

LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL DE PERSONAS  
EN SITUACIÓN DE FUERTE DEPENDENCIA. NOTA  
SOBRE UN DEBATE JURÍDICO ESTADOUNIDENSE\*  
*ARTIFICIAL FEEDING OF PEOPLE WITH STRONG  
DEPENDENCY STATUS (PERSISTENT VEGETATIVE STATE).  
NOTE ON AMERICAN LEGAL DEBATE*

José Miguel SERRANO RUIZ-CALDERÓN\*\*

**RESUMEN:** La alimentación artificial, considerada por algunos como un tratamiento médico, se ha convertido en motivo de discusión jurídica en torno al caso de las personas en estado vegetativo persistente. El artículo analiza la jurisprudencia constitucional estadounidense desde los casos *Quinlan* a *Schiavo*, y critica la inconsistencia de la solución alcanzada.

**ABSTRACT:** *Artificial feeding has become a matter of legal debate surrounding the case of people in persistent vegetative state. The article analyzes the American constitutional jurisprudence from Quinlan to Schiavo's case and criticizes the inconsistency of the solution reached.*

**Palabras clave:** dignidad humana, eutanasia, alimentación artificial, corte suprema, autonomía.

**Keywords:** *human dignity, euthanasia, artificial feeding, supreme court, autonomy.*

\* Artículo recibido el 21 de julio de 2010 y aceptado para su publicación el 29 de octubre de 2010.

\*\* Profesor titular de Filosofía del Derecho de la Universidad Complutense de Madrid; investigador del Instituto de Derechos Humanos de la misma Universidad; director académico del Instituto de Estudios Bursátiles. Ha publicado *Eutanasia y vida dependiente* (2a. ed., Madrid 1991 y 1992) y *La eutanasia* (Madrid, 2007), así como numerosos artículos en las revistas *Cuadernos de Bioética*, *Foro*, *Anuario de Derechos Humanos* y *Cuadernos de Derecho Judicial*, entre otras.

SUMARIO: I. *Caso Quinlan*. II. *Caso Cruzan*. III. *Gran Bretaña: Bland*. IV. *Resoluciones contra el reconocimiento de un derecho constitucional al suicidio asistido*. V. *Terri Schiavo*. VI. *Bibliografía*.

Parece que existe una deriva, acentuada en los últimos años, destinada a sustituir lo que podríamos denominar la consideración continental respecto a ciertas formas de cuidados médicos, debidos a todo posible paciente por el hecho de serlo (que incluiría la hidratación y alimentación aunque hubiese manifestado su previa intención de no recibirlos), por una forma anglosajona por la cual la negativa a un tratamiento o incluso a un cuidado, aparece casi siempre como lícita.

Esto se ha desarrollado muy especialmente en el caso de los enfermos en estado vegetativo persistente, personas que normalmente no tiene necesidad de ayuda técnica para mantener sus funciones vitales, pero que requieren de la alimentación e hidratación que es necesariamente asistida. Es por ello que se han introducido toda una serie de confusiones en las que la alimentación se ha asimilado a otro tratamiento y en los que los pacientes en estado vegetativo han sido encuadrados (a efectos éticos) dentro de los pacientes terminales.

La deriva que señalaremos requiere introducir una serie de elementos de confusión que afectan tanto a lo debido a un paciente en cierto estado, como a la “sustitución” de su voluntad o a la consideración de su carácter personal.

En un breve documento de 2006, la Academia Pontificia para la Vida sentó una serie de argumentos que me parece interesante destacar como contrapunto a la evolución que luego observaremos.

Se define el estado vegetativo como:

Un estado en el que el individuo no tiene capacidad de respuesta; actualmente se define como una condición caracterizada por: estado de vigilia, alternancia de ciclos de sueño y vigilia, ausencia aparente de conciencia de sí y del ambiente circunstante, falta de respuestas de comportamiento a los estímulos del ambiente, mantenimiento de las funciones autonómicas y de otras funciones cerebrales.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Academia Pontificia para la Vida. Federación Mundial de Asociaciones de Médicos Católicos, “Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVII, núm. 60, 2006.

Se insiste en que el paciente en estado vegetativo no necesita, por lo general, ayuda técnica para mantener sus funciones vitales. Esto tuvo su importancia, como veremos, en la evolución estadounidense desde el caso Quinlan, pues esta mujer a la que se le retiró la respiración asistida, siguió respirando espontáneamente a continuación durante varios años.

Se afirma explícitamente que el paciente en estado vegetativo persistente no puede ser considerado como un enfermo terminal “dado que su condición puede prolongarse de forma estable incluso durante periodos de tiempo muy largos”.<sup>2</sup>

Igualmente se establece que la persona en estado vegetativo es persona plenamente, y por ello tiene derecho a:

Una valoración correcta y profunda del diagnóstico.

Una asistencia fundamental que abarque hidratación, alimentación, calefacción e higiene.

La prevención de las posibles complicaciones.

Un adecuado proceso de rehabilitación.

Ser tratado como cualquier otro paciente.

Es por ello que en referencia al paciente y al trato humano debido a quien conserva su dignidad de persona, la Academia Pontificia para la Vida, en consonancia con las ideas expresadas por su fundador Juan Pablo II, adoptaba una posición “fuerte” en lo que se refiere a la hidratación y alimentación, que es divergente con la posición que ha desarrollado la jurisprudencia anglosajona y que intenta extenderse entre nosotros tal como se ha visto en Italia:

La posible decisión de suspender la alimentación e hidratación, cuya suministración al paciente en estado vegetativo es necesariamente asistida, tiene como consecuencia inevitable y directa la muerte del paciente. Por tanto, constituye un auténtico acto de eutanasia, por omisión, moralmente inaceptable. Del mismo modo, rechazamos cualquier forma de ensañamiento terapéutico en el ámbito de la reanimación, que puede constituir una causa sustancial de estado vegetativo post-anóxico.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> *Ibidem*, p. 241.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p. 243.

Con precisión, el propio Juan Pablo II había insistido en el carácter convencional de la caracterización de persistente, más de un año de coma, que no cambiaba la categoría clínica del enfermo, e igualmente insistía en la definición de la alimentación e hidratación como cuidados frente a la tendencia creciente a situarlos en la categoría de acto médico o tratamiento, respecto al que podría haber tanto una presunción de ensañamiento como la posibilidad de rechazo del mismo. Así, en su discurso de 20 de marzo de 2004, afirmaba:

En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa *siempre* un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos.<sup>4</sup>

En julio de 2004, el Canadian Catholic Bioethics Institute llevó adelante un coloquio donde se pusieron de relieve algunos acuerdos sobre la interpretación del texto anterior y algunas dudas vinculadas a la tradición de definir ciertas intervenciones como extraordinarias. Entre los acuerdos destaca que la frase (la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales) “se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado”, debe entenderse en el contexto de la tradición católica. Así:

*En principio* no significa absoluto en el sentido de sin excepciones sino que permite considerar otros deberes que se deben aplicar... para pacientes insensibles a los que la alimentación artificial se puede suministrar sin estar ella misma en conflicto con otras graves responsabilidades o cargas inmantenibles, la alimentación artificial debe considerarse ordinaria y proporcionada, y así obligatoria.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Juan Pablo II, “Alocución a los intervinientes en el Congreso Internacional sobre Tratamientos de Mantenimiento Vital y Estado Vegetativo: Avances Científicos y Dilemas Éticos [20 de marzo 2004]”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVII, núm. 60, 2006, p. 238.

<sup>5</sup> Boyle, J. *et al.*, “Reflections on Artificial Nutrition and Hydration Colloquium of the Canadian Catholic Bioethics Institute”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVIII, núm. 1, 2007, p. 118.

Creo que la dificultad para alcanzar el acuerdo en la resolución canadiense procede fundamentalmente de la resistencia más o menos consciente a leer el texto de Juan Pablo II en conjunto, pues en el segundo párrafo deja claro que si el efecto de la retirada fuera la muerte por hambre y sed estaríamos ante una verdadera eutanasia por omisión; vease:

En efecto, la obligación de proporcionar los “cuidados normales debidos al enfermo en esos casos” (Congregación para la Doctrina de la Fe, *Iura et bona*, p. IV), incluye también el empleo de la alimentación e hidratación (*cf.* Consejo Pontificio *Cor Unum, Dans le cadre*, 2, 4-44; Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, Carta de los Agentes Sanitarios, n. 120). La valoración de las probabilidades fundadas en las escasas esperanzas de recuperación, cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos al paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. En efecto, el único resultado posible de la suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión.<sup>6</sup>

Por supuesto, esto no significa que en cualquier caso imaginable sea obligada la hidratación y alimentación, pero sí es claro que resulta obligada cuando el efecto buscado y obtenido es la muerte por inanición.

Como dijo en otro contexto Ángel Rodríguez Luño:

La obligatoriedad absoluta de la alimentación y la hidratación de los enfermos no es en realidad el verdadero objeto del debate. Todos saben que llega un momento en el que se suspende todo procedimiento (natural o asistida) de alimentación y de hidratación de los enfermos que entran en agonía o se acercan irreversiblemente a una muerte inmediata.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Juan Pablo II, *op. cit.*, p. 239.

<sup>7</sup> Rodríguez Luño, A., “Eluana Englaro II. La legge sul testamento biológico”, 2 de marzo de 2009, *www.eticaepolitica.net.*, p. 1.

## I. CASO QUINLAN

Como es sabido, el proceso de deriva se inició en Estados Unidos, en torno a la resolución de la Corte Suprema de New Jersey acerca de la retirada de un respirador a la paciente en estado vegetativo persistente Karen Quinlan, en 1976. Los padres solicitaron la asistencia judicial, debida al temor de los médicos al hecho de que seguir esa propuesta implicase responsabilidad médica y no, como resolvió la Corte, porque pensasen que la retirada fuese contraria a la ética médica. Tal como indica George J. Annas esta resolución tuvo un doble efecto: en primer lugar, se extendió la legislación sobre testamentos vitales, en segundo lugar, se perfeccionó el sistema de comités de ética para evitar la judicialización de los casos.<sup>8</sup>

No es irrelevante para nuestro estudio que Quinlan se sustentase en buena medida sobre la distinción moral entre medio ordinario y extraordinario, procedente de la teología moral católica, y que desde la perspectiva de la educación católica, recibida por Karen Anne, se manejase el magisterio católico especialmente en la referencia de Pío XII a la no obligatoriedad para el paciente y el médico católico de la ventilación, en casos en los que puede aparecer como medio extraordinario. Es notorio que la doctrina más reciente ha sustituido la contraposición ordinario-extraordinario por proporcionado-fútil, pero incluirla en este momento sería adelantar acontecimientos.

Es de reseñar que tras la argumentación sobre la retirada del medio “artificial” del respirador, parecía mantenerse la hipótesis de que retirado el medio extraordinario se produciría la muerte. Esto no ocurrió con la paciente que, tras ser “desconectada”, permaneció nueve años con vida, hasta fallecer de una neumonía el 11 de junio de 1985. Era natural que desde la perspectiva de la muerte “digna” se pasara a pretender que la muerte por inanición era aproximadamente lo mismo que la negativa a un tratamiento. Este error es señalado acertadamente por Spaemann cuando indica que “por su parte, Singer supone que dejar morir de sed o prescindir del respirador arti-

<sup>8</sup> Vease Annas, G. J., “Culture of Life Politics at the Bedside-The Case of Terri Schiavo”, *NEJM*, vol. 352, núm.16, 21 de abril de 2005, p. 1710.

ficial son omisiones de la misma especie tan sólo porque ambas conducen por igual a la muerte”.<sup>9</sup>

Es evidente que la discusión debe ponderar, por un lado, que el retiro o no aplicación de tratamientos médicos es una necesidad de la medicina contemporánea, precisamente para poder seguir siendo medicina en sentido estricto, por otro, esto no elimina el problema de que la omisión de ciertas acciones puede ser directamente homicida y puede constituir una eutanasia. De nuevo con Spaemann:

La decisión de no emplear esos medios, o de terminar de hacer uso de ellos, parece equivalente a una muerte por omisión, sobre todo si el tránsito de la acción a la omisión sólo se lleva a cabo mediante una nueva acción, por ejemplo por la desconexión de un aparato. Sin embargo, ante tal decisión, al ser a menudo admisible y a veces sencillamente inevitable, es natural preguntarse: ¿en qué se distingue realmente una tal omisión de la activa “ayuda a morir”.<sup>10</sup>

Se deducen así, al menos, tres pretensiones que se mantienen a lo largo de todo el proceso de imposición de la muerte por inanición. Una es la neutralidad del Estado respecto a la opción vida-muerte de un sujeto. Otra la progresiva sustitución de la voluntad manifestada por la presunción de que la voluntad se hubiera manifestado si el paciente no estuviese en las condiciones de no manifestar voluntad (un galimatías jurídico que pretende mantener la ficción de que el desconectado escoge). La tercera es que la alimentación, lejos de ser un cuidado, se puede llegar a considerar un medio fútil respecto a personas sobre las que no consta una inminencia de la muerte. Desde esta lógica, era razonable que el siguiente paso se centrara en la retirada de la hidratación-alimentación.

