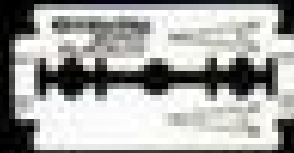


THOMAS
SZASZ
LIBERTAD
FATAL

ÉTICA Y POLÍTICA
DEL SOCIOLOGO



LIBERTAD FATAL

Thomas Szasz

Libertad fatal

Ética y política del suicidio

Título original: *Fatal Freedom*

Thomas Szasz, 1999

Traducción: Francisco Beltrán

Diseño de cubierta: Mario Eskenazi

Editor digital: Titivillus

ePub base r1.2

El suicidio es un hecho que forma parte de la naturaleza humana. A pesar de lo mucho que se ha dicho y hecho acerca de él en el pasado, cada uno debe enfrentarse a él desde el principio, y en cada época debe repensarlo.

Der Selbstmord ist ein Ereignis der menschlichen Natur, welches, mag auch darüber schon viel gesprochen und gehandelt sein als da will, doch einen jeden Menschen zur Teilnahme fordert, in jeder Zeitepoche wieder einmal verhandelt werden muss.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE^[1]

AGRADECIMIENTOS

Estoy profundamente agradecido a Peter Uva, bibliotecario del SUNY Health Science Center de Siracusa, por su ayuda y generosidad, año tras año, libro tras libro.

Alice Michtom me proporcionó útiles consejos y ayuda a través de sucesivas revisiones del manuscrito.

Robert Schneebeli y Roger Yanow leyeron el manuscrito entero, a veces varias versiones del mismo, y me ofrecieron valiosas sugerencias.

Leo Elliott, Arthur Floney, Charles Howard, David Levy y Jeffrey Schaler ayudaron con los borradores iniciales, enviaron documentación y sugirieron referencias.

Nancy Cummings me ayudó con la sección en la que se habla del suicidio por interrupción de la hemodiálisis.

Mi hermano George, mis hijas Susan Palmer y Margot Peters y mi yerno Steve Peters, cada uno a su modo, me ayudaron en la redacción de este libro, dándome su amor y apoyo.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos ellos y a muchos otros que no han sido citados y que han apoyado mi trabajo de diferentes maneras.

PREFACIO

[Cicerón] dejó escrito que siempre estudiaba los argumentos de sus adversarios con la misma intensidad que los suyos, si no mayor. Lo que Cicerón practicaba como el medio para el éxito legal debería ser imitado por todos aquellos que estudian una cuestión para poder llegar a la verdad. Aquel que sólo conoce su parte de una cuestión sabe muy poco de ella.

JOHN STUART MILL (1806-1873)^[2]

Más allá de la sencilla máxima de Goethe se encuentra una profunda verdad: la muerte voluntaria es una *elección* intrínseca a la existencia humana. Es nuestra última y definitiva libertad. Pero hoy los ciudadanos de a pie no ven así la muerte voluntaria: creen que nadie en su sano juicio se quita la vida, que el suicidio es un problema de salud mental. Tras esa creencia se encuentra una evasión explícita que consiste en apoyarse en los médicos para la prevención, prescripción y provisión del suicidio y así evitar el tema. Es una evasión letal para la libertad.

Recordemos que no hace mucho tiempo los ciudadanos de a pie creían que la masturbación, la homosexualidad, el sexo oral y otros «actos antinaturales» eran problemas médicos de cuya solución se encargaba la medicina. Nos llevó un tiempo sorprendentemente largo recuperar estas conductas de manos de los médicos y aceptarlas con comodidad, hablar de ellas con tranquilidad y distinguir claramente entre hechos y juicios de valor, entre descripción y denuncia. Uno de los objetivos que me propongo en este libro es contribuir a que aceptemos con comodidad el suicidio, que hablemos de él con tranquilidad y que distingamos claramente entre describir y condenar (o recomendar) la muerte voluntaria. Para conseguirlo debemos desmedicalizar y desestigmatizar la muerte voluntaria y aceptarla como un comportamiento que siempre ha formado y siempre formará parte de la condición humana. Querir morir o suicidarse es a veces digno de reproche, otras veces digno de elogio y otras ninguna de las dos cosas; pero nunca es una justificación adecuada para la coerción estatal.

Una mayor esperanza de vida, los avances de la tecnología médica y cambios radicales en la regulación del uso de drogas y en la economía de la salud han

transformado el modo en que morimos. Anteriormente, la mayor parte de la gente moría en casa; ahora, la mayor parte de la gente muere en un hospital. Anteriormente, los pacientes que no podían respirar o cuyos riñones, hígado o corazón dejaban de funcionar, morían; ahora pueden ser mantenidos con vida por máquinas, órganos trasplantados y drogas inmunosupresoras. Este desarrollo ha permitido que no sólo podamos elegir entre vivir o morir, sino también cuándo y cómo morir. Si delegamos la responsabilidad sobre estas opciones a los profesionales médicos estamos dando un paso de gigante hacia la pérdida de nuestros derechos elementales.

El nacimiento y la muerte son fenómenos únicos. A excepción del celibato o la infertilidad, la práctica del control de natalidad —es decir, la procreación voluntaria— es una decisión personal. A excepción de la muerte súbita o accidental, la práctica del control de la propia muerte —es decir, la muerte voluntaria— debiera ser también una decisión voluntaria^[3]. El Estado y la profesión médica ya no interfieren en el control de natalidad, y deben dejar de interferir en el control de la propia muerte. Tanto el control de natalidad como el de la propia muerte, así como su abstención, tienen importantes consecuencias para el individuo y para otras personas. El control de natalidad es importante para los jóvenes; el control de la propia muerte lo es para los ancianos. Los jóvenes caen frecuentemente en la trampa que supone no practicar el control de natalidad; los viejos se encuentran en idéntica situación por no practicar el control de la propia muerte.

Como individuos, podemos elegir entre morir activa o pasivamente, practicando el control de la propia muerte o muriendo por enfermedad o vejez. Como sociedad, podemos elegir entre dejar a la gente morir como ellos elijan u obligarles a morir en las condiciones que impone la ética dominante. Camus sostuvo que el suicidio es «el único problema filosófico realmente serio»^[4]. Sería más exacto decir que el suicidio es nuestro principal problema político y moral, y anterior a aquellos problemas relacionados como el derecho a rechazar un tratamiento o el derecho al suicidio asistido^[5].

Podemos aprobar un determinado comportamiento personal, o facilitarlo y recompensarlo; rechazarlo, impedirlo y penalizarlo; o aceptarlo, tolerarlo e ignorarlo. En el transcurso del tiempo, las actitudes sociales ante muchas conductas han cambiado: lo que anteriormente se juzgaba pecado puede haberse convertido en un crimen, una enfermedad, un estilo de vida, un derecho constitucional o incluso un tratamiento médico. El suicidio empezó como pecado, luego fue un

crimen, más tarde se convirtió en enfermedad mental y ahora algunos proponen calificarlo como «tratamiento», con tal de que la «cura» esté en manos de los médicos.

¿Es el suicidio un acto voluntario o el producto de una enfermedad mental? ¿Debería estar permitida a los médicos la prevención a la fuerza del suicidio? ¿Se les debería permitir la prescripción de una dosis letal de alguna droga con propósitos suicidas? ¿Deberían practicar la muerte por compasión? Cursos personales de vida identidades profesionales, industrias multimillonarias, doctrinas legales, procedimientos judiciales y la vida y la libertad de cada ciudadano dependen de la respuesta a estas preguntas. Responderlas no requiere conocimientos especializados de medicina o derecho. Sólo requiere la disposición a abrir los ojos y mirar la vida —y la muerte— de frente. Evadir este reto equivale a negar que somos tan responsables de nuestra muerte como de nuestra vida.

La persona que se quita la vida ve el suicidio como una *solución*. Si el observador lo ve como un *problema*, entonces está excluyendo la posibilidad de entender el suicidio, tal como excluiría la posibilidad de entender a un individuo que hablara japonés si asumiera que lo que está hablando es un inglés incoherente. Para la persona que se quita la vida o planea hacerlo, el suicidio es, por tanto, una acción. Los psiquiatras, sin embargo, sostienen que el suicidio es un suceso, el resultado de una enfermedad: del mismo modo que la arteriosclerosis coronaria causa el infarto de miocardio, la depresión clínica causa el suicidio. Contraria a este planteamiento, la visión del suicidio que se configura en estas páginas, como algo que no tiene nada que ver con enfermedades o con la medicina, corre el riesgo de ser desechada como un ejemplo de ignorancia algo parecido a asegurar que el cáncer no tiene nada que ver con la enfermedad o la medicina.

La evidencia de que el suicidio no es un tema médico está por doquier. Estamos orgullosos de que el suicidio ya no sea un crimen, pero el hecho es que aún no es legal. Si lo fuera, sería ilegal impedirlo por la fuerza y sería legal ayudar a alguien a suicidarse. Por el contrario, la prevención coercitiva del suicidio es considerada un tratamiento *a vida o muerte* y la asistencia al suicidio es (en muchas legislaciones) un delito. Defensores y opositores a políticas concernientes a cuestiones sociales problemáticas —como la esclavitud, la pornografía o el aborto— siempre han invocado alguna autoridad o credo sagrado como justificación de las políticas que defendían: anteriormente eran Dios, la Biblia o la Iglesia; actualmente, la Constitución, la Ley o la medicina. Es una táctica poco persuasiva: demasiadas políticas sociales deplorables han sido justificadas apelando a

sanciones religiosas, constitucionales o médicas.

Una de las cuestiones más problemáticas a las que nos enfrentamos en la actualidad es la de quién debe *controlar* cuándo y cómo morimos. El debate está en pleno apogeo, con los participantes invocando una vez más la autoridad de la Biblia, la Constitución y la medicina en favor de su programa particular. Es una táctica débil: aquellos que apoyan determinadas políticas sociales lo hacen porque creen que sus políticas son mejores que las de sus adversarios. Por tanto, debieran defender su posición basándose en sus propios principios morales en vez de tratar de desarmar a sus oponentes apelando a una autoridad sagrada.

Durante mucho tiempo, el suicidio fue una materia reservada a la Iglesia y a los curas. Ahora es un tema del Estado y de los médicos. En el futuro será una elección individual y no tendremos en cuenta lo que la Biblia, la Constitución o la medicina nos digan.

CAPÍTULO 1

Hablando del suicidio

Nuestro vocabulario automutilado

El que se quita la vida es un asesino, porque el mandamiento «No matarás» implica una prohibición general de matar seres humanos, «ni a ti mismo ni a los demás».

SAN AGUSTÍN (354-430)^[1]

Suicida: el que muere por propia mano; el que comete autohomicidio; acto de quitarse la vida; autohomicidio.

The Oxford English Dictionary (1971)

Suicidio: quitarse la vida voluntaria e intencionadamente.

Webster's Third New International Dictionary (1971)

Todo el mundo muere de algo: vejez, enfermedad, accidente, homicidio o suicidio. Aunque la mayoría de la gente es escrupulosa acerca de la muerte, casi todo el mundo acepta la muerte por vejez, enfermedad, accidente e incluso asesinato como justificable o «normal». El suicidio es otra cuestión: matarse uno mismo es generalmente visto con horror (y a veces con reverencia) y el hecho de

causar deliberadamente nuestra propia muerte es considerado algo diabólico, incomprensible, algo «anormal» sobre lo que es mejor no hablar ni pensar. Somos tan maniáticos acerca del suicidio que nos da miedo incluso leer sobre él. Según una encuesta de 1992, el setenta y uno por ciento de los norteamericanos quiere que las bibliotecas prohíban «los libros que describen cómo cometer suicidio»^[2].

Rechazando el autohomicidio como un mal *a priori* hemos mutilado nuestro lenguaje: para matar a otros tenemos un vocabulario rico y sutil; para matarnos sólo tenemos una palabra, que odiamos pronunciar. Difícilmente podemos permitirnos esta parálisis lingüística: pensar y hablar claramente acerca de las opciones vitales creadas por el nuevo entorno en que las personas mueren requiere expandir nuestro vocabulario para que podamos distinguir entre las diversas formas de muerte voluntaria y sus respectivos significados.

