

## ASPECTOS ETICOS DE LA EUTANASIA

EDUARDO RIVERA LÓPEZ

Mi propósito en este trabajo es analizar un conjunto tradicional de distinciones y argumentos en torno del problema de la aceptabilidad ética de la eutanasia. La problemática moral de la eutanasia posee, en mi opinión, diversos aspectos que, aunque están relacionados, no deberían ser confundidos. En primer lugar, tiene un aspecto ético que podríamos llamar "puro". Se trata de evaluar la corrección o incorrección moral de practicar actos de eutanasia de diferentes tipos en diferentes circunstancias generales. En segundo lugar, existe un aspecto moral de aplicación o casuístico, que consiste en evaluar, ante un caso concreto dado, y en posesión de suficiente información acerca del mismo, si se justifica o no la eutanasia, o qué tipo de eutanasia se podría justificar. En tercer lugar, tiene un aspecto que podríamos denominar "ético-jurídico", es decir, el que intenta determinar qué legislación acerca de la eutanasia se justifica moralmente. La relación entre estos tres aspectos es compleja (no es posible, a mi juicio, "derivar" conclusiones acerca del segundo y/o del tercer aspecto a partir del primero). No intentaré aquí establecerla. Mi discusión se centrará exclusivamente en el primer aspecto y, por lo tanto, no haré, en general, referencias a problemas de aplicación a casos o de legislación.

### I. Definición

Uno de los problemas que enfrenta la discusión sería en torno de la eutanasia es la falta de acuerdo terminológico. Este desacuerdo conduce a que prácticas que para algunos son eutanásicas para otros no lo sean, o lo sean de un tipo diferente. Creo que no puede avanzarse sustantivamente en el tema sin precisar los conceptos. Por ello, a riesgo de exponer distinciones y definiciones que puedan parecer triviales o muy conocidas, me voy a detener con algún detalle en la cuestión de la definición y de los tipos de eutanasia.

Debería comenzar por una definición genérica de eutanasia. Creo que la mejor estrategia, para obtener la mayor claridad conceptual en torno del problema, es adoptar una definición lo más amplia posible de eutanasia, y luego distinguir diferentes tipos de eutanasia (algunos de los cuales pueden ser defendibles y otros no).

La definición que propongo es la siguiente: *es una conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible,*

*y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para él, todas las cosas consideradas.*

Aclaremos los términos centrales de esta definición:

1. Por “conducta” se debe entender una acción o una omisión (o conjunto de acciones u omisiones).

2. La conducta es llevada a cabo por el agente de salud (típicamente, un médico) y no por el paciente mismo (lo cual sería un caso de suicidio, eventualmente asistido).

3. Que una conducta tiene algún hecho como “consecuencia previsible” no implica que exista la intención, en un sentido fuerte, de producir ese hecho (en el sentido de que se *busque* la muerte del paciente). La muerte puede ser un efecto “no deseado”, o no buscado intencionalmente, siempre que sea previsible.

4. Que la muerte es una consecuencia causal significa que, en las circunstancias del contexto, la conducta es una condición necesaria para que ocurra la muerte. De modo que la conducta eutanásica previsiblemente *acelera* la muerte, en el sentido de que, si no se realizara dicha conducta, la muerte se produciría previsiblemente en algún momento posterior.

5. Que el paciente se encuentre “grave e irreversiblemente enfermo” no significa necesariamente que su muerte sea inminente. Aquellos casos en los que una enfermedad grave produzca un sufrimiento o pérdida de contacto con la realidad suficiente como para que la muerte no sea considerada un daño, entrarían como candidatos para prácticas eutanásicas.<sup>1</sup>

6. Que la muerte no es un mal para el paciente constituye la justificación de la conducta, pero se trata de una justificación que, en algunos casos, puede ser parcial. Esto se comprueba por lo siguiente. Que la muerte no es un mal o un daño para alguien puede implicar dos cosas bastante diferentes: que sea un verdadero beneficio o que sea para el paciente indiferente, ni un daño, ni un beneficio (cosa que podría pensarse que se da, por ejemplo, en casos de inconsciencia permanente). En el primer caso, el hecho de que la muerte sea un beneficio (siempre todas las cosas consideradas) constituye la *única* justificación de la eutanasia. En cambio, en los casos en que la muerte no es ni un beneficio ni un daño, no puede ser la única justificación que la muerte no sea

<sup>1</sup> El caso típico de enfermedad grave y progresiva, pero que no produce la muerte de modo inmediato es el mal de Alzheimer. En torno de esta enfermedad, y en conexión con la eutanasia y el suicidio asistido, se ha desarrollado una extensa discusión en los Estados Unidos. Para dos visiones diferentes del problema, véanse Dworkin 1993, cap. 8 y Post 1995, cap. 8. En el caso de pérdida de contacto con la realidad o pérdida definitiva de la conciencia, estoy pensando en enfermos en el llamado “estado vegetativo persistente” (aunque no “muertos” cerebrales). Sobre dos de los más famosos casos de eutanasia (pasiva) dados en los Estados Unidos, el de Karen Quinlan y Nancy Cruzan, véase Singer 1995, pp. 60-62 y 70-72, y Steinbock/Norcross 1994, pp. 28-34 y caps. 1 y 2.

un daño, dado que, en todo caso, sería indiferente. Lo que inclina la balanza en favor o en contra de realizar el acto de eutanasia tiene que ser alguna consideración relativa a otros individuos; por ejemplo, consideraciones referidas a los familiares o a cuestiones de distribución de recursos (que podrían ser asignados a otros enfermos). Por lo demás, decir que el hecho de que la muerte no represente un daño es la justificación de la conducta no quiere decir (necesariamente) que sea la *razón* de llevar a cabo la conducta. Esto último implicaría que se causa la muerte *para* evitar un daño en el paciente. Como lo indiqué en el ítem 3, esto no es necesario. Puede ocurrir que la muerte sea meramente previsible, aunque no buscada. En este caso, el hecho de que la muerte no sea un daño (siempre todas las cosas consideradas) es lo que justifica que pueda causársela, sólo en el sentido de que, si fuera un daño, la conducta eutanásica no se podría justificar (sea cual fuere la razón por la que se la realice, por ejemplo, aliviar el dolor).