Previamente, y siempre en la reflexión sobre Quinlan a la luz de casos que analizaremos posteriormente, se había procedido a una objetivación de Quinlan. En efecto, Quinlan y luego Cruzan se sostienen aparentemente en el derecho a rechazar tratamientos desde la perspectiva de que la medicación forzosa puede aparecer como una

<sup>9</sup> Spaemann, R., “¿Matar o dejar morir?”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVIII, núm. 1, 2007, p. 108.

<sup>10</sup> *Idem.*

*battery* en terminología anglosajona. Ahora bien, desde la perspectiva de la adecuación del tratamiento a personas en estado vegetativo persistente, la discusión se centra en si es fútil o adecuado mantener la medicación. En esta línea, autores como Marcia Angell parecen apostar por la búsqueda de una solución objetivista que resuelva lo que denomina el dilema del estado vegetativo persistente.<sup>11</sup>

El razonamiento que se sigue es buscar una comparación entre la cuestión de la muerte cerebral y el estado vegetativo persistente. Desde 1968 hasta 1981, el criterio de la muerte cerebral se impuso en el conjunto de los estados de la Unión y en el Distrito de Columbia, sustituyendo anteriores criterios. Parece que Angell busca, en última instancia, una objetivación que incluya a los estados vegetativos persistentes en la definición de muerte o, más bien, de sujetos susceptibles de no recibir el soporte vital.

Es relevante que en este deslizamiento se acaba concediendo que nos encontramos ante decisiones cuyo final es eliminar el soporte vital y en las que no es ya relevante el consentimiento a un “tratamiento médico”.

El punto de contraste aparece en los casos en los que la iniciativa de lo que se suele denominar desconexión no corresponde a la familia sino a los propios hospitales. Es de resaltar que el debate salta ya en esta fase de lo que podrán denominarse “medios extraordinarios” a la propia alimentación e hidratación. En este contexto, George Annas, refiriéndose al caso Baby K, se manifiesta partidario de que el criterio aceptable sea el de los médicos y los hospitales que puedan suspender un tratamiento al considerarlo fútil. Para ello exige una resolución de los tribunales que establezca este criterio objetivo.<sup>12</sup>

Por el contrario, Angell, editorializando para el *NEJM*, se inclina por:

Deslizar la carga desde aquellos que quieren interrumpir un tratamiento a aquellos que quieren que continúe. Ahora se presume que los pacientes en un estado vegetativo persistente querrían que se les mantu-

<sup>11</sup> Angell, M., “After Quinlan: The Dilemma of the Persistent Vegetative State”, *NEJM*, vol. 330, núm. 21, 26 de mayo de 1994, pp. 1524 y 1525.

<sup>12</sup> Annas, G. J., “Asking the Courts to Set the Standard of Emergency Care – the Case of Baby K”, *NEJM*, vol. 330, núm. 21, 26 de mayo de 1994, pp. 1542-1545.



viese con vida. Las familias que quieren interrumpir el tratamiento deben defender su caso, normalmente afirmando que están actuando de acuerdo con los que serían los deseos del paciente. Algunos estados exigen una clara y convincente evidencia de que el paciente querría la interrupción.

En mi opinión, debería presumirse que los pacientes en estado vegetativo persistente no querrían que se les mantuviese con vida. Opinión que baso en recientes encuestas.<sup>13</sup>

Conviene recordar el caso de Baby K, pues es muy significativo el intento de los hospitales y de la corriente dominante de objetivar estándares, de forma que el inicial derecho a rechazar tratamientos se traslada a la objetiva negación de tratamientos considerados fútiles. Baby K es un caso de anencefálico nacido por cesárea el 13 de octubre de 1992. En primer lugar, se había propuesto un aborto eugenésico que no se llevó a cabo por la oposición de la madre. Los médicos trataron repetidas veces de convencer a la madre para que no se la tratase con el ventilador. De hecho, el recién nacido pasó varias veces de ser tratado en una casa de cuidados sin ventilación, a un hospital con ventilador. El hospital buscó ante las cortes federales que se interrumpiese el tratamiento, el juez Claude Hilton resolvió que el estatuto de atención urgente no contenía excepciones como la que pretendía el hospital al tratamiento con ventilación. Además el tratamiento no se consideraba ni fútil ni inhumano.

El 10 de febrero de 1994, la Corte de Apelación ratificó el fallo de nuevo, centrándose en si había o no excepción en el Acta de Tratamiento de Emergencia basada en la anencefalia. Al no encontrarla, el tribunal vuelve a dar la razón a la madre.

En su juicio sobre estas sentencias, y manteniendo la línea de interpretación que veremos, según la cual, cuando los tribunales “empujan” en la línea de disminuir tratamientos a ciertos pacientes, yerran; Annas insiste en que aun cuando los médicos no aciertan al definir el trato a Baby K como inhumano, si debe considerarse degradante en cuanto no se le trata por sí mismo, sino por los propósitos de la madre. En conclusión, se podría decir que, a juicio de Annas, no dar un medio a un anencefálico es tratarlo proporcionada-

<sup>13</sup> Angell, M., *op. cit.*, pp. 1524 y 1525.

mente, y darlo es manipularlo por el propósito de uno. Además se podría añadir que el famoso pluralismo de las visiones contemporáneas cede ante la unicidad de la perspectiva médica, en la que Annas parece basarse para imponer la decisión sobre la madre. Sorprendentemente, dar un medio no doloroso sería abuso, y matar por retirada del medio, aun contra el criterio de la madre, no.<sup>14</sup>

Es más, de seguirse el camino que inauguraba Baby K, Annas piensa que la medicina se convertiría en un producto de consumo como los cereales de desayuno o la pasta de dientes.<sup>15</sup>

Por supuesto, se puede señalar el camino seguido en estas cuestiones de tratamientos a terceros incompetentes, y el valor del juicio subrogado o del criterio de interés por parte de los parientes. Lo que se encubría bajo la autonomía sólo funciona como autonomía pro-muerte, y según criterio del equipo de tratamiento, en caso contrario nos encontramos con estas referencias.

Por el contrario, una solución clara, de hecho la que siguen en este punto los tribunales, es que se tenga en cuenta la pluralidad de posiciones en la sociedad y se acepte el criterio de la madre de Baby K como un criterio posible entre otros y no se le atribuya la condición de opción por los cereales del desayuno o la pasta de dientes.

Otra, que hemos apuntado en otros escritos, es la de considerar el tratamiento a los extremadamente dependientes, sobre todo en la provisión de hidratación y alimentación básica, desde la perspectiva del valor intrínseco de los dependientes para la sociedad. Según este criterio, deberían ser más tratados, en cuanto más dependientes son. Desde este punto de vista el valor de las familias que acogen a las personas a las que nos estamos refiriendo es fundamental, ya que es el extremo virtuoso de lo que MacIntyre llama la dependencia reconocida:

Antes de que nazca un niño, los padres suelen querer que se ajuste más o menos a un ideal, cuyos detalles concretos varían de una cultura a otra. Por lo general se suele desear que sea guapo y no feo, que goce de buena salud e incluso sea atlético y no enfermizo o lisiado, que su desarrollo intelectual sea normal o incluso sobresaliente y que no sea

<sup>14</sup> Annas, G. J., "Asking the Courts...", *cit.*, pp. 1542-1545.

<sup>15</sup> *Idem.*

lento o retardado, etcétera. Sin embargo, para proporcionar la seguridad y el reconocimiento que el hijo requiere, todo buen padre común ha de entregarse al cuidado de su hijo igualmente si éste resulta ser feo, enfermizo y retrasado. Esto atañe tanto a los padres que tienen hijos con un desarrollo normal y que son saludables, inteligentes y guapos, como a quienes tienen hijos con alguna desfiguración o lesión cerebral. Un buen cuidado paterno se define en parte por referencia a la posibilidad de que los hijos sufran la aflicción de una grave discapacidad. Por supuesto, los padres que tienen hijos seriamente discapacitados tienen que ejercer las virtudes correspondientes de manera heroica, cosa que no necesitan quienes no tienen hijos con esa discapacidad. Esos padres han emprendido una de las tareas más exigentes que existen: son el modelo de la buena maternidad o paternidad, ofrecen el ejemplo digno de seguir y la clave para la tarea de todos los padres.<sup>16</sup>

La medicina se muestra, tal como veremos más adelante, como la atención más moral desde el punto de vista del cuidado permanente. Ciertos discursos, aun reconociéndoles buena fe, llevan a una creciente deshumanización. Esto es un rasgo básico de la discusión que se tiene sobre la eutanasia.

Como vamos viendo, se empezó en los posibles deseos de Karen, y terminamos en lo que deberían querer las futuras Karen a la vista de las encuestas de opinión.

La situación del dependiente cambiaría drásticamente si en vez de encontrarse en una comunidad de reconocimiento de la dependencia, se encontrase en sociedades como las que estamos construyendo, en donde todo apunta a la presión sobre las personas donde se manifiesta con mayor fuerza la común dependencia. Como ha señalado Stith:

El desprecio de la persona que es intrínseco a la eutanasia está también claro cuando el que tiene una vida supuestamente sin valor se resiste a la opción de la muerte, y entonces sigue viviendo. La mera opción de la muerte voluntaria rebaja ya la dignidad humana en la práctica. Si no hay tal opción, la discapacidad y el dolor del abuelito llaman a él y a toda su familia a la solidaridad. Todos juntos enfrentan estos ene-

<sup>16</sup> Incluyo un largo párrafo inmejorable de MacIntyre específicamente sobre la paternidad-maternidad. MacIntyre, A., *Animales racionales y dependientes*, Barcelona, Paidós, 2001, pp. 109 y 110.

migos implacables. Los sacrificios necesarios pueden dar fruto en una comunidad familiar más fuerte. Pero si el abuelo puede libremente pedir una inyección fatal y no lo hace, el peso de su cuidado ya no es el destino inevitable, sino una carga impuesta a su familia por su egoísmo y por su miedo.<sup>17</sup>

Lo que empieza planteándose como una posibilidad de libertad acaba afectando a los que tienen menos libertad, menos recursos. La posición que nacía antes como comprensible se vuelve ahora la posición obligatoria. Quien se aleja de ella será un supersticioso o un religioso, lo que en este aspecto se considera lo mismo. En palabras de Stith: “Si no se mata, va a terminar su vida no como un héroe, luchando con valentía contra enemigos invencibles, sino como un cobarde que prefiere alargar una vida de poco valor, en vez de dejar más dinero para los nietos. La mera posibilidad de la eutanasia voluntaria del abuelo le da a su vida un precio y así también un desprecio”.<sup>18</sup>

## II. CASO CRUZAN

Centrado en la discusión de la hidratación de pacientes en estado vegetativo persistente fue el caso Nancy Cruzan, que dio lugar a una sentencia de la Corte Suprema de Estados Unidos, que respetaba la resolución de la Corte Suprema de Missouri que reconocía el derecho de Nancy a pedir la retirada del tubo de alimentación, pero siempre que fuese ella misma quien lo hubiese manifestado de una forma fehaciente. Lo trascendente es que la Sentencia de la Corte Suprema equiparaba la alimentación e hidratación a otros tipos de tratamiento: “seis de los nueve jueces afirmaron explícitamente que no encontraban diferencia legal entre la alimentación artificial y otras intervenciones médicas, tales como el respirador”.<sup>19</sup> Así puede concluir George J. Annas que no es controvertido que los americanos

<sup>17</sup> Stith, R., “La vida considerada como cosa: un error norteamericano fundamental”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVI, núm. 56, 2005, pp. 36 y 37.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 37.

<sup>19</sup> Annas, G. J., “Culture of Life Politics...”, *cit.*, p. 1711.

tengan el derecho constitucional a rechazar cualquier intervención médica.

Debe recordarse que el propio Annas había criticado en 1989 la resolución de la Corte Suprema de Missouri que revocaba la autorización judicial para retirar la alimentación a Nancy. En una línea que sería posteriormente seguida por la mayoría de la doctrina (y de los tribunales estadounidenses), que rebotaría en el caso Schiavo, y más adelante en Italia en el de Eluana Englaro, Annas considera que la discusión es sobre la autonomía de aceptar o rechazar un tratamiento y, en cierto sentido, sobre la *privacy*. Es de destacar que esta línea de argumentación ignora una de las raíces del problema que consiste en deshidratar a un enfermo incompetente que no ha dejado una voluntad manifestada. Esto aún sin entrar en la obligatoriedad o no de la alimentación de un enfermo que no sufre enfermedad terminal, es decir, que no está en un proceso que vaya a terminar con su vida, salvo que se le deshidrate.