¿Es rehusar todo alimento —como hacen las personas en huelga de hambre o las diagnosticadas como anoréxicas— una forma de suicidio? ¿Es suicidio rechazar la hemodiálisis y otros tratamientos que permiten a un enfermo seguir viviendo? ¿Cuenta como suicidio la intervención —que llamamos «eutanasia voluntaria»— por la cual un médico mata a un paciente con el consentimiento de éste? Y si un médico mata a un paciente sin su consentimiento pero obrando en su interés —lo que llamamos simplemente «eutanasia»—, ¿cuenta como suicidio? ¿Es el suicidio legal? ¿Debiera ser legal? Si no, ¿cómo debiera castigarse? Si el suicidio es ilegal pero no debemos castigarlo, entonces, ¿por qué es ilegal? ¿Es el suicidio un derecho fundamental? ¿Debemos considerarlo como si fuera un derecho? No podremos enfrentarnos de una manera racional a estas cuestiones o a otras parecidas mientras sigamos confundiendo sistemáticamente hechos y juicios, descripciones y evaluaciones.

En realidad, usamos la palabra «suicidio» para expresar dos ideas bastante diferentes: por un lado, con ella *describimos* una manera de morir, es decir, quitarse la vida, voluntaria y deliberadamente; por otro lado, la utilizamos para condenar la acción, es decir, para calificar el suicidio de pecaminoso, criminal, irracional, injustificado... en una palabra, malo. Inseguros como estamos acerca del significado básico de la palabra «suicidio», no podemos hablar ni pensar claramente sobre cómo terminar con nuestra propia vida.

Matarse uno mismo o matar a otra persona puede ser moralmente correcto o incorrecto, o bien ninguna de las dos cosas, en función de las circunstancias y de los valores de la persona que juzgue el hecho. Para hablar y pensar claramente

sobre el suicidio debemos ponemos de acuerdo acerca de su significado básico. Aquí utilizaré la palabra «suicidio» para referirme a la acción de quitamos la vida de manera voluntaria y deliberada, ya sea matándonos directamente o rechazando un tratamiento que nos mantenga con vida; en otras palabras, considero suicidio cualquier conducta motivada por una preferencia de la muerte sobre la vida que tiene como consecuencia inmediata (quizá transcurridos unos días) el cese de la propia vida. El que consideremos el hecho como bueno o malo, racional o irracional, permitido o prohibido, tiene importancia, pero es otra cuestión.

Lenguaje y suicidio

Las personas percibimos la realidad a través del lenguaje: el mundo físico, a través del lenguaje matemático; el mundo humano, a través del lenguaje ordinario. Sabemos lo que pensamos oyendo nuestra propia voz interior. Inferimos lo que otros piensan escuchando lo que dicen. Empecemos por examinar brevemente las diferentes expresiones que la gente ha empleado para referirse al suicidio en el pasado y para referirse a él en la actualidad.

Del autoasesinato al suicidio

En la antigüedad la gente se mataba ahorcándose, ahogándose, dejando de comer, saltando a un precipicio, empleando su espada y, aunque parezca increíble, incluso asfixiándose al contener la respiración^[3]. En aquella época, la gente consideraba evidente que quitarle la vida a una persona —a uno mismo o a otro— era un acto deliberado y voluntario. Por tanto, los griegos y los romanos sólo poseían verbos para describir lo que llamamos «suicidio»^[4]. David Daube destaca convincentemente que el término «suicidio» surgió como un modo de evitar las referencias incriminatorias del término «asesinato»^[5]. La transformación conceptual y lingüística de la expresión «autoasesinato» en «morir por propia mano» fue el resultado del «progreso psicológico [de la sociedad] y de una técnica más depurada para acabar con uno mismo (es decir, el uso de la cicuta)»^[6].

El griego clásico carecía de una expresión genérica para la muerte voluntaria pero era rico en palabras que denominan actos específicos de autoasesinato. La expresión más extendida era *autocheir*, «actuar por propia mano», algo que implica elección, planificación y autodeterminación, precisamente las características que se busca eliminar con la moderna equiparación del suicidio a la enfermedad mental. Otros términos referidos al autoasesinato utilizaban diversos verbos, como «tomar posesión de la muerte», «atrapar la muerte», «romper con la vida» o «terminar la vida». El vocablo latino se apoyaba, generalmente, en el precedente griego. La palabra *mors*, permanecer solo, significaba morir involuntariamente, por ejemplo, como resultado de un accidente, una enfermedad o la vejez. Se cree que la expresión *mors voluntaria*, la más antigua que existe para la muerte voluntaria, fue inventada por el orador y estadista romano Cicerón (106-43 a. C.).

En tiempos de Shakespeare, la palabra «suicidio» no formaba parte aún de la lengua inglesa. Robert Burton, el autor de *Anatomía de la melancolía* (1652), no utilizó nunca la palabra «suicidio»; tampoco lo hizo John Milton ni en *El paraíso perdido* (1667) ni en *Sansón agonista* (1671)^[7]. Según el *Oxford Dictionary*, el término se empleó por primera vez en 1651; la definición dice: «Protegerse de [una] calamidad inevitable mediante el suicidio... no es un crimen»; una definición aún más importante, fechada en 1730, comienza así: «El suicida es responsable...». Hasta mediados del siglo XVII «los buenos escritores usaban la expresión *autohomicidio*, nunca la de *suicidio*»^[8]. En el siglo XIX, los escritores comenzaron a legitimar algunas clases de muerte voluntaria sustituyendo la palabra «suicidio» por expresiones tales como «muerte por elección», «autoliberación», «muerte por compasión» y «eutanasia».

La aparición del sustantivo «suicidio», al igual que el concepto «mente», es una invención occidental del siglo XVII^[9]. Ambos términos reflejan un importante cambio cultural: de percibir la muerte voluntaria como una acción de la cual la persona es responsable a percibirla como un suceso del que ya no lo es. Pero también hemos pasado de contemplar a las personas como poseedoras de alma y libre albedrío a verlas como poseedoras de «mentes» que pueden «desequilibrarse», impidiendo decisiones verdaderamente libres.

Mientras el autoasesinato fue considerado una acción, el lenguaje sólo dispuso de verbos para referirse a él. Ausente la palabra «suicidio», la gente consideraba al suicida un sujeto moral, responsable de su decisión. Por el contrario, ahora pensamos que el suicidio es un suceso o un resultado, lo atribuimos a una enfermedad mental y vemos al sujeto como una víctima («paciente»).

La transformación del alma en mente y del autoasesinato en suicidio señala el comienzo de una gran migración ideológica: muchas de las cuestiones propias de la religión pasarán a formar parte del campo de la medicina. Los pecados se convierten en enfermedades, y los comportamientos «reprobables» sustentados en motivos o razones pasan a ser conductas «de enfermos mentales», cuya *causa* (etiología) se puede determinar. Si bien atribuir el suicidio a una enfermedad mental excusa y, aparentemente, desestigmatiza el hecho como la consecuencia no deseada de la enfermedad, al mismo tiempo lo incrimina y estigmatiza de nuevo como una temida manifestación de la locura (hereditaria).

La percepción de la muerte voluntaria como un suceso no deseado, como si fuera una enfermedad, tiene dos consecuencias importantes. Una es que las personas que tratan de suicidarse pero fallan en su intento son sistemáticamente diagnosticadas como deprimidas y se les priva de su libertad internándolas en un hospital psiquiátrico. La otra es que la muerte de la persona que logra suicidarse estando recluida en un psiquiátrico o al cuidado de un psiquiatra es considerada como autora de un acto ilegítimo, convirtiendo así al suicida en una víctima, de cuya muerte la ley culpabiliza a sus cuidadores.

La evolución de las palabras francesas y alemanas que describen el suicidio sigue la pauta habitual: del verbo fuerte al verbo débil y, de éste, al sustantivo abstracto. La palabra alemana *Selbstmord*, que proviene del verbo *sich ermorden* («matarse» o «asesinarse»), apareció en el siglo XVII. Por otra parte, el alemán es la única lengua occidental que posee una palabra para designar un suicidio noble: *Freitod*, una abreviatura de la expresión *freiwilliger Tod*, que se traduce literalmente por «muerte libremente deseada». Esta expresión, en efecto, desestigmatiza la acción y se muestra proclive a considerar en algunos casos la muerte voluntaria como algo racional y honroso.

Al igual que otras palabras que acaban con el sufijo «-icidio» —matricidio, parricidio, fratricidio, etc— la palabra «suicidio» implica un acto moralmente reprobable. Si llamásemos al aborto «feticidio» u «homicidio intrauterino», no podríamos hablar como lo hacemos del derecho de las mujeres al aborto. Mientras sólo dispongamos de expresiones reprobatorias para describir una acción —como «autoasesinato», «abuso de uno mismo» o «abuso de las drogas»— no podremos comprender, ni mucho menos estudiar, lo que describimos mediante estas expresiones, aunque, en realidad, más que describir lo que hacemos es simplificar. El sentido en el que utilizo aquí el verbo «simplificar» es el referido a la acción de desposeer a un fenómeno de su significación plural e imponerle un único

significado, que habitualmente expresa bondad o maldad. No obstante, otras acepciones del verbo simplificar^[10] —como por ejemplo minusvalorar algo o a alguien— también se aplican aquí. Aunque la opinión pública considera la intervención médica en la regulación de conductas supuestamente problemáticas como un signo de progreso científico y moral, en realidad esto no es así.

Dos clases de asesinato: heterohomicidio y autohomicidio

Llamamos «homicidio» al acto de causar la muerte de un ser humano, ya sea por acción o por omisión. Por supuesto, matarse uno mismo es algo totalmente distinto de matar a otro. Por tanto, la identificación tradicional del suicidio con el asesinato derivada de la religión es, cuando menos, engañosa. Para entender el suicidio, debemos diferenciar claramente entre matarse uno mismo («autohomicidio») y matar a otra persona («heterohomicidio»).

Aunque en general condenamos el homicidio, la mayoría de la gente aprueba ciertas clases de asesinato, como por ejemplo la autoinmolación o la muerte de alguien en defensa propia. Es más, todas las religiones y culturas clasifican ciertos tipos de heteromicidio y autohomicidio como respetables y los honran como «heroísmo» o «martirio». Durante la Segunda Guerra Mundial, los japoneses llamaban a sus pilotos patriotas *kamikaze*, que significa viento divino^[11]; nosotros les llamábamos «bombardero suicida». Las personas nos limitamos a traducir el lenguaje y la experiencia de los otros a nuestro propio lenguaje y experiencia para concluir, erróneamente, que nuestra interpretación explica la conducta ajena^[12].

Estamos dispuestos a admitir que no en todos los casos el heterohomicidio equivale a asesinato y que poseemos un extenso vocabulario para distinguir los diferentes modos que tenemos de matar. El hecho de matar lo calificamos de asesinato sólo si el objetivo del sujeto es acabar con la vida de otro y su acto no está justificado legalmente. Esto nos permite distinguir el asesinato del hecho de matar en defensa propia, el homicidio involuntario o la muerte por negligencia. No obstante, generalmente sólo empleamos una palabra para describir cómo nos quitamos la vida: «suicidio». Esta reducción del lenguaje y nuestra tendencia a atribuir sistemáticamente el suicidio a una enfermedad mental es consecuencia de

nuestra aversión a pensar críticamente sobre el tema. Aunque admitimos que la muerte voluntaria de un joven piloto *kamikaze* japonés no es lo mismo que el suicidio de un anciano norteamericano, enfermo terminal de cáncer, nos resistimos a entender cada hecho en su propio contexto: preferimos justificar el hecho antes que comprenderlo poniéndonos en el lugar del sujeto. El suicida ¿deseaba realmente morir? ¿Era la muerte su *objetivo*, o simplemente el *medio* que eligió para evitar el deshonor, la dependencia, la lástima o el sufrimiento? Evitamos planteamos estas cuestiones porque tememos enfrentarnos al suicidio sin nuestras habituales defensas religiosas y psiquiátricas, y también porque tememos reconocer que suicidarse es una opción vital, quizá incluso una obligación moral para con nosotros mismos y con los demás.

