
SOBRE EL BUEN MORIR

Juan Álvarez-Cienfuegos Fidalgo
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

El desarrollo de las nuevas tecnologías, desde el momento en que conllevan la manipulación del entorno y del ser humano, plantea problemas éticos, morales y políticos de muy distinta índole. En este sentido, si hay un campo en la actualidad que reclame con más énfasis la atención de profesionales de la más diversa procedencia, de los medios de comunicación y de los ciudadanos en general es el de las nuevas tecnologías biomédicas. Bien es cierto que en muchas ocasiones los dilemas que se presentan en este ámbito ante la razón práctica no son novedosos en sí mismos, pues la reflexión ética sobre el aborto, pongamos por caso, no es nueva. En el caso que nos ocupa, el buen morir adquiere una particular importancia, especialmente porque ya no morimos como antes: en la casa, rodeados de los allegados y de forma, por decirlo de algún modo, natural. Frente a esa forma de integrar la muerte en sociedades alejadas en el tiempo o el espacio, hay un cambio, una nueva manera de enfrentar dicha dimensión.¹

Cambio en el que vienen a confluír aspectos de diferente orden, como puedan ser la concepción del Estado, el tipo de ciudadano de ese Estado, la emergencia de la ética aplicada, las relaciones médico-paciente, la consideración del suicidio, la misma definición de muerte o la decisión de retirar unos auxilios médicos a un paciente en una situación terminal. A estas cuestiones están dedicadas las páginas que siguen, teniendo presente que el tratamiento de las mismas será desigual, mínimo, acerca de la consideración del Estado, más pormenorizado el problema de la autonomía personal sobre la decisión voluntaria —o no, si el enfermo no tiene la capacidad para ello— acerca del momento en que una persona cree que ya no es valiosa su vida.

En relación con las transformaciones relativas al ámbito de la biomedicina experimentadas en nuestro mundo con respecto a otras épocas, no tan lejanas en el tiempo, es preciso señalar, en primer lugar, el proceso que ha tenido lugar en las relaciones médico-paciente. Partiendo de la idea de que el enfermo, aunque lo esté, no por ello pierde o queda disminuida su capacidad de decisión y su raciocinio, hoy día se va abandonando la tradición del paternalismo médico. En épocas no tan pretéritas se consideraba que el enfermo, dada su situación de *infirmas*, es decir, de falta de consistencia o firmeza, no estaba en condiciones de tomar ninguna determinación racional sobre cuáles podían ser las opciones por las que podría inclinarse. En suma, su debilidad biológica entrañaba también una debilidad moral o de juicio; por tanto, era el médico, el experto, quien tenía que decidir sobre lo que le convenía, incluso siendo el propio enfermo ignorante de cuál era su verdadero estado.²

No cabe duda acerca de la capacidad técnica del médico, aunque por ello mismo también es preciso admitir el caso de errores en el diagnóstico o en el tratamiento. Ahora bien, la vida, la salud y la muerte son cuestiones tan importantes para cada uno de nosotros que no estaríamos dispuestos a colocarlas bajo su único criterio. Queremos, sí, que el médico nos informe sobre nuestro estado de salud, sobre los tratamientos para las dolencias que padezcamos, sobre las secuelas que tienen y los beneficios que nos puedan reportar. Pero, también queremos que, una vez conocido el diagnóstico y sus posibles remedios, seamos nosotros quienes decidamos qué hacer. Cuando no estamos en condiciones de decidir por nosotros mismos o es un asunto de incumbencia que va más allá de lo estrictamente personal, puesto que afecta a instituciones o a determinados sectores sociales, entonces, se escucha cada vez más la voz de los comités de bioética integrados no sólo por profesionales sanitarios, también por asistentes sociales, psicólogos, expertos en bioética e incluso religiosos. Como afirma Victoria Camps: “la división del conocimiento se erige en el valor máspreciado. Un mundo de expertos es un mundo de personas que saben mucho de muy poco, que, en ningún caso, sienten la necesidad de enfrentarse a la totalidad del mundo o de lo humano, entre otras cosas, porque la misma especialización los hace humildes: saben que no son capaces de ir más allá de su saber específico [...] Si ha tenido que nacer esa disciplina llama-

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

da bioética es porque se echa de menos precisamente la incapacidad para pensar con una cierta distancia sobre los fines y el sentido de lo que se hace”.³

Este cambio de orientación en las relaciones médico-paciente hay que verlo dentro de un contexto de carácter más general, el que se le atribuye al Estado en nuestra sociedad. Frente a otro tipo de sociedad, la nuestra es una sociedad liberal —no entro en las variedades que puede adoptar esa sociedad, desde el liberalismo extremo a una sociedad basada en la idea del Estado del Bienestar. Eso significa que el Estado no debe legislar sobre la moralidad, que separa clara y nítidamente las cuestiones relativas a la ley de las cuestiones relativas al bien, que no considera que lo que es pecado es delito, que, en definitiva, legisla sobre los derechos y deberes de la ciudadanía, pero no le indica cómo debe vivir, cuál es la “vida buena”. En suma, que pueden darse ciertos tipos de conductas que a juicio de algunos ciudadanos sean inmorales, pecaminosas o éticamente indeseables, pero el Estado solamente debe prohibirlas si entrañan un daño hecho a los otros.⁴

De otro lado, la característica primaria de la ciudadanía en un Estado liberal es la de la autonomía. Y la esencia de esta autonomía significa libertad para elegir, siendo más valiosa a ojos del liberal la decisión objetivamente equivocada, pero libre, que la acertada, pero llevada a cabo bajo coacción; en un Estado tal, la vida de cada uno es de quien la vive, no queda subrogada ante ninguna instancia ajena a su voluntad, sea esa instancia Dios o la sociedad —se volverá a esta cuestión, de quién es la vida, más adelante, al mencionar los distintos juicios sobre el suicidio. Bien es cierto, de todas formas, que esta autonomía queda recortada en el Estado liberal por lo que se denomina “paternalismo jurídico”, es decir, un tipo de intervención coactiva sobre la conducta de los ciudadanos para que no se dañen a sí mismos; ejemplos de paternalismo serían la prohibición de las drogas, el uso obligatorio del cinturón de seguridad o determinadas medidas sobre la incapacidad jurídica de los débiles mentales.⁵

Las consideraciones precedentes vienen a cuento porque inciden en lo que se da en llamar eutanasia⁶ o, si se quiere, derecho a morir dignamente. Aquí, nos encontramos con aspectos técnicos, las diversas tecnologías médicas que consiguen prolongar la vida en circunstancias antes no previstas, con aspectos científicos de mayor alcance teórico, por ejemplo cuándo se puede hablar de que el ser humano allí postrado dejó de vivir, lo que nos lleva a las difusas

fronteras entre la vida y la muerte, o, más difícil aún, cuándo deja de ser satisfactoria y plena la vida, con aspectos jurídicos, si se penaliza, despenaliza o legaliza la eutanasia y, obviamente, con aspectos morales, sobre su legitimidad o no.