No puede producir sorpresa que la primera cuestión, repetidamente obviada por quienes realmente piensan que la vida de un enfermo en estado vegetativo persistente no merece la pena ser vivida, justificase la resolución del juez Edward D. Robertson en la Corte Suprema de Missouri: “Una sola cuestión se nos presenta: ¿puede un guardián (responsable jurídico de un incapaz) ordenar que toda la alimentación y la hidratación se retire de una persona incompetente que está en un estado vegetativo persistente, que no está muerta ni terminalmente enferma?”<sup>20</sup>

El jurista estadounidense Richard Stith ha fijado claramente la clave de este proceso por el que la dotación de poder absoluto sobre un tercero se disfraza de voluntad de respeto al que objetivamente queda en situación de total disposición:

La gente proeutanasia puede construir sobre este fundamento de omisiones permitidas una serie de extrapolaciones en nombre de la libertad y la igualdad para justificar acciones más y más mortíferas. Ya que la libertad del paciente competente le da derecho a rechazar un tratamiento, los que favorecen la eutanasia, pueden decir que para dar igual

<sup>20</sup> Annas, G. J., “The Insane Root takes Reason Prisoner”, *Hastings Center Report*, vol. 19, núm. 1, enero-febrero de 1989.

libertad al paciente incompetente, tenemos que permitir que la familia rechace los tratamientos necesarios para preservar su vida. Y si un paciente consciente no tiene que recibir líquidos de alimentación por tubo si no quiere, la familia también tiene derecho a rechazar el agua y el alimento por tubo, incluso para que el inconsciente muera. La retórica de la libertad cubre así el permiso de la familia de hacer lo que quiera con el paciente, una tiranía potencialmente absoluta.<sup>21</sup>

Para responder a una pregunta tan clara que afecta al poder de terceros sobre un dependiente, Annas inicia el camino que se hará habitual en estos debates. Afirma, en consecuencia, que la negativa trata a Nancy como un neonato viable y no como un ser dotado de dignidad y autonomía; por cierto, de paso, se mete con la entonces proyectada ley antiaborto de Missouri.<sup>22</sup> Entendíamos que la cuestión trataba sobre rechazo de tratamiento médico, pero como vemos, esta justificación es una excusa para centrarse en la acción sobre personas en estado vegetativo persistente. De nuevo, adelantando una posición que se afirmara posteriormente, el americano dice que: “¿es en el mejor interés de los pacientes inconscientes permanentemente *ser mantenidos vivos indefinidamente*? Para añadir finalmente que el derecho constitucional a la vida no incluye el de ser mantenido en un coma indefinido”.<sup>23</sup>

No soy partidario de extrapolar el argumento *at hitlerum*, pues considero que el conjunto de los interlocutores de este artículo están en las antípodas de cualquier plan de exterminio. Sin embargo, resulta ilustrativo resaltar que los personajes de la película nazi *Yo acuso* mantuvieron argumentos similares. Sirva de ejemplo, de nuevo, un párrafo de Spaemann donde señala como en la argumentación que podríamos considerar “hacia el exterior” o exotérica aparecían los intereses vitales de los posibles “eutanasiados”:

Pronto se llegará a esto. Sería ingenuo ver como casual que justamente en este momento y precisamente en esos mismos países industriales de Occidente se legalice la muerte de personas enfermas o ancianas o que se exija que empiece a discutirse en serio esa posibilidad. En este con-

<sup>21</sup> Stith, R., *op. cit.*, p. 38.

<sup>22</sup> Annas, G. J., “The Insane Root...”, *cit.*, p. 31.

<sup>23</sup> *Idem.*

texto no hace falta justificar la eutanasia con la excusa de la situación demográfica... Tampoco los psiquiatras que durante el III Reich ejecutaban el programa homicida de eutanasia argumentaban desde el punto de vista sociopolítico, sino desde los intereses vitales bien entendidos del individuo.<sup>24</sup>

El problema se plantea, evidentemente, desde dos perspectivas: una que ya hemos señalado es si la alimentación es un tratamiento asimilable a “esas intervenciones médicas”, la otra es la deriva por la que desde un rechazo autónomo se pasa al rechazo de un tercero, supuestamente interpretando el querer de la persona incompetente. Así, Ronald Dworkin afirmaba en 1991 que los Cruzan había intentado “restaurar alguna forma de vida en su hija”. Deducía que la vida humana, aunque es intrínsecamente valiosa, una vez comenzada es importante que vaya bien y que los cuerpos de las personas comatosas sólo están “técnicamente vivos”.<sup>25</sup>

En un artículo previo a la manifestación de la Corte Suprema de Estados Unidos, Susan Wolf señala otra clave de posterior desarrollo. Se trata de la sustitución de un documento o manifestación precisa de la voluntad del paciente por indicios de diversa naturaleza sobre sus opiniones respecto a personas en coma. Como es sabido, éste será el medio utilizado posteriormente en los casos Schiavo y Englaro. Como indica Susan Wolf, Nancy Cruzan había hablado de la muerte, ella indicó que no le gustaría seguir viviendo si no pudiese llevar una vida medianamente normal, al parecer, varias veces afirmó que ante una vida vegetal no le gustaría seguir viviendo.<sup>26</sup>

Frente a la adivinación de posiciones que se ven obligados a mantener quienes se refieren a la capacidad de rechazar un tratamiento, James Bopp Jr. argumentó en su momento sobre la *ratio* de la resolución de Missouri y, frente a la mayoría de los intervinientes en este debate que publicó el *Hastings Center Report*, planteó sus dudas sobre el hecho de que fuese posible sostener seriamente que la alimentación artificial era contraria a los deseos de Nancy Cruzan.

<sup>24</sup> Spaemann, R., *op. cit.*, p. 107.

<sup>25</sup> Dworkin, R., “The Right to Death”, *New York Review of Books*, 4 de enero de 1991, pp. 14-17.

<sup>26</sup> Wolf, S., “Nancy Cruzan: in no Voice at All”, *Hastings Center Report*, vol. 20, núm. 1, enero-febrero de 1990, p. 38.

Igualmente observa que la alimentación artificial es un tratamiento extendido en interés de una multitud de pacientes que no podía verse sometido a esa especie de presunción negativa que se deducía de los argumentos de los favorables a provocar la muerte por inanición de Nancy Cruzan. Pone el ejemplo de que, en 1980 y en Estados Unidos, había 780 300 pacientes beneficiarios de este tratamiento en hospitales, 53 400 en asilos y 14 400 en domicilio.

Finalmente, señala el que es, a mi parecer, el *quid* de la cuestión, cuando dice que lo pretendido por los supuestos defensores de la autonomía es establecer una excepción al cuidado en razón de la calidad de vida y no de la voluntad de los pacientes.<sup>27</sup>

También, con anterioridad, al pronunciamiento de la Corte Suprema estadounidense, Ira Mark Ellman se preguntó en el número que venimos citando del *Hastings Center Report* sobre si los parientes son las personas adecuadas para ejercitar el “derecho a la muerte” de las personas incapacitadas. Es notorio que su argumentación puede llevar en distintas direcciones, una de las cuales sería objetivar desde la calidad la opción que se tomase, pero acierta en dos sentidos. Uno es destacar que aun cuando los Cruzan alegan que un paciente como Nancy no pierde su derecho a elegir el tratamiento médico porque es incapaz, el hecho es que no es ese paciente quien ejerce el derecho.

En segundo lugar, es notorio que las familias, y no necesariamente por motivos económicos, pueden tener intereses opuestos a los de su familiar incapacitado, como pueden ser los derivados de la necesidad de aceptar el duelo.<sup>28</sup> Es decir, pueden tener un interés razonable, y encubierto por argumentaciones sentimentales en que se produzca de una vez una muerte que se está dilatando en el tiempo.

De hecho, resoluciones como la del popular caso de Terri Schiavo, prueban que algunos tribunales tienden a realizar una interpretación en contra de la vida de la persona en estado vegetativo persistente, respecto a la que un tercero pide que se la deje morir deshidratada. Ello, como veremos, aun cuando los motivos del tercero puedan ser muy discutibles.

<sup>27</sup> Boop, J., “Choosing Death for Nancy Cruzan”, *Hastings Center Report*, enero-febrero de 1990, pp. 42 y ss.

<sup>28</sup> Ellmann, I. M., “Can others Exercise an Incapacitated Patient’s Right to Die?”, *Hastings Center Report*, enero-febrero de 1990, p. 48.



En su lección, Hiram H. Lesar de 24 de septiembre de 1992, John Finnis analizó la resolución de la Corte Suprema estadounidense, *Cruzan vs. Director Missouri Department of Health*, resolución en su momento muy criticada por quienes querían un desarrollo radicalizado de la línea que se había inaugurado en *Quinlan*, pero que en última instancia sería aprovechada con el tiempo para crear una presunción contra la alimentación de personas en coma. En este trabajo, establece que el tribunal había reducido la cuestión a resolver si el estado de Missouri podía pedir una clara y convincente e inherentemente fidedigna evidencia de la voluntad de Nancy, o a los tribunales estatales sólo debía bastarles con una evidencia no más que fidedigna. La mayoría optó por permitir al estado mantener el nivel de exigencia, sin imponer de nuevo una legislación positiva desde la Corte Suprema, como venía haciendo la Corte en su expansión. No entra Finnis en el *casus belli* para la perspectiva conservadora de la severa limitación de los derechos legislativos de los Estados, que había iniciado desde la “reinterpretación constitucional” la Corte Suprema de los Estados Unidos, convertido a juicio de algunos en una especie de legislador irrestricto. Lo sorprendente, según Finnis, es que la minoría que sostuvo la segunda posición, es decir aquella que reducía la capacidad de los Estados de exigir garantías sobre la supuesta manifestación de voluntad del sujeto que ahora no era autónomo, parecía “saber” cuáles eran los deseos de Nancy.<sup>29</sup> Esto evidentemente abona la tesis manifestada, respecto a la eutanasia, por John Keown, de que en casos similares la autonomía es sustituida por la evaluación de la condición objetiva del paciente,<sup>30</sup> lo que por otra parte se deduce del argumento de Dworkin antes citado.<sup>31</sup>

Es más, los partidarios de la ausencia de rigor en la exigencia formal de la supuesta manifestación de voluntad del paciente, ahora incompetente, manipulan la cuestión convirtiendo la discusión en un debate sobre la capacidad del estado de imponer obligaciones excesi-

<sup>29</sup> Finnis, J., “The ‘Value of Human Life’ and ‘The Right to Death: Some Reflections on *Cruzan* and Ronald Dworkin’”, *Southern Illinois Law Journal*, vol. 17, núm. III, ULJC, 1992-1993, p. 559.

<sup>30</sup> Keown, J., *Euthanasia, Ethics and Public Policy: an Argument against Legalisation*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, p. 72.

<sup>31</sup> Dworkin, R., *op. cit.*, pp. 14-17.

vas. Véase si no a Annas cuando dice que “el centro del caso se refiere a la determinación de que restricciones puede imponer el estado en el ejercicio del derecho a rechazar un tratamiento por parte de personas subrogadas que deciden en beneficio de un paciente anteriormente competente”.<sup>32</sup>

Las tres presunciones incorporadas a lo que venimos llamando la posición minoritaria, en el caso Cruzan, eran que:

1. Uno tiene el derecho a rechazar un tratamiento médico no querido, y el derecho a ser libre de las indignidades propias de ser comatoso.

2. Que una persona ve limitados esos derechos si se impone alguna exigencia restrictiva a la retirada de alimentos y agua.

3. Que no hay derechos significativos ni intereses que fuercen la protección de una persona comatosa en cuanto una persona en coma no tiene interés en vivir o su vida ha expirado.

Es significativo que la jurisprudencia constitucional estadounidense había desarrollado un derecho descrito como la capacidad de tomar decisiones centrales a la propia autonomía. Según describe Finnis, esta línea comenzó en 1923 con *Meyer vs. Nebraska*; siguió en 1925, 1941 o 1961, para completarse en *Eisenstadt vs. Baird* en 1971, y culminó en *Roe vs. Wade* en 1973. Señala el filósofo del derecho citado que, antes de 1965, las decisiones rechazan severamente la idea de que el Estado, o la ley, deben mantenerse neutrales ante elecciones que incluyan el respeto o daños de grandes bienes humanos (en el sentido que desarrollaría Finnis sobre los bienes humanos básicos).<sup>33</sup>

Aún siendo cierto que todos los casos de antes y después del 65 tiene en común que identifican implícita o textualmente derechos constitucionales no especificados, los anteriores a ese año reconocen esos derechos en relación con bienes esenciales a las personas o a la existencia de las sociedades, tales como el conocimiento como opuesto a la ignorancia, la procreación conyugal como opuesta a la esterilidad, etcétera.

<sup>32</sup> Annas, G. J., “Nancy Cruzan in China”, *The Hastings Center Report*, vol. 20, núm. 5, 1990, p. 39.