Juzgando el suicidio

El suicidio es un problema moral, y es obligado que así sea porque conlleva la muerte deliberada de un ser humano. Por tanto, necesita ser juzgado moralmente. Una opción es la condena sin paliativos. Otra es tratarlo como tratamos otras clases de asesinato, es decir, examinando el contexto en el que ocurre, los motivos del sujeto y las consecuencias de la acción.

Probablemente, como vivir es instintivamente valioso, ninguna religión reconoce la absoluta finalidad de la vida humana. Podríamos, si quisiéramos, justificar cada caso de suicidio por motivos distintos a la estricta voluntad de morir, como evitar el dolor físico o una vida de sufrimiento. Sin embargo, afirmando que nadie desea morir, que las personas que se suicidan lo hacen sólo para evitar el sufrimiento o que todo suicidio es una «tragedia innecesaria» que puede ser evitada, estamos negando torpemente la inexorable realidad y legitimidad del suicidio.

En principio, el suicidio no es diferente de otras acciones que generan consecuencias duraderas e irreversibles, como concebir un hijo. El suicida considera que es preferible morir a seguir viviendo. Si estamos de acuerdo con su valoración, llamamos «racional» a su suicidio; si no lo estamos, lo llamamos «irracional».

Solemos exculpar el asesinato de otra persona (o animal) cuando podemos calificar la acción como defensa propia. Reconciliar este hecho con la prohibición aparentemente incondicional que se deriva del precepto «no matarás» constituye una paradoja cuya resolución requiere justificar en primer lugar el concepto de defensa propia^[13],^[14]. Esto se logra mediante el llamado principio del efecto doble. Santo Tomás de Aquino (1225-1274) formuló este principio tan elocuentemente en su *Suma teológica* que se le suele atribuir su invención. En el capítulo titulado «¿Es lícito matar a un hombre en defensa propia?», Aquino justificó el acto de matar, que por otra parte es considerado ilícito, como sigue:

Nada evita que una acción tenga dos efectos, uno intencionado y el otro no. Pero las acciones morales son juzgadas con relación a los objetivos perseguidos, no a las consecuencias no buscadas. Por lo tanto, actuar en defensa propia puede tener dos efectos: uno es salvar nuestra vida y el otro es acabar con el agresor. Así pues, esta forma de actuar no es injusta, dado que nuestra intención es salvar la vida^[15].

Modificándola, esta fórmula puede servir para justificar el suicidio:

Nada evita que una acción tenga dos efectos, uno intencionado y el otro no. Pero las acciones morales son juzgadas con relación a los objetivos perseguidos, no a las consecuencias no buscadas. Por lo tanto, protegernos a nosotros mismos de la depresión, las minusvalías o la enfermedad puede tener dos efectos: uno es el mantenimiento de la propia integridad física y mental y el otro es acabar con nuestra vida. Así pues, esta forma de actuar no es injusta, dado que nuestra intención es el mantenimiento de la integridad física y mental^[16].

La *New Catholic Encyclopedia* define el principio del doble efecto como sigue: «Una regla de conducta empleada frecuentemente en teología para determinar en qué circunstancias una persona puede llevar a cabo una acción que tiene como consecuencia dos efectos, uno malo y otro bueno»^[17]. Por ejemplo, está permitido que una mujer católica tome píldoras anticonceptivas siempre que su intención no sea evitar el embarazo sino regular su ciclo menstrual y disminuir las molestias. Es evidente que nada hay de específicamente *católico* en este razonamiento.

Paul Ramsey, un influyente escritor norteamericano de religión protestante, utiliza este argumento para justificar el aborto: «Todo es lícito, *absolutamente todo* lo que el amor permite es lícito, todo sin excepción. Y *absolutamente todo* lo que el amor requiere debe hacerse, absolutamente todo sin la menor excepción». Ramsey llama al aborto «la *incapacitación* del feto por el efecto que éste tiene en la vida de la

madre», y declara: «Esta distinción entre incapacitación y asesinato resuelve el problema de explicar cómo el amor puede justificar el aborto. Si los abortos justificados se describen correctamente como incapacitaciones en vez de asesinatos, se puede afirmar que tales acciones son actos de amor hacia el feto abortado. En este sentido, no se perjudica al feto»^[18].

Claro está, este tipo de argumentación moral se puede prolongar indefinidamente y, entre otras cosas, puede ser utilizada para justificar la esclavitud de cualquier individuo o grupo. Por ejemplo, el congreso anual del Sinn Fein^[19] de 1986 aprobó una propuesta «defendiendo “el derecho a la vida”, con la condición de que no se aplicase a lo que ellos llaman la “rebelión armada”»^[20].

Si hay algo que defina a los seres humanos, esto es la utilización del lenguaje; por tanto, todo lo que hacemos constituye, entre otras cosas, un mensaje. El suicidio envía un mensaje, intencionadamente o no. Su receptor, aunque no lo reconozca así, lo interpreta. Es más, el hecho de que insistamos en interpretar el suicidio como un mensaje es la prueba definitiva que nos permite calificarlo como una decisión y no como una enfermedad. Si un joven muere de un aneurisma, no decimos que lo *ha hecho* para que su familia se sienta culpable. Pero si se suicida, a veces lo interpretamos así. Como consecuencia, poseemos un repertorio ilimitado de explicaciones para el suicidio, como atribuirlo al chantaje, al martirio, a una enfermedad mental, a un tratamiento médico, a la autoliberación, etc.

El comportamiento personal —individual, sexual o social— no es un asunto médico. Quitarse la vida o quitársela a otros es una decisión: una cuestión ética y política. Atribuir el suicidio a una enfermedad mental es el último intento por controlar y condenar la muerte voluntaria, situándola bajo la esfera médica.

CAPÍTULO 2

Construyendo el suicidio

¿Qué entendemos por quitarnos la vida?

Que el suicidio es a menudo adecuado a nuestro interés y a nuestro deber hada nosotros mismos está fuera de toda duda... Nadie renuncia a su vida mientras aún es valiosa.

DAVID HUME (1711-1776)^[1]

El suicidio es una consecuencia del delirio de las pasiones o locura... [Su] tratamiento pertenece a la terapia de las enfermedades mentales.

JEAN ETIENNE DOMINIQUE ESQUIROL (1772-1840)^[2]

El suicidio, que el pensamiento rabínico equipara al asesinato, está estrictamente prohibido. Sin embargo, las reglas rabínicas recientes consideran al suicida un demente, y como tal se permite que sea internado [sic] con otros.

The Encyclopedia of the Jewish Religion (1965)^[3]

Durante casi dos mil años, el fantasma del suicidio ha acechado la mentalidad occidental. Hemos tratado de exorcizar ese fantasma con el equivalente lingüístico del avestruz que esconde la cabeza en la tierra: incapacitándonos para

hablar claramente sobre la muerte voluntaria esperamos desvelar su misterio y disipar el terror que nos produce sin tener que mirar al suicidio a la cara. Consecuentemente, no existe un consenso sobre lo que se entiende por suicidio, y cuando hablamos de él decimos lo que no pensamos y pensamos lo que no decimos.

Decimos que la depresión, las armas y el tabaco matan, pero lo que queremos decir es que las personas que llamamos «deprimidas» deben visitar a un psiquiatra, que las armas deben ser ilegalizadas y que la gente no debe fumar. Decimos que el individuo «A» está enfermo y sufre, y por ello tiene derecho al suicidio asistido; en realidad, lo que queremos decir es que la gente en la situación de «A» estaría mejor muerta, debieran ser dispensados de la responsabilidad de quitarse la vida y a los médicos se les debería permitir ayudarles a terminar con su vida. Por ello nos engañamos creyendo que al arrebatarnos a los individuos la oportunidad de suicidarse, dispensándoles de la responsabilidad de hacerlo (si eso es lo que desean) y otorgando a los médicos poderes especiales para impedir, así como también para favorecer, el suicidio —al mismo tiempo que prohibimos esos poderes a los demás— incrementamos la «autonomía del paciente».

Lecciones de la historia

Como hemos visto, griegos y romanos no podían concebir la muerte voluntaria como no intencionada, igual que nosotros no podemos concebir, por ejemplo, esquiar como una acción involuntaria. Una conocida metáfora griega para el suicida era la del naufrago que «nada alejándose del cuerpo y sueña con arribar al puerto seguro de la muerte»^[4].

Dado que el suicidio es un acto con importantes consecuencias no sólo para uno mismo sino también para otras personas, los griegos y los romanos lo consideraban una acción valiente o cobarde, noble o innoble, legítima o ilegítima, según fuesen las circunstancias. Sócrates sostenía que el hombre es propiedad de los dioses: sin su consentimiento, el suicidio era reprobable: con él, era algo permisible, incluso digno de elogio. Platón (428-348 a. C.) interpretó la «evidente necesidad de morir» impuesta a Sócrates por los jueces atenienses como un ejemplo de esa aprobación divina, que ennoblecía su muerte voluntaria.

Dado que la visión que Platón tenía del suicidio configuró más tarde la postura cristiana sobre el tema, vale la pena citar sus relevantes comentarios^[5]. En el *Fedón*, Platón presenta un resumen (atribuido a Fedón, discípulo de Sócrates) de las últimas horas del filósofo, transcurridas en compañía de sus amigos. Reflexionando acerca del dilema que embarga a la persona que sabe que sólo va a vivir un corto período de tiempo, Sócrates observa que a tal persona, «como a cualquier otra que se apoye correctamente en la filosofía», le gustaría abandonar la vida de forma voluntaria. «Sin embargo —añade—, difícilmente se causará daño a sí mismo, porque ello es ilegítimo». Esto lleva a su discípulo Cebes a preguntar: «Sócrates, ¿qué quieres decir cuando afirmas que no es legítimo causarse daño a uno mismo?»^[6]. Sócrates responde:

La alegoría que nos han transmitido los místicos —según la cual los hombres son situados en una especie de puesto de guardia que no pueden abandonar bajo ningún concepto— me parece una teoría con implicaciones importantes. En cualquier caso, Cebes, creo que es verdad que los dioses son nuestros guardianes y los hombres somos sólo una de sus posesiones. [...] Así que, visto de este modo, supongo que no es irracional afirmar que no debemos poner fin a nuestras vidas hasta que Dios nos envíe una señal como la que nos ha reunido hoy aquí^[7].

La ecuanimidad mostrada por Sócrates ante la muerte es en parte atribuible a su firme creencia en una vida posterior superior a la vida terrena: «El hombre que ha dedicado su vida a la filosofía debe estar alegre ante la muerte [porque está] seguro de encontrar la mayor bendición en el más allá. [...] Dado que el alma es claramente inmortal [...] requiere nuestros cuidados no sólo en esa parte del tiempo que llamamos vida, sino también después»^[8]. Edith Hamilton y Huntington Cairns, los editores de los *Diálogos* de Platón, señalan que «para sí, Sócrates no moría sino que se recuperaba. Iba a entrar no en la muerte, sino en otra vida, una vida “más obsequiosa”»^[9].

Dado que el suicida actúa incorrectamente, ¿cuál debe ser su castigo? En *Las Leyes*, Platón responde: «Las tumbas de los que así mueran deberán, en primer lugar, estar aisladas: bajo ningún pretexto deberán ser sepultados en compañía. Además, deberán ser enterrados ignominiosamente en lugares sin nombre en los márgenes que delimitan los doce distritos, y su tumba no será señalada por lápida o nombre alguno»^[10].

Aristóteles (384-322 a. C.) reforzó la prohibición platónica del suicidio, afirmando que el hombre pertenece a los dioses y al Estado. En la *Ética a Nicómaco*

escribe:

La Ley no permite expresamente el suicidio y lo que no está expresamente permitido está prohibido. [...] Aquel que en un momento de ira se quita la vida actúa contra las leyes naturales y esto la Ley no lo permite; por tanto, está actuando injustamente. Pero ¿con quién? Sin duda con el Estado, no consigo mismo. Porque él sufre voluntariamente, pero nadie es tratado injustamente de manera voluntaria. Ésta es también la razón por la cual el Estado castiga; a la persona que se destruye a sí misma le corresponde una cierta pérdida de derechos civiles por tratar al Estado injustamente^[11].