Son frecuentes en la actualidad los casos de pacientes tetraplégicos que piden insistente y desesperadamente que se ponga fin a su vida, puesto que ellos se ven imposibilitados a hacerlo, pacientes que experimentan dolores insoportables que claman por una dosis letal, pacientes en estado de coma profundo o pacientes que perdieron completamente sus facultades mentales. Las resoluciones de estos casos son variadas, pero, todavía no hay una legislación más o menos común a diferentes estados; predomina una doble moral, se penaliza la ayuda a morir, pero si se lleva a cabo la misma, apenas hay responsabilidades penales para quien lo hace.⁷

El suicidio y las diversas formas de eutanasia tienen que ver con eso tan misterioso e inquietante como es la muerte. El ser humano es el único, parece, que tiene conciencia de su finitud, de su mortalidad. Esa conciencia nos acerca a una cuestión insondable; se puede creer en el más allá o no, puede uno vivir sin tener presente la fragilidad de su existencia, en fin, es posible, o no, prepararse para un buen morir, como se recomendaba en otros tiempos, pero es muy difícil que una persona se sustraiga al estremecimiento de todo su ser cuando vive la muerte de un ser cercano, cuando, al contemplar el rostro del cadáver del ser querido, ve que no asoma la luz a sus ojos; todavía está presente una huella de su personalidad, por eso el respeto que se tiene por el cadáver; lo reconocemos, pero ya no está ahí, no nos responde. No es éste el lugar para adentrarse por esta arcana cuestión; baste lo dicho.

En cierto modo, la eutanasia, al menos cuando el paciente la solicita voluntaria y conscientemente, es un suicidio; habría que recordar, entonces, las palabras de Albert Camus: “no hay sino un problema filosófico realmente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no la pena de ser vivida equivale a responder a la cuestión fundamental de la filosofía. El resto, si el mundo tiene tres dimensiones, si las categorías del espíritu son nueve o doce, viene después. Se trata de juegos; primero hay que responder. [...] veo que mucha gente muere porque considera que la vida no merece la pena de ser vivida. Veo a otros que se dejan matar, paradójicamente, por las ideas o ilusiones que les dan una

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

razón de vivir (lo que llamamos una razón de vivir es al mismo tiempo una excelente razón de morir)".⁸

Quienes reprueban la acción suicida lo hacen desde el fundamento de que la vida humana es indisponible por el que la vive, indisponibilidad que puede basarse en la teología, en la moral o en el derecho. En el primer caso se considera que la vida es indisponible porque pertenece a Dios, tal como lo sostiene la Iglesia Católica. David Hume mostró la inconsistencia lógica de esta condena: "si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al Todopoderoso, y fuese un infringimiento del derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla".⁹ Además, en nuestra sociedad no se legisla en función de una religión, el Estado, quedaba apuntado, no decreta y legisla siguiendo la consideración de lo que es una vida buena, sino de la justicia.

Kant es el filósofo que con mayor vehemencia condenó el suicidio desde el punto de vista de la moral; lo considera un acto inmoral porque uno dispone de sí mismo como medio, no como fin; es un acto que va contra el imperativo categórico.¹⁰ De todas formas, el que haga estas afirmaciones no quiere decir que las pruebe, de hecho: "en este punto ha sido siempre considerado extremadamente confuso. Si además tenemos en cuenta que esas afirmaciones sobre el suicidio se hacen en la *Metafísica de las costumbres* en una parte en la cual, y sin probado tampoco con demasiada claridad, se consideran igualmente contrarios al imperativo categórico la contemplación de representaciones de desnudos, el uso del aguardiente con fines recreativos o el sexo extramatrimonial, entonces podemos afirmar que el principio de la indisponibilidad moral de la propia vida puede tener a su favor la autoridad de Kant, pero que no tiene desde luego la de los razonamientos kantianos. Eso explica por qué, y aunque frecuentemente citada, la fundamentación kantiana de la prohibición moral absoluta del suicidio nunca haya acabado de convencer del todo a casi nadie".¹¹ Quienes no ven objeciones morales al suicidio parten del supuesto de que la vida humana puede ser valorada y enjuiciada por los propios hombres que la viven. Parece en exceso riguroso, entonces, que se le niegue al ser humano la posibilidad de juzgar si vale la pena o no seguir viviendo. Teniendo en cuenta,

además, que quienes condenan el suicidio encuentran que en determinados casos es correcto moralmente el acortamiento de la vida.

Desde el punto de vista del jurista también se ofrecen argumentos de condena al suicidio, desde el momento en que el derecho fundamental a la vida viene explícitamente proclamado en las Constituciones actuales se concluye, entonces, el deber de mantener la vida, es decir, el derecho a vivir tendría como correlato el deber de vivir. Las réplicas a esta forma de concebir el derecho-deber a la vida vienen dadas, en primer lugar, por la consideración de lo que se entiende por vida digna, lo que quiere decir que una vida que no sea tenida por digna por quien la vive es la cuestión primordial en este sentido; por otra parte, el derecho a la vida podría entenderse a medio camino entre un derecho de libre disposición, la vida sería vista como un bien más del sujeto del que éste podría disponer como mejor le pareciera, y ese derecho-deber mencionado, tal como lo son, por ejemplo, el derecho al voto o el derecho a profesar una religión. Asimismo, el derecho a la vida puede ser contemplado desde dos vertientes, una garantista, la otra discrecional, lo que quiere decir que se caracteriza por ser un derecho autodisponible en ciertas circunstancias. En resumidas cuentas: “es posible admitir que el Estado tenga un interés, y hasta una obligación, respecto de la protección de la vida de los ciudadanos; pero cabe también defender que la vida humana es una realidad empírica en la que cabe hacer distinciones y que tales distinciones pueden y deben llevarse a cabo”.¹²

