referirse al apartado 2.1 del capítulo III de la presente investigación.

<sup>119</sup> *Ibidem*.

<sup>120</sup> Cfr. F. Rivera, "Kantian Ethical Duties" *Kantian Review*, pp. 79-101.

completarse. Aunque a veces no podamos actuar de acuerdo con ellos, promoverlos lo más que podamos nos dirige hacia nuestro perfeccionamiento moral. Por tal razón, tampoco se puede exigir *externamente* su cumplimiento, como de hecho sí sucede en el caso de los deberes jurídicos. Un ejemplo de este tipo de deberes, pero hacia nosotros mismos, es el de *cultivar los propios talentos*; otro ejemplo de deber imperfecto, pero hacia los demás, es *ayudar al prójimo*. Sin embargo, en ninguno de los ejemplos se especifica cuándo, cómo, o hasta dónde el agente debe cumplirlos.<sup>121</sup>

Ahora bien, respetar la elección libre de un paciente racional para elegir su propia muerte, bajo las circunstancias que hemos venido planteando, es un deber perfecto pues, de transgredirlo, transgredimos a la humanidad en su persona. Pero como mencionamos, lo más relevante en este punto es responder si el médico al que se le solicita la ayuda para morir tiene el *deber* de cumplir dicha petición; y, de tenerlo, qué tipo de deber es. Para responder a esto, considero que nos resulta fructífero centrarnos en los deberes imperfectos hacia otras personas. Veamos por qué.

En la *Metafísica de las costumbres* Kant habla del deber de beneficencia en el siguiente sentido:

Puesto que nuestro amor a nosotros mismos no puede separarse de la necesidad de ser amados también por otros (ayudados en caso de necesidad), nos convertimos a nosotros mismos en un fin para otros, y puesto que esta máxima no puede obligar sino únicamente por su cualificación para convertirse en ley universal, por consiguiente, por una voluntad de convertir a otros también en fines para nosotros, la felicidad ajena es un fin que es a la vez deber.<sup>122</sup>

De acuerdo con este pasaje, la beneficencia, esto es, el ayudar a otros no por amor, sino por el deber de hacerlo en tanto que está en nuestras manos, es sólo un deber imperfecto: *tiene espacio para obrar en el más o menos, sin que puedan señalarse con precisión sus límites. La ley vale sólo para las máximas, no para las acciones.*<sup>123</sup> Como vimos en el caso de Lilian Boyes, el médico que decidió ayudarla a morir, consideró que era su deber ayudar y acompañar a su paciente hasta el final, sin importar las consecuencias negativas que pudieran recaer sobre él. Podemos pensar que él puso en una balanza los beneficios y los daños de llevar a cabo el pedimento de su paciente y consideró más importante ayudar a alguien que lo requería. Sin embargo, este deber médico de *beneficencia* tiene un carácter imperfecto y, por tanto, meritorio. No se puede exigir a los médicos que lleven a cabo la acción específica que implica la eutanasia,

---

<sup>121</sup> MC, pp. 228-250. Sin embargo los ejemplos se corresponden a los usados por Kant en la *Fundamentación* cuando también establece su distinción preliminar entre deberes *perfectos* e *imperfectos*.

<sup>122</sup> MC, p. 247.

<sup>123</sup> *Ibidem*.

pues acceder a hacerlo depende de las circunstancias, de su criterio, de la comunicación con su paciente, de su conciencia de que es una medida extraordinaria, etc.

En resumen, el deber de ayudar a un paciente a la consecución de un fin como el que implica la eutanasia siempre puede variar o limitarse de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo, un médico que viera seriamente afectada su vida por ayudar a un paciente que le solicita ayuda para morir, sea porque viviera bajo una legislación que no lo permite, o sus valores religiosos le causaran un remordimiento tal que lo afectara moral o psicológicamente para siempre, podemos decir que tendría motivos respetables para negarse a tal petición. Lo importante aquí es señalar que si bien éste tendría el derecho de negarse, lo que no tendría es el derecho de obstaculizar la libre elección de su paciente.

Desafortunadamente, los casos en los que no sólo se niega la ayuda, sino que se obstaculiza la elección, son muy comunes en la práctica médica. Brock y Buchanan señalan en *Decidir por otros*, que estadísticas recientes muestran la alarmante cantidad de casos en los que se interfiere con las elecciones de pacientes competentes, no sólo en casos en los que se solicita la eutanasia activa, sino también en casos en los que médicos, instituciones de salud o el Estado mismo obstaculizan los fines de los pacientes por considerarlos inmorales y/o irracionales. Muchos de estos juicios de valor para justificar prohibiciones suelen basarse en creencias personales o religiosas que los pacientes ni siquiera comparten con aquel que los obstaculiza. En este sentido, argumentos como el de la santidad de la vida nos obligan a pensar si, en el tema de los pacientes racionalmente competentes que solicitan la eutanasia activa (bajo las circunstancias que ya hemos reiterado), existe la posibilidad de encontrar un argumento verosímil para prohibirles tal opción. En otras palabras, ¿existe algún argumento paternalista que justifique éticamente la prohibición de la eutanasia activa?

## 2. La legalidad de la eutanasia y los riesgos del paternalismo

Ernesto Garzón Valdés afirma que en el ámbito jurídico existen casos en los que hay buenas razones a favor de una prohibición o de un mandato jurídico impuesto en contra de la voluntad del destinatario, cuando ello es necesario para evitar un daño físico, psíquico o económico a la persona a quien se impone esa medida. Esto se reconoce como un paternalismo jurídico y, con base en él, suele aceptarse en muchas constituciones, de manera implícita o explícita, que en el ámbito médico este

paternalismo es necesario y se justifica éticamente en ciertos casos.<sup>124</sup> Uno de esos casos es cuando el mandato se dirige a la defensa de la vida de pacientes que se consideran incompetentes, esto es, cuando se vela por la vida de personas que no poseen o han perdido la capacidad de decidir sobre sí mismas: pacientes dementes, individuos en estado vegetativo persistente, etc.