El derecho romano aumentó el número de casos en los que el suicidio es moralmente aceptable. Por ejemplo, el *taedium vitae* —un estado mental que nosotros llamaríamos «depresión» pero que se traduce mejor por «haber vivido ya lo suficiente»— era una de las justificaciones^[12]. No obstante, el derecho romano prohibía el suicidio de los esclavos, puesto que éstos no se destruían a sí mismos sino la propiedad de sus amos. Tampoco permitía el suicidio de los acusados de un crimen, porque su muerte hubiera impedido a la ley el esclarecimiento de su culpabilidad o inocencia. Si su acto era *considerado* lo suficientemente grave, la ley prohibía cualquier ceremonia fúnebre tras su muerte e imponía que sus propiedades fueran confiscadas. La ley cristiana adoptó la práctica de prohibir el sepelio religioso del cadáver del suicida y el derecho penal medieval inglés reinstauró la confiscación de los bienes del suicida como castigo^[13].

Séneca (4 a. C.-65 d. C.), el filósofo estoico más conocido, rechazó esta argumentación paterno-estatista contra el suicidio. Articuló lo que hoy consideramos la posición libertaria o individualista sobre la muerte voluntaria, basada en el derecho al dominio de sí mismo. «Allí donde mires —escribió— se encuentran los medios para acabar con tus aflicciones. ¿Ves ese precipicio? [...] ¿Ves ese mar, ese pozo? Allí está la libertad, en el fondo». Séneca recomendaba el suicidio «cuando la vejez amenazara con ir acompañada de una decadencia indigna»^[14] y advertía que «quizás esto debía hacerse antes de lo estrictamente necesario para evitar la posibilidad de no poder hacerlo cuando fuese menester»^[15].

Los autores de las Sagradas Escrituras citan varios casos en los que está justificado suicidarse. Saúl, el primer rey de Israel, se suicida después de que los filisteos derrotan a su ejército, matan a sus hijos y lo hieran: «Entonces, Saúl cogió una espada y se mató»^[16]. En el caso del suicidio de Sansón, también ocasionado por la derrota, el motivo es la venganza. Dalila lo traiciona y los filisteos lo

capturan y lo ciegan: después de lo cual «Sansón dijo: dejadme morir con los filisteos. Y empujó con todas sus fuerzas; y la casa cayó sobre los señores, y sobre la gente que estaba dentro»^[17]. En definitiva, para la doctrina bíblica, así como para el pensamiento grecorromano, el suicidio en interés divino está moralmente justificado. El suicidio de Judas pertenece a esta categoría: «Entonces, Judas, que lo había traicionado [...] [dijo] a los sumos sacerdotes y a los ancianos [...] “He pecado por haber traicionado sangre inocente”. Y ellos dijeron: “¿Y a nosotros qué nos importa? Tú sabrás lo que haces”. Y arrojó las monedas de plata en el templo y [...] fue y se ahorcó»^[18]. Aunque Judas se arrepiente y busca el perdón de los sacerdotes y los ancianos, ellos ni lo perdonan ni lo castigan, sino que lo rechazan. Judas debe entonces ser su propio juez y verdugo.

Tras la cristianización de Roma, la Iglesia adoptó el principio platónico de que toda vida humana pertenece a Dios. La visión de que la vida pertenece a Dios y sólo Él está autorizado a disponer de ella fundamenta tanto la prohibición judía y cristiana del suicidio como de la contracepción, el aborto y la eutanasia. En los primeros tiempos de la cristiandad, esta visión llevó a la idea de que morir por Dios era una manera de demostrarle nuestro amor. San Ignacio († h. 119 d. C.), obispo de Antioquía, habló así ante la comunidad cristiana de Roma: «Os lo suplico, permitid que sea devorado por las bestias [...] me tiente que las bestias salvajes puedan convertirse en mi tumba, y no dejar rastro de mi cuerpo, y que cuando caiga dormido pueda dejar de ser una carga. Entonces podré ser un verdadero discípulo de Jesucristo»^[19]. Gibbon consideró suicidios las muertes de los primeros cristianos, que provocaban a las autoridades romanas para matarlos: «Ellos [los primeros cristianos] [...] se arrojaban alegremente a las hogueras [...] hasta que los propios obispos tuvieron que condenar esta costumbre. “¡Infelices! — exclamó el procónsul de Asia—; si estáis tan hartos de vuestras vidas, ¿es tan difícil encontrar sogas y precipicios?”»^[20].

En el año 563 d. C., el Concilio de Braga dictaminó que el suicidio equivalía al autoasesinato, y lo castigó con la prohibición del sepelio en tierra sagrada. En la Edad Media, los reyes cristianos añadieron la pena civil de la confiscación de los bienes y propiedades del suicida. En el siglo XVII, un testigo describía del siguiente modo el entierro de un suicida: «[El cadáver] es arrastrado por un caballo hasta el lugar del castigo y el oprobio, donde es ahorcado, y nadie puede bajar el cuerpo sin permiso del magistrado»^[21]. En una fecha tan reciente como la de 1823, «un suicida londinense fue quemado en un cruce de caminos en Chelsea con una estaca atravesando su cadáver»^[22]. La ley de confiscación se mantuvo vigente en Inglaterra hasta el siglo XIX, por más que ya desde el XVIII era sistemáticamente

evitada excusando al suicida como alguien que no está en plenitud de sus facultades mentales.

El derecho eclesiástico todavía prohíbe el suicidio y las penas religiosas están nominalmente vigentes. No obstante, tan pronto como las leyes civiles reconocieron la locura como una justificación del suicidio, el derecho canónico se apresuró a hacer lo mismo. Durante casi todo el siglo pasado, tanto las autoridades eclesiásticas como las rabínicas clasificaron automáticamente a los suicidas como dementes, permitiéndoles recibir un sepelio religioso normal. La *Encyclopedia of the Jewish Religion* dice: «El judaísmo no considera al individuo como poseedor o dueño absoluto de su propia vida; consecuentemente, el suicidio, que el pensamiento rabínico equipara al asesinato, está estrictamente prohibido. Sin embargo, las reglas rabínicas recientes consideran al suicida un demente, y como tal se permite que sea internado [sic] con otros»^[23]. La Iglesia Católica Romana y los sacerdotes protestantes utilizan la misma fórmula para anular lo que el suicidio tiene de pecaminoso. Tras el suicidio de un conocido católico norteamericano, al que se dio un entierro por todo lo alto, un portavoz explicó: «En la actualidad, la postura de la Iglesia es la de que una persona debe estar loca para suicidarse. Y depositamos al loco en manos de Dios para su compasión y su juicio. [...] La Iglesia no lo juzgará»^[24]. El protestantismo utiliza la misma justificación, exonerar al suicida definiéndolo como una víctima que cometió el acto fatal «en un estado de desequilibrio mental»^[25].

La Reforma ejerció una influencia contradictoria y compleja en la percepción y en la interpretación del suicidio. Con la restauración de la autoridad de las Sagradas Escrituras, el protestantismo reforzó la creencia en el autoasesinato como «un pecado terrible, causado directamente por el demonio»^[26]. Al mismo tiempo, retomando las raíces grecolatinas de la civilización occidental, la Reforma sentó las bases para el redescubrimiento de la idea de que el individuo es el soberano de sí mismo, justificando así el suicidio.

Según el filósofo y humanista holandés Erasmo de Rotterdam (h. 1466-1536), el suicidio era una huida legítima de un mundo problemático. Consideraba a los ancianos que se suicidaban «más inteligentes que los que se resisten a morir y quieren vivir durante más tiempo»^[27]. Michel de Montaigne (1533-1592) concluía: «Después de todo, la vida es nuestra, es lo único que tenemos»^[28]. Montesquieu (1680-1755) declaró: «Se me ha dado la vida como un regalo [...] Puedo, por tanto, devolverla cuando llegue el momento. [...] Cuando esté abrumado por el dolor, la pobreza o la indignidad, ¿por qué debería abstenerme de poner fin a mis

problemas, o renunciar cruelmente a un remedio que está en mis manos?»^[29].

John Donne (1573-1631), poeta y diácono de la catedral de San Pablo, en su tratado póstumo *Biathanatos* (1646), escribió: «A mi entender, tengo las llaves de mi prisión en mis manos, y no vislumbro un remedio mas inmediato para los males que afligen mi corazón que mi propia espada»^[30]. El filósofo escocés David Hume (1711-1776) articuló el argumento libertario moderno contra la interferencia legal y religiosa en el suicidio. En su *Sobre el suicidio y otros ensayos* (1783), también publicado con posterioridad a su muerte, argumenta que el hombre sólo se pertenece a sí mismo y, por tanto, tiene derecho a acabar con su vida: «Si la disposición sobre la vida humana estuviera reservada como una posesión particular del Todopoderoso, y fuera una usurpación de su derecho el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, igualmente criminal sería actuar a favor de la preservación de la vida que de su destrucción. [...] Si mi vida no fuera de mi propiedad, sería un crimen ponerla en peligro, así como disponer de ella»^[31]. Voltaire (1694-1778), Goethe (1749-1832) y Schopenhauer (1788-1860) mantuvieron posturas similares^[32].

No obstante, tampoco faltaban defensores de la prohibición del suicidio, siendo el más importante Immanuel Kant (1724-1804). En una ocasión declaró: «Si la libertad es esencial para la vida, no puede ser empleada para abolir la vida y de este modo destruirse a sí misma [...] el suicidio no es permisible bajo ningún pretexto. [...] Los filósofos morales deben, por tanto, dedicarse primordialmente a mostrar que el suicidio es abominable»^[33]. De modo parecido, los psiquiatras creen que su tarea primordial consiste en demostrar que el suicidio es anormal

La medicalización del suicidio

Con excepción de la *salud pública*, la historia de la medicina ha sido hasta hace poco la historia de la *salud privada*, una expresión que utilizo aquí para subrayar la distinción entre dos clases totalmente distintas de *situaciones y servicios médicos*. La expresión «salud pública» hace referencia a medidas por medio de las cuales se busca beneficiar la salud de toda la población (o de un grupo amplio), no la de un individuo particular considerado como paciente (por ejemplo, la provisión de un sistema de alcantarillado); por el contrario, el término «salud privada» hace

referencia a una relación consensual entre el médico y el paciente, mediante la cual el primero presta atención médica al último (por ejemplo, operándole de apendicitis).

La reclusión sistemática de individuos a los que se considera desequilibrados constituye una importante desviación del principio que sostiene que, practicada en ausencia del consentimiento del paciente, la intervención médica es una forma de agresión. Inicialmente se justificó esta práctica como *prevención del daño que uno se puede causar a sí mismo*, añadiendo, además, que así se puede evitar igualmente el daño que el desequilibrado puede causar a los demás (lo que justifica el caso de los individuos puestos en cuarentena cuando son portadores de enfermedades contagiosas). De esta forma, la *utilización de los médicos por parte del Estado*, así como el *uso de la coerción por parte de los médicos*, se extendió de la salud pública a la salud mental, en lo que inicialmente se llamó «tratamiento para locos» (*mad-doc-toring*) y ahora se llama «psiquiatría». Hacia el final del siglo XVIII, cuando el rey Jorge El fue tratado por los «loqueros» (*mad-doctors*), la detención a la fuerza y la inmovilización eran métodos aceptables para tratar a los locos^[34].

Al principio, a los locos se les retenía en un lugar que no se llamaba «hospital», y su detención se llamaba «confinamiento»; la inmovilización era física y utilizaba el «chaleco de fuerza» en Inglaterra y la «camisa de fuerza» en Estados Unidos. En Inglaterra, los pacientes o prisioneros de los «loqueros» eran personas de clase alta rechazadas por sus familiares, mientras que en Francia eran personas de clase baja rechazadas por la sociedad. En la actualidad, el internamiento se produce en una institución médica y se llama «hospitalización»; la inmovilización es química y se llama «medicación» o «terapia a base de drogas»; y, potencialmente, todo el mundo —sin tener en cuenta su edad, clase o sexo— puede ser un pariente o prisionero de los psiquiatras. De nuevo, el «riesgo de cometer suicidio» se convertirá rápidamente en la única justificación generalmente aceptada para el «tratamiento psiquiátrico de los hospitalizados», es decir, para la detención psiquiátrica^[35].