7. La muerte no es un mal o un daño *todas las cosas consideradas*: esto significa que no lo es, tomando en consideración todas las notas relevantes de la situación. Esta aclaración es muy importante y se explica del siguiente modo. Muchas conductas pueden considerarse dañinas, si se las observa aisladamente. Por ejemplo, cortarle la pierna a alguien, representa, obviamente, un daño para esa persona. Pero “todas las cosas consideradas”, esa acción puede ser un beneficio, por ejemplo, en el caso en que cortarle la pierna gangrenosa sea el único medio para evitar la muerte de una persona. Es una ponderación de las diferentes consecuencias de una conducta lo que hace que, todas las cosas consideradas, represente un daño o no (por ejemplo, que es preferible vivir sin una pierna a morir).

La definición adoptada es muy abarcativa y, por lo tanto, muy débil. Muchos de los que rechazan ser partidarios de la eutanasia quedarán atrapados por ella. Pero esto no debería inquietar. No se debe temer a las definiciones o a los rótulos. Lo importante es, únicamente, saber de qué estamos hablando y qué prácticas concretas estamos dispuestos a aceptar moralmente y cuáles no.

Para entender cabalmente la definición adoptada, puede ser útil contrastar la posición que acepta *algún* tipo de eutanasia con aquella que rechaza *todo* tipo de eutanasia. Una posición anti-eutanasia *in toto* diría que sólo está permitido realizar aquellas conductas por parte del agente de salud (médicos, enfermeros, etc.) que maximicen la expectativa de vida del paciente, independientemente de cualquier otra consideración. Esta posición es compatible con interrumpir un tratamiento (de cualquier tipo, extraordinario o no), sólo cuando no es previsible que el mismo contribuirá a la prolongación de la vida del paciente. En realidad, esta posición lo único que prohíbe es realizar conduc-

tas (es decir tratamientos) claramente superfluas (que no contribuyen a prolongar la vida del paciente); en otras palabras, prohíbe la mala práctica lisa y llana.

También puede ser útil para esclarecer la definición propuesta contrastarla con una práctica similar (pero que, de acuerdo con la definición, no sería eutanásica). Se trata del caso de conductas que causan previsiblemente la muerte, realizadas con una justificación referida solamente a la distribución de recursos. En este caso, si la muerte resulta un daño o no para el paciente no sería un impedimento infranqueable: si la muerte del paciente optimiza la distribución, por ejemplo, porque permite (con esos recursos) salvar varias vidas, podría sacrificarse esa vida. Una práctica de este tipo no entrará en la discusión dado que, como establece la definición propuesta, una condición necesaria para que se trate de una conducta eutanásica es que la muerte del paciente no sea un daño para él.<sup>2</sup>

## II. Tipos

Con esta definición bien amplia, podemos ahora distinguir diversos tipos de eutanasia. Siguiendo las líneas habituales, voy a utilizar tres criterios de clasificación:

1. El primero se refiere a la voluntariedad de la eutanasia por parte del paciente. Aquí se distinguen:
  - a. Eutanasia voluntaria: el paciente consiente en que se le practique eutanasia.
  - b. Eutanasia no voluntaria: el paciente no consiente porque no es competente para hacerlo (es un niño, está en estado inconsciente o de perturbación, etc.).
  - c. Eutanasia involuntaria: el paciente no consiente, o bien porque es consultado y rechaza, o bien porque, pudiéndosele consultar, no se le consulta.

La eutanasia involuntaria creo que no ha sido defendida por nadie, por lo cual podemos dejarla de lado, aunque es importante tenerla en cuenta para distinguirla de la no voluntaria. El contraste entre ambos tipos será de alguna utilidad en mi crítica a una de las posiciones importantes en relación al tema (la de Philippa Foot).

<sup>2</sup> Creo que es muy razonable no considerar este tipo de práctica, dado que difícilmente podría considerarse "eutanásica". Incluso etimológicamente, la noción de eutanasia incluye la idea de que morir no debe ser un mal (o incluso debe ser un bien) para el paciente.

2. El segundo criterio se refiere al tipo de conducta del médico. Aquí existen, creo, dos posibilidades de clasificación:
  - a. Hacer pasar la distinción por la diferencia entre acción y omisión:
    - (i) eutanasia activa. La conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente es una acción (dar determinada droga, desconectar determinado aparato).
    - (ii) eutanasia pasiva. La conducta es una omisión (no dar determinada droga o tratamiento, no conectar un aparato).
  - b. Adoptar un criterio más amplio, según el cual se considera que actuar es aplicar un tratamiento y no actuar es no aplicarlo o suspenderlo:
    - (i) eutanasia activa: la conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente consiste en dar una sustancia que provoca la muerte del paciente.
    - (ii) eutanasia pasiva: la conducta cuya consecuencia previsible es la muerte del paciente consiste en no aplicar o suspender un tratamiento (si se aplicara el tratamiento el paciente viviría más tiempo).

En esta segunda interpretación, la eutanasia pasiva puede involucrar también acciones (como desconectar aparatos, quitar sondas, etc.). Por otro lado, la eutanasia pasiva (en cualquiera de las dos interpretaciones) puede ser total o parcial, involucrando la no aplicación (o suspensión) de todo tratamiento tendiente a mantener al paciente con vida (incluyendo, por ejemplo, nutrición e hidratación), o parcial, incluyendo sólo la no aplicación (o suspensión) de ciertos tratamientos más sofisticados (aquellos que involucran, por ejemplo, medios "extraordinarios", o que causan malestar o sufrimiento en el paciente). Aunque mi argumentación no dependerá de la adopción de alguna de estas dos interpretaciones, creo que la más plausible para rescatar el sentido último de la distinción entre matar y permitir morir es la segunda.

3. El tercer criterio se refiere al modo en que la muerte del paciente es prevista por el médico. Podemos distinguir entre:
  - a. eutanasia directa: la muerte del paciente es un medio para lograr un fin valioso (generalmente, terminar con el dolor y el sufrimiento del paciente).
  - b. eutanasia indirecta: la muerte del paciente es *sólo* una consecuencia previsible pero no buscada. Se trata de un efecto cola-

teral de otro fin valioso (generalmente, aliviar el dolor y el sufrimiento).