<sup>33</sup> Finnis, J., “The ‘Value of Human Life’...”, *cit.*, p. 559.

Contra todo esto se manifiesta la Corte Suprema, en *Eisenstald vs. Baird*, asumiendo una doble neutralidad: lo que es verdad para una relación estable, que crea un entorno adecuado para el crecimiento de los hijos, es igualmente predicable de una relación causal de una noche, y que lo que es cierto, respecto a la voluntad de tener un hijo, lo es para la voluntad de no tenerlo. Si se protege una opción, obviamente debe protegerse la otra.<sup>34</sup>

La expresión fundamental de esta forma de ver las cosas se encontraría en la frase inicial del argumento oral en *Planned Parenthood v. Casey*: “la cuestión central de nuestro caso es si la Constitución provee al Gobierno del poder de forzar a una mujer a continuar o finalizar un embarazo”.<sup>35</sup>

Lo relevante es que en *PP vs. Casey* la Corte Suprema tomó una línea de razonamiento identificable con posiciones como la de David A. J. Richards, quien desde los sesenta mantenía una línea de apología respecto a un derecho irrestricto a la heroína, sodomía o suicidio.

Este derecho irrestricto puede vincularse incluso a factores emotivos, tal como hace Annas en un artículo previo a la resolución constitucional, en donde llega a afirmar que si el problema de Nancy Cruzan hubiese ocurrido en China, la Casa Blanca, el Departamento de Estado y el fiscal general hubiesen protestado ante el “secuestro” del cuerpo de Nancy y la falta de respeto a su voluntad.<sup>36</sup> Bien se puede contestar que no es muy previsible que en un sistema como el chino, la finalización arbitraria del empleo de recursos en un comatoso hubiese llegado más allá de la decisión favorable de un director de servicio en un hospital. Hay cuestiones, como la vida de los comatosos, en las que los Estados totalitarios no se detienen.

Recordemos, sin embargo, que la *ratio decidendi* de la sentencia de la Corte Suprema insistía en que “en suma concluimos que un Estado puede aplicar un estándar claro y convincente en procedimientos en los que un guardián busca desconectar la alimentación y nutrición de una persona diagnosticada de un estado vegetativo persistente”.<sup>37</sup>

<sup>34</sup> *Ibidem*, p. 561.

<sup>35</sup> *Ibidem*, p. 562.

<sup>36</sup> Annas, G. J., “Nancy Cruzan...”, *cit.*, p. 39.

<sup>37</sup> “Cruzan, by her parents and co-guardians *vs.* Director, Missouri Department of Health”, SCUS, 497 US 291, 25 junio, 1990.

La solución, desde nuestro punto de vista, y tal como señala Finnis, se encuentra en la observación del juez de la Corte Suprema, Scalia, sobre que la diferencia no está entre la acción o inacción en la retirada del tratamiento, línea que permitirá, como veremos en el caso Bland, ejecutar muertes por omisión, sino entre omisiones que consisten en la abstención de cuidados ordinarios y aquellas que se refieren a la abstención de medidas extraordinarias.<sup>38</sup>

No puede, sin embargo, despreciarse la observación del propio Scalia, en línea con su interpretación originalista de la Constitución, cuando afirma también en su voto concurrente que:

Aunque estoy de acuerdo con el análisis del Tribunal hoy, y desde luego me uno a su opinión, yo hubiera preferido que anunciásemos claramente que los tribunales federales no tienen nada que ver en este asunto, que la ley americana siempre ha reconocido que los Estados tienen el poder para prevenir, por la fuerza si es necesario, el suicidio —incluido el suicidio por el rechazo a tomar medidas apropiadas y necesarias para preservar la propia vida—.<sup>39</sup>

### III. GRAN BRETAÑA: BLAND

En marzo de 1993, se produjo en Gran Bretaña la resolución del caso de Tony Bland, joven que desde el desastre de Hillsborough, el 15 de abril de 1989, se encontraba en estado vegetativo persistente. El Tribunal de Apelación de la Cámara de los Lores, tras discutir sobre si la hidratación era un tratamiento médico, concluyó aceptando la decisión de los familiares de Tony de retirar la alimentación e hidratación, lo que se realizó el 22 de febrero de 1993. Como ha señalado Luke Gormally en el contexto de la posible pendiente de deslizamiento hacia la eutanasia:

Mientras estemos empantanados en la indefendible doctrina de que no es legal causar intencionalmente la muerte de un paciente por medio de un acto positivo, pero sí se puede (y en ocasiones se debe) causar la

<sup>38</sup> Finnis, J., "The 'Value of Human Life'...", *cit.*, p. 565.

<sup>39</sup> Scalia, concurring, *Cruzan vs. Director Missouri Department of Health*.

muerte de un paciente por omisiones planeadas intencionalmente debido a que “la opinión de un cuerpo médico responsable” juzga que el paciente ya no tiene vida digna de ser vivida, entonces la ley está diciendo al mismo tiempo que sí y no a la eutanasia. No dijo sí a la eutanasia antes del caso Bland, pero el no del Comité Walton no contribuye en nada a revertir el judicialmente controvertido sí.<sup>40</sup>

La resolución unánime del Tribunal de la Cámara de los Lores indicaba que los médicos no actuarían ilegalmente si dejaban de alimentar “artificialmente” a Tony, llamaba fuertemente a que se legisase sobre la materia y resolvía que el caso no creaba precedente, es decir, que toda vez que se pretendiese actuar en esa forma, esto es, dejando de alimentar a una persona hasta la inanición, debía acudir-se a los tribunales.<sup>41</sup>

Entre los lores de justicia, lord Keith opinó que no afectaba a la protección de la santidad de la vida humana, que se resolviese que era legal la interrupción de “un tratamiento médico” a un paciente que durante tres años había permanecido en estado vegetativo persistente, ya que ese tratamiento incluía “la manipulación del cuerpo del paciente sin su consentimiento” y no le producía ningún beneficio.

Lord Goff se apoyó en la resolución sobre esterilización de incapaces para sostener que un doctor en medicina podía actuar sobre un paciente sin su consentimiento, si esto se realizaba en su mejor interés.

Por otra parte, lord Lowry dijo que los médicos consideraban que no era en el mejor interés de Tony Bland el alimentarle, es decir, no es en el mejor interés de un paciente “no sensible” el darle los cuidados de apoyo vital.

Especialmente reveladora es la posición expresada por lord Browne-Wilkinson, que consideraba la contradicción de que fuera plenamente legal el permitir a un paciente que muriese lentamente de ina-

<sup>40</sup> Gormally, L., “Walton, Davies, Boyd y la legalización de la eutanasia”, en Keown, J. (comp.), *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, México, FCE, 2004, p. 124.

<sup>41</sup> Dyer, C., “Law Lords Rule that Tony Bland does not Create Precedent”, *BMJ*, vol. 306, 13 de febrero de 1993, p. 413.

nición en un periodo de varias semanas y no lo fuese el producir su muerte inmediata por una inyección letal.<sup>42</sup>

De hecho, otros casos como el del médico Nigel Cox, que en 1992 mató por compasión a su paciente, la señora Boyers, tras administrarle primero heroína con la intención de calmar su dolor, y luego potasio con la intención de matarla, para buscar el final de su dolor. Es relevante que la condena concreta de Cox fue de doce meses de prisión suspendida. No se le podía aplicar la doctrina del doble efecto, tal como fue expresada en el caso del doctor John Bodkin Adams en 1957. En palabras de lord Devlin: “Si el primer principio de la medicina —la restauración de la salud— no se puede alcanzar, todavía hay mucho que los médicos pueden hacer, y están facultados para hacer todo lo que es propio y necesario para aliviar el dolor y el sufrimiento, incluso cuando esas medidas pueden incidentalmente causar la muerte”.

En los casos referidos de estado vegetativo persistente, parece claro que una omisión deliberada que causa la muerte puede exponer a los médicos a la acusación de que su conducta era criminal. Según Pamela R. Ferguson: “cuando un paciente es incapaz de decidir por él, la ley permite a los médicos determinar si hay algún beneficio médico que pueda obtenerse de continuar el tratamiento”.<sup>43</sup> De nuevo, como observamos, se procede a la “objetivación” en referencia a las condiciones del paciente. A este paciente se le podría negar el alimento y el agua, pues en ellos se ha perdido “el sentido de la alimentación”.<sup>44</sup>

Esta posición no va, sin embargo, a la base ideológica de la postura que, anclada entre otros, en el utilitarismo de Singer, centra el valor de la persona en la autonomía. En palabras de John Harris: “La centralidad del consentimiento en el cuidado de la salud está en función de la importancia otorgada a la autonomía; y la misma autonomía es parte de nuestro concepto de persona, porque es aquella la

<sup>42</sup> *Idem.*

<sup>43</sup> Ferguson, P. R., “Causing Death or Allowing to Die? Developments in the Law”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 23, 1997, pp. 368-372.

<sup>44</sup> Jennett, B., “Letting Vegetative Patients Die”, *British Medical Journal*, vol. 305, 1992, pp. 1305-1306.

que permite al individuo a hacer su vida por sí mismo. Las elecciones nos definen, pero también nos crean”.<sup>45</sup>

Concluye Ferguson en línea con lo apuntado por lord Browne-Wilkinson: “si la ley está preparada para aceptar que, en determinadas circunstancias la calidad de vida de una persona es tan pobre que no debería mantenerse con vida, no debería dudar en considerar que podría ser más humano para un médico administrar una inyección que provoque una muerte rápida”.<sup>46</sup>

La clave de interpretación que se encubre bajo las referencias a la autonomía está explicitada por Harris. Se trata de la clave que conduce a la eutanasia evidentemente, no la que pretendían quienes, en las palabras antes citadas de Gormally, deseaban establecer una posición insostenible. La razón por la que no sería una violación de derechos el realizar ciertas acciones sobre pacientes que no pueden consentir, no es porque hayan consentido en un sentido teórico o ficticio, sino porque es la acción correcta que se debe hacer con ellos.

Harris sostiene igualmente que la competencia no es un estado existencial sino que se predica de las decisiones. Igualmente afirma que el acto de matar, sólo se convierte en inmoral respecto a uno, en cuanto se predica de actos que privan de un valor a quien puede valorarlo. Es decir, sostiene la postura desacreditada, por ejemplo por Kass, de que sancionamos el homicidio en cuanto supone privar a un sujeto de un bien que éste valora.

En efecto, León Kass ha analizado las tres posibles justificaciones de la protección jurídica de la vida humana. Veremos que, incluso la tercera posición, tiene ecos de lo afirmado en su momento por la Corte Suprema estadounidense para rechazar el “derecho constitucional al suicidio asistido”.

Una de las justificaciones se refiere a la base del orden social que se fundamentaría en la prohibición del homicidio. Prohibir que unos maten a otros sería esencial para mantener el orden básico de la comunidad frente a la violencia. Esta justificación cedería lógicamente ante posibles homicidios en los que no se pusiera en riesgo el orden

<sup>45</sup> Harris, John, “Consent and End of Life Decisions”, *JME*, vol. 29, 2003, pp. 10-15.

<sup>46</sup> Ferguson, P. R., *op. cit.*, pp. 368-372.

social, por ejemplo, los que estamos contemplando en los casos analizados.<sup>47</sup>

La segunda justificación de la protección de la vida es la valoración de la vida por el propio sujeto que la posee. Es este el principal argumento en el que se han basado los radicales, por un lado para apoyar la defensa del suicidio asistido y también de la eutanasia ante la petición del sujeto. Pero es más, desde la perspectiva de autores como Harris, esta justificación permitiría a su vez justificar la eutanasia respecto a pacientes que ya no son personas al haber perdido la condición personal. Así no se detiene en el consentimiento, sino que pasa a la afirmación de que es diferente la inmoralidad de matar a una persona, con consentimiento sería moral, sin él sería inmoral, y matar seres que no son personales.<sup>48</sup>

Como parte de la base de que los sujetos humanos sin capacidad de consentimiento actual y plenamente desarrollada no son personas, cierra su peculiar sofisma. La eutanasia es correcta, si es voluntaria, y la muerte de seres no personales debe cifrarse en el valor de su vida.

Como indicó lord Keith of Kinkel, en el caso Bland: “para un individuo que no tiene ninguna capacidad cognitiva ni ninguna posibilidad de recuperarla en este mundo sería cuestión de completa indiferencia si vive o muere”.

Por este conjunto de argumentos, Harris sostiene, en línea con autores que por el contrario se oponen a la eutanasia, que “el caso Bland había establecido una forma de eutanasia aunque fuese muy restrictiva”.<sup>49</sup>

La tercera justificación de la penalización del homicidio sería la santidad de la vida humana.

Si nos detenemos en el análisis de Kass, es indudable que el orden social se fundamenta entre nosotros en la proscripción del homicidio, hasta el extremo de que Hobbes lo sitúa en el origen y justificación de todo el orden social. Cuando no garantiza la vida de los ciudadanos, el orden social entra en crisis.