Por mi parte, no me encuentro en la disposición de poder emitir un juicio, del tipo que sea, sobre el suicidio. Solamente estoy en condiciones de imaginarme el profundo desconsuelo y dolor de quien se ve abocado a llevar a término tan dura decisión. Entre paréntesis, lector, si te preguntaran, así, a bocajarro, por qué vives, es decir, qué razones tienes para vivir, es posible que sintieras, al menos así me ocurriría a mí, cierto azoramiento para buscar una respuesta que no fuera la falsa tautología de responder: “porque vivo”. Uno se vería en la necesidad de reflexionar sobre ello, pues, rara vez, excepto en ocasiones límite, por ejemplo al sufrir un accidente, se plantea esa cuestión.

En opinión de Dworkin, son dos los tipos de intereses que nos permiten, aunque sea instintivamente, dirigir y enjuiciar nuestra propia vida, los intereses de experiencias y los intereses críticos. Por los primeros hacemos cosas “porque gozamos con la experiencia de hacerlas: quizás jugar al *bowling*, coci-

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

nar o comer bien, ver partidos de fútbol, o volver a ver *Casablanca* por duodécima vez, caminar por los bosques en octubre, escuchar las *Bodas de Figaro*, o navegar velozmente al viento o, simplemente, trabajar duramente en algo [...] Pero la mayoría de las personas piensa que también tenemos intereses *críticos*, esto es, intereses cuya satisfacción hace que las vidas sean genuinamente mejores, intereses cuyo no reconocimiento sería erróneo y las empeoraría. Las convicciones acerca de qué ayuda globalmente a conducir una vida buena, se refieren a estos intereses más importantes. Representan juicios críticos y no, simplemente, preferencias acerca de experiencias”.¹³

Esta distinción nos permite entender, puesto que no sólo por intereses de experiencia está regida nuestra vida, esa terrible reflexión que nos puede asaltar en el momento de hacer el balance de nuestra existencia: ¿qué hice con mi vida? Entonces la estamos enjuiciando desde nuestros intereses críticos; aquello por lo que nos afanamos en vivir se nos puede mostrar erróneo, absurdo, inútil. Es la dolorosa conciencia de que hemos vivido una vida equivocada. Es la angustia que atenaza a Ivan Ilich en su agonía: “Y así fue, en realidad. Iba subiendo en la opinión de los demás, mientras que la vida se me escapaba bajo los pies... Y ahora todo ha terminado, ¡a morir! [...] No puede ser que la vida sea absurda y mezquina. Porque si efectivamente es tan absurda y mezquina, ¿por qué habré de morir, y morir con tanto sufrimiento? Hay algo que no está bien. Quizá haya vivido como no debía —se le ocurrió de pronto— ¿Pero cómo es posible, cuando lo hacía todo como era menester?”, se contestó a sí mismo, y al momento apartó de sí, como algo totalmente imposible, esta única explicación de todos los enigmas de la vida y la muerte [...] Y cuando surgió en su mente, como a menudo acontecía, la noción de que todo eso le pasaba por no haber vivido como debiera, recordaba la rectitud de su vida y rechazaba esa peregrina idea”.¹⁴ Dejemos de momento ahí la cuestión.

Las anteriores observaciones son pertinentes en la medida en que se nos plantea el problema de la eutanasia; al cabo, la muerte es la bajada del telón de esa obra que fue nuestra vida y puede darse el caso de que un período anterior a la muerte viviendo en la inconsciencia o la demencia hagan que la vida en su conjunto sea peor que si no se hubiese dado esa circunstancia. De ahí la urgencia de este debate, así como el dramatismo que rodea a ciertos casos límite en los que el paciente vive una vida precaria. Serían tres las situaciones en las

Sobre el buen morir

que la decisión de provocar la muerte a un enfermo plantea problemas éticos. Cuando el paciente está consciente y es competente desde el punto de vista de sus facultades mentales, cuando está inconsciente y cuando está consciente, pero es incompetente. Por otra parte, es frecuente establecer una sutil, y de dudosa precisión, distinción entre “dejar morir” y “matar”, eutanasia pasiva y activa, respectivamente. Como afirma Max Charlesworth: “puedo producir mi muerte rechazando estar conectado a un sistema de respiración artificial, pero no puedo provocar mi muerte poniéndome una inyección mortífera o pidiéndole a otro que me la ponga. Lo primero se denomina “dejar morir”, lo segundo “matar”.¹⁵

Otro aspecto, que hace más complejo el problema de la eutanasia, es el relativo a la propia definición de muerte. Entre los especialistas no hay consenso acerca de dicha definición, ni del momento preciso en que tiene lugar, ni si ocurre en el momento mismo en que cesen las funciones vitales, ni siquiera cuáles de éstas son las que deben ser consideradas pertinentes para decidir si hay muerte. Tradicionalmente, la muerte de un ser humano y de un animal ocurría cuando la circulación y la respiración dejaban de funcionar y comenzaba el proceso de putrefacción. Visto así, no suponía mayor problema decretar cuándo estaba muerta una persona. Esta simplicidad desapareció cuando se introdujo en la década de 1950 el respirador artificial, que permitía a enfermos terminales sobrevivir, inconscientes, en un coma irreversible antes de producirse el paro cardíaco, y en la siguiente la reanimación cardiopulmonar, que aumentaba el tiempo de supervivencia de esos pacientes. Al mismo tiempo, hacia finales de los años sesenta del siglo pasado, tuvieron lugar los primeros trasplantes de corazón. Como afirma Eduardo Rivera: “hacia 1968, el cuadro de situación era, entonces, el siguiente: por un lado, las salas de cuidados intensivos sobrecargadas de pacientes en estado de coma irreversible, y, por otro, miles de personas gravemente enfermas del corazón, los riñones, etc., cuya única esperanza de vida consistía en los incipientes intentos de la técnica del trasplante”.¹⁶