Sin embargo, la pregunta importante aquí, dado el tema de la investigación, es si en ciertos casos, este paternalismo se justifica éticamente en el caso de personas consideradas racionalmente competentes. Más específicamente, si se justifica sobre pacientes capaces que quieren decidir por sí mismos cómo afrontar la enfermedad que padecen. Ahora, partiendo de que los argumentos basados en la *santidad de la vida* son paternalistas, preguntamos: ¿es el argumento de la santidad de la vida aplicado a pacientes competentes un caso de paternalismo justificado?

De acuerdo a Paulette Dieterlen,<sup>125</sup> un problema inicial cuando hablamos de una “justificación del paternalismo”, es que regularmente se apela al sentido común. A pesar de ello, señala la autora, se pueden rescatar ciertos argumentos que resultan interesantes y que nos ayudarán a comprender de forma general el amplio espectro que pueden abarcar las posturas paternalistas, y como éstas se manifiestan en diversos campos de la práctica médica.

El primer argumento se basa en la idea de que una política paternalista es justificable cuando la persona a la que afecta dio su *consentimiento* sobre el mandato que le es impuesto hoy en el pasado, o lo dará en el futuro. Un problema con este tipo de justificación, como señala Dieterlen, es que puede ser el caso que el consentimiento futuro nunca llegue o sea simplemente fabricado. En el caso de la eutanasia activa, el agente no sólo da su consentimiento, sino que es condición necesaria que sea su iniciativa, y sólo de él, solicitarla. Un médico que considerara que debe ayudar a morir hoy a un enfermo porque en un futuro cree que éste daría su consentimiento para que lo hiciera es problemático porque, de cometerse la acción, nunca se sabría si el paciente hubiera solicitado que se le ayudara a morir. Aún más grave es que se fabrique el consentimiento de un paciente para recibir la eutanasia manipulándolo sobre lo que es mejor para él.

Otro argumento es el denominado de las *capacidades básicas*. Éste es posiblemente el argumento más común y que, en mi opinión, es el que puede presentar

---

<sup>124</sup> E. Garzón Valdés, “¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?”, *Doxa*, p. 156.

<sup>125</sup> P. Dieterlen, “Paternalismo y estado de bienestar”, *Doxa*, p. 187.

menos objeciones. Según este argumento, una política paternalista se justifica cuando una persona carece de capacidades básicas, por ejemplo, que ignora información relevante de la situación en la que tiene que actuar; cuando sus facultades mentales están reducidas o cuando actúa bajo compulsión. Como ya habíamos señalado en el apartado dedicado a los criterios de capacidad, aunque puede haber importantes dificultades sobre cómo marcar la línea entre la capacidad y la incapacidad,<sup>126</sup> es común que se acepten ciertas políticas paternalistas para personas que no pueden decidir por sí mismas. Empero, este argumento no justifica la prohibición de la eutanasia activa, pues ésta, como ya hemos mencionado reiteradas veces, la solicita un paciente racionalmente competente; es decir, para realizar el pedido de eutanasia el paciente no debe encontrarse en ninguna de las condiciones señaladas.

Considero que sólo un argumento nos puede ayudar a analizar específicamente el caso de petición de eutanasia por parte de pacientes competentes, pues los analizados parecen no responder al contexto que aquí nos interesa. El argumento del *bien de las personas* se basa en la idea de que muchas personas no conocen cuál es su propio bien, lo cual puede ocurrir por ignorancia, por falta de información relevante o por no saber cuáles son las consecuencias de una acción. Sin embargo, como menciona Dieterlen, este argumento peca de petición de principio, ya que lo importante es tener un criterio que nos permita justificar una intervención en la concepción del bien de una persona.

Como se vio desde los capítulos I y II, justificar una intervención en la “concepción del bien” de una persona es una tarea por demás complicada. Es prácticamente imposible establecer un solo criterio objetivo para determinar en qué consiste el bienestar de un paciente cuando, como ya advertían Brock y Buchanan, posiblemente toda teoría del bienestar termina por ser esencialmente subjetiva y, de no serlo, corre el peligro de cometer abusos y obstaculizar la autonomía de la persona. El análisis kantiano sobre la felicidad, entendida como bienestar, en el que el autor señala la imposibilidad del agente mismo para tener una idea acabada o completa sobre lo que implica su felicidad, nos lleva a suponer que cualquier política paternalista que intente justificar una acción, o prohibición de una acción, por motivos basados en una determinada concepción del bien, está cometiendo la petición de principio que Dieterlen señala y los abusos de los que advertían Brock y Buchanan.

---

<sup>126</sup> E. Garzón Valdés y P. Dieterlen (*op. cit.*), señalan que el criterio para realizar tal división puede ser aplicado con mayor o menor grado de arbitrariedad.

Recordemos brevemente el caso de la *falsa promesa* que Kant presenta en la *Fundamentación*. En éste, alguien es tratado como mero medio cuando le mentimos para lograr nuestros propios fines. Esto es así porque obstaculizamos su capacidad para proponerse fines propios, e incluso podemos usar la manipulación, la mentira o la omisión de información para que el otro actúe de tal forma que convenga a nuestros intereses egoístas. El argumento sobre el bien de las personas corre el riesgo de promover la utilización de la humanidad de los pacientes como mero medio, además de que lo haría bajo la falsa creencia de que, aquellos que prohíben la eutanasia activa, saben qué es mejor para los pacientes que categóricamente y con su capacidad racional intacta quieren solicitarla.

Por ejemplo, aquellos que negaron la posibilidad a Ramón Sampredo de morir, u obstaculizaron la petición de la señorita B para ser desconectada del respirador que la mantenía con vida, y lo hicieron bajo la creencia de que promovían o velaban por su bienestar (posiblemente espiritual), adoptaron una postura paternalista injustificada. Los jueces que atendieron el caso de Sampredo o los médicos que se negaron a desconectar a la señorita B, probablemente creyeron que les evitaban un castigo divino por transgredir la santidad de la vida o algo así. Pero este argumento del bien, aplicado a cualquier agente racional, bajo las circunstancias médicas descritas, muestra dos cosas:

- i. hay una falta de respeto por la humanidad y la dignidad de aquel a quien se le aplica la prohibición y
- ii. aquellos que aplican la prohibición pueden hacerlo o por una falsa creencia sobre un criterio objetivo de lo que es bueno, o por una intención egoísta de utilizar a otro para lograr un fin propio.