<sup>47</sup> Kass, L. R., *Life, Liberty and the Defense of Human Dignity*, San Francisco, Encounter Books, 2002, pp. 212 y ss.

<sup>48</sup> Harris, John, *op. cit.*, pp. 10-15.

<sup>49</sup> *Ibidem*, p. 13.



Así, los pensadores clásicos del liberalismo fundamentan el derecho a la vida, que es irrenunciable, en cuanto sin él, no cabe el ejercicio de ningún derecho. Como el orden social depende del mantenimiento de la paz que remite a su vez al estricto cumplimiento del principio no debes asesinar. Ahora bien, como hemos sostenido en otras sedes, el tabú del homicidio no se fundamenta esencialmente en el orden social, al menos en nuestra cultura, pues es la justificación de la propia comunidad la que depende de la protección de la vida de sus miembros.<sup>50</sup> En palabras de Kass, la sociedad existe para preservar los bienes implícitos en el tabú del homicidio, al menos en la misma medida en que el tabú del homicidio protege la existencia de la vida social.

Respecto a la segunda justificación de la sanción del homicidio, es cierto que cada vida es valorada primariamente por quien la detenta. De esta obviedad, es de donde algunos derivan que la vida es valorada en cuanto precisamente subyace en ella una voluntad de vivir. Así se deduciría que el homicidio es malo porque se opone a la voluntad de vivir de la víctima. Este argumento funcionaría en algunos casos, como en el boxeo, pero en la mayoría de los enfrentamientos mutuamente consentidos se mantiene la sanción por las lesiones. Es más, como dice Kass, las prácticas más abominables de la humanidad como el incesto o la antropofagia no pierden su carácter por el consentimiento.

En resumen, la cuestión que debemos plantearnos, y que autores como Harris dan por resuelta, es si la vida del hombre debe protegerse porque la sociedad o él mismo le dan valor, o por el contrario en cuanto es valiosa por sí misma.

Debemos insistir en que aún cuando la raíz de la valoración del ser humano se encuentra en que sus cualidades son imagen de Dios, si pusiésemos entre paréntesis esta imagen divina seguiríamos encontrando esas cualidades intrínsecamente valiosas. Seguiría siendo libre, con voluntad, goce estético, etcétera.

Es cierto que autores como Harris no negarían esas cualidades, pero su punto de discusión se encuentra precisamente en que algunos seres humanos ya no tienen o nunca tendrán cada una de las cuali-

<sup>50</sup> Serrano, J. M., *La Eutanasia*, Madrid, Eiunsa, 2007, pp. 240 y 241.

dades personales. Pese a la extensión de esta postura, no cabe duda de que se le han encontrado diversos inconvenientes. Unos son morales, la postura es arbitraria y permite evaluar las distintas cualidades para personalizar a unos y no a otros. Pero, por otra parte, es dualista y reproduce una supersticiosa graduación de la condición humana que empezaría siendo algo así como un vegetal, para pasar a animal y luego a humano, y vuelta hacia atrás. Por ello, en un debate con Harris, John Finnis aclara:

A diferencia de Harris, la tradición común afirma que cuanto un ser humano producto de la concepción humana tiene los principios epigenéticos de un cuerpo humano suficientemente normal para constituirse en la base orgánica de actos intelectuales, no es sólo un ser humano o un individuo sino una verdadera persona. Y tal individuo corporal es irrevocablemente una persona corporal no sólo desde su nacimiento sino hasta su muerte.<sup>51</sup>

Es por ello que la Academia Pontificia para la Vida, en sus “Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo persistente”, señalaba que “sobre la base de estas premisas, sentimos el deber de afirmar que el paciente en estado vegetativo es persona humana y, en cuanto tal, tiene derecho al pleno respeto de sus derechos fundamentales, el primero de los cuales es el derecho a la vida y a la tutela de la salud”.<sup>52</sup>

No puede extrañar que desde esta interpretación, contraria a la sacralidad de la vida humana, se extendiese la reivindicación de la eutanasia que, en cierta medida, según muchos partidarios y no pocos opositores, ya se había legalizado parcialmente.

#### IV. RESOLUCIONES CONTRA EL RECONOCIMIENTO DE UN DERECHO CONSTITUCIONAL AL SUICIDIO ASISTIDO

El 26 de junio de 1997 la Corte Suprema de Estados Unidos resolvió que el suicidio asistido no era un derecho constitucional y que

<sup>51</sup> Finnis, J., “Respuesta a la primera réplica de John Harris”, en Keown, J. (comp.), *La eutanasia examinada*, México, FCE, 2004, p. 79.

<sup>52</sup> Academia Pontificia para la Vida. Federación Mundial de Asociaciones de Médicos Católicos, *op. cit.*, p. 242.

no era identificable con el derecho a renunciar a un tratamiento. La resolución tuvo enorme importancia, pues no en vano algunas de las resoluciones del citado tribunal habían tenido un doble efecto, por un lado habían impuesto sentencias que reconocen como derechos graves atentados a la vida humana, por otro, y en consecuencia, habían impedido la legislación limitadora de estas acciones que pudiesen emprender los estados. Además, y como no puede ignorarse, el reconocimiento de estas prácticas en la nación pionera del mundo había tenido un notable efecto de arrastre sobre un conjunto de legislaciones.

El reto era importante en cuanto los tribunales de los estados de Washington y Nueva York habían abierto el camino a la práctica eutánica y algunos esperaban que la Corte Suprema ratificase la doctrina. Tal como hemos dicho, bajo el argumento de la autonomía del sujeto para rechazar un tratamiento, y considerando a la alimentación e hidratación un tratamiento y no un cuidado, la resolución del caso Cruzan había dejado por sentado la posibilidad de que una persona renunciase al mismo, e incluso abría la puerta para que se “dedujese” esa negativa de supuestas afirmaciones previas del sujeto, no necesariamente expresadas en un texto firmado de valor jurídico, y con las garantías mínimas que se suelen exigir para un acto de tan enorme trascendencia, ese camino fue el seguido en los caso de Terri Schiavo<sup>53</sup> y de Eluana Englaro.<sup>54</sup> Es notorio que, de aceptarse esta

<sup>53</sup> Theresa Schindler (Schiavo) cayó en estado vegetativo persistente a consecuencia de una negligencia médica en 1990. Cesada su alimentación a instancias de su ex marido, que se había vuelto a casar y en contra del parecer de su familia de sangre, murió de deshidratación tras quince días el 31 de marzo de 2005. Su caso dio lugar a intervenciones del Legislativo del estado de Florida y del Senado y presidente de Estados Unidos a fin de intentar dar a sus padres audiencia para evitar el homicidio judicial.

<sup>54</sup> Eluana Englaro Lecco (1970-Udine 2009) cayó en estado vegetativo persistente desde el 18 de enero de 1992 a consecuencia de un accidente de tráfico. Su padre, aduciendo una opinión previa de su hija a la vista de una situación semejante, solicitó que se le retirase la alimentación. La propuesta fue rechazada en dos ocasiones, en 1999 y 2005; finalmente, en julio de 2008, la Corte de Apelaciones de Milán autorizó el homicidio, lo que fue ratificado por la Corte Suprema en noviembre de 2008. El presidente de la República, Giorgio Napolitano, se negó a ratificar un decreto del gobierno de 6 de febrero de 2009, para que se continuase con el cuidado mínimo de alimentación e hidratación. Murió en un plazo extraordinariamente breve desde la

interpretación, sería coherente que se respetase la decisión del huelguista de hambre de no ser hidratado o alimentado, incluso cuando pasa a ser incompetente. Esta línea quiebra, sin embargo, desde dos posibles argumentaciones, una la de evitar un acto que pueda considerarse directamente suicida, otra la de mantener la disciplina penitenciaria.

La Corte Suprema revisaba dos opiniones: una, en *Compassion in dying vs. Washington*, había sido emitida por el Noveno Circuito de Apelación, y sostenía que la ley del estado de Washington contra el suicidio asistido era inconstitucional aplicada a los médicos y a sus pacientes terminales, en cuanto violaba un derecho personal a determinar el momento de la muerte.

La segunda opinión, en *Quill vs. Vacco*, procedía del Segundo Circuito, y entendía que las leyes de Nueva York contra el suicidio asistido eran inconstitucionales cuando se aplican a médicos que tratan a pacientes terminales que no están conectados a medios de soporte vital, en cuanto las leyes no otorgaban igual protección a estos pacientes de la que otorgaban a pacientes conectados, en cuanto estos segundos podían ejercer el derecho a rechazar el tratamiento y los primeros no.<sup>55</sup>

En la argumentación que convenció al tribunal, para no deducir de la línea *Cruzan* un derecho a la eutanasia, tuvo especial importancia el testimonio del psiquiatra Herbert Hendin, quien en 1990 había fundado la asociación para la prevención del suicidio. Y es este argumento, que el suicidio es un mal que en un buen número de casos puede prevenirse desde la perspectiva psiquiátrica, el que sitúa al suicidio asistido en su verdadera naturaleza.

Herbert Hendin, en su obra *Seducidos por la muerte*, analizó los casos reales y el desarrollo efectivo de los sujetos que supuestamente habían sido liberados mediante la asistencia médica al suicidio.<sup>56</sup> Para ello, Hendin describe con indudable vigor, no exento de dramatismo, los casos protagonizados en Estados Unidos y en Holanda. En éstos,

suspensión del tratamiento, y tras serle administrada una sedación no indicada en casos de estado vegetativo persistente.

<sup>55</sup> Annas, G. J., "The Bell Tolls for a Constitutional Right to Physician-Assisted Suicide", *NEJM*, vol. 337, núm. 15, 9 de octubre de 1997, p. 1098.

<sup>56</sup> Hendin, H., *Seducidos por la muerte*, Madrid, Planeta, 2009.

tiene una particular importancia la acción de médicos, que podríamos calificar como militantes. Es más, en la extensión de la eutanasia, en Holanda ha tenido particular importancia la convicción de la mayoría de los médicos holandeses, y desde luego de sus órganos representativos, de que la muerte medicamente administrada es el tratamiento adecuado para determinados pacientes. Estos médicos seducidos por la muerte fueron los grandes protagonistas de la obra de Hendin.

No puede ignorarse, desde el punto de vista jurídico, que la legalización del suicidio asistido o de la eutanasia establece una especie de presunción eutanásica que explica la extensión de la práctica, de forma que un buen número de pacientes son conducidos a la decisión eutanásica mientras otros engrosan las listas de la denominada eutanasia no voluntaria. En este contexto eutanásico, se ha desarrollado la idea de que la decisión autónoma de la persona puede impedir incluso los actos de atención médica del enfermo más elementales.

Creo que habría que dejar claras dos cosas, una es que la atención médica no es alimentación forzosa en el sentido de obligar a una persona a alimentarse de forma violenta, que es como se rompían las huelgas de hambre por los sistemas autoritarios. Otra es que no estamos ante un tratamiento rechazable lícitamente, incluso de forma previa, sino ante un cuidado mínimo que debe suministrarse a una persona que queda en situación de dependencia.

Como hemos adelantado, el 26 de junio de 1997 la Corte Suprema estadounidense había resuelto dos casos vinculados al suicidio asistido. Uno, *Washington et al. vs. Glucksberg*<sup>57</sup> *et al.*, resolvía a favor del estado de Washington y contra la resolución de Noveno Circuito.<sup>58</sup> La instancia, bajo la catorce enmienda en la cláusula de *due process*, había entendido que la ley del estado de Washington, que sancionaba el auxilio al suicidio, privaba de un derecho constitucional (exactamente a *liberty interest*) a los pacientes competentes adultos que querían cometer un suicidio medicamente asistido.

De hecho se había aceptado en la instancia que se introducía una carga indebida en el ejercicio de la libertad por parte de la legisla-

<sup>57</sup> *Washington vs. Glucksberg*, 26-110, 26 jun 1997.

<sup>58</sup> *Compassion in Dying vs. State Washington*, 79 F:3d 790, 817 (9th Cir., 1996).

ción de Washington. Conviene recordar que este es el argumento que tampoco había aceptado la Corte Suprema en *Cruzan* respecto a las exigencias del estado en la manifestación de voluntad “atribuida” al paciente. Ya entonces se había establecido que Missouri tenía la facultad de imponer las restricciones a las que nos habíamos referido.

Es más, el juez del Noveno Circuito, Stephen Reinhardt, había establecido que el interés del Estado en la protección de la vida “depende de las circunstancias relevantes, incluida la condición médica de la persona cuya vida esté en juego”.<sup>59</sup>

La Corte Suprema recuerda, en su nueva resolución unánime redactada por el juez William Rehnquist, que la tradición de setecientos años del *Common Law* había mantenido la sanción al auxilio al suicidio, y que esto era lo común en casi todos los estados. Es más, el tribunal refuerza la lectura clásica de la sanción al suicidio y su aceptación o no por el ordenamiento, al recordar que el suicidio dejó de estar criminalizado en cuanto era imposible sancionar a la persona, y se consideraba “unfair to punish the suicide’s family for his wrongdoing”.<sup>60</sup> Esta introducción, como veremos, enlazará con las razones que la Corte Suprema dará para justificar que el Estado tiene un interés cierto en evitar el suicidio.