Durante la Revolución francesa, el Estado forjó una estrecha alianza con la medicina y sustituyó los controles legales de la conducta por coerciones definidas como «procedimientos médicos». Espoleados por el celo anticlerical, los jacobinos abolieron la ley que prohibía el suicidio, sólo para reponerla inmediatamente después, decretando que los suicidas fallidos fueran encarcelados en la creciente red de hospitales estatales^[36]. La charlatanería psiquiátrica que legitimaron como

rienda médica y difundieron en el mundo occidental ha tenido una profunda influencia en la percepción contemporánea del suicidio como la manifestación de una enfermedad mental. El psiquiatra Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) —considerado, junto con Philippe Pinel (1745-1826), como el fundador de la psiquiatría francesa— declaró: «El onanismo es [...] una de las causas del suicidio [...] los individuos así debilitados [...] no tienen otro propósito que el de terminar con su vida, la cual les resulta insoportable [...] la locura o alienación mental es una afección cerebral normalmente crónica y carente de síntomas febriles»^[37]. La creencia de que la masturbación es patogénica persistió hasta bien entrado el siglo XX; la creencia de que la enfermedad mental es una enfermedad cerebral es tan popular hoy en día como en tiempos de Esquirol.

Emil Kraepelin (1856-1926), el psiquiatra alemán que inventó el primer sistema de clasificación psiquiátrica, aportó razones adicionales a la creencia de que los pacientes mentales son peligrosos para sí mismos y para los demás. Según escribió: «En cierta medida, todos los locos son peligrosos para sus vecinos y todavía más para sí mismos [...] agresiones, robos y engaños son habitualmente cometidos por aquellos cuyas mentes están enfermas [...] el tratamiento de esta enfermedad no puede ser llevado a cabo, generalmente, más que en un manicomio, ya que las ansias de suicidio están siempre presentes»^[38].

Al tiempo que exculpaba al suicida que lograba quitarse la vida mediante la declaración póstuma de no culpabilidad en razón de su demencia, el derecho inglés del siglo XIX castigaba el suicidio frustrado, generalmente con la horca. En 1860, un testigo ruso llamado Nicolás Ogarev narraba del siguiente modo este hecho:

Un hombre quiso matarse rajándose la garganta, pero pudo ser reanimado y fue ahorcado. Se le acusó de suicidio. El médico había advertido que sería imposible colgarlo, ya que la herida se abriría y el hombre respiraría por la abertura. No atendieron la advertencia y colgaron al hombre. La herida se abrió inmediatamente y el hombre pudo respirar por ella aun cuando permanecía colgado. [...] Le anudaron la soga al cuello por debajo de la herida hasta que murió^[39].

Sería un error creer que abandonamos hace tiempo prácticas tan bárbaras. Robert Brecheen, un habitante de Oklahoma sentenciado a muerte por asesinato, tenía fijada su ejecución mediante inyección letal para la medianoche del diez de octubre de 1995. A las nueve de la noche de ese día, los guardas lo encontraron en

un estado semicomatoso por una «sobredosis de sedantes. Fue trasladado al hospital, donde lograron reanimarle. Posteriormente fue devuelto a la cárcel [...] donde fue ejecutado mediante inyección letal»^[40].

El derecho penal inglés siguió castigando el intento de suicidio hasta una fecha bien reciente. Desde 1946 hasta 1955, cerca de cinco mil personas que intentaron suicidarse fueron llevadas a juicio, y todas excepto aproximadamente 350 fueron declaradas culpables; unas fueron encarceladas, mientras que otras fueron multadas o puestas en libertad provisional. En 1955, «se impuso una condena de dos años de cárcel a un hombre que quiso matarse mientras estaba en prisión»^[41]. En una fecha tan cercana como 1969, un tribunal de la Isla de Man ordenó que se azotara a un adolescente que había intentado suicidarse^[42]. El intento frustrado de suicidio no desapareció del derecho penal inglés hasta la aprobación de la llamada Ley del Suicidio en 1961. En vez de sencillamente revocar el castigo para el intento de suicidio, la ley disponía que todo suicida frustrado fuera examinado por un psiquiatra^[43].

Mientras la ley clasificó el intento de suicidio como un crimen, la sociedad tuvo que enfrentarse a los criminales que la ley creaba. Cuando el público comenzó a oponerse a la ejecución de los suicidas frustrados, la ley extendió la eximente por enajenación mental a estos casos, castigándolos entonces con la privación de libertad en el manicomio. En Estados Unidos, el suicidio fallido es sistemáticamente «castigado» de este modo. Según Jerome Motto, médico y profesor de psiquiatría en la Universidad de California en San Francisco: «Si el paciente rechaza el tratamiento voluntario, será tratado a la fuerza hasta donde la ley permita»^[44].

La psiquiatría moderna y el suicidio

Los enemigos principales que la psiquiatría del siglo XIX debía combatir eran el abuso de uno mismo y el autoasesinato (es decir, la masturbación y el suicidio). Ambas conductas se convirtieron también en objetivo principal de los psicoanalistas. En 1910, Freud concluyó el primer ensayo en el que trataba específicamente el tema del suicidio con estas palabras: «Aplacemos nuestras conclusiones hasta que la experiencia haya resuelto este problema»^[45]. ¿En qué

consiste el problema? En «conocer cómo llegar a dominar el poderosísimo instinto vital». En 1917, Freud anunció su famosa solución: el autoasesinato es una agresión dirigida hacia uno mismo y «no existe ningún neurótico que albergue intenciones de suicidio que no sean impulsos de asesinato hacia otras personas dirigidos hacia sí mismo»^[46]. La generalización excesiva de Freud es un crudo recuerdo de la poderosa influencia de la tradición psiquiátrica religiosa: Freud trata el suicidio como si fuera un fenómeno unitario.

La posición del psiquiatra Carl Jung (1875-1961) sobre el suicidio era similar a la de sus colegas. Afirmaba que matarse es malo, tanto desde un punto de vista legal como psicológico. Pero esta afirmación sólo era una excusa para mantener su estatus como psiquiatra. Durante muchos años, Jung guardó «una pistola cargada en la mesilla de noche y estuvo dispuesto a volarse la tapa de los sesos tan pronto creyera haber perdido la cordura»^[47]. En cualquier caso, cuando tenía 76 años, escribió a una mujer que había intentado suicidarse: «Debe darse cuenta de que el suicidio es un asesinato, ya que después del suicidio lo que queda es un cadáver, exactamente igual que tras un asesinato. [...] Ésa es la razón por la que la ley castiga a una persona que trata de suicidarse, lo que también es psicológicamente correcto»^[48]. El miedo a perder la cordura no es motivo suficiente para guardar una pistola al lado de la cama; asimismo, aunque la enfermedad, la guerra, el hambre o la defensa propia producen cadáveres, no son consideradas asesinatos.

Los psiquiatras no han tenido que enfrentarse, ni lo han hecho, a la historia de la psiquiatría. Ésta es la razón por la que el público se mantiene en una absoluta ignorancia acerca de los errores y las fechorías de los psiquiatras y por la cual sus pronunciamientos siguen ostentando un aura de autoridad profesional. Hoy, los psiquiatras reivindican un nexo causal entre enfermedad mental y suicidio, lo cual, como demostraré, es una fuente de continuos errores y desmanes psiquiátricos. He aquí algunos ejemplos de esta opinión indefendible e infundada:

El acto [del suicidio] representa claramente una enfermedad y, de hecho, es la más incurable de todas.

ILZA VEITH, historiador de la medicina, 1969^[49]

El médico contemporáneo considera el suicidio como una manifestación de enfermedad emocional. Rara vez se contempla en un contexto diferente al de la

psiquiatría.

Editorial, *Journal of the American Medical Association*, 1967^[50]

También existe un consenso respecto a considerar que [el suicidio] es una cuestión de salud pública y que el Estado debe combatir la enfermedad del suicidio.

STANLEY YOLLES, director del Instituto Nacional para la Salud Mental, 1967^[51]

La idea de que el suicidio es consecuencia de una enfermedad mental es en parte atribuible a la confusión generalizada, tanto entre el público como entre los profesionales de la medicina, entre diagnóstico y enfermedad. En la actualidad, la mayoría de la gente cree que si un estado mental o una conducta determinada — digamos, practicar la homosexualidad o sentirse abatido— se consideran una enfermedad («diagnosticada») por médicos acreditados, entonces «ésta» es una enfermedad y a partir de ese momento es considerada una «enfermedad diagnosticable»^[52]. La gente también cree que: a) esta enfermedad es la «causa» de acciones o sentimientos no buscados por parte del sujeto, el cual se convierte ahora en el paciente; b) el «paciente» no es responsable de sus acciones o sentimientos, ahora llamados «síntomas»; y c) los psiquiatras están facultados, quizá incluso obligados, para tratar la enfermedad del paciente, con su consentimiento o sin él. El siguiente comentario de Herbert Hendin, director ejecutivo de la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, y de Gerald Klerman, profesor de psiquiatría en la Universidad de Columbia, ilustra esta postura:

Sabemos que está demostrado que al 95% de los suicidas se les diagnosticó una enfermedad psiquiátrica en los meses que precedieron al suicidio. La mayoría sufren depresión, que puede ser tratada [...] Otros diagnósticos entre los suicidas incluyen alcoholismo, abuso de drogas, esquizofrenia y episodios de pánico; existen tratamientos para todas estas enfermedades. [...] Dados los avances en la ciencia médica y en las posibilidades terapéuticas, un examen psiquiátrico exhaustivo para detectar la presencia de un desorden susceptible de tratamiento puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte para los pacientes. [...] Éste no es un examen que pueda ser realizado por los médicos corrientes. [...] Nuestros esfuerzos deben concentrarse en la provisión de tratamiento [...] y, en caso de

enfermedad terminal, en la ayuda al individuo para que pueda enfrentarse a la muerte^[53].

Hendin y Klerman no definen si es el doctor o el paciente quien elige la vida o la muerte. No especifican sus criterios para determinar si una persona padece una «enfermedad mental diagnosticable». Tampoco explican por qué una «enfermedad mental diagnosticable» faculta al psiquiatra para tratar al paciente contra su voluntad. Hendin y Klerman combinan la [supuesta] «habilidad terapéutica» del psiquiatra con su acceso a las personas a las que se propone tratar.

En este sentido, el término «suicidiología» merece un breve comentario. El término fue acuñado en Alemania (*Suicidiologie*) en 1929 y se popularizó después de la Segunda Guerra Mundial, cuando Edwin Shneidman, profesor emérito de tanatología en la Universidad de California en Los Ángeles, promovió su uso. Según escribió: «Es perfectamente posible que a la luz de los hechos y las ideas actuales acerca de la autodestrucción humana un nuevo (y más exacto) término pueda generalizarse en algún momento. [...] La suicidiología se define como el estudio científico de los fenómenos suicidas»^[54]. Tras esta definición se oculta su verdadero objetivo: el intento de medicalizar la muerte voluntaria, convirtiéndola en una enfermedad, y justificar la prevención a la fuerza del suicidio, presentándola como un tratamiento a vida o muerte. Las conclusiones de los suicidólogos están incluidas en sus premisas, concretamente, la convicción, en palabras de la American Foundation of Suicidology [Asociación Americana de la Suicidiología], de que «la mayoría de las personas que muestran tendencias suicidas desean vivir desesperadamente»^[55].

La visión de que el suicidio es una manifestación de enfermedad mental es presentada como si fuera no solamente verdadera sino beneficiosa tanto para los pacientes como para la población general, pero ello no es así en absoluto. Esta interpretación es un arma de doble filo: no atribuye al sujeto una voluntad malvada, pero lo estigmatiza como loco; justifica el control del paciente por el psiquiatra, pero hace a este último responsable de su suicidio. El deber profesional del psiquiatra es hacerse cargo del paciente con tendencias suicidas y tratarlo contra su voluntad. El profesional de la salud mental no facultado (todavía) por el Estado para tratar pacientes está obligado a remitir al paciente a un psiquiatra. Por tanto, no podemos juzgar el suicidio, y de hecho no lo hacemos, como juzgamos otras acciones con una carga moral, como buenas o malas, o bien deseables o indeseables, dependiendo de las circunstancias que rodean al sujeto y de los criterios del observador. En su lugar, lo que hacemos es justificar el suicidio

inventando un confuso concepto que combina a partes iguales pecado, enfermedad, irracionalidad, irresponsabilidad y locura.