Teniendo estas tres clasificaciones podemos hacer una especie de cuadro de posiciones posibles, desde la más débil hasta la más fuerte:

1. *Eutanasia voluntaria, pasiva, indirecta*: Es el caso en que el paciente consiente en que no se realicen determinadas acciones (rechazar tratamiento), y esto se realiza, por ejemplo, para no hacer sufrir al paciente con dicho tratamiento (porque el tratamiento es, en sí mismo, doloroso o produce algún tipo de sufrimiento). Esta conducta de interrumpir el tratamiento tiene, sin embargo, como consecuencia previsible que el paciente vivirá menos tiempo que el que viviría si el tratamiento se llevara a cabo. Esta combinación requiere que la eutanasia pasiva sea parcial, dado que, si fuera total (si incluyera el quite de todo soporte vital, como nutrición e hidratación) sería muy difícil justificar que la intención directa no es la muerte del paciente. Este tipo de eutanasia (obviamente, sin el rótulo de eutanasia) es aceptado por la Iglesia Católica, así como, por ejemplo, por la American Medical Association (A.M.A.).<sup>3</sup>

2. *Eutanasia voluntaria, activa, indirecta*: En este caso, el paciente consiente en que se le practique algún tratamiento o droga, con la intención, por ejemplo, de aliviar el dolor, aun previendo que un efecto colateral previsible es la muerte del paciente (anterior a la que se daría de no administrar la droga). Este tipo de eutanasia (siempre sin el nombre de eutanasia) ha sido explícitamente aceptada por la Iglesia Católica.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Lo que yo llamo eutanasia pasiva indirecta se corresponde con el retiro de los llamados "medios extraordinarios". En primer lugar, es pasiva, en el sentido de que se suspenden tratamientos (o no se aplican); en segundo lugar, es indirecta, porque el fin de retirar esos tratamientos extraordinarios no es la muerte del paciente, sino su alivio. Pero se trata de un tipo de eutanasia porque, al retirar esos medios extraordinarios, la muerte del paciente se produce previsiblemente antes de lo que ocurriría si se aplicaran. Si se suspendieran tanto los medios extraordinarios como los ordinarios, entonces la eutanasia sería, obviamente, directa, dado que no cabrían dudas de que la intención es que el paciente muera. Respecto de la Iglesia Católica, véase la declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe de 1980: "es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (desproporcionados), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos". Es el médico quien debe ponderar "si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimiento y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos" (citado en Gafo 1990, p. 118). Con respecto a la A.M.A., véase la declaración de 1973: "El cese del empleo de medios extraordinarios tendientes a prolongar la vida del cuerpo cuando existe evidencia irrefutable de que la muerte biológica es inminente, es la decisión del paciente y/o de la familia inmediata" (citado en Sullivan 1994, p. 132).

<sup>4</sup> Dos fuentes son claras al respecto. En primer lugar, la declaración del Papa Pío XII de 1957: "si [...] la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte, el alivio de los dolores y, por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita" (citado en

3. *Eutanasia voluntaria, pasiva, directa*: Aquí el paciente consiente en que se interrumpa algún tratamiento, con la intención de acortar su vida. Parecería que este tipo sólo sería consistente si la eutanasia pasiva es total, dado que, si el propósito es directamente la muerte del paciente, no se entendería por qué interrumpir sólo algún tipo de tratamiento, manteniendo algún otro. Este tipo de eutanasia no es incompatible con prescribir, simultáneamente, calmantes o sedantes que alivien el sufrimiento final.

4. *Eutanasia voluntaria, activa, directa*: El paciente consiente en que se le administre alguna droga o veneno con la intención de terminar con su vida. La muerte, en este caso, es un medio para acabar con el sufrimiento del paciente.

Cada una de estas posiciones se puede dar sin el consentimiento del paciente (eutanasia no voluntaria, pasiva, indirecta; eutanasia no voluntaria, activa, indirecta; eutanasia no voluntaria, pasiva, directa; y eutanasia no voluntaria, activa, directa).

### III. Argumentos

Hasta aquí he realizado sólo discriminaciones conceptuales, sin pretender evaluar moralmente ningún tipo de eutanasia. Comencemos ahora con los argumentos.

Creo que la discusión en torno de la eutanasia puede consistir, al menos, en dos cosas. En primer lugar, en argumentar en favor o en contra de la eutanasia misma. En este sentido, uno puede argumentar, por ejemplo, en contra de realizar cualquier tipo de conducta (activa o pasiva), cuya consecuencia previsible sea el acortamiento de la vida del paciente, cualquiera sea el costo en términos, por ejemplo, de dolor, sufrimiento, etc. Esta sería una posición extrema en favor de la santidad de la vida, según la cual *toda* vida, en cualquier circunstancia y en cualquier estado, es valiosa en sí misma.

En segundo lugar, uno puede discutir, por así decir, *dentro* de la aceptación de alguno de los ocho tipos de eutanasia. La discusión consiste, entonces, en cuál de éstos es aceptable o rechazable. Yo voy a hacer esto segundo, es decir, voy a suponer que *al menos* el tipo de eutanasia más débil (volunta-

---

Gafo 1990, p. 116). Este criterio fue confirmado por la declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe de 1980, donde se aclara "en este caso, en efecto, está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo... simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina" (citado en mismo trabajo, p. 117).

ria, pasiva, indirecta) no es moralmente objetable. Lo haré porque creo que rechazar incluso este tipo de eutanasia es, ciertamente, bastante contraintuitivo y, como vimos, tanto la eutanasia pasiva indirecta como, incluso, la eutanasia activa indirecta (siempre voluntarias) ha sido aceptada por la Iglesia Católica, institución de la que no puede sospecharse que tenga una actitud permisiva al respecto. Con todo, éste no es un argumento, sino sólo una suposición de mi argumento, una premisa, sobre la que no daré razones.

La estrategia que aplicaré es la siguiente. En el párrafo siguiente (III.1), analizaré, con una estrategia argumentativa común, las distinciones activo-pasivo y directo-indirecto. Para ello, supondré en cada caso que los restantes parámetros se mantienen fijos o invariables. Mi tratamiento de la distinción voluntario-no voluntario será más superficial, tendiente, centralmente, a mostrar de qué modo las conclusiones alcanzadas respecto de las otras distinciones repercuten en ésta.

### **III.1 Activo-pasivo y directo-indirecto**

Analizaré, en primer lugar, la relevancia de las distinciones entre eutanasia activa y pasiva, y eutanasia directa e indirecta. Los argumentos que presentaré son similares, por lo cual merecerán una evaluación conjunta (en III.2).