Ante esta situación, se creó el *Comité Ad Hoc* de la Facultad de Medicina de Harvard para Examinar la Definición de Muerte Cerebral, dicho comité estaba compuesto en su mayoría por médicos y su informe comenzaba así, “Nuestro principal objetivo es definir el coma irreversible como un nuevo criterio de

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

muerte. Hay dos razones por las que es necesaria una definición: 1. Los avances en los métodos de resucitación y mantenimiento de la vida han dado como resultado esfuerzos cada vez mayores para salvar a aquellos que sufren lesiones graves. A veces estos esfuerzos sólo tienen un éxito parcial, y el resultado es un individuo cuyo corazón continúa latiendo, pero cuyo cerebro está irreversiblemente dañado. La carga que supone para los pacientes que sufren una pérdida permanente del intelecto, para sus familias, para los hospitales y para aquellos que necesitan las camas hospitalarias que ocupan estos pacientes en coma es grande. 2. Los criterios obsoletos para definir la muerte pueden causar controversia a la hora de conseguir órganos para trasplantes”.¹⁷ Como lo recuerda Singer, en el informe es meridianamente clara la intención de crear una nueva definición de muerte por la carga que suponen esos enfermos y por la necesidad de órganos para trasplantes; al mismo tiempo, identifica el coma irreversible como el estado que desea definir como muerte. A pesar del consenso institucional en la mayoría de los países, incluso admitida por la propia Iglesia Católica, la definición de muerte cerebral no se admite en Japón, de un lado, y encuentra la oposición o la matización de determinados autores preocupados por cuestiones éticas, de otro.¹⁸

Ahora bien, como sostiene Fermín Roland Schramm, si el concepto de muerte debe estar bien delimitado para el caso de trasplantes: “la misma estrategia es poco productiva para abordar la problemática referente a la eutanasia y al suicidio asistido pues, en este caso, lo pertinente es su aspecto existencial y filosófico, el cual permite considerar la muerte como ‘una posibilidad siempre presente en la vida humana, capaz de determinar sus características fundamentales [Abbagnano]’. En otras palabras, el punto de vista existencial permite plantear el derecho personal de disponer de la propia vida y darle sentido también en el momento extremo de dejarla”.¹⁹ Además, puesto que la mayor parte de las personas, y el proceso irá en aumento, mueren en el hospital,²⁰ también se establece la distinción entre muerte médica y muerte personal, de hecho: “el poder de los hospitales para proyectar la imagen de la muerte personal como algo pintoresco o de ignorancia médica implica la supresión de los valores personales, de las verdades emocionales y de las influencias familiares, modelando, con ello, para siempre la historia y el significado de la muerte, que se transmiten de generación en generación en el seno de la familia. Para recuperar la

posibilidad de una muerte personal en nuestro sistema de salud, debemos deshacernos del manto protector de la costumbre y de lo ordinario, que sugiere que la muerte médica es la única opción posible”.²¹

En este sentido, no es ocioso tener presentes las reflexiones de Philippe Ariés sobre la muerte en las sociedades contemporáneas. A su juicio, se da una ruptura en la actualidad con respecto a otras épocas en la actitud ante la muerte, de una muerte domada a una muerte salvaje. En las sociedades tradicionales, el proceso de morir y su culminación con la muerte estaban domesticados socialmente por medio de numerosos y públicos rituales, en consecuencia: “la actitud antigua en que la muerte está a la vez próxima, familiar, y disminuida, insensibilizada, se opone demasiado a la nuestra, en que causa tanto miedo, que ya no osamos decir su nombre. Por eso, cuando llamamos a esta muerte familiar la muerte domada, no entendemos por ese término que fuera antaño salvaje y que luego haya sido domada. Queremos decir por el contrario que hoy se ha vuelto salvaje mientras que antes no lo era. La muerte más antigua estaba domada”.²² Frente a esta domesticación de la muerte, en nuestro mundo se vuelve salvaje el proceso de morir porque se pierde el control sobre todo el acontecimiento, pérdida que viene señalada por el engaño al propio moribundo, el lugar donde generalmente ocurre, en el hospital, la contención en las muestras de duelo y, en definitiva, la soledad en la que se encuentra el moribundo.²³

No es mi intención abrumar al lector con esta serie de distinciones relativas a la muerte, sino más bien la de dejar constancia de la complejidad que supone examinar el problema de la eutanasia en nuestra sociedad, en la que, además de la similitud de los actuales problemas bioéticos con respecto a los de épocas anteriores, el desarrollo de las tecnologías médicas, precisamente debido al mayor poder de elección que confieren al ser humano, los multiplica.

Tras lo visto, podemos, antes de examinar las diversas posturas ante la eutanasia, preguntarnos qué dicen los códigos de deontología médica sobre los criterios que deben regir la asistencia al enfermo. La referencia clásica, bajo la perspectiva de los principios generales sobre la bioética, es el llamado *Informe Be/mont*, elaborado por una Comisión Nacional de Estados Unidos, a mediados de los setenta.²⁴ Estos principios son: el de no-maleficencia —no hacer daño al enfermo—, el de beneficencia —procurar su bien—, el de autonomía

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

—capacidad de decisión del enfermo— y el de justicia —que no haya discriminación en la atención sanitaria debido a motivos sociales, religiosos, económicos o de otro tipo. Ahora bien, se da la circunstancia de que estos principios pueden resultar demasiado vagos o generales y de difícil aplicación en determinados casos; así, teniendo en cuenta el de no-maleficencia y el de la autonomía, ¿qué hacer, por ejemplo, cuando un paciente pide reiterada y conscientemente que se le quite la vida?