¿Es legal el suicidio?

Si una acción es legal —digamos, tomar cereales en el desayuno—, entonces intentar realizada o ayudar a otro a realizarla también es legal. Asimismo, si una acción es ilegal —digamos, asesinar a alguien—, entonces intentar realizarla o ayudar a otro a realizarla también es ilegal. La prohibición del intento de suicidio y de la ayuda al mismo implica así que el suicidio es ilegal en sí mismo. Como observa correctamente Norman St John-Stevás: «Si el suicidio no es en sí mismo un delito, entonces, teóricamente, ayudar a cometerlo y ser cómplice en él tampoco debiera serlo»^[56]. Sin embargo, ni la ley ni la sociedad sienten la necesidad de ser coherentes respecto a esta cuestión.

Los observadores actuales afirman continuamente que el suicidio es «legal» y a menudo interpretan esto como una evidencia de nuestra «superación» de las costumbres poco civilizadas del pasado. Por ejemplo, un tribunal de California declaró: «Ni el suicidio ni su intento son crímenes ni bajo el ordenamiento penal de California ni bajo el de ningún Estado. La ausencia de penas para estos actos se explica por la opinión mayoritaria [...] que considera que el suicidio o su intento son expresiones de una enfermedad mental que ningún castigo puede remediar»^[57]. De forma parecida, un portavoz de la Asociación Médica Americana (AMA) afirmó: «Debido a que actualmente no existe pena alguna asociada al suicidio en ningún Estado (y sería imposible que la hubiera, ya que la Constitución prohíbe las confiscaciones de bienes como pena por un crimen) [...] por tanto, sin un reconocimiento legal efectivo del suicidio [como crimen], la falta menor consistente en un intento de suicidio no puede ser creada»^[58].

En cualquier caso, la afirmación de que «el suicidio es legal» es solamente una verdad *de iure*, en el sentido más estricto de la palabra «legal»: no existe castigo penal para el suicidio^[59]. El juez del tribunal supremo Antonin Scalia no tuvo pelos en la lengua cuando afirmó que «está absolutamente claro que el derecho a morir no existe [...] la ley nunca ha permitido el suicidio». En el sistema penal anglosajón, cualquier acción no expresamente prohibida por la ley es legal, aunque

pueda ser inmoral. Por ejemplo, conducir bebido es ilegal; sin embargo, emborracharse en casa es legal, aunque no está expresamente permitido por la ley.

Si el suicidio fuera legal, tal como el divorcio lo es, entonces la prevención a la fuerza del suicidio sería ilegal: el psiquiatra que evitase a la fuerza que una persona cometiera suicidio sería considerado un criminal, culpable de lesiones y de secuestro. No es esto lo que ocurre en la actualidad. Los jueces afirman sistemáticamente que el suicidio es consecuencia de una enfermedad mental y que el derecho relativo a la salud mental permite, correctamente, su prevención a la fuerza. Cheryl K. Smith, abogado y uno de los redactores de la ley del Estado de Oregón de 1994 llamada «Muerte con dignidad» (DWDA, en sus siglas en inglés), reconoce que «aunque ni el suicidio ni su intento son delitos en la mayor parte de los Estados, un intento fallido de suicidio puede dar lugar a una reclusión psiquiátrica obligatoria. Bajo las leyes de la mayoría de los Estados, el individuo considerado un peligro para sí mismo o para los demás puede ser sometido a un examen médico»^[60]. Las leyes sobre el suicidio, afirma la especialista legal Ann Grace McCoy, «presuponen que no existe nada parecido al suicidio racional (legítimo o funcional)»^[61]. La mayoría de las personas se da cuenta de que tanto hablar acerca de la intención de matarse (amenaza de suicidio) como intentarlo y fallar (suicidio fallido), tienen importantes consecuencias jurídicas y sociales, lo que no ocurre con ninguna otra acción legal. Es más, convertir el terror religioso al suicidio (por ser una supuesta depravación) en terror médico al suicidio por ser una supuesta enfermedad y, de este modo, seguir considerando todas las muertes voluntarias como, *a priori*, erróneas, también tiene graves consecuencias. Creyendo que todos los actos que llamamos «suicidio» están contaminados por la locura nos incapacitamos a nosotros mismos para distinguir entre el autoasesinato que consideramos injustificable (el debido a una libre decisión o a una enfermedad mental) y el que consideramos justificable (el debido a la interrupción de un tratamiento a vida o muerte)^[62].

El suicidio y la retórica de los derechos

Todo ser vivo debe morir tarde o temprano. La muerte es un hecho biológico. Un derecho es un concepto político, atribuible a las *personas*. Es malo que hablemos del derecho de una persona a *rechazar* un tratamiento médico, en vez de

subsumir este supuesto derecho bajo la acusación de lesiones por atención médica a la fuerza. Pero aún es peor hablar del derecho de una persona, como el de un enfermo terminal, al suicidio asistido —es decir, el derecho que asiste a un individuo por su condición de víctima (de una muerte lenta en vez de rápida)—, creando de este modo privilegios legales especiales para que *determinados individuos seleccionados por los médicos puedan obtener ciertas drogas o sean asesinados por un médico*.

Mientras al suicidio se le conocía por «autoasesinato», carecíamos de palabras para enmascarar el hecho de que el que se quita la vida lleva a cabo una acción deliberada, un homicidio ilegítimo. En la actualidad, en nuestro discurso política y psicológicamente correcto no hay lugar para expresar esta opinión. Aplicamos la jerga jurídica de los derechos tanto a los pacientes como a los médicos. Si el paciente muestra tendencias suicidas, entonces tiene «derecho a un tratamiento», y su médico tiene derecho a tratarlo sin su consentimiento. Si el paciente está en fase terminal, entonces tiene derecho al suicidio asistido, y su médico tiene derecho a recetarle la muerte.

Cualquier persona que valore la tradición anglosajona de los derechos civiles debería estar preocupada acerca de esta moda política de otorgar a los miembros de ciertos grupos —enfermos de sida, heroinómanos, enfermos terminales— acceso a bienes y servicios vedados a los demás y llamar a este trato preferente un «derecho» o un «tratamiento». En vez de garantizar los derechos de todos, esta política degrada la idea misma del derecho.

En un sentido estricto, los derechos civiles se vinculan a los individuos por su condición de personas, no de miembros de un determinado grupo. Ésta es la razón por la cual los filósofos políticos anglosajones han excluido tradicionalmente a tres grupos de seres humanos de la categoría de personas adultas: los locos, los anormales y los niños. Así, no se considera a los niños, a los retrasados mentales y a los psicóticos capaces de llevar a cabo los deberes sociales de los adultos normales (aunque esto sea cierto para algunos pero no para otros), y a los individuos pertenecientes a estas categorías se les priva de ciertos derechos y se les exime de ciertas obligaciones. Tradicionalmente, las privaciones de derechos y las de obligaciones iban de la mano. Ahora la relación generalmente se invierte: los miembros de ciertos grupos de «víctimas» se encuentran exentos de las responsabilidades que los demás debemos soportar, al tiempo que les son garantizados derechos cuyo disfrute se nos niega al resto. Esta política se apoya en el siguiente razonamiento. La sustancia «S» es una droga ilegal: el Estado prohíbe

su uso, venta, o tenencia. No obstante, el paciente «P» sufre la enfermedad «E» y se beneficiaría del uso de la sustancia «S». Consiguientemente, tanto el paciente «P» como el médico que le atiende deben quedar exentos de las sanciones previstas en nuestras leyes respecto a la prescripción, tenencia y uso de la sustancia «S». Los activistas que defienden el uso terapéutico de la marihuana, el tratamiento con metadona y el suicidio asistido presionan, respectivamente, para su dispensación a los enfermos de glaucoma, a los heroinómanos y a los enfermos terminales y sus médicos. Pero tanto los enfermos como los médicos rechazan una derogación de la actual legislación sobre drogas que permita garantizar a cada uno su derecho a ellas^[63].

Definir el suicidio como un problema —una enfermedad que debe ser evitada y tratada— limita tremendamente su comprensión y la de nuestras opciones para enfrentarnos a él con seriedad. La afirmación de que todo problema en la vida es al mismo tiempo una solución también se aplica al suicidio. Sin duda, suicidarse es, entre otras cosas, una protección frente a un destino considerado peor que la muerte. Es más, es una falacia atribuir el suicidio a las *condiciones actuales* del sujeto, sea depresión u otra enfermedad o sufrimiento. Quitarse la vida es *una acción orientada al futuro, una anticipación, una red de seguridad existencial*. La gente ahorra no porque sea pobre, sino para evitar llegar a ser pobre. La gente se suicida no porque sufra, sino para evitar un sufrimiento futuro. El suicidio es el freno de emergencia que queremos ser capaces de accionar cuando no estemos dispuestos a esperar a que el tren se detenga en la estación.

La desestigmatización del autoasesinato mediante la negación de su condición de suicidio

Mientras el suicidio fue percibido como un autoasesinato y, de hecho, era llamado así, era razonable equipararlo con el asesinato. No obstante, seguir haciéndolo, como si los dos fenómenos pertenecieran a la misma categoría, es tan absurdo como equiparar la violación con las relaciones sexuales mutuamente consentidas. También asemejamos el suicidio a un accidente, como si fuera una «muerte no natural»; esto es tan absurdo como comparar la filantropía con el robo. El suicidio, como la filantropía, es, por excelencia, algo querido y buscado por el sujeto; un robo, al igual que un accidente, es algo ni querido ni buscado. Desde un

punto de vista lingüístico, un «accidente buscado» es un oxímoron; correctamente es un «falso accidente», que si es utilizado para enmascarar un asesinato es también un crimen. *Mutatis mutandis*, un «suicidio involuntario» es también un oxímoron. Todo esto no significa que una persona no pueda matarse por accidente; de hecho, puede, por ejemplo, tropezar y golpearse mortalmente en la cabeza; no obstante, damos a esto la denominación de «muerte accidental», no la de «suicidio accidental».

Debemos hacer aquí un breve comentario sobre la idea de la muerte no natural. Aunque obviamente no existe ninguna muerte estrictamente no natural, los periodistas, los encargados de las estadísticas sanitarias, los políticos y los médicos aún se refieren a los asesinatos, los suicidios y los accidentes como «muertes no naturales», opuestas a las «muertes naturales» como las derivadas de enfermedades o lesiones. Esto constituye un subterfugio semántico para poder diferenciar entre dos clases de muerte; la muerte por una razón *médicamente indeseable* (como una enfermedad) y la causada por una razón *moralmente indeseable* (como un asesinato). Cuando la expresión «no natural» —durante mucho tiempo aplicada a conductas sexuales no aprobadas— se aplica al suicidio, su función es condenarlo como un acto anormal, independientemente de las circunstancias.

Mientras sigamos considerando el suicidio como algo anormal —es decir, erróneo— deberemos culpar a algo o a alguien de ello; por ejemplo, el demonio, la locura, algunas canciones, programas de televisión, etc.^[64] Los reformistas protestantes Lutero y Calvino creían que el suicidio era «obra del diablo»^[65]. Los que transforman la moral en medicina, los profesionales de la salud mental, creen que el suicidio es obra de canciones nocivas, programas de televisión nocivos u otras influencias nefastas, causantes de enfermedades mentales que llevan a la gente, especialmente a la gente joven, a matarse a sí misma. En 1997, inspirado por esta información científica, un hombre cuyo hijo se había suicidado, declaró ante un comité del Senado que la música de *Anticristo Superstar* «fue la causa de que se matara»^[66].