#### **III.1.1 Activo-pasivo**

Tomemos, en primer lugar, la distinción activo-pasivo. Suponiendo que los otros dos parámetros (voluntariedad e intención) permanecen fijos, ¿cuál es la relevancia moral de esta distinción? Esta cuestión se ha debatido muchísimo dentro de la literatura filosófica bajo el problema más general acerca de la asimetría o simetría entre matar y dejar morir.<sup>5</sup> Ejemplo típico: que es moralmente más objetable, empujar a alguien al borde de un río lleno de pirañas o no arrojar una soga a alguien que se encuentra ya en él. Yo creo, sin embargo, que se ha sobrevalorado la incidencia del problema acerca de esta distinción (matar y dejar morir) sobre la cuestión de la eutanasia. Siguiendo un breve pero brillante artículo de Holly Smith Goldman, podemos desarrollar el siguiente argumento:<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Véase, por ej., Steinbock/Norcross 1994. Aplicado al caso específico de la eutanasia, véase la polémica entre Rachels y Sullivan en este libro.

<sup>6</sup> Resumen (si esto es posible, dada la brevedad del artículo) a Smith 1980.



1. Supongamos que aceptamos que matar a una persona es, en condiciones idénticas, moralmente peor que dejarla morir. Esto es discutible, sin duda, pero aceptemos, en pos del argumento, que esto es así.

2. ¿Por qué es así? La única razón inteligible es que se trata de un caso de un principio más amplio, a saber, que, siendo todo lo demás idéntico, es moralmente peor causar un daño por acción que permitir que ese mismo daño ocurra. Por ejemplo, es moralmente peor incendiarle la casa a alguien que observar cómo esa misma casa se incendia sin hacer nada para impedirlo. Matar a alguien es el daño más grande que uno le puede hacer, por lo tanto, el principio se aplica al caso de matar versus permitir que alguien muera.

3. Ahora bien, en el caso de la eutanasia, por definición, la muerte no es un daño, no es un mal, todas las cosas consideradas. Por el contrario (no necesariamente, pero sí, generalmente) se trata de un beneficio.

4. Si esto es así, entonces la asimetría no se produce, dado que no es moralmente peor beneficiar a alguien (o realizar una conducta indiferente para alguien) activamente que permitir que un beneficio (o un evento indiferente) ocurra. En el caso específico del beneficio, muy probablemente estaremos inclinados a pensar lo contrario: que es mejor beneficiar a alguien por acción que dejar que el beneficio ocurra.

5. Uno puede negar que la muerte, en el caso de un paciente terminal y con terribles sufrimientos, sea un beneficio o que no sea un daño. Pero en este caso, uno estará en contra *también* de la eutanasia pasiva. En todo caso, lo único que ocurrirá es que uno considerará la eutanasia activa *peor* que la pasiva, pero ambas moralmente criticables (del mismo modo que no arrojarle la soga a alguien que se está ahogando en un río con pirañas es moralmente muy objetable, aunque convengamos, en pos del argumento, que sea menos objetable que empujarlo al agua con pirañas).

6. Si, en cambio, uno acepta la eutanasia pasiva, es porque uno cree que, en ciertas situaciones, la muerte no es un daño, en comparación con seguir viviendo en las circunstancias dadas. Y si no es un daño, si no es un mal, entonces el provocar la muerte por acción no puede ser moralmente peor que permitir que ella ocurra.

### III.1.2 Directo-indirecto

Vayamos ahora a la distinción directo e indirecto. Aquí la discusión se plantea entre los defensores de la llamada “doctrina del doble efecto” y sus críticos. La doctrina del doble efecto permite, en algunas situaciones, llevar a cabo conductas cuyo efecto colateral es un daño que no estaría permitido si ese daño fuera el fin de la acción o un medio para otro fin. Aplicado al caso

de la eutanasia, el criterio permitiría dar calmantes en las dosis necesarias para anular el dolor, aun cuando una consecuencia previsible de esa conducta sea el aceleramiento de la muerte del paciente. Creo que también en este caso se puede construir una variante del argumento anterior, referido a la distinción activo-pasivo, y aplicarlo a la distinción directo-indirecto:

1. Si hemos aceptado la eutanasia indirecta (nótese, nuevamente, que hasta el Vaticano la acepta, aunque no la llame eutanasia), es porque consideramos que la muerte del paciente no es un mal, todas las cosas consideradas. Si fuera un mal, un daño, obviamente sería un caso de asesinato, aun cuando la intención directa no fuera matar. Por ejemplo, supongamos que yo mato a alguien para quitarle dinero (que utilizaré con fines benéficos). Es un caso de intención directa, porque matar es un medio para otro fin (obtener dinero). Ahora supongamos que yo mato a alguien que se me interpone en el camino de mi auto cuando voy a recoger el dinero (que utilizaré con el mismo fin). Mi intención no es matarlo; en realidad, me da lo mismo si muere o no. Si muere es un efecto colateral no deseado por mí. Uno puede discutir cuál caso es moralmente peor. Pero aun concediendo que el primero lo es (cosa, por lo demás, bastante dudosa), en ambos casos se trata de daños y, por tanto, de conductas moralmente reprochables.

2. Supongamos que la muerte fuera un daño, un mal para el paciente. En este caso, no estaría moralmente permitida ni siquiera la eutanasia indirecta. Por ejemplo: supongamos que un paciente se encuentra en un estado de mucho sufrimiento como consecuencia de un tratamiento. Pero es previsible que el tratamiento, en un determinado lapso, sea exitoso y el enfermo sane. En este caso, sería moralmente tan aberrante suspender el tratamiento para matarlo, como suspenderlo para aliviar su dolor con la consecuencia no deseada pero previsible de la muerte del mismo. O, en la versión activa, sería moralmente tan aberrante matar con un veneno al paciente para liberarlo de su sufrimiento como darle un calmante para aliviarle el dolor, que previsiblemente causa también su muerte.<sup>7</sup>

3. Insisto. Para que la eutanasia indirecta sea plausible, la muerte del paciente debe ser algo, si no beneficioso, al menos no dañino para el paciente. Y si esto es así, entonces la distinción entre directo-indirecto, al igual que la distinción activo-pasivo, se vuelve, en igualdad de circunstancias e igualdad de consecuencias, claramente irrelevante, dado que no es moralmente más objetable (sino más bien lo contrario) causar un beneficio de modo directo que causararlo como efecto previsible pero no deseado.