Veamos la propuesta, como muestra representativa, que hace Manuel Atienza²⁵ con el fin de soslayar esos obstáculos. En primer lugar, lleva a cabo una reformulación de estos principios de la siguiente manera: el principio de autonomía, el de dignidad —ningún ser humano puede ser tratado como un medio—, el de universalidad —igual trato para quienes están en las mismas condiciones— y el de información —el paciente tiene derecho a saber lo que afecta a su salud. Pero, en segundo lugar, él mismo encuentra que “estos principios parecen resultar insuficientes. Por ejemplo, ¿qué hacer cuando la persona afectada no puede tomar decisiones sobre su vida o sobre su salud por su corta edad, por padecer ciertas insuficiencias de tipo psíquico o porque está en estado de inconsciencia?”.²⁶ No es que haya que conculcar un principio a favor de otro, en ese caso, escaso valor sería el de esos principios; “lo que ocurre es, más bien, que esos principios establecen lo que puede o debe hacerse, pero dadas ciertas condiciones que, sin embargo, no podemos precisar de antemano. Por ejemplo, el principio de autonomía lo entendemos en el sentido de que un individuo puede decidir sobre aquello que le afecta, pero siempre y cuando esté en condiciones de decidir. Si no se dieran esas condiciones, entonces estamos dispuestos a aceptar que otro pueda o deba tomar por él esa decisión”.²⁷ A fin de subsanar estas insuficiencias, en tercer lugar, Atienza elabora otros principios, que llama secundarios, con respecto a los otros, los primarios, de los que se derivan. Estos nuevos principios serían el de paternalismo justificado, que se deriva del principio de autonomía cuando la persona no puede decidir, el de Utilitarismo restringido, derivado del principio de dignidad, el de trato diferenciado, complementa el de universalidad, y el principio del secreto, matiza el sentido del principio de información.

No se crea, con todo, de que ya está resuelta la cuestión: “esta serie de principios no permiten, naturalmente, resolver, sin más ayuda, la diversidad

Sobre el buen morir

de casos difíciles que pueden surgir en la bioética”.²⁸ Por ello, aboga por la elaboración de unas reglas construidas a partir de esos principios que sean coherentes con ellos y que, al mismo tiempo, permitan resolver los casos prácticos. En último término, y resumiendo, Atienza considera necesaria, además de la vía legislativa y judicial, la constitución de Comités de Bioética capaces de tomar decisiones, en nuestro caso sobre la eutanasia, motivadas y que se hagan públicas.

Una vez que se esbozaron los problemas éticos y jurídicos que plantea la eutanasia y diversas circunstancias concomitantes, hora es de que se vean las distintas posturas al respecto.

Quienes se oponen a la eutanasia, sea desde un punto de vista religioso, deontológico o por otras razones, están en contra de provocar la muerte del paciente, más que de retirarle los medios que le permiten seguir viviendo. En su opinión, la vida es sagrada, el deber del médico es preservarla y se entra en una peligrosa senda si se legaliza la eutanasia. Si se considera el caso de pacientes conscientes y competentes, tal es el de los enfermos terminales de sida o de tetraplégicos que permanecen permanentemente inmovilizados, su petición de que se acabe con su vida es equiparable al suicidio, *suicidio asistido*; en ese caso, la doctrina religiosa, en especial referencia a la católica, considerando a los humanos como administradores de la vida concedida por Dios, más que como sujetos autónomos dueños de su destino, no puede ser más que condenatoria. El mismo criterio rige para otro tipo de enfermos, como los que se encuentran inconscientes o quienes estando conscientes no son competentes para tomar decisiones, es el caso de los enfermos de Alzheimer. De nuevo me remito a la encíclica *Evangelium vitae* de Juan Pablo II, “... confirmo que la eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana [. . .] Se ha creado un contexto social que no sabe afrontar y soportar el sufrimiento, anticipando la muerte al momento oportuno. Ello ha llevado a una difusión de la eutanasia abierta y subrepticia. Practicada abiertamente e incluso legalizada, que se justifica por razones utilitarias, más que por presunta piedad, y que lleva el peligro de la eliminación de recién nacidos malformados, minusválidos graves, de los impedidos, de los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes, y de los enfermos terminales”. Ahora bien, basándose en la distinción entre

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

eutanasia y ensañamiento terapéutico, de un lado, y de terapias proporcionadas y desproporcionadas, de otro, si la muerte se prevé inminente o inevitable, se puede renunciar a tratamientos que “procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia”.²⁹ Asimismo, considera legítimo que se administren medicamentos para aliviar los dolores de los enfermos, aunque ello pueda suponer el acortamiento de su vida.³⁰

Desde otra perspectiva, la deontológica, también se rechaza la eutanasia por parte de profesionales de la medicina. Es el caso del doctor Kass. En su opinión, quienes defienden la eutanasia lo hacen bien desde la consideración de la autonomía del ciudadano, bien desde la doctrina de la benevolencia o compasión: “estas dos posturas se unen en su oposición a la creencia de que la medicina es intrínsecamente una profesión moral, con sus propios principios y normas de conducta inminentes que trazan los límites de lo que los médicos pueden, de una forma correcta, hacer”.³¹ Partiendo del principio de no neutralidad ética de la medicina, rechaza lo que él llama “asesinato directo e intencionado de pacientes por parte de los médicos”, aunque no se opone al cese de tratamiento médico cuando conlleve la prolongación de una vida dolorosa y degradante ni a la prescripción de medicamentos para aliviar el dolor, pero que puedan provocar la muerte. En suma, está en contra de lo que llamaríamos eutanasia activa, porque la considera una transgresión intolerable del código deontológico de la medicina.

Se esgrimen, asimismo, otro tipo de consideraciones en contra de la eutanasia de muy distinto signo. Una es la posibilidad del error médico en el diagnóstico o la precipitación en la toma de decisiones, entonces se recuerda el caso del médico que administró la eutanasia a su hijo enfermo de difteria el día anterior al descubrimiento de su tratamiento;³² otra sostiene que la legalización de la eutanasia puede abrir la puerta a la práctica de deshacerse de enfermos caros o de familiares incómodos o la posibilidad de que se convierta en una eugenesia encubierta; no faltan quienes opinan que la permisividad de la eutanasia provoque el recelo de los pacientes graves cuando acuden al médico ni quienes la denuncien por el riesgo que se corre de crear una opinión social de frivolidad o insensibilidad ante la muerte de personas enfermas.

En resumidas cuentas, en nombre de la santidad de la vida, sea desde el punto de vista religioso o no, desde los intereses del enfermo o desde la propia

autonomía de la persona, la eutanasia es rechazada como una forma de asesinato y, en consecuencia, no es moralmente permisible su legalización. Admitiendo esos mismos principios y fundándose en ellos, paradójicamente, sustentan su postura quienes defienden la eutanasia.