Sea cual sea la razón, lo que se muestra con respecto a la prohibición de la eutanasia activa es que se trata de un caso de paternalismo injustificado que vulnera la capacidad del paciente para ser autónomo, pues, como menciona A. Álvarez,

[...] es cierto que [la eutanasia activa] sólo en ocasiones excepcionales se requiere, pero no se puede excluir una opción con la que quieren contar algunas personas si llegan a estar en esa situación en que sólo la muerte puede poner fin a su sufrimiento. Si los legisladores no lo reconocen así es como si les dijeran: “Tienen derecho a suspender tratamientos, a recibir cuidados paliativos, pero no a la eutanasia porque es casi seguro que no la van a necesitar” O peor aún, si pensamos en una explicación más cercana a la verdad, que dijeran a quienes desean se permita la eutanasia: “Tienen estas opciones: el derecho a suspender tratamientos, a los cuidados paliativos, pero no a la eutanasia porque eso va en contra de mis valores”.<sup>127</sup>

---

<sup>127</sup> A. Álvarez, “Elementos para un debate bioético de la eutanasia”, *Eutanasia: Hacia una muerte digna*, p. 47.

Frente a este problema de paternalismo puede resultar ilustrador analizar cómo se asume en nuestro país el tema del valor de una vida humana, y cómo se justifica, a partir de creencias y valores personales, la imposición de medidas que afectan a toda la población. Para ello revisemos brevemente la *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*.<sup>128</sup> En su artículo primero se establecen los requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona que, con capacidad de ejercicio, manifieste la negativa de someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, teniendo como objeto proteger la *dignidad* de la persona, cuando por razones médicas es imposible mantener su vida de manera natural. Sin embargo, esta ley parece deficiente con respecto a las necesidades de la práctica médica actual cuando sólo un artículo adelante parece mantener vigente la creencia en el valor biológico de la vida como absoluto:

La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente ley, son relativas a la Voluntad Anticipada de las personas en materia de *Ortotanasia*, y no permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.<sup>129</sup>

Esto significa que la mencionada ley reconoce que el paciente puede decidir rechazar tratamientos que sean utilizados para prolongar su vida de forma artificial, y también resguarda su derecho a la *ortotanasia*, que en terminología médica se refiere únicamente al derecho a *cuidados paliativos*.<sup>130</sup> Pero, finalmente, al paciente se le niega la oportunidad de decidir acortar intencionalmente su vida con ayuda médica, aun cuando ésta, desde su punto de vista, se puede considerar una vida indigna.

En conclusión, no hemos encontrado algún argumento paternalista que justifique impedir deliberadamente a un paciente, bajo determinadas circunstancias médicas, elegir su propia muerte y solicitar ayuda para hacerlo de la manera más rápida y segura posible. Esto nos lleva a plantear la necesidad urgente de marcar límites a la interferencia de médicos e instituciones de salud, no sólo con respecto a la legalización de la eutanasia activa, sino también a la interferencia paternalista que implica, más allá de negarse a atender a pacientes por motivos de creencias o valores personales, obstaculizar de manera directa o indirecta sus elecciones. Observemos a qué nos referimos con esto.

---

<sup>128</sup> Publicada en la *Gaceta Oficial* el 7 de Enero de 2008.

<sup>129</sup> *Ibidem*.

<sup>130</sup> *Cuidado paliativo* se define como el cuidado activo y total de los pacientes para mejorar su calidad de vida cuando su enfermedad no tiene respuesta al tratamiento curativo. Véase en el Glosario de *Eutanasia: Hacia una muerte digna*.

## 2.1. Objeción de conciencia: la necesidad de marcar límites

Arnoldo Kraus en un artículo publicado en *La Jornada*, en octubre de 2010, advierte sobre una necesidad que hoy parece inminente. El problema sobre quién decide qué valores debe adoptar una sociedad, no se reduce a un problema de malas políticas de Estado, sino que tal parece que alguien más está decidiendo sobre la vida de las personas desde su propia trinchera. La necesidad inminente de la que nos habla Kraus es la de dividir a la población médica entre *objetores de conciencia* y *no objetores de conciencia*. Pero, ¿qué significa ser objetor de conciencia?

La objeción de conciencia puede interpretarse como desobediencia individual a la ley, abierta y pública, no violenta, que acepta las consecuencias derivadas de la misma, que se justifica en la propia conciencia, en la religión o en una ley que el objetante considera de mayor rango.<sup>131</sup> Como menciona Antonio Cruz, cuando una persona objeta en conciencia se trata de una acción que, de ser reconocida y protegida por las leyes, posee un estatus jurídico de “derecho”.<sup>132</sup> Esto significa que puede comprenderse como un mecanismo jurídico para liberar tensión social que surge de convicciones profundas como creencias religiosas o morales.

Como señala Kraus en su artículo, parece necesario hoy hacer la división entre objetores y no objetores en México, pues no hacerlo sólo ha provocado malos entendidos, agresiones y conductas inadecuadas de doctores contra enfermos. Por ello, urge la separación, aun cuando ésta implique enormes dificultades. Existe el precedente de que en algunos países ya existen iniciativas para que el personal médico y paramédico defina su postura ética y/o religiosa en temas como el aborto o la eutanasia activa. En México por supuesto, la Secretaría de Salud debe avanzar en el mismo sentido. Ejemplos de esta inminente urgencia son los casos que Kraus pone de manifiesto y que se han vuelto cotidianos al interior de la sociedad mexicana:

Cuando los médicos objetores de conciencia, avalados por gobiernos no laicos, actúan de acuerdo con sus principios es frecuente que se generen muchos problemas. Retirar, sin la autorización de las pacientes sus dispositivos intrauterinos, no compartir la información con la madre gestante acerca de alguna malformación del bebé o prolongar la vida innecesariamente de enfermos terminales son ejemplos que ilustran la cerrazón de quienes se definen como objetores de conciencia. Esas acciones vulneran la autonomía de los usuarios y transgrede la comunicación entre médicos y enfermos.<sup>133</sup>

---

<sup>131</sup> Martínez, Koldo, “Medicina y objeción de conciencia”, *Revisiones*, p. 216.