<sup>7</sup> Aun concediendo que lo primero sea más aberrante que lo segundo, seguiría siendo moralmente aberrante la eutanasia indirecta (sólo que un poco menos aberrante que la directa), cosa que no es lo que los defensores de la eutanasia indirecta sostienen.

### III.2 Evaluación de los argumentos

Para evaluar los dos argumentos presentados (el de H. Smith para el caso de la distinción activo-pasivo, y la ampliación que propongo de ese argumento para la distinción directo-indirecto), creo que debemos, en primer lugar, considerar y evaluar una crítica importante que ha realizado Philippa Foot al argumento de Smith. Esto nos llevará a considerar y, a su vez, criticar la posición de Foot.

La posición que sostiene Foot es la siguiente: en el caso de la eutanasia voluntaria, se justifica tanto la eutanasia activa como la pasiva (ella no trata el problema de la distinción directo-indirecto). En cambio, en el caso de la eutanasia no voluntaria, no se justifica la eutanasia activa, aunque sí, en algunos casos, la pasiva. La razón que presenta Foot es que los derechos negativos (de no interferencia) tienen un alcance mayor que los derechos positivos (de asistencia). Un paciente tiene un derecho sobre su propio cuerpo que es, en primer lugar, de carácter negativo. Utilizando la analogía con el derecho de propiedad, Foot argumenta que, si la voluntad del paciente es, explícitamente, la de terminar con su vida, no podría haber ninguna objeción moral (del mismo modo que está dentro de nuestro derecho destruir o hacer destruir un bien del que somos propietarios). Esto implica que la eutanasia voluntaria se justifica tanto en su modalidad pasiva como activa. Pero en el caso de la eutanasia no voluntaria la cuestión es diferente. La eutanasia activa no se justifica dado que no podemos, por caridad (es decir, por pensar que la muerte será un beneficio para el paciente), violar un derecho. Pero la eutanasia pasiva no siempre está excluida, dado que el derecho *positivo* del paciente a los servicios del médico puede tener límites. Una vez que ese límite se ha sobrepasado, el médico podría, por caridad, no continuar un tratamiento que no beneficia al paciente o que prolonga su sufrimiento.

El núcleo del argumento de Foot es, entonces, la distinción entre caridad y justicia. Podemos actuar por caridad siempre que no violemos los derechos (negativos): no podemos, por caridad, violar el derecho a la vida (sería el caso de la eutanasia activa no voluntaria), pero sí podemos interrumpir un tratamiento por caridad, dado que (salvo que hubiera un contrato especial entre médico y paciente que estipulara la obligación de continuar el servicio médico en toda circunstancia) no se viola ningún derecho. Un presupuesto básico de Foot es, como vimos, que el derecho negativo a la vida y su correlativo deber negativo de no matar tiene un alcance mayor que el derecho positivo a la asistencia y sus deberes positivos correlativos. Así, Foot dice: “todos tenemos el deber de no interferir [en la vida de un paciente], y algunos de nosotros podemos tener el deber de mantenerlo con vida” (Foot 1977, 65). Este mayor alcance del derecho de no interferencia significa, en primer lugar, que

la clase de individuos afectados por el deber correlativo es mayor (“*todos* tenemos el deber de no interferir”) que en el caso del derecho positivo (“*sólo algunos* podemos tener el deber de mantenerlo con vida”). Pero esto no es todo. Además del mayor alcance en cuanto al número de afectados, el alcance es mayor en otro sentido más importante: lo que la persona puede exigir, en el caso del derecho positivo, tiene un límite, más allá del cual no se corresponde con algún deber. El hecho de que alguien tenga un derecho a la asistencia por parte de determinadas personas, dice Foot, “no quiere decir que tenga derecho a todos y cada uno de los servicios que se requieran para salvarle o prolongarle la vida” (Foot 1977, 68). ¿Cuál es el límite de estos derechos, específicamente el de los pacientes con sus médicos? Aquí Foot apela a lo que “generalmente se hace, porque esto es lo que razonablemente esperaría un paciente” (Foot 1977, 69).

Una primera objeción al argumento de Foot podría ser la siguiente. Supongamos que es posible establecer un límite en la obligación del médico de asistir a un paciente (y, por tanto, en el correlativo derecho positivo del paciente). Una conducta del médico tendiente a prolongar la vida de un paciente podrá situarse por encima o por debajo de ese límite. Si se sitúa por debajo, tiene la obligación de realizarla, mientras que si se sitúa por encima, la conducta sería optativa. En los casos en que esa conducta optativa desde el punto de vista de la justicia fuera, además dañina para el paciente, entonces, diría Foot, se admite que el médico haga uso de su opción, beneficiando al paciente por caridad y, simultáneamente, sin violar ningún derecho. Ahora bien, ¿qué ocurre en el caso en que el paciente no sólo no otorga su consentimiento para un acto de eutanasia, sino que incluso expresa su deseo de continuar viviendo? En otras palabras, ¿qué ocurre con lo que hemos llamado (y Foot también llama) eutanasia *involuntaria*? Foot dice, al respecto: “Aun si es verdad que, como decimos, estaría ‘mejor muerto’, mientras él desee vivir no se justifica que lo matemos ni puede tampoco justificarse que le permitamos morir” (Foot 1977, 65). Sin embargo, y a pesar de estas palabras, Foot debería reconocer que, si la conducta del médico consistente en prolongar la vida del paciente se situara por encima del límite antes mencionado, entonces podría rehusarse a realizarla, aun cuando el paciente desee continuar viviendo. Esto significa que la posición de Foot no nos da elementos de juicio (al menos, relacionados con la justicia) para distinguir la eutanasia no voluntaria de la involuntaria. En *ambos casos*, la eutanasia no puede realizarse si nos encontramos por debajo del límite y sí puede si estamos por encima. Más aun: en realidad, Foot tendría que sostener que a un paciente que, para continuar viviendo, requiere conductas que están por encima del límite, podría dejárselo morir, aun cuando no fuera un candidato para un acto de eutanasia, es decir, aun cuando la muerte fuera un verdadero daño para él y él no quisiera morir. Ne-

garse a realizar acciones que van más allá del límite no infringiría ningún derecho y (si bien sería poco caritativo) no sería, por tanto, incompatible con la justicia.