Por otra parte, recuerda el tribunal que la exigencia de *due process* tiene como condiciones tanto la opinión plural, esto es, la protección de libertades fuertemente ancladas en la historia y tradición de la nación como la descripción concreta del “fundamental liberty interest”. La Corte Suprema entiende que el derecho a morir, la elección de la forma de morir o el derecho a controlar la propia muerte, no reúnen esas características.

Para mantener la coherencia con *Quinlan* y *Cruzan*, la Corte Suprema distingue entre el suicidio, siempre rechazado, y la oposición a la medicación forzosa, que se entiende como un derecho cuya violación constituye un delito en la misma tradición jurídica. Es decir, desde el punto de vista jurídico, se opone una acción, mejor un derecho, que tiene una amplia tradición en el *Common Law* (la aceptación o rechazo de un tratamiento) con una práctica siempre rechazada co-

<sup>59</sup> Stith, R., *op. cit.*

<sup>60</sup> Annas, G. J., “The Bell Tolls...”, *cit.*, p. 1098.

mo el suicidio. Es más, la Corte añade, frente a lo que venía siendo una interpretación suspicaz en el caso de los contrarios a la eutanasia —y esperanzada en el caso de los partidarios—, que en Cruzan no había dado razones para pensar que el derecho a rechazar un tratamiento pudiera convertirse en algo parecido a un derecho de asistencia a cometer un suicidio.

Puesto que no se puede encontrar un derecho al suicidio asistido en la historia del derecho estadounidense, el estado de Washington sólo debía justificar que la ley impugnada estaba relacionada con intereses legítimos del Gobierno. La exigencia de que la prohibición del estado de Washington se relacione racionalmente con legítimos intereses del Estado, se cumple, a juicio del tribunal “de forma incuestionable”. Estos intereses son la prohibición del homicidio intencional y la preservación de la vida, prevenir los problemas de salud social como el suicidio, especialmente entre los jóvenes, los ancianos y los que sufren un dolor no tratado, o depresión u otros desórdenes mentales, proteger la integridad de la profesión médica y sostener el papel del médico como cuidador de sus pacientes. Finalmente, se convierte en medio de evitar la pendiente deslizante que lleve a la eutanasia voluntaria y aun a la involuntaria. La sentencia se convierte así en un catálogo de las razones por las que el Estado constitucional no puede aceptar impasible que una persona renuncie a la propia vida.

En la misma fecha, en *Vacco vs. Quill*, la Corte Suprema estadounidense,<sup>61</sup> también en una controversia sobre la decimocuarta enmienda, resolvía que el estado de Nueva York no violaba la cláusula de igual protección, al permitir a los enfermos competentes retirar su propio tratamiento de mantenimiento vital y negar el mismo derecho a los pacientes que sólo podrían esperar que un médico lo hiciera por ellos. La Corte Suprema entiende que la prohibición está racionalmente vinculada al legítimo interés del Estado en proteger la ética médica, prevenir la eutanasia, escudar a los discapacitados y a los enfermos terminales contra los prejuicios que podrían animarles a poner fin a sus vidas, y sobre todo buscar la protección de la vida humana. Igualmente, en la línea, Cruzan distingue entre el rechazo a

<sup>61</sup> *Vacco vs. Quill*, 521, US, 793, 1997.

un tratamiento y el suicidio asistido. Y ello, respondiendo al juez Roger Miner del Segundo Circuito, quien afirmaba que: “claro que el interés del Estado (en proteger la vida de alguien) disminuye a medida que disminuye su potencias para la vida”.<sup>62</sup>

La Corte Suprema, como vimos, había realizado un análisis muy tradicional de la respuesta al suicidio desde el punto de vista jurídico. Conviene resaltar, frente a cierto predominio del discurso radical, que este punto de vista está fuertemente enraizado no tanto en consideraciones religiosas como en la base jurídica de la modernidad, por ejemplo, en la obra kantiana.

Spaemann ha desarrollado, desde mi punto de vista muy acertadamente, esta aparentemente extraña situación por la que el derecho no sanciona al suicida pero interviene en el suicidio, no tanto como acción que interfiere desde el derecho en este acto sino en cuanto el suicidio pueda ser contemplado en su dimensión social. Por supuesto, cabe una contemplación paradójica del suicidio, en cuanto éste debe presentarse para ser libre como el acto de la suprema liberación, tal como muchas veces hemos señalado, siguiendo el camino del Kirillov, de *Los demonios* de Dostoievski. Spaemann muestra la propia inconsistencia o, quizás mejor, doblez del discurso nazi, que en la película *Yo acuso* vinculaba precisamente eutanasia a dignidad humana a través de la máscara de la decisión sobre el momento de la muerte:

El concepto de dignidad humana juega un decisivo papel en la exigencia de legalizar la eutanasia. En la mencionada película de los nazis se hablaba del “derecho a una muerte digna”, y esta idea es interpretada por el teólogo Hans Küng exactamente en el mismo sentido en que lo hace el párroco que aparece en la película: dignidad humana debe consistir en la capacidad de decidir el momento oportuno de la propia muerte. “¿Acaso no ha dado Dios al hombre la razón?”, pregunta el párroco de la película. “¿Con esta interpretación de la dignidad humana se liquida el elemento ético esencial que representaba el nexo de unión entre las grandes tradiciones religiosas?”<sup>63</sup>

<sup>62</sup> Vease igualmente Stith, R., *op. cit.*, p. 33.

<sup>63</sup> Spaemann, R., *op. cit.*, p. 109.



Ahora bien, la base del rechazo moral al suicidio no se introduce en Occidente por la tradición religiosa cristiana, sino que está anclada en un juicio moral sostenido por la gran tradición filosófica. “Aún cuando el suicida se excluya del marco jurídico, para un ser social no es irrelevante el modo en que su conducta es percibida moralmente por los demás”. Ese juicio corresponde mucho más a una gran tradición filosófica que va desde Sócrates hasta Spinoza y desde Kant hasta Wittgenstein. El Sócrates platónico observa que la vida humana tiene asignada una tarea que nosotros mismos no establecemos, ni de la cual nos está permitido desvincularnos por decisión propia. El sentido de la vida —así como el hecho mismo de vivir— es algo patentemente dado en nosotros, pero no por nosotros, y de ahí que se nos desvele por entero en un determinado momento de ella. “Si se permite el suicidio, entonces todo está permitido”, afirma Wittgenstein.<sup>64</sup>

Tenemos, pues, como afirmaba la propia Corte Suprema estadounidense, que la no sanción al suicida no significa la convalidación moral de su acción. Es más, no puede constituir en sentido estricto un derecho, precisamente en cuanto el acto es en sí mismo ajurídico o, si se prefiere, en palabras de Spaemann, sustraído a toda norma jurídica, pues “la acción con la que alguien niega definitivamente ese interés y busca separarse de esa red de vínculos que une a todo ser vivo, especialmente a todos los hombres unos con otros no puede ser evaluada con los parámetros de esa red”,<sup>65</sup> pero precisamente por ello, sí se pueden evaluar las conductas de terceros en torno al suicidio. “Ahora bien, todas las acciones y omisiones de otros que impiden, reclaman o ayudan al suicidio de un miembro de la comunidad humana se hallan incluidas en esa red de vínculos, estando por tanto sujetas a las leyes”.

Frente a la resolución del Segundo Circuito,<sup>66</sup> la International Task Force on Euthanasia and Assisted Suicide, actuando como *amici curiae*, había recogido, en el *brief* de abogados generales de quince estados, la opinión de McGowan *vs.* Maryland que entiende que la catorce enmienda otorga a los estados una amplia discreción en legislar normas que afectan a unos grupos de ciudadanos más que a otros.

<sup>64</sup> *Idem.*

<sup>65</sup> *Idem.*

<sup>66</sup> *Quill vs. Vacco*, 80 F:3d 716, 729 (nd Cir., 1996).

Igualmente, entre otros, se cita el argumento del voto concurrente de Scalia en Cruzan (que cita a su vez una sentencia de 1873), por el que se considera que la vida de aquellos, cuya vida se ha convertido en una carga, e incluso la vida de aquellos condenados a muerte, están bajo la protección de la ley, igualmente que la de aquellos que están en condición de gozarla plenamente.<sup>67</sup>

Como dice la propia Corte Suprema, frente a la objeción aceptada —por el Segundo Circuito— de desigualdad en el trato, el hecho es que las leyes de Nueva York establecen una regla igual: “*todo el mundo*, independientemente de sus condiciones físicas, está facultado, si es competente, para rechazar un tratamiento y *nadie* está autorizado a asistir en un suicidio”.<sup>68</sup>

Es más, aceptando elementos del discurso antieutanásico en Estados Unidos, la Corte Suprema observa una clara diferencia entre morir de una determinada patología, una vez que se ha retirado el tratamiento y morir de una inyección letal.

Resume Annas el argumento oral que la Corte atendió el 8 de enero sobre la sedación terminal, mejor descrita por Rousseau P. como sedación de los que van a morir inminentemente.<sup>69</sup> Según Annas, aunque relegado a una nota a pie de página, la Corte Suprema acepta que esta sedación, incluso en el caso no indicado de inducir un coma barbitúrico, se diferencia claramente del suicidio asistido en cuanto se basa en el consentimiento informado y en la doctrina del doble efecto.<sup>70</sup>

Creo que la nota debe tomarse como tal, en cuanto es posible distinguir una sedación indicada de una sedación no indicada, y la primera puede convertirse en un acompañamiento a determinados casos de moribundos. Es indudable que junto a la retirada o no de determinados medios, es esta cuestión de la sedación terminal la que aparece como la más controvertida en la fijación de la frontera de lo que es eutanasia y no lo es. Desde un punto de vista suspicaz, de la

<sup>67</sup> International Task Force on Euthanasia and assisted suicide, [http:// www.internationaltaskforce.org/vvqa2.htm](http://www.internationaltaskforce.org/vvqa2.htm).

<sup>68</sup> Annas, G. J., “The Bell Tolls...”, *cit.*, p. 1098.

<sup>69</sup> Rousseau, P., “Terminal Sedation in the Care of Dying Patients”, *Archives of Internal Medicine*, vol. 156, núm. 17, 1996, pp. 85 y 86.

<sup>70</sup> Annas, G. J., “The Bell Tolls...”, *cit.*, p. 1099.

misma forma que hemos visto desarrollar un sistema eutanásico desde la ficción de la retirada de tratamientos por “consentimiento supuesto”, también desconfiamos de cierta afición a convertir la sedación terminal en la “salida” común de todo tipo de pacientes. Por ello, como ha indicado Gándara, la sedación en la agonía es un medio para hacer frente a un síntoma refractario que causa sufrimiento, y no tiene como fin producir la muerte. Para aplicarse, exige la presencia de un sufrimiento del paciente, sea físico, psicológico o existencial. “No se concibe sedar a un paciente en coma o por un dolor no tratado”. Frente a la evolución del derecho autonómico español, recuerda que “la sedación paliativa nunca debería ser la puerta trasera de la eutanasia, ni tampoco una eutanasia *light*”.<sup>71</sup>

#### V. TERRI SCHIAVO

Los casos que más han destacado recientemente, uno en Estados Unidos y otro en Italia, son los de Eluana Englaro y Terri Schiavo. Ambos son especialmente trágicos, uno, el de Terri, por la paradoja de la privación del derecho de defensa a la familia para otorgarlo al marido que podía tener un interés directo en la desconexión; el otro, el de Eluana, porque la persistencia de un padre desesperado y la interpretación extensiva de unos jueces-legisladores introdujeron por breve tiempo en Italia una forma de eutanasia, frente al parecer del gobierno y la mayoría parlamentaria.<sup>72</sup>

Las peculiaridades del caso Schiavo residen en primer lugar en el enfrentamiento entre la familia sanguínea, los Schindler, y el marido. Es relevante que los Schindler manejaron ya, en 1993, que los motivos del marido eran financieros, respecto al fondo creado por la aseguradora para garantizar el cuidado de Theresa, y que sus opciones no eran las de ella sino las propias, también se argumentó que el marido había rehecho su vida con otra mujer.<sup>73</sup>

<sup>71</sup> Gándara, A., “Sedación paliativa y en la agonía”, *Diario Médico*, 30 de junio de 2010, p. 30.

<sup>72</sup> Annas, G. J., “Culture of Life Politics...”, *cit.*

<sup>73</sup> Quill, T. E., “Terri Schiavo – a Tragedy Compounded”, *NEJM*, vol. 352, núm. 16, 21 de abril de 2005, p. 1631.