En el caso del suicidio asistido, es decir, el de los enfermos conscientes y competentes, el principio que rige es el de la autonomía, derecho primario y fundamento del resto de derechos, intrínseco a la persona, que incluye el derecho a poner término a la propia vida, el “derecho a morir”; en ese caso, en palabras de Charlesworth: “si tengo un derecho moral a acabar con mi vida, entonces no debería estar penalizado por la ley el ejercicio de este derecho y podría razonablemente pedir a alguien que me ayudara a terminar con mi vida, bien por no darme determinado tratamiento médico o por ayudarme a provocar mi muerte [...] Si no es moralmente malo en ciertos casos acabar con mi vida, no puede ser moralmente malo que otro me ayude en este acto”.³³ Es diferente el asunto cuando el paciente está inconsciente; entonces quién y qué debe decidir es el dilema. Los partidarios de la eutanasia acuden al argumento de la autonomía retroactiva; en tales circunstancias, afirman que podemos contar con testamentos de vida —documentos firmados por el paciente, cuando era competente, en los que rechaza que se le mantenga con vida gracias a determinados procedimientos médicos—, con declaraciones suyas que no tengan carácter formal o con la opinión que familiares y personas cercanas al enfermo tengan sobre lo que éste decidiría en una situación tal, conociendo su concepción de la vida. Aquí, tendría sentido recurrir al principio de paternalismo jurídico, perfilado por Atienza, derivado del principio de autonomía.

De otro lado, nos encontramos con los intereses. En el caso del paciente competente, aquél que está conectado a una máquina y totalmente inmovilizado, puede que tenga intereses de experiencia, como los arriba descritos, ver la televisión o hablar con los allegados serían algunos de ellos, pero también puede ocurrir que considere que esas circunstancias en las que vive no cumplen sus intereses críticos, que esa vida pasiva es inaceptable, peor que no vivir, que no se corresponde con lo que fue el sentido de su vida y que, en último término, echa a perder el significado de toda su vida. Si el enfermo está inconsciente, ¿es mejor mantenerlo con vida en un estado vegetativo, o en uno de continua excitación y absoluta pérdida de la realidad como lo están

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

algunos enfermos de Alzheimer? En el primer caso no tiene ningún tipo de intereses de experiencia, respecto a sus intereses críticos habría que recurrir a lo dicho sobre la autonomía, es decir, habría que inferir, si nunca se pronunció explícitamente sobre ello, si ese final al que se ve sometido es coherente con lo que el enfermo consideraba sus intereses críticos, si esa muerte es para él una muerte buena, en suma, si, al modo de Nietzsche, no diría que quería “morir con orgullo, ya que no era posible vivir con orgullo”. En lo que se refiere al segundo caso, al enfermo de Alzheimer, es posible que tenga intereses de experiencia, aunque dada la pérdida de memoria serían de cortísima duración, pero no parece que tenga intereses críticos y habría que deducir, también en este caso, si su situación actual estaría en consonancia con sus intereses críticos que daban sentido a su vida anterior.

Nos falta referimos al tercer argumento, la santidad de la vida. Quienes defienden la eutanasia también recurren a este argumento. Ahora bien, consideran que el valor absoluto e incondicionado de la vida puede, en determinadas circunstancias, conculcar el principio de autonomía, tanto por lo que se refiere al derecho a decidir por el propio interesado cuándo está dispuesto a poner fin a su vida, como por la cuestión de qué se entiende por “vida buena”. Respecto a la autonomía, poco habría que añadir a lo dicho. En lo que se refiere al segundo punto, nos encontramos en una situación muy similar a la del aborto. Aquellas personas que están dispuestas conscientemente a abandonar la vida o las que están inconscientes y podemos inferir que así nos lo pedirían, ponen por encima de la santidad de la vida el principio de la “vida que merece la pena ser vivida”. Estaríamos, entonces, enjuiciando la decisión que toman, no desde el ángulo del valor de un ser biológico, del valor natural —como ocurría en el problema del aborto, que quienes lo condenaban lo hacían desde esa perspectiva—, sino del valor que le da una persona a su vida, que la ha hecho suya suponiendo, por ello, un proceso creativo y personal, cuyo hontanar serían sus intereses críticos, desde el que está en condiciones de valorar, o nosotros por él, que las circunstancias en las que sobrevive no son las que él quería.

Según Dworkin, puesto que las personas partiendo de los mismos principios llegan a conclusiones tan contrarias acerca de cómo morir, parece que no puede imponerse una decisión única para toda la ciudadanía, pues “tenemos

tanto razones de beneficencia como razones de autonomía que explican por qué el estado no debería imponer ninguna concepción general y uniforme mediante una norma impositiva, sino que debería alentar a que los individuos adoptaran decisiones con respecto a su futuro por sí mismos y de la mejor manera que puedan [...] también por qué, si no han realizado alguna previsión, el derecho debería, en la medida en que sea posible, dejar las decisiones en manos de sus parientes o de otras personas cercanas a ellos, cuyo sentido de lo que constituyen sus mejores intereses —formados por un conocimiento íntimo de todo aquello que determina en dónde se encuentran sus mejores intereses— es probablemente mucho más razonable que cualquier otro juicio universal, teórico y abstracto emitido en los edificios del gobierno, donde maniobran los grupos de intereses y se realizan las transacciones políticas”.³⁴