Foot podría responder a estas objeciones diciendo que, cuando el paciente desea explícitamente continuar viviendo (a pesar de que, en opinión del médico, su vida ya no representa un beneficio), o bien cuando la vida del paciente es efectivamente un beneficio (y su muerte sería claramente un daño), las conductas del médico tendientes a salvar la vida del paciente no estarían, *por definición*, nunca más allá del límite, dado que se supone que es parte de la obligación del médico salvar la vida de las personas cuando ésta es un bien para ellas o cuando ellas consideran que lo es.

Con esta respuesta, la posición de Foot quedaría en los siguientes términos. El médico tiene un deber negativo de no matar, que es absoluto (no reconoce límites), y tiene, además, un deber positivo de asistencia que se extiende hasta un punto que se establece, o bien por el consentimiento explícito del paciente (si él quiere seguir viviendo, tendría derecho a asistencia para ello) o bien (en el caso de que no sea posible conocer la opinión del paciente) por lo que normalmente se considera razonable, es decir, el punto más allá del cual se supone que la vida ya no sería un beneficio para el paciente (y su muerte no sería un daño).

Aceptando entonces esta interpretación de la posición de Foot, ¿a qué queda reducido el desacuerdo con el argumento de Smith? En el caso de la eutanasia voluntaria y en el de la involuntaria, la posición de Foot es compatible con ese argumento (dado que en ambos casos se aceptan o se rechazan *ambos* tipos de eutanasia, activa y pasiva). El desacuerdo se reduciría al caso de la eutanasia no voluntaria, en el que, según Foot, se acepta la eutanasia pasiva pero no la activa, mientras que, para Smith, si se acepta una, debería aceptarse la otra. Ahora bien, si suponemos (como lo hace el argumento de Smith) que absolutamente todas las circunstancias, excepto el carácter activo o pasivo del acto, permanecen idénticas, es difícil, a mi juicio, entender la relevancia de la diferencia. Por ejemplo, debemos suponer que la previsibilidad de la muerte, el tiempo que el paciente tardaría en morir, la intención, etc., permanecen constantes. El *único* elemento que varía es el hecho “agencialmente relativo” de ser el médico el que provoca la muerte y no el curso natural de los acontecimientos. Para observar mejor esto, analicemos el ejemplo con el que Foot intenta ilustrar su posición. Dice Foot:

A ve a B beber alguna sustancia nociva y juzga que él, A, no tiene derecho a quitársela; sin embargo, cuando la botella comienza a rodar fuera del alcance de B, se niega a ponérsela nuevamente en sus manos. Seguramente hace bien en negarse, dado que, si bien B puede ser capaz de obtener otra botella, tal vez no lo

haga. Otras cosas son, o puede hacerse fácilmente igual, y, sin embargo, dado que un acto impermissible es peor que uno bueno, quitar activamente la botella es peor que permitir que ésta ruede fuera del alcance de B (Foot 1981, 160).

Este argumento funciona bien para el caso de la eutanasia involuntaria, pero ahora este tipo de eutanasia no nos preocupa, dado que he concluido que, respecto de la eutanasia voluntaria e involuntaria, las posiciones de Foot y Smith son compatibles. El caso relevante es el de la eutanasia *no* voluntaria. Para imaginarnos un caso de este tipo aplicado al ejemplo de Foot, deberíamos suponer que alguien está ingiriendo una sustancia nociva, pero no sabemos si desea o consiente en hacerlo. Podemos imaginar que B está inconsciente y se le está suministrando una sustancia nociva. En este caso, y aun cuando coincidiéramos en que, tal vez, B hubiera consentido en ingerir la sustancia (y hubiera rechazado que se la quitaran), sin embargo, no creo que viéramos una diferencia importante entre quitarle la botella de la boca y no volvérsela a poner cuando ésta se ha caído al suelo.

Del mismo modo, una vez que hemos aceptado que, para una determinada persona, la muerte no sería un daño o sería, incluso, un beneficio (uno puede cuestionar este supuesto, pero en ese caso, no aceptará *tampoco* la eutanasia pasiva), no parece haber una diferencia importante entre beneficiar a esa persona dejándola morir (análogo a no devolverle la botella que se ha caído) y provocar su muerte (análogo a quitarle la botella de la boca).

Una vez superada la crítica de Foot, creo que es necesario evaluar seriamente el *alcance* de los dos argumentos presentados en favor de la irrelevancia de las distinciones activo-pasivo y directo-indirecto.

Creo que es importante analizar con cuidado una cláusula central de ambas conclusiones: la comparación (activo-pasivo, directo-indirecto) se realiza “siendo todo lo demás igual”. Es decir, lo que estos argumentos muestran es que las distinciones activo-pasivo y directo-indirecto son, *ceteris paribus*, moralmente no relevantes.

Ahora bien, este supuesto puede ser, a su vez, puesto en consideración. Y cuando lo ponemos en consideración, descubrimos que, generalmente, “todo lo demás” *no es* igual. Creo que en este hecho reside gran parte del atractivo intuitivo que posee la eutanasia indirecta respecto de la directa, o la pasiva respecto de la activa: es muy difícil hacer “todo lo demás igual”. Veamos por qué.

Observemos, en primer lugar, el caso de la distinción directo-indirecto. El argumento presentado presupone, entre otras cosas, que la previsibilidad de la muerte, como efecto de la conducta, es igual en ambos casos. Ahora bien, es posible sostener que *generalmente* (aunque no necesariamente) la previsibilidad de un efecto colateral de un fin es menor que la de un medio: si

yo le inyecto a un paciente terminal un veneno (o, en la modalidad pasiva, le quito todo sostén, incluso la nutrición e hidratación), la probabilidad de que muera en breve es casi igual a 1. En cambio, si a un paciente terminal se le aplica una dosis muy fuerte de calmantes, suficiente para calmar sus dolores y aplacar su sufrimiento psicológico, parecería que la probabilidad de que eso provoque su muerte, al menos con la misma rapidez, no es tan alta como en el primer caso. Si éste fuera el caso (si la probabilidad fuera menor), entonces parece claramente preferible la eutanasia indirecta. Permítaseme explicar por qué. Si bien la definición inicial aclara que la eutanasia no debe considerarse un daño para el paciente, y en esto reside la fuerza de los argumentos presentados, debe recordarse que se trata de un no-daño, *todas las cosas consideradas*. Obviamente, tomada aisladamente, la muerte *es* un daño. Que no lo sea en una determinada situación depende de una ponderación en la que se compara el daño intrínseco que significa morir, con otros beneficios (por ejemplo, dejar de sufrir física y psicológicamente). Es como consecuencia de esta ponderación que la muerte, todas las cosas consideradas, no representa un daño. Pero si hubiera otro curso de acción que pudiera evitar (o posponer) el daño intrínseco que, aisladamente, representa la muerte, obteniendo, simultáneamente, los otros beneficios aludidos (ausencia de sufrimiento físico y psicológico), entonces sería (manteniendo todos los demás factores constantes) obviamente preferible. Aplicado al ejemplo: si podemos aplacar el sufrimiento sin provocar la muerte, o provocándola menos probablemente, evidentemente sería preferible hacerlo de este modo.<sup>8</sup> Pero en el caso hipotético en que la previsibilidad sea la misma, dado que no se trataría de un daño (todas las cosas consideradas), la distinción entre medio y efecto colateral, si el argumento presentado es correcto, ni siquiera entra en consideración.