<sup>132</sup> J. A. Cruz Parceros, “Objeción de conciencia en los servicios de salud ¿un derecho?”, presentación del Diplomado de Bioética, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Colegio de Bioética, UNAM, 2011.

<sup>133</sup> A. Kraus, “Medicina: ética y objeción de conciencia”, *La Jornada*, México, 20 de octubre de 2010.

Como podemos observar, el caso de la eutanasia sólo es uno de tantos problemas relacionados con la objeción de conciencia de médicos y personal de salud en nuestro país. Tristemente, a la par o incluso gracias a la participación de autoridades políticas y eclesiásticas que consideran ser jueces indispensables en los temas de salud, las objeciones de conciencia se justifican e incluso se apoyan, sin poder poner freno a prácticas que van deliberadamente en contra del libre ejercicio de la autonomía de los pacientes.

Como ejemplo, Kraus también expone en su artículo:

Arropados por comentarios decimonónicos provenientes del Vaticano, o estimulados por gobiernos arcaicos como el de Guanajuato, donde se penaliza incluso el aborto en mujeres violadas, algunos médicos pretenden canonizar en lugar de tratar y acompañar. El reciente dislate de la Iglesia contra el otorgamiento del Nobel de Medicina a Robert Edwards, padre de la fecundación in vitro, es un ejemplo de esto. Dijo el Vaticano: «Sin Edwards no existirían congelados en todo el mundo embriones que en el mejor de los casos van a ser trasladados a úteros, pero lo más probable es que sean abandonados o mueran». Yo digo: «Sin Edwards, 4 millones de personas no hubiesen nacido».<sup>134</sup>

Por supuesto, y como ya se advirtió anteriormente, no se trata de negar el derecho de una persona, como lo es el médico, a no practicar determinados tratamientos que considera van en contra de sus propias convicciones. Sin embargo, la necesidad de ponderar también los derechos del paciente a la salud, a la información y a que sea respetada su capacidad para la autonomía, nos obliga a marcar límites a tal derecho. Parece que nadie tendría problemas en aceptar la objeción de conciencia si, como señala A. Cruz,<sup>135</sup> ésta se tratara de un derecho restringido; esto es, que los objetores tuvieran la obligación de declarar con anticipación su postura al paciente y lo atendieran adecuadamente hasta el momento de poder canalizarlo a un médico no objetor. O que, en casos de urgencia médica - si la vida de su paciente está en peligro inminente y es imposible canalizar a un médico no objetor-, el doctor no tenga permitido objetar en conciencia

Considero que los límites que se plantean como necesarios para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia son razonables, es decir, cualquier agente racional podría considerar que son medidas adecuadas en las que se respeta tanto la capacidad de autonomía del paciente como la del médico; con la salvedad de los casos de urgencia médica, que por ser casos límite, requieren que se priorice la vida del paciente. Esto último, al final del día, es uno de los principios fundamentales de la práctica médica.

---

<sup>134</sup> *Ibidem.*

<sup>135</sup> J. A. Cruz Parcerero, *op. cit.*

En el tema de la eutanasia parece difícil que se llegue a una situación de emergencia, puesto que implica una deliberación profunda -y posiblemente larga- por parte del paciente para tomar tal decisión. Por tanto, en este caso, la objeción de conciencia difícilmente podría llegar a ser un derecho médico transgredido. Sin embargo, consideramos necesario que, de aprobarse la legalización de la eutanasia, también se legisle en materia de objeción de conciencia. De lo contrario, pueden darse situaciones en que los doctores objetores a los que se les pida llevar a cabo la acción de terminar con la vida de un paciente que se los solicita -cuando hay razones clínicas para cumplir con la voluntad de tal paciente-, se nieguen al deber mínimo de canalizar a su paciente con un médico no objetor, bajo el argumento de que canalizarlo implica, de algún modo, su participación o complicidad en un caso que categóricamente se niegan a llevar a cabo. En este sentido, la legislación debe ser lo suficientemente clara para que no se abuse de un derecho legítimo a abstenerse de realizar determinados actos, y se lleve al terreno del paternalismo médico y estatal injustificado.

### 3. Nueva perspectiva sobre la autonomía y el bienestar en la práctica médica. Breves reflexiones sobre la situación en México

Como vimos en el apartado anterior, en nuestro país se han dado algunos avances legales a favor de que el valor de una vida no debe agotarse en la mera preservación o supervivencia biológica. Sin embargo, en México las relaciones médico-paciente distan mucho de poder cumplir las condiciones de la doctrina del consentimiento informado. Limitantes como la falta de recursos o las condiciones burocráticas producen, de inicio, que la relación médico-paciente sea comunicativamente defectuosa. Esto se agrava cuando la comunidad médica, el Estado, las instituciones religiosas y la sociedad civil se rehúsan a reflexionar con amplio criterio sobre la verdadera legitimidad de argumentos como el de la santidad de la vida en un país laico.

Ejemplo de esta falta de reflexión y debate son las reacciones por parte de representantes de la Iglesia católica cuando, en enero de 2008, y a propósito de la entonces nueva Ley de Voluntad Anticipada aprobada en el Distrito Federal para *morir dignamente*,<sup>136</sup> el anterior Nuncio Apostólico en México, Mons. Chistopher Pierre,

---

<sup>136</sup> La Ley de Salud del Distrito Federal publicada en la *Gaceta Oficial* del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009 ratifica en su capítulo II, artículo 11, los derechos y las obligaciones de los usuarios de los servicios de salud, incluyendo los siguientes: XX. Una atención terminal humanitaria, y en su caso,

declaró que la Iglesia Católica se opone a la eutanasia porque ésta atenta contra la inviolabilidad y la dignidad de la “persona humana”<sup>137</sup>. Y mencionó, "esperemos que la nueva ley a favor de „morir dignamente“, aprobada en el Distrito Federal, no sea el camino para llegar a la eutanasia o muerte asistida en este país".