Una vez llegados a este punto, ¿qué podemos concluir? Admito el carácter mínimo y provisional de cualquier conclusión; de hecho, más bien diría que no llego a ninguna, como mucho, me atrevería a indicar algunas sugerencias. En primer lugar, insistiría en la neutralidad del Estado en lo que se refiere a lo que los ciudadanos tienen como buena vida que conlleva el corolario de la exigencia de una buena muerte, siempre que exista la posibilidad de intervenir en ella. En este sentido, la defensa de la autonomía del enfermo para decidir cómo debe ser su muerte, parece un principio que debe ser respetado; una autonomía, por cierto, que permita vivir, aunque sea en las condiciones más espantosas a quien así lo tenga como norma de su vida, “luchar hasta el final”, pero que también permita que no se prolongue la vida a quien considere que su estado no corresponde en absoluto con lo que son sus intereses críticos. A la postre, lo más importante que nos ocurre en la vida es su mismo final. En segundo lugar, estaría la cuestión de quién decide. No creo que sean los expertos quienes deban imponer su criterio en un asunto tan delicado como éste; tendrán, qué duda cabe, una opinión y deberán expresarla, pero de ahí no parece acertado que sea obligatorio seguirla. Quien decide será el enfermo, sus allegados, si él no puede, junto con el médico que haya atendido al enfermo y, con el tiempo, las comisiones de ética que se deberán constituir en los centros hospitalarios y en las residencias de ancianos. En tercer lugar, nunca se insistirá demasiado en la prudencia que debe guiar cualquier tipo de decisión acerca de la eutanasia, de ahí la necesidad de esas comisiones que impidan eventuales

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

abusos en la práctica de la misma. Hay que señalar, asimismo, la dificultad de establecer unas normas de carácter general; aun teniendo en cuenta el valor regulativo de los principios, es necesario tener presente el carácter particular de cada caso, porque cada vida es única. En último lugar, el que la eutanasia esté legalizada no obliga a quien la rechace a recurrir a ella, de ahí que no puede ser menos que cruel el prolongar la vida de una persona, que no está dispuesta a ello en determinadas circunstancias, precisamente en nombre de la vida.

En definitiva, los retos que plantean los dilemas en bioética, siendo el de la eutanasia un caso particular, tendrán un lugar de discusión y análisis cada vez mayor dentro del nuevo campo de las éticas aplicadas que, en palabras de Adela Cortina, surgen “de la necesidad de aplicar a la vida cotidiana lo ganado en el proceso de fundamentación [de lo moral], de la necesidad de diseñar una ética aplicada a las distintas esferas de la vida social”.³⁵ En una sociedad pluralista, una sociedad que no está regida por un único código moral, la cuestión del buen morir debe estar abierta al debate y a las decisiones que tomen los ciudadanos sobre lo que consideran vivir y morir. Vladimir Jankélévitch escribía: “¡el no-ser precede a la instauración o a la fundación del ser! Tal es la alternativa fundamental, en la que están contenidas todas las demás: el vivo sólo está vivo a condición de ser mortal; y no hay mayor verdad que lo que no vive no muere: pero eso es porque lo que no muere no vive. Una roca no muere. Una flor artificial no se mustia nunca. Pero es que la vida eterna de una flor artificial o de una roca es también una muerte eterna... Pues sólo está vivo lo que muere; o como dice Jean Wahl, lo que vive es lo que puede morir [...] Sin la muerte la vida no merecería ser vivida. ¡Maldita sea la vida sin muerte!”³⁶

Notas

1. Víctor Méndez Baiges, *Sobre el morir. Eutanasias, derechos, razones*, Madrid, Trotta, 2002.

2. Diego Gracia, “Planteamiento general de la bioética”, “La práctica de la medicina” y “Principios y metodología de la bioética”, en Azucena Couceiro, *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, 1999, pp.19-34, 95-108 y 201-222, respectivamente.

Sobre el buen morir

3. Victoria Camps, *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*, Barcelona, Crítica, 2001, p. 20. Sobre la historia, composición y cometido de los comités de bioética, Francesc Abel, “Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento” en Azucena Couceiro, *op.cit.*, pp. 241-268, Y Azucena Couceiro, “Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo”, *ibídem*, pp. 269-282.

4. Christian Arnsperger, y Philippe Van Parijs, *Ética económica y social. Teorías de la sociedad justa*, Barcelona, Paidós, 2002 (original en francés, 2000), pp. 19-23.

5. *Cfr.* Ernesto Garzón Valdés, “¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?”, en *Derecho, ética y política*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1993, pp. 361-378.

6. Es verdad que el término “eutanasia” puede resultar ambiguo, tal como muchos autores lo señalan. Así, por ejemplo, además de la distinción eutanasia activa/pasiva y directa/indirecta, se habla también de suicidio asistido, de distanasia —prolongación exagerada de la vida, en ese caso sería sinónimo de ensañamiento terapéutico—, de adistanasia —no prolongación exagerada de la vida—, de ortotanasia —o muerte correcta, es un término usado por la Iglesia Católica— y de cacotanasia —cuando no se cuenta ni con la voluntad del enfermo ni con la de sus allegados. *Cfr.* Javier Gafo, *Diez palabras clave en bioética*, Pamplona, Verbo Divino, 2000, pp. 99-101. La mayoría de estas distinciones semánticas tienen como objetivo defender determinadas prácticas médicas, pero condenar la eutanasia activa, es decir, que el médico provoque la muerte del enfermo; como, en principio, no veo una diferencia radical entre las distintas variantes de la eutanasia —excepto, claro está, en el inmoral caso de la cacotanasia—, prefiero usar ese término.

7. “La Real Asociación Médica Holandesa tuvo, y sigue teniendo, una gran influencia en el debate holandés. En 1973, ya había emitido una declaración provisional sobre la eutanasia: ‘Legalmente la eutanasia debería seguir siendo delito, pero si un médico, tras haber considerado todos los aspectos del caso, acorta la vida de un paciente incurable que se enfrenta a la muerte, el tribunal deberá juzgar si existía un conflicto de deberes que pudieran justificar la actuación de dicho médico’. Actualizando esta postura, en 1984, la misma asociación publicó las condiciones que debería cumplir un médico que ayude a morir a alguien para evitar ser procesado”, P. Admiral, “La eutanasia y el suicidio asistido”, en D.C. Thomasma, y Thomasine Kusher (editores), *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999 (original en inglés, 1996), p. 234. “Tenemos que observar lo que está ocurriendo en el mundo real. Examinando la legislación en este terreno, nos encontramos con el mismo doble principio. Los tribunales modernos parecen representar la misma ambivalencia con la que nos topamos en la profesión médica. En todos los casos ocurridos en Estados Unidos, cuando a un médico se le ha acusado o ha tenido que ser juzgado por causar la muerte de un paciente, siempre ha salido absuelto. Esto es cierto incluso en los casos en los que se ha inyectado una droga letal al paciente”, C.K. Cassel, “El suicidio asistido

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

por el médico: ¿progreso o peligro?”, en D. C. Thomasma, y Thomasine Kusher (editores), *op. cit.*, p. 250.