Igualmente debe considerarse que aun cuando los estudios neurológicos sobre Terri eran indicativos de un estado vegetativo persistente, éste incluía fases de vela con sueño y algunas respuestas reflejas a la luz o los ruidos.<sup>74</sup> Esto explica buena parte de la actitud de los padres hacia el caso, y que no considerasen que se encontraban ante una circunstancia “vegetal”.

Probablemente para entender la tragedia de Terri, debemos tener en cuenta qué es lo que “estaba en juego” en esta decisión. Los partidarios de la “eutanasia moderada” por omisión de tratamiento creían haber logrado una presunción a favor de interrumpir la alimentación con base en una máscara jurídica. Con referencia a una supuesta autonomía del paciente incompetente, y sin más pruebas que relatos orales más o menos ratificados por partes interesadas, se incluía una presunción eutanásica. Esta prevalecía incluso en el caso de que existiese un obvio conflicto de intereses entre el marido que ha “reconstruido su vida con otra mujer” y es quien solicita la muerte por inanición de su mujer, y los padres de Terri que pretenden que siga el mínimo soporte vital.

Es de destacar que, en desarrollo de Cruzan, el estatuto aplicable de Florida exigía “una clara y convincente evidencia de que la decisión hubiera sido la que el paciente hubiera tomado, y en ausencia de ésta, la decisión es la del paciente mejor interés”.<sup>75</sup>

A la intervención del Legislativo y el Ejecutivo de Florida, y federal, se le llama “política en la cabecera de la cama” traída por la “cultura de la vida”, y se dice que el caso se vio como un espectáculo público, y una tragedia para ella y su marido. El conflicto, de nuevo con G. J. Annas, entre el marido (en las circunstancias que hemos descrito) y sus suegros se llevó ante los medios, los tribunales, la legislatura de Florida, el gobernador “Jeb” Bush, el Congreso de Estados Unidos y el presidente Bush.<sup>76</sup>

La idea subyacente es que una postura “de cultura de la vida” estaba poniendo en duda la línea desde Quinlan y Cruzan, aunque ya hemos visto que Cruzan no les gustó a autores como Annas, en cuanto suponía que el Estado podía imponer obligaciones de prueba

<sup>74</sup> *Idem.*

<sup>75</sup> *Idem.*

<sup>76</sup> Annas, G. J., “Culture of Life Politics...”, *cit.*

fehaciente de la manifestación de voluntad de la persona incompetente. Hay, pues, razones para pensar que se había establecido una opinión a favor de la provocación de la muerte por omisión de alimentos de un incompetente, a petición de alguno de sus parientes, aunque fuese aquí claramente en contra de la opinión de otros.

El riesgo evidentemente es que se legislase sobre la atención mínima a los pacientes o, al menos, sobre exigencias fehacientes de oposición a ciertos tratamientos. Así se entiende que la Asociación Médica de California rechazase “la interferencia del Congreso con estas decisiones médicas”.<sup>77</sup> Es decir, se extrae el debate del ámbito jurídico para convertirlo en la decisión médica de que la retirada de tratamiento es de *lex artis*. Esta línea difiere, sin embargo, de la de Annas que, más comedidamente, se centra en la intromisión jurídica de órganos legislativos en decisiones judiciales, que fue el argumento de la decisión de la Corte Suprema de Florida ante la intervención del Legislativo.<sup>78</sup>

La misma interpretación dieron la mayoría de los expertos consultados por Ivan Oransky en su reportaje en *The Lancet*, en el que insiste en los riesgos “para los derechos del paciente”, y en el hecho de que los abogados antiabortistas parecían estar situados detrás de la acción de los padres de Terri.<sup>79</sup> Entiéndase, por lo tanto, que se critica la intervención jurídica o política de todo aquel que ponga en duda la relectura que se ha ido realizando sobre Quinlan y Cruzan. Así, Eric J. Cassell, cuando habla de una perspectiva médica para solucionar el caso Schiavo, inicia su argumentación indicando que las últimas décadas de agitación *prolife* han producido un gran daño en la privacidad de las decisiones en torno al final de la vida. Desde su opinión, compartida por un número muy alto de quienes publican en Estados Unidos en revistas del *establishment* médico, existe una perspectiva médica, la suya, y una perspectiva fundamentalista religiosa que sería la que mantienen los que creen que “las actividades profesiona-

<sup>77</sup> *Ibidem*, p. 1714.

<sup>78</sup> *Idem*.

<sup>79</sup> Oransky, I., “Feeding Tube Right-to-Die Case Rocks Florida”, *The Lancet*, vol. 362, 1o. de noviembre de 2003, pp. 93 y 94.

les” deben realizarse de acuerdo a sus principios y valores religiosos.<sup>80</sup>

No debe olvidarse que editorialistas en el *New England Journal of Medicine*, como Jeffrey M. Drazen, sostienen que el caso de Terri Schiavo fue el inicio de una interferencia del Legislativo en la práctica de la medicina. En sus palabras, “en 2005 todos vimos las desastrosas consecuencias de la interferencia del Congreso en el caso de Terri Schiavo. En ese caso los tribunales decidieron que el Congreso no debería estar practicando medicina”. Frente a la vieja argumentación aristotélica a favor de la ley como reguladora por parte de los mejores de los ciudadanos para un conjunto de casos, Drazen se inclina por la solución corporativista “nosotros preferimos que esas discusiones tengan lugar entre personas bien informadas que actúen en beneficio de un paciente específico”.<sup>81</sup> Como la base de la argumentación se centra en la resolución de la Corte Suprema en *González vs. Carhart* sobre la asistencia a abortados por nacimiento parcial, tema en el que desde una perspectiva crítica con la protección de *nasciturus* había incidido la propia revista,<sup>82</sup> no sabemos bien que mejor interés del paciente busca la posición de Drazen. Más bien parece vincularse a la protección de un *statu quo*, logrado por una interpretación derivada y sesgada de resoluciones anteriores contra cualquier intento “democrático” de modificar el estado de las cosas.

En este sentido, no está de más la argumentación de Ramesh Ponuru cuando recuerda que el estado de Florida no había establecido ni antes ni después del caso Schiavo un derecho al suicidio asistido. La contradicción entre que un estado pudiese permitir la muerte por inanición de una persona, como rechazo a un tratamiento médico, y no tolerase un suicidio asistido por inyección letal sólo puede expli-

<sup>80</sup> Cassell, E. J., “The Schiavo Case: A Medical Perspective”, *The Hasting Center Report*, vol. 35, núm. 3, mayo-junio de 2005, p. 22.

<sup>81</sup> Drazen, J. M., “Government in Medicine”, *NEJM*, vol. 356, núm. 21, 24 de mayo de 2007.

<sup>82</sup> Tal como refiere el propio Drazen en Charo, R. A., “The Partial Death of Abortion Rights”, *NEJM*, vol. 356, núm. 21, 24 de mayo de 2007, pp. 2125-2128. Greene, M. F., “The Intimidation of American Physicians – Banning Partial-Birth Abortion”, *NEJM*, vol. 356, núm. 21, 24 de mayo de 2007, pp. 2128-2129. Kassirer, J. P., “Practicing Medicine without a License- the New Intrusions by Congress”, *NEJM*, vol. 336, núm. 24, 12 de junio de 1997, p. 1747.

carse mediante algún razonamiento que insistiese en el derecho a rechazar un tratamiento, atendiendo a la posibilidad de que el tratamiento produjese dolor, o se prefiriese morir en casa, lejos del medio hospitalario. Parecería entonces que, después de que la Corte Suprema declarase el agua y el alimento como tratamientos médicos en 1990, tuviese que aceptarse que en caso de que un paciente competente o un incompetente que hubiese hecho en tiempo una declaración válida, quisiese dejarse morir de inanición en rechazo a la alimentación artificial, en razón de mantener el principio del derecho al rechazo al tratamiento, la única solución fuese admitir casos como Schiavo.<sup>83</sup>

Ahora bien, la única razón que parecía mantenerse en mente para dejar de alimentar a Terri, como antes a Nancy y luego a Eluana, es provocar la muerte, luego parece que tanto la Corte Suprema estadounidense como los lores británicos han dado pasos consistentes hacia la eutanasia, casi sin proponérselo. Esta falta de consciencia evidentemente no se daría entre quienes interpretan estos casos como jalones en el camino para permitir la muerte de personas en ciertas circunstancias o más específicamente permitir la muerte de sujetos humanos que ya no se consideran personas en cuanto su vida no merece la pena vivirse.

En esta línea, el debate sobre Schiavo se aclara si en vez de atender a las imputaciones de argumentos religiosos nos centramos en observar el caso contra la eutanasia, sostenido racionalmente en el hecho de que el derecho a la vida de un sujeto humano, el bien que constituye su vida y que debe respetarse por terceros, no depende de la autovaloración, ni del pacto social, sino del hecho de que, en la tradición racional occidental, que sustenta los derechos fundamentales e incluso el tipo de debate que tenemos sobre estos casos, la igual dignidad es un presupuesto que no puede depender de la tenencia en mayor o menor grado de cualidades como la autoconciencia, de que la vida merezca la pena, que se mantenga o no se obtenga la capacidad mayor o menor de raciocinio, etcétera.

<sup>83</sup> Ponnuru, R., "Reason to Live. The Rational Case against Euthanasia", *National Review*, 25 de abril de 2005.

Es más, desde esta perspectiva, se puede apuntar la inconsistencia de la postura eutanásica que se basa en una especie de dualismo supersticioso que afirma, por ejemplo, que no matar a una persona sería destruir su personalidad en cuanto no se respeta su voluntad de morir.

Por ello, quienes abogaron en contra de la retirada del tubo a Terri no estaban, como se ha pretendido, entrando desde posiciones religiosas en la facultad racional de rechazar tratamientos, sino que se oponían a una acción, retirar el tubo, que no sólo podía causar la muerte incidentalmente sino que su único propósito era ocasionar la muerte.

En este sentido, no es exagerada la argumentación de Andrew McCarthy cuando afirma que el certificado de defunción de Theresa Marie Schiavo debería recoger que murió por orden judicial.<sup>84</sup>

Es cierto que el debate, tal como señala Ramesh Ponnuru en el artículo citado, se había desviado en cierta forma de “este caso racional contra la eutanasia”. Como afirma Rebecca Dresser, varias discrepancias habían surgido entre la familia, es decir entre los Schindler, padres de Terri, y el marido. Una era sobre si Terri Schiavo estaba realmente en estado vegetativo persistente. Otra sobre la prognosis de Terri.<sup>85</sup> Es por ello que algunos autores dieron una notable importancia a la autopsia de Schiavo, discutiendo sobre la verdadera situación de su cerebro. Debemos insistir en que esa no es la cuestión fundamental, pues “el caso racional sobre la eutanasia” se centra en la vida del sujeto humano, definible como tal vida, en la condición de soporte vital de la alimentación y en el objeto del acto de dejar de alimentar e hidratar al paciente y no en el estado de su cerebro. No comparto la trascendencia que autores, como Joseph J. Fins y D. Schiff, otorgan a la autopsia en otro artículo en el *Hastings Center Report*.<sup>86</sup>

<sup>84</sup> McCarthy, A. C., “Death by Court Order”, *National Review*, 25 de abril de 2005, p. 44.

<sup>85</sup> Dresser, Rebecca, “Schiavo: A Hard Case Makes Questionable Law”, *Hastings Center Report*, vol. 34, núm. 3, mayo-junio de 2004, p. 8.

<sup>86</sup> Finnis, J. y Schiff, N. D., “The Afterlife of Terri Schiavo”, *The Hastings Center Report*, vol. 35, núm. 4, julio-agosto de 2005.



Por supuesto, los parientes estaban divididos también sobre el tipo de tratamiento que hubiese aceptado Terri, aunque como veremos, esto no sirvió para que se siguiese una elemental presunción provida que, sin embargo, los tribunales sí habían seguido en otros casos.

Las discrepancias, con toda probabilidad no de los parientes sino de los asesores e intervinientes en el debate, también se extendían a aspectos éticos, tales como si la vida de Terri “merecía la pena” o “tenía algún valor”, y a cuestiones técnicas sobre el estatuto de la alimentación por tubo, si era una intervención médica sustancialmente distinta de la alimentación ordinaria o no.<sup>87</sup>

Sea como fuere, el caso abrió un debate donde se corre el riesgo de pensar que la posición inconsistente de dejar morir de inanición se encontraría en un justo término medio entre la eutanasia por acción y la “vuelta atrás sobre el rechazo de tratamientos”. En cierta medida, el nerviosismo apreciado en el ensañamiento de una parte de la opinión contra los Schindler se explica por el temor a que se pudiese en cuestión la deriva seguida desde Cruzan, criticada con mucho sentido por autores como Gormally.