Pierre también hizo patente para todo el pueblo mexicano que "por sobre todas las cosas la Iglesia Católica siempre está a favor de la vida, y contra todo aquel acto que lleve la intención de privarla, pues la Iglesia siempre ha dicho que no se puede interrumpir ningún proceso normal de vida, eso es matar, [...] porque la vida es sagrada desde el inicio hasta el final; así como tampoco acepta la utilización de medios extraordinarios para mantener con vida a las personas que también llegan a su final de manera normal". Además, explicó: " esta ley puede ser el camino para la eutanasia, ya que hay una tendencia en el mundo actual de interrumpir el sufrimiento natural de una persona enferma en su fase terminal y de provocarle la muerte". Sin embargo, subrayó que sus declaraciones eran exclusivamente de carácter doctrinal, y que no buscaba interferir en la vida pública de las instituciones nacionales, ya que su calidad de representante del Papa Benedicto XVI no se lo permitía.<sup>138</sup> Este tipo de declaraciones son comunes en nuestro país, y parece claro que sin un debate abierto y reflexivo de todas las partes será imposible que se pueda pensar no sólo en los posibles riesgos de legalizar la eutanasia, sino también en las ventajas que hacerlo representaría. Recordemos que si bien la eutanasia activa no deja de ser una opción extraordinaria en el campo de la medicina, en ocasiones es la única opción para muchos pacientes con sufrimiento intolerable.

También considero que para exigir que instituciones de salud y el Estado se apoyen en los comités de ética médica para deliberar sobre temas tan delicados, es importante que entre los mismos comités se traten de lograr ciertos consensos sobre qué o cómo entender los principios básicos que fundamentan a esta práctica. Por ello, el propósito de esta breve investigación ha sido el de mostrar algunos problemas que surgen al manejar principios como autonomía y bienestar desde perspectivas tan

---

en los términos dispuestos en la Ley General de Salud y la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, para recibir toda la ayuda disponible para morir lo más dignamente posible; XXI. No ser sometidos a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar innecesariamente su vida, protegiendo en todo momento su dignidad como persona, de conformidad a lo establecido en la Ley General de Salud y la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal. Consultado en [http://www.pgjdf.gob.mx/temas/8-7-2/fuentes/ley\\_de\\_salud\\_del\\_DF.pdf](http://www.pgjdf.gob.mx/temas/8-7-2/fuentes/ley_de_salud_del_DF.pdf)

<sup>137</sup> Suponemos que con “persona humana” el Nuncio quiere “posiblemente” tratar de establecer una distinción entre personas de la especie humana y una persona no humana como Dios o alguna divinidad.

<sup>138</sup> Consultado en <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=19652> México D.F., 10 Ene. 08.

variadas que, en ocasiones, resultan contradictorias. Al hacer depender a los principios básicos de la multiplicidad y complejidad de los casos, e incluso al tratar de otorgarles el mismo valor, se puede limitar y confundir en la *praxis* el o los criterios prioritarios para resolver un dilema específico.<sup>139</sup> Este problema nos remite a la pregunta central que ha guiado esta investigación, ¿se puede, y hasta qué punto, a partir de una perspectiva kantiana, defender la autonomía de los pacientes racionalmente competentes contra lo que terceros consideran su bienestar en las decisiones sobre tratamientos médicos?

Mi conclusión es que sí es posible proponer una alternativa de solución a los conflictos que suelen suscitarse cuando, en temas relacionados con la práctica médica, principios como la autonomía y el bienestar individual entran en conflicto. También considero que dicha perspectiva nos ha ayudado a delimitar hasta qué punto un paciente capaz puede solicitar un tratamiento o acción específica por parte de un médico y hasta qué punto el médico tiene el deber de cumplir tal petición. Con base en los argumentos que hemos proporcionado en el transcurso de esta investigación, parece que existen buenas razones para considerar que la teoría kantiana hace posible establecer a qué principio debemos otorgar mayor peso en el debate entre autonomía y bienestar.

Un ejemplo de lo anterior puede observarse en el caso siguiente. En la década de los setentas, un millón y medio de mujeres mexicanas fueron esterilizadas en sólo seis años (entre 1978 y 1984). Las operaciones fueron ejecutadas por organismos nacionales del sector salud y por instituciones internacionales como la Fundación Ford.<sup>140</sup> De este total de mujeres, el 60% eran indígenas. Más tarde, en 1983, un gran número de mujeres chiapanecas fueron esterilizadas también sin su consentimiento. Estas mujeres fueron utilizadas como meros medios para fines que, aunque pueden ser variados, nunca deberán estar éticamente por encima del respeto que se debe a su humanidad y a su capacidad para regirse por su propia razón.

Sin embargo, podemos hacer especulaciones. Podemos suponer que uno de los argumentos para llevar a cabo esta esterilización masiva y forzada era disminuir la tasa de natalidad en estas comunidades que habitan bajo extrema pobreza, y con ello reducir los gastos que esto le produce al Estado. Otro argumento es suponer que algunos

---

<sup>139</sup> Sobre este tema referirse a los capítulos I y II de la presente investigación.

<sup>140</sup> “El mundo de unos cuantos III: el control poblacional”, *El observador de la actualidad*, autores varios, consultado en <http://www.elobservadorenlinea.com/content/view/3463/1/> 15 Ene. 2012 y <http://free-news.org/htm/index.htm>.

doctores pueden creer que realizan un bien a estas mujeres evitándoles la pena de tener más hijos y no poder “mantenerlos adecuadamente”. En todo caso, esto nos introduce a otros temas sobre justicia distributiva que no pertenecen a esta investigación, aunque de algún modo los implique. Lo que parece quedar claro es que la concepción de lo que es bueno para estas mujeres será incomprensible para un médico que evita la comunicación directa con su paciente y la reemplaza por su propia concepción del bien.