Antes de que podamos desestigmatizar el suicidio —asumiendo que sea esto lo que queremos—, debemos reconocer que suicidarse es aún una acción tremendamente estigmatizada. En vez de estar estigmatizada por la religión, en la actualidad lo está por la medicina (psiquiatría): la opinión pública y los medios de comunicación atribuyen sistemáticamente el suicidio a una enfermedad mental: la ley se conforma con la mera imputación de tendencias suicidas a un sujeto por parte de los psiquiatras para privarle de su libertad, mientras da a su reclusión el

nombre de «hospitalización»; además, tanto los sacerdotes cristianos como los judíos aceptan la equiparación del suicidio con la locura como excusa para evitar aplicar los castigos religiosos previstos para aquellos que acaban con su propia vida.

Probablemente debido a que muy poca gente está dispuesta a aceptar estos prejuicios, la mayoría de los intelectuales y de los estudiosos que se dedica al tema del suicidio —especialmente los bioéticos— prefiere desestigmatizarlo mediante la negación de su verdadera naturaleza: llaman a los tipos de autoasesinato que consideran correctos «no suicidio», como la interrupción de la hemodiálisis o el suicidio asistido. Sin embargo, la historia nos enseña que esta estrategia está destinada al fracaso.

El estigma asociado al comportamiento de una persona no puede ser eliminado mediante la manipulación del vocabulario utilizado para degradarlo. La estigmatización de los judíos por el cristianismo no desapareció tras su conversión religiosa, al igual que la estigmatización de la homosexualidad continuó después de su clasificación como enfermedad. Además, estas maniobras legitiman sutilmente el estigma y perpetúan las actitudes sociales que tan ostensiblemente tratan de alterar. En cualquier caso, los médicos, los medios de comunicación y el público están intensificando sus esfuerzos para desestigmatizar el suicidio mediante la medicalización de cada uno de los aspectos de la muerte voluntaria. En los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial se puso de moda la afirmación de que nosotros, los norteamericanos, «rechazamos la muerte». Esto es falso. No rechazamos la muerte; estamos obsesionados con ella. Rechazamos el suicidio atribuyéndolo prácticamente a cualquier cosa —desde la música rock a los desastres naturales, y sobre todo, a la enfermedad mental— excepto a la voluntad del sujeto. Estamos dispuestos a *acusar* a gente, drogas, canciones o programas de televisión de causar el suicidio; estamos dispuestos a *justificar* el suicidio achacándolo a alguna de las causas mencionadas, especialmente a la enfermedad mental; pero no estamos dispuestos a *aceptar* el suicidio en tanto que suicidio.

Cuando hace un siglo la mortalidad infantil era elevada y la muerte era algo corriente, la gente no estaba preocupada por la posibilidad de morir sino por vivir y ser castigados después de la muerte. En la actualidad, cuando la mortalidad infantil es baja, la esperanza de vida casi se ha multiplicado por cuatro y la mayoría de la gente nunca ve un cadáver con sus propios ojos, la gente está preocupada por cuándo y cómo morirá. Nuestra fascinación temerosa por la muerte es tan intensa y tan indiscriminada que no sólo nos aterra la posibilidad de morir por causa de una

enfermedad sino también la posibilidad de matarnos a nosotros mismos, una elección que hemos convertido en preocupación por que una enfermedad mental «acabe con nosotros».

La manipulación del significado del suicidio: el autoasesinato como no suicidio

La creencia en que nuestra vida en la tierra es solamente el prelude de una vida más completa después de la muerte, o en que la muerte es una puerta que debemos cruzar para entrar en una vida mejor, es una cuestión esencial tanto en el cristianismo como en el islam. Hay poca diferencia entre definir la muerte como una vuelta a la vida y definir el autoasesinato como un no suicidio. La manera más simple de negar que una determinada acción o tipo de muerte voluntaria es un suicidio es manipular el vocabulario, llamando no suicidio al suicidio, una táctica que, como vimos, es similar a negar que un judío sea un judío llamándolo cristiano. Veamos dos ejemplos.

En 1997, se suicidaron en California treinta y nueve personas, identificadas como miembros de un grupo llamado «La puerta del cielo». Tras su muerte nos enteramos de que en la página web del grupo se podía leer un manifiesto titulado «Nuestra postura en contra del suicidio», que ofrecía la siguiente explicación para su suicidio masivo: «En estos últimos días nos hemos dedicado a [...] hacer un último intento por contar la verdad acerca de cómo se puede alcanzar el Siguiendo Nivel (nuestro último esfuerzo por ofrecer a los individuos de esta civilización el modo de evitar el “suicidio”»^[67].

Unas semanas después, la agencia Associated Press informaba de la muerte del fraile dominico Christian de Cherge, el líder de un grupo de monjes trapenses franceses que eligieron vivir entre musulmanes hostiles en Argelia. Los islamistas anunciaron que matarían a los monjes si no se iban. Prometiendo quedarse, el dominico escribió: «Sin duda, mi muerte parecerá justificar a aquellos que prematuramente me juzgaron como inocente o idealista. [...] Pero esta gente debe entender que mi máxima curiosidad se verá satisfecha Sólo en ese momento, si Dios quiere, estará mi vista unida a la del Padre, y contemplaré con Él a sus hijos musulmanes exactamente como Él los ve, todos resplandeciendo en la gloria de

Cristo»^[68].

En el caso de «La puerta del cielo», un grupo rápidamente etiquetado como «secta», sus miembros clasificaron su muerte voluntaria como no suicidio, pero los medios de comunicación y el público la vieron como un suicidio. En el caso del fraile dominico, un respetado sacerdote católico, él mismo juzgó su autoasesinato indirecto como consecuencia del amor divino, y los medios de comunicación y la opinión pública lo aceptaron como un martirio.

Veamos ahora el caso de la no aceptación de otro motivo para el suicidio (o la amenaza de suicidio), como es el chantaje. Como cada vínculo con un ser humano conlleva una pérdida potencial, es una posible fuente de extorsión o chantaje. Si John quiere a Mary, ésta, para obtener de John ciertas concesiones puede amenazar con abandonarle. La acción definitiva para dejar a otro es suicidarse. A menudo, las amenazas de suicidio de adolescentes o jóvenes que se sienten rechazados están motivadas por el chantaje. El que lo ejerce trata de obtener de los padres o la pareja un comportamiento más favorable o, al menos, suscitar en ellos una sensación de culpa^[69]. Aunque nos es más familiar el caso del chantajista que amenaza a otra persona en vez de a sí mismo —por ejemplo, el terrorista que intenta conseguir dinero u otras ventajas amenazando con matar a los rehenes que tiene en su poder—, el chantaje es, en la mayor parte de las ocasiones, más un motivo para el autohomicidio que para el heterohomicidio.

En cualquier caso, incluso cuando es evidente que un individuo amenaza con matarse para influenciar la conducta de los demás, la presión para atribuir el suicidio a una enfermedad mental es tan grande que no nos permite ver que el motivo es el chantaje. Y un chantaje, aunque no consiga sus objetivos, sigue siendo chantaje. El siguiente suceso es un ejemplo de ello. El 20 de febrero de 1998, la policía de Lexington, Kentucky, se dirigió a la casa de Bob Jones, alias Bob Higgins, un antiguo activista negro ahora en busca y captura, para cumplir una orden de arresto contra él. Cuando Jones abrió la puerta y se dio cuenta de que era la policía, que venía a arrestarlo, la cerró de un portazo y reapareció un instante después con un par de cuchillos apuntando a su garganta. «No intenten entrar —gritó—. Me mataré si entran». Su mujer, Gayl, una conocida escritora negra, también amenazó con matarse «si la policía entraba a la fuerza en la casa». La policía así lo hizo. Bob Jones se hirió mortalmente en el cuello. Gayl Jones fue internada en el hospital psiquiátrico del Estado^[70].

Nuestra determinación por desestigmatizar el suicidio atribuyéndolo a

fuerzas externas al sujeto nos lleva a malinterpretar sistemáticamente toda prueba de lo contrario. Hasta mediados del siglo XX, si el suicida dejaba escrita una nota explicatoria, ésta era aceptada como una prueba de que su muerte se debía al suicidio. Esto ya no es así. Independientemente de toda evidencia, lo que ahora cuenta como suicidio es lo que un psiquiatra define como tal, como ilustra el siguiente ejemplo. Un chico de diecisiete años se arroja al vado y muere en un centro comercial de Siracusa, Nueva York, en el mismo lugar desde el que había saltado una joven unas semanas antes. El médico encargado del caso rechaza la nota dejada por el adolescente señalando que «había consumido tantas drogas que [...] no entendía la “letalidad” de sus actos»^[71].

Por último, la táctica contemporánea de desestigmatizar el suicidio afirmando literalmente que es causado por una enfermedad inmoral nos está llevando a exculpar a personas acusadas de crímenes. El 28 de junio de 1998, Slavko Dokmanovic, antiguo alcalde de Vukovar, Croada, acusado de crímenes de guerra, se ahorcó en su celda. La lectura de la sentencia estaba anunciada para el 7 de julio. El acusado había manifestado estar bajo los efectos de la «medicación por depresión». Tras este hecho, el Tribunal de las Naciones Unidas sobre los Crímenes de Guerra en la antigua Yugoslavia, con sede en La Haya, cerró el caso. Un portavoz explicó: «Ya no habrá un veredicto y por tanto el caso ha quedado cerrado»^[72]. Los suicidios de los principales nazis no fueron interpretados como una prueba exculpativa. El suicidio de Hermán Goering durante juicio de Núremberg de 1946 no tuvo ningún impacto en el proceso, y a nadie se le ocurrió presentarlo como una anulación de su culpabilidad. El suicidio no ha cambiado desde entonces. *Somos nosotros los que hemos cambiado*. Vemos a la persona que se suicida —independientemente de sus actos— como una víctima.

A la afirmación de que una enfermedad mental no tratada causa el suicidio se le puede dar la vuelta fácilmente para decir que el *tratamiento de la enfermedad mental* causa el suicidio. En la actual atmósfera de litigios, las grandes compañías son un objetivo perfecto para un chantaje legal. De manera poco sorprendente, los psiquiatras que defienden el tratamiento de las enfermedades mentales a base de medicamentos sostienen que la depresión causa el suicidio, mientras que aquellos que, por el contrario, reniegan de tal terapia afirman que son las drogas psiquiátricas las que lo causan^[73]. Ambos grupos defienden mentiras de las cuales han acabado autoconvenciéndose. Ni la psicosis ni el Prozac causan el suicidio^[74]. Acontecimientos vitales penosos, trágicos o angustiosos pueden hacer que una persona considere, y quizá elija, el suicidio como vía de escape para sus problemas, pero no lo *causan*. Cada día un incontable número de personas es víctima de un

montón de problemas. La mayoría se las arregla para sobrellevarlos. Sólo un pequeño número de ellas acaba suicidándose. En última instancia, suicidarse siempre es una decisión.

La interpretación del suicidio: Qui bono?^[75] ^[76]

Paradójicamente, las personas que con más seriedad niegan que el suicidio sea «natural» —en el sentido de ser una decisión comprensible y razonable dadas las circunstancias del sujeto y sus preferencias— son aquellas cuyo trabajo tiene que ver con problemas que a veces terminan en suicidio: los psiquiatras, los políticos y los abogados. Cada uno de estos profesionales trata con problemas que afectan a terceros, no a ellos mismos: el psiquiatra se ocupa de problemas que afectan a pacientes; el político, de problemas entre grupos o países; el abogado, de problemas entre demandantes y demandados. Aunque todos estos son asuntos problemáticos, también son reconfortantes: los problemas de otras personas ayudan a desviar la atención de los que afectan a uno mismo. Cuando el problema se da en el círculo íntimo del profesional —en sí mismo o en su propia familia—, éste se comporta de manera incluso más cobarde que el resto de las personas.

A menudo pensamos que lo que *sabemos* no es correcto porque, si no lo creyéramos así, nos veríamos forzados a cambiar nuestra conducta, abandonar nuestras falsas creencias y renunciar a las ventajas a las que nos hemos acostumbrado. Cuando le preguntaron si creía en la declaración del presidente Clinton de enero de 1998 en la que afirmaba no haberse acostado con Monica Lewinsky, Erskine B. Bowles, entonces jefe de gabinete de la Casa Blanca, respondió con franqueza: «Si no le creyera, no podría quedarme. Por tanto, le creo»^[77]. La gente a menudo atribuye el suicidio a la depresión por el mismo motivo.