En el caso de la distinción activo-pasivo, la cuestión es similar, pero sólo en la medida en que se trate de eutanasia pasiva indirecta (es decir, aquella en que se retiran sólo ciertos tratamientos, pero no el sostén básico y los calmantes).<sup>9</sup> Cuando se toma la decisión de retirar un tratamiento, la muerte del paciente es, normalmente, menos previsible (en el sentido de que la supervivencia es previsiblemente más larga) que si se le causa la muerte activamente con alguna droga o veneno. Por otro lado, cuando se trata de un tratamiento agresivo, el retiro produce en algunos casos un mejoramiento en la calidad de

<sup>8</sup> Un ejemplo claro de defensa de la eutanasia indirecta que, sin afirmarlo explícitamente, recurre a este tipo de consideraciones se puede encontrar en Niño 1994, pp. 107-110 y 115-116. Para apoyar este argumento, se recurre incluso a trabajos de especialistas en dolor que aseguran que, en casi todos los casos, el dolor neoplásico terminal es controlable exitosamente (específicamente sobre este punto, véase Madrid 1990).

<sup>9</sup> Descarto la eutanasia pasiva directa (que consiste en retirar *todos* los medios de supervivencia, incluyendo hidratación y nutrición), porque creo que, en este caso, la muerte es casi igualmente previsible que en el de la eutanasia activa directa.

vida del paciente. Nuevamente, si la eutanasia pasiva consigue aquello que se busca (mejorar la situación del paciente) sin necesidad de provocar la muerte (o provocándola con un grado de probabilidad menor), es obviamente preferible a la eutanasia activa.

Ahora bien, al dejar caer la cláusula *ceteris paribus*, y suponer que no todo es igual, no puede dejarse de lado la posibilidad de que las diferencias puedan dar mejores razones, no a favor de la modalidad pasiva (o de la indirecta), como argumenté hasta aquí, sino también a favor de la modalidad activa (o de la directa). Dos ejemplos pueden ilustrar esta posibilidad. Puede ocurrir que la interrupción del tratamiento (eutanasia pasiva) no mejore la situación del paciente, que sus dolores y/o su sufrimiento sea imposible de tratar exitosamente, etc. En este caso, la mayor brevedad de la modalidad activa puede funcionar como una razón *prima facie* en su favor (suponiendo que todos los demás factores permanecen constantes). También podemos imaginar que las drogas tendientes a calmar el dolor, pero que previsiblemente aceleran la muerte (eutanasia indirecta), sean ya inefectivas y, por lo tanto, nuevamente, la modalidad directa (en este caso, también activa) fuera preferible.

En resumen, lo que los argumentos presentados en la sección anterior muestran de manera, creo, convincente es que, si estamos dispuestos a aceptar la eutanasia pasiva y/o indirecta, no podemos excluir conceptualmente la posibilidad de aceptar casos de eutanasia activa/directa. Debemos estar abiertos a esta posibilidad. Ahora bien, en qué casos concretos es preferible la modalidad pasiva, indirecta, activa o directa es algo que depende de cuestiones contingentes. Es probable que, *generalmente*, sea preferible la eutanasia pasiva a la activa, o la indirecta a la directa, pero esta preferencia no es conceptual o intrínseca.<sup>10</sup>

### III.3 Voluntario-no voluntario

Hasta ahora no he hecho alusión al problema del consentimiento del paciente, salvo cuando expuse la posición de Foot. He supuesto que, para evaluar la relevancia de cada una de las distinciones, era necesario mantener el resto de las distinciones invariable. De modo que lo que hasta aquí he mostrado es que, si se acepta la eutanasia *voluntaria* pasiva, debe aceptarse la eutanasia *voluntaria* activa, y que si se acepta la eutanasia *no voluntaria* pasiva,

<sup>10</sup> Obviamente, probar que si se acepta la eutanasia pasiva (o la indirecta) debe aceptarse la activa (o la directa) no implica que al aceptar la justificabilidad de un acto de eutanasia pasiva (o indirecta) en un caso concreto, deba aceptarse la justificabilidad de un acto de eutanasia activa (o directa) *en ese mismo caso*. Lo único que prueba es que no puede excluirse esa posibilidad *a priori*.



debe aceptarse la eutanasia *no voluntaria* activa. Y lo mismo respecto de la distinción indirecto/directo.

Esto trae algunas consecuencias importantes respecto de la cuestión de la voluntariedad. Por ejemplo, pocos negarían (tal como he mostrado al comienzo) que la eutanasia voluntaria pasiva e indirecta es justificable. Si mis argumentos son correctos, no podríamos excluir la posibilidad de la eutanasia voluntaria activa y directa. Este resultado ya es bastante fuerte. Pero podríamos ir aun más lejos. La eutanasia no voluntaria pasiva (y, eventualmente, indirecta) también es aceptada por muchos: si un paciente terminal, por su estado, no puede expresar su deseo de continuar o no viviendo, creo que estaríamos dispuestos a aceptar que, en algún punto, se interrumpieran tratamientos que podrían prolongar su vida. Si aceptamos esto y, además, aceptamos los argumentos antes expuestos, entonces deberíamos aceptar también la justificabilidad moral de la eutanasia no voluntaria activa y directa. Puesto en un ejemplo (del tipo del caso Karen Quinlan<sup>11</sup>): si aceptamos que se justifica quitarle el respirador a una persona en estado vegetativo persistente desde hace ya bastante tiempo, previendo que de este modo la persona morirá, entonces, siendo todo lo demás igual, deberíamos encontrar justificable provocarle la muerte mediante alguna droga o veneno.