Otro ejemplo ilustrador para profundizar en el tema de la esterilización forzada es la investigación genética y de medicina reproductiva, que están desarrollando vacunas anticonceptivas bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. Al parecer, se están probando dos métodos: uno tiene por objetivo dejar estéril a la mujer durante un tiempo determinado mediante la inyección intramuscular de *espermia*; el otro persigue causar una reacción inmunológica contra la implantación del embrión. Estas vacunas anti-embarazo pueden ser combinadas, sin dificultades y de manera disimulada, con otras vacunas como la del tétanos. Es posible suponer que en un futuro se podrían empezar a esterilizar a millones de mujeres sin su conocimiento. Y esta idea se refuerza por algunas declaraciones concretas realizadas por expertos competentes como David Griffin, colaborador de la OMS, que manifestó desde 1987: «Los embarazos reiterados son como epidemias. Y, para evitar epidemias, la vacuna anticonceptiva se presenta como un arma muy atractiva que tiene que ser integrada en el arsenal actual de armas».<sup>141</sup>

Más aún, mientras se trabaja en estas vacunas, ya se conocen casos en los que se introdujeron productos anticonceptivos y esterilizantes en las vacunas convencionales. Un ejemplo de ello es la campaña de vacunación contra el tétanos en Filipinas. A pesar de que el tétanos afecta a dos tercios de los hombres y sólo a un tercio de las mujeres, la campaña fue dirigida sólo a las mujeres, más concretamente a las mujeres en edad de procrear. El protocolo tampoco se justificaba ya que se proponía una serie de 5 inyecciones a lo largo de 3 años y en la vacunación del tétanos no se emplean tantas. Las vacunas fueron sustraídas por un grupo de religiosas, que las mandaron a analizar y los resultados de un laboratorio independiente mostraron que contenían BetaHCG, que funciona como anticonceptivo y, a la larga, esteriliza. Estos resultados fueron confirmados por otros análisis en varios centros médicos. Las mujeres que habían recibido estas vacunas presentaron niveles altos de anticuerpos antiHCG (gonadotrofina

---

<sup>141</sup> *Ibidem.*

coriónica), que hacen imposible el embarazo. Las mujeres que estaban embarazadas abortaron en el transcurso de la primera semana de aplicación, independientemente del número de meses de embarazo.<sup>142</sup>

Sea cual sea el caso, a estas mujeres, de Chiapas o de Filipinas, se les utilizó como meros medios para un arbitrio ajeno y, mientras no se cuente con su consentimiento libre (no fabricado como señala Dieterlen), las posibilidades de alcanzar la doctrina del consentimiento informado en nuestro país y en otros tantos se ven cada día más lejanas. Considero que este tipo de trasgresiones a la autonomía de las personas exigen soluciones urgentes, además distan mucho de ser las únicas. La necesidad de que los pacientes reciban información suficiente sobre las acciones que se pretenden realizar en sus personas sólo es el inicio de una serie de avances necesarios para la defensa de una doctrina del consentimiento informado. Doctrina que, desde sus fundamentos, debe poder dar cuenta de la prioridad de determinados principios frente a otros para evitar que éstos lleguen a resultar contradictorios o se encuentren enfrentados.

Sin embargo, estamos conscientes de que la teoría desarrollada en esta investigación, independiente de la discusión teórica que requiere, no resultará fructífera sin el avance en el terreno legal. Aunque, por ahora, sólo intenta ser un acercamiento al conflicto actual que suele suscitarse entre los principios éticos fundamentales de la práctica médica y la necesidad de profundizar en la reflexión de esto para encontrar vías de solución.

---

<sup>142</sup> *Ibidem.*

## CONCLUSIONES

Como observamos anteriormente, en el contexto médico se considera a una persona competente e incluso autónoma si es capaz de entender y deliberar sobre los riesgos y beneficios de que se le aplique un tratamiento médico específico, y si además es capaz de tomar una decisión a partir de esta deliberación. Desafortunadamente suelen darse casos en los que la capacidad de deliberación de un paciente competente no se considera criterio suficiente por parte de terceros para respetar su libre elección. Existen distintos factores que intervienen para que esto ocurra: distintos principios éticos en conflicto o simplemente intereses económicos, culturales o religiosos que se conjuntan para que tal conflicto se lleve a cabo. En esta investigación nos hemos centrado en aquellos factores que enfrentan la autonomía del paciente con lo que otros, sea basados en sus propias creencias, valores o en razones médicas, consideran su bienestar.

Frente al conflicto entre autonomía y bienestar se pueden rastrear varias posturas actuales sobre cómo entenderlo y solucionarlo. Las tres posturas, más utilizadas son las siguientes: 1) la que asume la autonomía de los agentes como la capacidad de jerarquizar deseos y preferencias, 2) la que radicaliza el concepto de bienestar, y rechaza por ende el concepto de autonomía; esto es, el paternalismo en su acepción más peyorativa, 3) aquella que trata de mediar entre ambos principios; o que intentan subsumir uno al otro. Estas posturas han sido analizadas en los dos primeros capítulos de esta investigación.

La primera de estas posturas se ha subdividido: i) de inicio se caracteriza por una definición general de la autonomía jerárquica basada en la teoría de Gerald Dworkin, la cual nos ayudó a comprender la importancia de la capacidad de jerarquización de preferencias de primer y segundo orden para dar cuenta del actuar autónomo del agente. Esta primera definición también nos brindó los elementos necesarios para centrarnos en ii) la propuesta de Ronald Dworkin, la cual comparte elementos con la anterior, pero que está más centrada en el campo de la ética médica y la capacidad de jerarquización entre lo que él denomina intereses críticos e intereses de experiencia. En esta última propuesta, se incluye la postura que defiende un derecho del paciente capaz a realizar “malas inversiones” con base en su autonomía.

En la segunda postura, aquella en la que se prioriza el valor del bienestar y se considera válido obstaculizar la capacidad de autodeterminación de un agente en pos de éste, hemos analizado el argumento de la *santidad de la vida* que defiende el valor intrínseco de la vida biológica, justificado a partir de un mandato divino. Este argumento básicamente se utiliza en contra de la defensa de la eutanasia activa, aunque puede extenderse a cualquier tema en el que algunos consideren que el paciente está atentando contra la sacralidad de su cuerpo o en los que pone en peligro la preservación de su vida.

En la tercera postura sobre la autonomía propuesta por Brock y Buchanan, se enfatiza sobre dos dimensiones de la misma: su parte *instrumental* en la que coincide significativamente con el valor instrumental en la jerarquización de preferencias, y la parte que la concibe como un *ideal objetivo* que implica el desarrollo de facultades que permiten la *autoevaluación reflexiva* del agente. Los defensores de esta postura consideran que al encontrarse las capacidades disminuidas del agente, como puede ser el probable caso de los pacientes, la autonomía se convierte, al igual que el bienestar, en tan sólo uno más de los valores subyacentes a la capacidad. Pues sólo en relación con la capacidad de elección del individuo, se puede determinar si es probable ver el *ideal del agente que se autodetermina* como algo efectivamente realizable.