8. A. Camus, *El mito de Sísifo*, Madrid, Alianza, 1999 (original en francés, 1942), pp. 13-14.

9. David Hume, *Sobre el suicidio y otros ensayos*, Madrid, Alianza, 1988, p. 127.

10. *Cfr. Crítica de la razón práctica*, capítulo II y *La metafísica de las costumbres*, II, i, 6.

11. V. Méndez Baiges, *op. cit.*, pp. 74-75.

12. *Ibid.*, p. 79.

13. R. Dworkin, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Barcelona, Ariel, 1998 (original en inglés, 1994), pp. 262-263.

14. León Tolstoi, *La muerte de Ivan Ilich. Hadyi Murad*, Madrid, Alianza, 1995, pp.77-78.

15. M. Charlesworth, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996 (original en inglés, 1993), pp. 40-41. Respecto a esta distinción, Dworkin afirma, “pero las leyes de todos los países occidentales (excepto, en la práctica, Holanda) todavía prohíben que los médicos, u otros, maten directamente a la gente en atención a sus propios requerimientos, por ejemplo, inyectándoles un veneno inmediatamente letal. De esta manera el derecho produce el resultado aparentemente irracional de que la gente puede elegir morir lentamente, negándose a comer, rehusando los tratamientos que la mantienen con vida, o asfixiándose al desconectar los respiradores, pero no pueden elegir la muerte rápida e indolora que sus médicos podrían fácilmente proveer. Muchas personas, incluidos muchos médicos, piensan que esta distinción no es irracional, sino por el contrario esencial y piensan que los médicos no deberían, bajo ninguna circunstancia, convertirse en asesinos. Pero para muchas personas este principio parece cruelmente abstracto”, *op. cit.*, p. 240.

16. E. Rivera López, *Ética y trasplantes de órganos*, México, Fondo de Cultura Económica - Universidad Autónoma de México, 2001, p. 31.

17. Citado por P. Singer, *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Barcelona, Paidós, 1997 (original en inglés, 1994), p. 37.

18. Además de la obra citada de Singer, Hans Jonas, *Técnica, medicina y ética*, Barcelona, Paidós, 1997 (original en alemán, 1985) y H. Tristram Engelhardt, *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995.

19. F. Roland Schramm, “¿Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido?”, en *Perspectivas bioéticas*, *op. cit.*, p. 47.

20. “En Estados Unidos, el 85 por ciento de las muertes tiene lugar en hospitales y en residencias, siendo la muerte en hospitales mucho más frecuente”, S. Miles, “Muerte personal y muerte médica”, en D.C. Thomasma y Thomasine Kusher (editores), *op. cit.*, p. 185.

Sobre el buen morir

21. *Ibíd.*, p. 184. Continúa el autor, “La muerte médica y la muerte personal deben tener lugar juntas. Las técnicas para aliviar el dolor, para aliviar una respiración dificultosa sin que falte aliento en las últimas horas de la vida, o para retrasar una muerte que llega con demasiada antelación a su momento oportuno son demasiado valiosas, reafirman demasiado valor de la vida como para que renunciemos a ellas. Sin embargo, los aparatos médicos no tienen sentido si no se encuentran al servicio permanente de una historia personal sobre cómo se valora la vida, y cómo una persona se inclina con reverencia, manteniendo su dignidad intacta, ante la muerte”, p. 186.

22. P. Ariés, *El hombre ante la muerte*, Madrid, Taurus, 1999 (original en francés, 1977), p. 32.

23. Además de Ariés, se puede consultar sobre este asunto de la soledad Elías Norbert, *La soledad de los moribundos*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1987 (original en inglés, 1982).

24. M. Osset Hernández, *Ingeniería genética y derechos humanos. Legislación y ética ante el reto de los avances biotecnológicos*, Barcelona, Icaria, 2000, p. 16 y ss.

25. M. Atienza, “Juridificar la bioética”, *Isonomía* (México, ITAM), n° 8, (abril 1998), pp. 75-99.

26. *Ibíd.*, p. 93.

27. *Ibíd.*, p. 94.

28. *Ibíd.*, p. 97.

29. No está exenta de ambigüedades la distinción entre medios proporcionados y desproporcionados, también llamados ordinarios o extraordinarios; al respecto J.-L. Baudouin y D. Blondeau afirman, “la dicotomía entre tratamiento ‘ordinario’ y ‘extraordinario’ es obviamente artificial porque el valor atribuido a esos conceptos nunca es objetivo sino subjetivo. Por ello, esta conceptualización no hace progresar realmente el debate. La administración de antibióticos a una persona víctima de una infección sólo es un tratamiento ‘ordinario’, usual, banal y clásico, cuando por lo demás esa persona esté sana. No lo es la administración de esos mismos antibióticos a un canceroso en fase terminal para frenar una neumonía y retrasar el desenlace unas horas o unos días. Salvo en casos de experimentación biomédica, el tratamiento es por tanto ‘ordinario’ o ‘extraordinario’ sólo en función del paciente y sus circunstancias. Toda pretensión de ver en ello una realidad objetiva y establecer una regla jurídica o ética cualquiera fundamentada racionalmente, es un intento condenado al fracaso”, *La ética ante la muerte y el derecho a morir*, Barcelona, Editorial Herder, 1995 (original en francés, 1993), p. 120.

30. Gafo, *op. cit.*, pp. 108-110.

31. R. Kass Leon, “‘No daré ninguna droga letal’. Por qué los médicos no deben matar”, en D.C. Thomasina y Thomasine Kuser, *op. cit.*, p., 254.

32. A. Calsamiglia, “Sobre la eutanasia”, en R. Vázquez (compilador), *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 171.

Juan Álvarez-Cienfuegos fidalgo

33. M. Charlesworth, *op. cit.*, p. 44.

34. R. Dworkin, *op. cit.*, p. 279.

35. Adela Cortina, Domingo García-Marzá (editores), *Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*, Madrid, Tecnos, 2003.

36. Vladimir Jankélévitch, *La muerte*, Valencia, Pre-Textos, 2002 (original en francés, 1977), p. 419.