La inconsistencia de la posición alcanzada es explicada con rigor por Rebecca Dresser, aunque no comparto algunas de sus conclusiones. La autora parte de la base de que la “campaña a favor de los testamentos vitales” no va a tener posiblemente éxito, tal como ha sucedido sistemáticamente desde la aparición de cada caso controvertido. No parece entonces que se pueda confiar en que casos semejantes se eviten con el testamento vital.<sup>88</sup>

Menos convincente resulta el recurso al *substituted judgment* por parte del tribunal. En efecto, los tribunales entendieron que las afirmaciones previas llevaban claramente a la conclusión de que la paciente hubiese rechazado el tratamiento. Dresser concede que esto no está nada claro, y que no se podría saber lo que hubiera dicho de estar lúcida durante un intervalo. En efecto, toda una serie de casos muestran cómo los tribunales no consideraron válidos, indicios tan poco convincentes como los de caso Schiavo. Así en O’Connors, en la Corte Suprema de New York; en Wisconsin, en Edna M. F.; en Mi-

<sup>87</sup> Dresser, Rebecca, “Schiavo: A Hard Case...”, *cit.*, p. 9.

<sup>88</sup> Dresser, Rebecca, “Schiavo’s Legacy: The Need for an Objective Standard”, *The Hastings Center Report*, mayo-junio de 2005, p. 20.

chigan y California, en *Re Martin y Wendland*. Es por ello que algunos teóricos buscaron realizar una vuelta hacia estándares objetivos, es decir, hacia un consenso social sobre la perspectiva de una persona razonable y de lo que hubiese elegido en un caso similar.<sup>89</sup> Así se prevé que se superen los “problemas” a la aplicación del medio de la hidratación.

Por el contrario, Quill se manifiesta partidario, en el artículo que venimos citando, de olvidarse de intereses especiales y de atender a las voces de los pacientes y de los familiares (ciertamente discordantes añadiríamos nosotros). Esas voces serían las que contasen más, y en el caso de Terri Schiavo habrían sido ahogadas por un debate público interesado.<sup>90</sup>

Es de destacar que en anteriores resoluciones, y en el caso similar de enfrentamientos entre familiares, respecto a la aplicación de medios como la alimentación-hidratación, los tribunales con estatutos similares a los de Florida habían tomado una actitud diametralmente opuesta al caso Schiavo, aplicando un sistema de *in dubio pro vita* muy prudente y muy característico.

Así California, en el caso *Wedland*. Robert *Wedland* fue un hombre que tras perder el control de una camioneta quedó en coma en 1993. Ciertamente recuperó la conciencia en ciertos momentos, aunque se dudó que tuviese algún nivel de competencia. Tanto su mujer, como sus hermanos instaron la no reinscripción del tubo de alimentación cuando éste quedó inservible. Por el contrario, su madre pleiteó contra esta decisión, y mientras la Corte deliberaba *Wedland* murió de una neumonía. Aun así, la Corte Suprema de California resolvió de forma unánime que la alimentación no debía haberse retirado, dando la razón a la madre, en cuanto no existía la clara y convincente evidencia que la ley de California exigía para este tipo de acciones. Es más, también resolvió que no se había probado que la retirada del tratamiento (de haberse llevado a cabo) hubiese redundado en el mejor interés del paciente.

No puede sorprender que algunos autores critiquen la decisión de California con base en que, en muchos casos, la norma de clara y

<sup>89</sup> *Idem*.

<sup>90</sup> Quill, T. E., “Terri Schiavo – a Tragedy Compounded”, *NEJM*, vol. 352, núm. 16, 21 de abril de 2005, p. 1633.

convinciente evidencia puede ser impracticable.<sup>91</sup> Es más, atribuyen a la Corte el defecto de que no considera la condición de aquellas personas que deseando que se les retire el tratamiento no pueden expresarlo, mientras que, por el contrario, teme la Corte que se deje morir de inanición a pacientes que no pueden expresar su voluntad de ser alimentados. Si se observa, de nuevo nos encontramos con un patrón en la doctrina, presente en las revistas médicas que, aún basando jurídicamente su postura en la autonomía (rechazo al tratamiento), se limitan a exponer su criterio médico de que los pacientes deberían haber rechazado ese tratamiento o que, más específicamente, éste no se les debería haber suministrado.<sup>92</sup>

Conviene recordar, pues tiene su trascendencia en el caso Schiavo y en los recursos de sus padres, de que el diagnóstico sobre el estado vegetativo se presta a numerosos errores. Es lo que afirma el documento de la Academia Pontificia para la Vida que hemos citado:

El diagnóstico de estado vegetativo persistente permanece hasta el momento eminentemente clínico y requiere una atenta y prolongada observación, realizada por personal especializado y experto, mediante el uso de instrumentos de valoración aptos para este tipo de pacientes, en una ambiente adecuadamente controlado. En efecto, en lo escrito sobre esta materia quedan documentados errores de diagnóstico en un porcentaje de casos bastante alto.<sup>93</sup>

Es más, para la misma Academia Pontificia para la Vida: “actualmente, ningún método determinado de investigación puede permitir predecir, en un caso concreto, cuál de los pacientes en estado vegetativo se recuperará y cuál no podrá lograrlo”.<sup>94</sup>

Ahora bien, este juicio objetivado rompe totalmente con la perspectiva subjetiva y con el fundamento en el rechazo del tratamiento. Pasamos de una presunción de voluntad a un juicio de idoneidad,

<sup>91</sup> Bernard, L. O. *et al.*, “The Wedland Case – Withdrawing Life Support from Incompetent Patients who are not Terminally Ill”, *NEJM*, vol. 346, núm. 19, 9 de mayo de 2002, p. 1490.

<sup>92</sup> *Ibidem*, p. 1492.

<sup>93</sup> Academia Pontificia para la Vida. Federación Mundial de Asociaciones de Médicos Católicos, *op. cit.*, p. 242.

<sup>94</sup> *Idem*.

evidentemente el problema vuelve a situarse donde estaba, es decir, en la naturaleza de ciertos actos de retirada de medios que son de soporte vital y que son realizados con el propósito de poner fin a la vida. La máscara de la autonomía cede para reabrir el debate sobre la *lex artis* respecto a los tratamientos desproporcionados o fútiles y aquellos que son siempre debidos en relación con la dignidad. Los casos recientes en la jurisprudencia y la reacción del legislador en diversos países prueban que la cuestión sigue muy abierta.<sup>95</sup>

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA-FEDERACIÓN MUNDIAL DE ASOCIACIONES DE MÉDICOS CATÓLICOS, “Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVII, núm. 60, 2006.
- ANGELL, M., “After Quinlan: The Dilemma of the Persistent Vegetative State”, *NEJM*, vol. 330, núm. 21, 26 de mayo de 1994.
- ANNAS, G. J., “Culture of Life Politics at the Bedside-The Case of Terri Schiavo”, *NEJM*, vol. 352, núm.16, 21 de abril de 2005.
- , “Asking the Courts to Set the Standard of Emergency Care – the Case of Baby K”, *NEJM*, vol. 330, núm. 21, 26 de mayo de 1994.
- , “The Insane Root takes Reason Prisoner”, *Hastings Center Report*, vol. 19, núm. 1, enero-febrero de 1989.
- , “Nancy Cruzan in China”, *The Hastings Center Report*, vol. 20, núm. 5, 1990.
- , “The Bell Tolls for a Constitutional Right to Physician-Assisted Suicide”, *NEJM*, vol. 337, núm. 15, 9 de octubre de 1997.
- BERNARD, L. O. *et al.*, “The Wedland Case – Withdrawing Life Support from Incompetent Patients who are not Terminally Ill”, *NEJM*, vol. 346, núm. 19, 9 de mayo de 2002.

<sup>95</sup> Por afectar a un mayor número de personas la cuestión respecto al final de la vida, actualmente se centra en la sedación terminal. Este, sin embargo, es otro tema que, como hemos visto, sólo tangencialmente ha sido tratado por la jurisprudencia. Gándara, A., *op. cit.*, p. 30.

- BOOP, J., "Choosing Death for Nancy Cruzan", *Hastings Center Report*, enero-febrero de 1990.
- BOYLE, J. *et al.*, "Reflections on Artificial Nutrition and Hydration Colloquium of the Canadian Catholic Bioethics Institute", *Cuadernos de Bioética*, vol. XVIII, núm. 1, 2007.
- CASSELL, E. J., "The Schiavo Case: A Medical Perspective", *The Hastings Center Report*, vol. 35, núm. 3, mayo-junio de 2005.
- CHARO, R. A., "The Partial Death of Abortion Rights", *NEJM*, vol. 356, núm. 21, 24 de mayo de 2007.
- DRAZEN, J. M., "Government in Medicine", *NEJM*, vol. 356, núm. 21, 24 de mayo de 2007.
- DRESSER, Rebecca, "Schiavo: A Hard Case Makes Questionable Law", *Hastings Center Report*, vol. 34, núm. 3, mayo-junio de 2004.
- , "Schiavo's Legacy: The Need for an Objective Standard", *The Hastings Center Report*, mayo-junio de 2005.
- DWORKIN, R., "The Right to Death", *New York Review of Books*, 4 de enero de 1991.
- DYER, C., "Law Lords Rule that Tony Bland does not Create Precedent", *BMJ*, vol. 306, 13 de febrero de 1993.
- ELLMANN, I. M., "Can others Exercise an Incapacitated Patient's Right to Die?", *Hastings Center Report*, enero-febrero de 1990.
- FERGUSON, P. R., "Causing Death or Allowing to Die? Developments in the Law", *Journal of Medical Ethics*, vol. 23, 1997.
- FINNIS, J., "The 'Value of Human Life' and 'The Right to Death: Some Reflections on Cruzan and Ronald Dworkin'", *Southern Illinois Law Journal*, vol. 17, núm. III, ULJC, 1992-1993.
- , "Respuesta a la primera réplica de John Harris", en Keown, J. (comp.), *La eutanasia examinada*, México, FCE, 2004.
- FINNIS, J. y SCHIFF, N. D., "The Afterlife of Terri Schiavo", *The Hastings Center Report*, vol. 35, núm. 4, julio-agosto de 2005.
- GÁNDARA, A., "Sedación paliativa y en la agonía", *Diario Médico*, 30 de junio de 2010.
- GORMALLY, L., "Walton, Davies, Boyd y la legalización de la eutanasia", en Keown, J. (comp.), *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, México, FCE, 2004.
- GREENE, M. F., "The Intimidation of American Physicians – Banning Partial-Birth Abortion", *NEJM*, vol. 356, núm. 21, 24 de mayo de 2007.

- HARRIS, John, "Consent and End of Life Decisions", *JME*, vol. 29, 2003.
- HENDIN, H., *Seducidos por la muerte*, Madrid, Planeta, 2009.
- JENNETT, B., "Letting Vegetative Patients Die", *British Medical Journal*, vol. 305, 1992.
- JUAN PABLO II, "Alocución a los intervinientes en el Congreso Internacional sobre Tratamientos de Mantenimiento Vital y Estado Vegetativo: Avances Científicos y Dilemas Éticos [20 de marzo de 2004]", *Cuadernos de Bioética*, vol. XVII, núm. 60, 2006.
- KASS, L. R., *Life, Liberty and the Defense of Human Dignity*, San Francisco, Encounter Books, 2002.
- KASSIRER, J. P., "Practicing Medicine without a License — the New Intrusions by Congress", *NEJM*, vol. 336, núm. 24, 12 de junio de 1997.
- KEOWN, J., *Euthanasia, Ethics and Public Policy: an Argument against Legalisation*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
- MACINTYRE, A., *Animales racionales y dependientes*, Barcelona, Paidós, 2001.
- MCCARTHY, A. C., "Death by Court Order", *National Review*, 25 de abril de 2005.
- ORANSKY, I., "Feeding Tube Right-to-Die Case Rocks Florida", *The Lancet*, vol. 362, 10. de noviembre de 2003.
- PONNURU, R., "Reason to Live. The Rational Case against Euthanasia", *National Review*, 25 de abril de 2005.
- QUILL, T. E., "Terri Schiavo — a Tragedy Compounded", *NEJM*, vol. 352, núm. 16, 21 de abril de 2005.
- RODRÍGUEZ LUÑO, A., "Eluana Englaro II. La legge sul testamento biológico", 2 de marzo de 2009, *www.eticaepolitica.net*.
- ROUSSEAU, P., "Terminal Sedation in the Care of Dying Patients", *Archives of Internal Medicine*, vol. 156, núm. 17, 1996.
- SERRANO, J. M., *La Eutanasia*, Madrid, Eiunsa, 2007.
- SPAEMANN, R., "¿Matar o dejar morir?", *Cuadernos de Bioética*, vol. XVIII, núm. 1, 2007.
- STITH, R., "La vida considerada como cosa: un error norteamericano fundamental", *Cuadernos de Bioética*, vol. XVI, núm. 56, 2005.
- WOLF, S., "Nancy Cruzan: in no Voice at All", *Hastings Center Report*, vol. 20, núm. 1, enero-febrero de 1990.