Dadas las limitantes que encontramos en las posturas anteriores, hemos tratado de ofrecer, a partir de conceptos kantianos, argumentos para priorizar un principio sobre otro. Específicamente hemos tratado de justificar, mediante el valor incondicionado de la humanidad y la dignidad de la persona, que la autonomía del paciente debe ser respetada por encima de cualquier concepción del bienestar de terceros, o de cualquier postura paternalista que intente justificarse apelando a este último principio. Para hacerlo hemos tomado como caso de estudio el tema de la eutanasia activa y consideramos que se ha logrado mostrar que su práctica no es inmoral. Incluso creemos haber logrado mostrar que obstaculizar la libre elección de un paciente racionalmente competente sí implica una falta a la moral en tanto que se transgrede la humanidad del mismo y se le rebaja a un mero medio para los fines de otros. En este sentido, a la pregunta central, ¿se puede, y hasta qué punto, a partir de una perspectiva kantiana, defender la autonomía de los pacientes racionalmente competentes contra lo que terceros consideran su bienestar en las decisiones sobre tratamientos médicos?, hemos respondido afirmativamente.

Recordemos que para Kant el bienestar o la felicidad es un ideal de la imaginación que nos procuramos por necesidad natural, pero es tan cambiante que nos es imposible alcanzar una idea completa de lo que implicaría la satisfacción de nuestros deseos. Hablar de felicidad —entendida como el bienestar en nuestro estado— es complejo en tanto que pensar qué acciones nos conducirán inequívocamente a lograrla es una tarea inalcanzable. En consecuencia, el principio de la felicidad o el bienestar no puede ser el criterio para justificar determinadas acciones, ya que si decimos que deben llevarse a cabo en aras del bienestar de una persona, ella posiblemente, ni siquiera compartirá nuestra “propia concepción del bien”. Al imponer a otros nuestra propia concepción del bien, tampoco podemos confiar en que nosotros mismos mantendremos esa concepción a lo largo del tiempo.

Por ello, es necesario defender otro principio que nos permite dar cuenta de determinadas acciones realizadas por respeto a algo que no fluctúa en el tiempo y que no cambia mientras se dirige a personas racionalmente competentes, esto es, el respeto a la humanidad y, a partir de ello, a la capacidad del agente de ser autónomo. En este sentido, como Schneewind señala con respecto a la autonomía en la teoría kantiana:

Mediante ella [la autonomía], cada persona tiene un alcance que permite a la “razón humana común” saber lo que concuerda con el deber y lo que no concuerda con él. La razón factual nos da a conocer nuestras capacidades morales, nuestra conciencia de una obligación categórica que podemos respetar ante los tirones que nos da el deseo. Como dichas capacidades están ancladas en nuestra libertad trascendental, no podemos perderlas, por muy corruptos que nos volviéramos.<sup>143</sup>

Como se menciona en la cita, la razón práctica nos da a conocer nuestras capacidades morales, esto es, nos permite saber lo que concuerda con el deber y lo que no lo hace. La máxima formulada en el apartado 1 del capítulo IV —en la que un paciente capaz solicita ayuda médica para morir bajo circunstancias de sufrimiento físico y mental intolerable— de no oponerse a la ley moral, de ser llevada a la acción y concretada por aquel a quien se hace la petición, nos posibilita mantener la dignidad del agente que la solicita y, con ello, no utilizarlo como mero medio para los fines de otros.

Un agente racional posee dignidad en tanto que, como también mencionamos anteriormente, su naturaleza racional lo hace un fin en sí mismo, con un valor incondicionado y, por ello, es objeto de respeto por encima de cualquier fin condicionado que nos propongamos. Esto significa que, desde nuestra perspectiva, la capacidad del agente de regirse por su propia razón merece un respeto incondicionado por encima de cualquier postura paternalista por parte de terceros, que justifican

---

<sup>143</sup> J.B. Schneewind, *op. cit.*, p. 607.

obstaculizar esta capacidad del agente bajo el supuesto de que ellos poseen una concepción correcta de lo que implica el bienestar de éste.

La teoría kantiana también nos ofrece la posibilidad de establecer hasta dónde tiene obligación el médico de acceder a la petición de un paciente bajo las circunstancias analizadas. Por ejemplo, como revisamos en 1.1 del capítulo IV, el deber del médico es un deber amplio e imperfecto, es decir, depende de su criterio, valores y circunstancias específicas en que se lleve a cabo la petición si accederá a cumplirla o no. De considerar que no debe hacerlo, su acción no puede ser calificada de inmoral en tanto que, si bien decide no acceder al pedido, tampoco lo obstaculiza. Pero si decide no acceder al pedido y además obstaculizarlo por motivos o creencias personales, entonces su acción sí es inmoral en tanto que transgrede la humanidad del paciente que solicitó su ayuda.

Al marcar los límites a la exigencia del paciente para que el médico ceda ante su petición, hemos tratado de respetar no sólo la capacidad de autolegislación del paciente, sino también la del médico. Esto nos lleva a suponer que, desde la teoría kantiana, la humanidad de todas las partes puede y debe ser respetada y, al tiempo, nos posibilita ofrecer una alternativa de solución a dilemas médicos que exigen avances inmediatos. Estas conclusiones también nos llevan a suponer que en casos análogos al expuesto, la teoría kantiana puede resultar fructífera. Es decir, en aquellos dilemas médicos en los que suele oponerse, entre otros aspectos, los principios de autonomía y bienestar, aplicar esta teoría puede ofrecer una alternativa interesante de solución.