Parecería entonces que la cuestión del consentimiento puede ser resuelta de manera simple, sin un tratamiento específico o profundo. Sin embargo, esto no es así, al menos por dos razones.

Por un lado, los argumentos antes esgrimidos presuponen (definicionalmente) que la muerte no representa un daño para el paciente. Esta cláusula, aparentemente tan simple, puede ser, en muchos casos, muy difícil de establecer. Al respecto, el consentimiento del paciente puede constituir un elemento importante (aunque no único) para determinar si un acto de eutanasia constituye un daño o no. Debe notarse que, si los argumentos anteriores son válidos, esto vale *tanto* para las modalidades activas y directas *como* para las pasivas e indirectas. En este sentido, si aceptamos que el consentimiento es condición necesaria para justificar un acto eutanásico, entonces lo será también cuando se trate del retiro de tratamientos o aparatos (como un respirador), o de administrar drogas calmantes que aceleran la muerte.

Por otro lado, hemos admitido que en muchas ocasiones no se cumple la cláusula *ceteris paribus*, es decir, la conducta eutanásica pasiva (o la indirecta) no causa las mismas consecuencias que la activa (o que la directa); por ejemplo, cuando sabemos que la eutanasia directa causará una muerte mucho más rápida y probable que la eutanasia indirecta. En estos casos, sí podría sostenerse (a pesar del argumento presentado) que, por ejemplo, la eutanasia in-

<sup>11</sup> Para este caso, véase la referencia hecha en la nota 1.

directa no voluntaria se justifica pero no la eutanasia directa no voluntaria. Determinar en qué casos la voluntariedad sería exigible es una tarea muy compleja, dado que habría que tipificar cuáles son las diferencias más habituales entre las modalidades activa y pasiva, y directa e indirecta. Una vez hecha esta tipificación, podría, tal vez, determinarse en qué casos genéricos el consentimiento del paciente sería moralmente imprescindible y en qué casos no lo sería. Esto excedería los límites de este artículo.

## V. Conclusión

Quisiera concluir con algunas advertencias acerca del alcance de mis argumentos.

En primer lugar, el hecho de que no podamos excluir la posibilidad de que existan casos de eutanasia activa, directa y no voluntaria que se justifiquen moralmente no es suficiente para aceptar que tal práctica sea *jurídicamente* permitida. Es posible que existan argumentos éticos (por ejemplo, del tipo de “argumentos de la pendiente resbaladiza”) que justifiquen la prohibición legal de este tipo de eutanasia. La discusión acerca de hasta qué punto estos argumentos son o no convincentes está fuera del alcance de este trabajo. Aun así, debe notarse que, si bien las conclusiones a las que pueda arribarse en el plano estrictamente moral no dan razones concluyentes para adoptar determinadas posiciones en el plano jurídico, son elementos de juicio importantes. Por ejemplo, si hubiéramos concluido que la eutanasia activa es moralmente inaceptable en cualquier caso, parecería que estaría, de entrada, excluida la posibilidad de su legalización.

En segundo lugar, aun cuando los argumentos aquí presentados fueran argumentos contundentes, quedan muchas dificultades de carácter más concreto: en qué casos la muerte es o no un mal para el paciente, en qué casos se puede saber si el paciente está dando realmente su consentimiento, etc. Aunque creo que, respecto de estos problemas, la filosofía moral puede ayudar, creo que debe tenerse en cuenta que ellos no podrían ser resueltos (o su solución resultaría inútil), si no hemos tomado una posición respecto de los problemas más generales. Por ejemplo, no sirve de nada estar seguro de que la muerte de un paciente terminal es un beneficio para él, si no hemos resuelto qué es lo que moralmente podemos hacer o no hacer ante esta situación. Mi intención ha sido contribuir con un poco de claridad al tratamiento de estos problemas morales más abstractos.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Este trabajo ha sido parcialmente financiado mediante un subsidio de la Fundación Antorchas.

**BIBLIOGRAFIA**

- Dworkin, R. 1993. *Life's Dominion*, Nueva York, Alfred A. Knopf, Inc. (Trad. cast.: *El dominio de la vida*, Barcelona, Ariel, 1994.)
- Foot, Ph. 1977. "Euthanasia", *Philosophy & Public Affairs*, 6, Nº 2. (Trad. cast.: "Eutanasia", en Ph. Foot, *Las virtudes y los vicios*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, 1994, por la que cito.)
- Foot, Ph. 1981. "Killing, Letting Die, and Euthanasia: A Reply to Holly Smith Goldman", *Analysis*, 41, Nº 3.
- Gafo, J. 1990. "La eutanasia y la Iglesia Católica", en J. Gafo (comp.), *La eutanasia y el arte de morir*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
- Madrid, J. L. 1990. "Problemática del dolor en el enfermo canceroso", en J. Gafo (comp.), *La eutanasia y el arte de morir*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
- Niño, L. M. 1994. *Eutanasia. Morir con dignidad*, Buenos Aires, Editorial Universidad.
- Post, S. G. 1995. *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*. Baltimore y Londres, John Hopkins University Press.
- Singer, P. 1995. *Rethinking Life and Death*, Oxford, Oxford University Press.
- Smith Goldman, H. 1980. "Killing, Letting Die and Euthanasia", *Analysis* 40, 4.
- Steinbock, B. y Norcross, A. (comps.). 1994. *Killing and Letting Die. Second Edition*. Nueva York, Fordham University Press.
- Sullivan, T. 1994. "Active and Passive Euthanasia: An Impertinent Distinction?", en Steinbock y Norcross 1994.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA

EDUARDO RIVERA LÓPEZ  
postmast@filpol.filo.uba.ar

**ABSTRACT**

I analyze some traditional distinctions around euthanasia. In contrast to those who most discuss the justification of active versus passive, or direct versus indirect euthanasia, I claim, following and expanding a Holly Smith's argument, that the possibility of active and/or direct euthanasia cannot be morally excluded, once we have accepted passive and/or indirect euthanasia, even though we assume the asymmetry between ki-

ling and letting die, or between killing someone intentionally as a means and doing that as an undesired side-effect (the "doctrine of the double effect"). I evaluate then some objections and limits of the argument and make a shorter reference to the problem of voluntariness.