Todos nos preocupamos por cómo llevar a cabo nuestra vida y por ello también nos preocupamos sobre aquellas cosas que, sin quererlas, llegan a provocar cambios drásticos en la misma. Este es el caso de las enfermedades o los padecimientos que nos limitan, obstaculizan nuestros fines o nos producen un sufrimiento físico y mental intolerable. Paralelo a esto está la preocupación sobre nuestra muerte pues, como menciona R. Dworkin, nadie es indiferente a la misma. Por ello, el objetivo de este trabajo es ofrecer, desde una perspectiva filosófica, un panorama que nos ayude a reflexionar sobre estos temas que no nos son indiferentes. Si parte de este análisis es útil para reflexionar y promover el debate abierto sobre éstos, consideramos la tarea de esta investigación cumplida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*, FCE, México, 2005.
- Beauchamp, Tom L., y Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University, New York, 2009.
- Buchanan, Allen y Brock, Dan W., *Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogada*, trad. Laura E. Manríquez, Laura Lecuona, Claudia Chávez, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM-FCE, México, 2009.
- Camps, Victoria, *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*, Crítica, Barcelona, 2001.
- Charlesworth, Max, *La bioética en una sociedad liberal*, trad. Mercedes González, Cambridge University Press, Cambridge, 1996.
- *Código Internacional de Ética Médica* adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre, 1983 y la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre, 2006
- Cruz Parceró, Juan Antonio, “Objeción de conciencia en los servicios de salud ¿un derecho?”, presentación del *Diplomado de Bioética*, organizado por el Instituto de Fisiología Celular, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Colegio de Bioética, UNAM, México, 2011.
- Dieterlen, Paulette, “Paternalismo y estado de bienestar”, *Doxa*, no. 5, 1988, pp. 175-194.
- Dworkin, Gerald, Frey, R.G. y Bok, Sissela, *Euthanasia and Physician-assisted Suicide*, Cambridge University, Cambridge, 1998.
- Dworkin, Gerald, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University, Cambridge, 1988.
- Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, Ariel, Barcelona, 1998.
- “El mundo de unos cuantos III: el control poblacional”, *El observador de la actualidad*, autores varios, no. 862, 15 de enero de 2012. Consultado en [www.elobservadorenlinea.com](http://www.elobservadorenlinea.com)
- *Eutanasia: hacia una muerte digna*, Colegio de Bioética, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, México, 2008.
- Garzón Valdés, Ernesto, “Es éticamente justificable el paternalismo jurídico”, *Doxa*, no. 5, Alicante, 1988, pp. 155-173.
- Hermida, Xosé, “La eutanasia clandestina. La segunda muerte de Ramón Sampederro”, *El País*, Santiago de Compostela, 16 de enero de 2005.
- Kant, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, trad. Manuel Mardomingo, Ariel, Barcelona, 1996.
- \_\_\_\_\_ *Crítica de la razón práctica*. Roberto Rodríguez Aramayo (ed.), Alianza, Madrid, 2000.
- \_\_\_\_\_ *La metafísica de las costumbres*, trad. Adela Cortina Orts y Jesús Conill Sancho, Editorial Tecnos, Madrid, 2008.
- \_\_\_\_\_ *La religión dentro de los límites de la mera razón*, trad. Felipe Martínez Marzoa, Alianza, Madrid, 2001.
- \_\_\_\_\_ *Lecciones de ética*, trad. Roberto Rodríguez Aramayo y Concha Roldán Panadero, Crítica, Barcelona, 2008.

- \_\_\_\_\_ *Sobre la paz perpetua*, trad. Joaquín Abellán, Alianza, Madrid, 2009.
- \_\_\_\_\_ *Filosofía de la historia*, trad. E. Cassirer, Caronte Filosofía, La Plata, 2004.
- Kraus, Arnoldo, “Medicina: ética y objeción de conciencia”, *La Jornada*, México, 20 de octubre de 2010.
- Korsgaard, Christine, “La autoridad de la reflexión” en O. O’Neill (comp.), *Las fuentes de la normatividad*, trad. Laura Lecuona y Laura E. Manríquez, revisión técnica de Faviola Rivera, UNAM, México, 2000.
- \_\_\_\_\_ *Creating the Kingdom of Ends*, trad. Laura Manríquez, Cambridge University Press, Cambridge, 1996.
- *Ley de Salud del Distrito federal* publicada en la *Gaceta Oficial* del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009.
- Martínez, Koldo. “Medicina y objeción de conciencia”, *Revisiones*, vol. 30, no. 2, España, 2007, pp. 215-223.
- Nozick, Robert, *Anarchy, State and Utopia*, Blackwell, Oxford UK y Cambridge USA, 1974.
- Nussbaum, Martha C. y Sen, Amartya (comp.), *La calidad de vida*, trad. Roberto Ramón Reyes Mazzoni, FCE, México, 1996.
- O’Neill, Onora, *Constructions of reason. Explorations of Kant’s practical philosophy*, Cambridge University Press, Cambridge, 1989.
- Pérez Cicili, A. “La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud”, *Revista Medicina General Integral*, vol. 19, no. 6, Cuba, 2003, p. 3.
- Pérez Tamayo, Ruy, Lisker, Rubén y Tapia, Ricardo (coord.), *La construcción de la bioética*, FCE, México, 2007.
- Platts, Mark, *Sobre usos y abusos de la moral: ética, sida, sociedad*, UNAM-Instituto de Investigaciones Filosóficas-Paidós, México, 1999.
- Rachels, James, *Introducción a la filosofía moral*, trad. Gustavo Ortiz Millán, FCE, México, 2008.
- Rawls, John, *Lecciones sobre la historia de la filosofía moral* en B. Herman (comp.), trad. Andrés de Francisco, Editorial Paidós, Barcelona, 2001.
- Rivera, Faviola, “Kantian Ethical Duties”, *The Kantian Review*, vol. 11, 2006, pp. 79-101.
- \_\_\_\_\_, *Virtud y justicia en Kant*, Fontamara, México, 2003.
- Rodríguez-Arias, David, *Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2005.
- *Sagrada Biblia*.
- Schneewind, J.B., *La invención de la autonomía. Una historia de la filosofía moral moderna*, trad. Jesús H. Ruíz Rivas, FCE, México, 2009.
- Taylor, James Stacey (edit.), *Personal Autonomy: New essays on Personal Autonomy and its role in Contemporary Moral Philosophy*, Cambridge University, New York, 2004.
- Tulloch, Gail, *Euthanasia, Choice and Death*, Edinburgh University, Edinburgh, 2005.