En julio de 1995, Vincent W Foster Jr. viceconsejero de la Casa Blanca, fue encontrado muerto de un disparo en la cabeza en un parque en las afueras de Washington, D. C. La causa oficial de la muerte fue el suicidio. Unas semanas antes de su muerte, Foster había escrito un memorando en el que describía el caso Whitewater^[78] como «un asunto peliagudo en el que era peligroso husmear»^[79]. Decidiendo, evidentemente, que los enredos políticos de su marido no tenían nada

que ver con su suicidio, Lisa Foster empezó a visitar a un psiquiatra y a tomar Prozac: «El antidepresivo —explicó Peter J. Boyer en *The New Yorker*— le proporcionó la comprensión, por primera vez, de Vince y su enfermedad. “Fue entonces cuando me di cuenta de que era una enfermedad”, dijo ella [...] Falta de serotonina. [...] Lisa ha encontrado cierto alivio en el diagnóstico de la depresión». Citada en el mismo artículo, Laura Foster, su hija, afirmaba: «Es mucho mejor imaginarlo enfermo con un desequilibrio químico que pensar “Dios, cuando lo hizo sabía lo que hacía”. Es mejor pensar que él no tuvo la culpa».

Cuando el sida o el cáncer matan a una persona, destruyendo sus funciones vitales, sus familiares lamentan la enfermedad. Cuando es la enfermedad mental la que «mata» a una persona, sus allegados se alegran por el diagnóstico. *Qui bono?* En nuestros días, la medicalización del suicidio es tan completa como lo fue la medicalización de la masturbación a principios del siglo XX. Es evidente que cualquier interpretación general del suicidio —por ejemplo, que sea un pecado, o un crimen, o un signo de enfermedad mental, o de agresión hacia sí mismo, o una decisión libre— está destinada a ser falsa. El suicidio puede ser —puede «significar»— casi cualquier cosa.

No debíamos aborrecer ni loar una muerte sólo porque sea voluntaria. En su lugar, deberíamos distinguir entre la gran variedad de circunstancias en las cuales la gente se quita la vida y las muchas razones por las que lo hace. Y también deberíamos aceptar el control de la propia muerte como una responsabilidad y una decisión personal, tal como aceptamos el control de natalidad como una responsabilidad y una decisión personal. En resumen, nuestras leyes y nuestras prácticas médicas no deben ni obstaculizar ni facilitar el suicidio.

CAPÍTULO 3

Disculpando el suicidio

La evasión fatídica

La reticencia a castigar cuando el castigo es necesario no me parece benevolencia sino cobardía, y creo que la actitud correcta hacia los criminales no es una sufrida caridad sino una abierta enemistad; porque el objetivo de las leyes penales es superar el mal con el mal.

SIR JAMES FITZJAMES STEPHEN (1829-1894)^[1]

Las mentiras son el cemento que une a los individuos salvajes en la manipostería social.

H. G. WELLS (1866-1946)^[2]

Hablamos, no para decir algo, sino para lograr un determinado efecto.

JOSEF GOEBBELS (1897-1945)^[3]

En la concepción cristiana del mundo, la vida humana es un regalo de Dios y es de su propiedad. De ello se deduce que el suicidio es un autoasesinato, *felo de se* (una felonía contra uno mismo). Dado que la legitimidad del gobierno del soberano cristiano se apoyaba en su relación especial con Dios, el autoasesinato era

también una ofensa contra él y, consecuentemente, era castigado tanto por el derecho canónico como por el penal. Con el suicidio definido como un tipo de asesinato, los que se ocupaban de juzgar a los suicidas tenían la obligación de castigarlos. Teniendo en cuenta que castigar el suicidio requería cometer una injusticia contra personas inocentes, en particular los hijos menores de edad de los muertos, llegó un momento en que la tarea se convirtió en una carga insoportable. En el siglo XVII, las personas que formaban los jurados en los juzgados de instrucción empezaron a renunciar a poner en práctica la profanación del cadáver o la desposesión de la familia del suicida de sus medios de vida. Sin embargo, sus creencias religiosas excluían la posibilidad de abolir las leyes que castigaban el crimen. Su única salida era evadirlas: la teoría que sostiene que el autoasesino no está en plenitud de facultades mentales (*non compos mentis*) y, por tanto, es irresponsable de su acción, servía a la perfección para esta tarea.

La transformación del *autoasesinato de acto deliberado* a *consecuencia no buscada de una enfermedad (de la mente o del cerebro)* constituye el origen de la pseudociencia de la psiquiatría y de las enormemente influyentes instituciones de control que se apoyan en sus afirmaciones, llamadas «teorías», o en su coerción, llamada «tratamiento». La «conversión del suicidio en locura» (*insanitizing*) precede al nacimiento de la psiquiatría. Ésta es el resultado, no la causa, de la transformación del autoasesinato de «pecado y crimen» en «enfermedad como disculpa».

Una breve historia de la defensa frente al suicidio

El ímpetu en excusar el autoasesinato no provino de su más directo beneficiario, la víctima de las leyes contra el suicidio. Es más, no podía provenir de él: el suicida estaba muerto: su familia, despojada de medios y de reputación, era impotente. En su lugar, el ímpetu provino de aquellos que necesitaban la «reforma» y tenían suficiente influencia política para imponerla: los jueces de instrucción y los jurados que buscaban eludir la responsabilidad de imponer duros castigos a los cadáveres de los suicidas y a las viudas y huérfanos que éstos dejaban atrás.

La costumbre de calificar sistemáticamente a los suicidas como locos llevó, de forma inevitable, a la prevención del suicidio por medio del confinamiento de los suicidas potenciales en manicomios. Esta costumbre, a su vez, reforzó la

creencia de que las personas que se matan están locas, que los locos tienden a suicidarse y que «ser peligroso para uno mismo (o para los demás)» justifica privar a las personas de su libertad. Durante trescientos años, la justificación médica y legal de la detención psiquiátrica preventiva (reclusión civil) ha tenido un cómodo apoyo en esta serie de creencias.

Melancolía: preparando el terreno para la exculpación del suicidio

El texto inglés más antiguo que vincula al suicidio con lo que en la actualidad los psiquiatras llaman «depresión clínica» es *Anatomía de la melancolía* (1621), de Robert Burton (1577-1640), un sacerdote anglicano que más tarde fue guardián en un manicomio^{[4], [5]}. Angustiado tanto por el suicidio como por su castigo, Burton se lamentaba así: «Por fin, después de un tiempo largo y tedioso, sea ahogándose, ahorcándose o por medio de algún otro terrible método, se precipitan, o acaban con ellos mismos rápidamente. [...] Éste es un desenlace habitual, un final fatal para esta *enfermedad*, están condenados a una muerte violenta [...] si el *médico celestial*, con su gracia auxiliadora y su caridad, no lo remedia»^[6].

El lenguaje que emplea Burton es religioso, no médico. Sería un error interpretar su utilización de la expresión «melancolía» como referencia a una enfermedad en nuestro sentido materialista moderno, un concepto que no existía en el siglo XVII. Cuando Burton usa a la expresión «melancolía» tiene en mente una afección galénica, es decir, una enfermedad que, se pensaba, era una manifestación de un desequilibrio humoral que afectaba no sólo al cerebro sino también «al corazón [...] como Melanelio demostró tras Galeno [...] y al estómago, y a muchas otras partes del cuerpo»^[7]. La prevención de esta «enfermedad» se encontraba en manos de Jesús, al cual Burton llama apropiadamente «el médico celestial».

La importancia de la obra de Burton es jurídica, religiosa y social, no médica. Burton estableció las bases para la exculpación —por enajenación mental— del autoasesinato y, en consecuencia, del asesinato. Burton no negó que el suicidio fuera un pecado mortal y un crimen capital. Tampoco afirmó poseer una información médica novedosa. Solamente suplicó, con Dios y el soberano, que

fuera suavizado el castigo a los melancólicos que se matan a sí mismos: su castigo debía «ser mitigado, dado que están locos [...] o se ha descubierto que han estado durante mucho tiempo melancólicos [...] no saben lo que hacen, faltos de razón [...] como un barco sin timonel [...] [destinado a] naufragar [...] no deberíamos ser tan precipitados y rigurosos en nuestra censura, ya que algunos son [...] Dios se apiade de nosotros»^[8].

¿Cómo podían las leyes contra el suicidio combinar justicia y compasión? La única forma de hacerlo era mediante la transformación del suicida de persona responsable (agente moral) en objeto inanimado (un barco sin timonel azotado por un mar embravecido). Eso es precisamente lo que las leyes contra el suicidio han hecho: redefinir el suicidio. De *una felonía deliberada ha pasado a ser un accidente sin motivo (o una negligencia médica)*. La súplica de Burton presagia el diagnóstico póstumo del suicida como loco o carente de facultades mentales plenas (*non compos mentis*), y, por tanto, no responsable de su propia muerte. Una vez que se hubo establecido el principio de que un diagnóstico de enfermedad mental posterior al crimen exculpa el autoasesinato, era lógico extenderlo para exculpar el asesinato mismo y, potencialmente, cualquier otro crimen. Esta interpretación está implícita en las llamadas Reglas de McNaghten y Durham^[9].

El tratado sobre la melancolía de Burton era representativo de las obras del siglo XVII que buscaban mitigar los rigores de las leyes antisuicidio por medio de la transformación del mal en locura. John Sym (1581-1637), también sacerdote, pidió compasión para el suicida y para su familia, sosteniendo que «aquello que ocasiona el suicidio es el mal de Phrentick. [...] Aunque todos los suicidas son autoasesinos, no todos los autoasesinos son suicidas»^[10]. Sym también creía en la teoría humoral de la enfermedad y reconocía que suicidarse era al mismo tiempo un pecado y un crimen. Únicamente pedía que se ahorrara al suicida lunático pasar por el cruel castigo que las leyes inglesas prescribían en estos casos.

En 1672, Gideon Harvey, médico personal del rey Carlos II, publicó un tratado que llevaba el curioso título de *Morbus Anglicus*, una expresión que él usaba, por una parte para identificar la «melancolía hipocondríaca» como una enfermedad específica, y por otra, para proponer una nueva teoría médica por medio de la cual sostenía que los ingleses sentían una especial afinidad por esta enfermedad, opinión que pronto se reveló popular^[11]. Cuando George Cheyne publicó su clásico *The English Malady* en 1733, este bulo se convirtió en un hecho. ¿A qué tipo de síntomas se refería Cheyne cuando hablaba de la enfermedad inglesa? A afecciones como el «mal histérico», el «abatimiento», la «bilis» o los

«vapores», cada una de las cuales era supuestamente tratable con mercurio, antimonio u otros cocimientos o compuestos arcanos^[12].

En 1600 no existían los hospitales psiquiátricos tal como los conocemos en la actualidad. Hacia 1700 empezaba a florecer una nueva industria llamada «el comercio de la locura»^[13]. He descrito en otra ocasión las fuerzas y las circunstancias sociales que contribuyeron al surgimiento de este precursor del manicomio del siglo XIX y del posterior hospital psiquiátrico del siglo XX^[14]. Aquí sólo quiero hablar brevemente de una de estas fuerzas, la conversión del suicidio en locura.

La conversión del suicidio en locura: la medicalización de la compasión

El vocablo latino *compos* se traduce como «controlado». Así, *compos mentis* significa mente equilibrada o sana. A lo largo de los siglos, la expresión *non compos mentis* se utilizaba en un sentido estricto para designar a aquellos individuos incapaces de cuidar de sí mismos y para justificar el nombramiento de tutores sobre ellos. Raramente se utilizó el término como exculpación de un crimen, ni mucho menos para, en caso de asesinato, cambiar la pena de muerte habitual por la de cadena perpetua. En la baja Edad Media, el número de suicidios en Inglaterra se incrementó considerablemente y, simultáneamente, también lo hizo la exculpación basada en la ausencia de plenas facultades mentales o *non compos mentis* para evitar su castigo.

La postura que sostiene que el suicidio es algo reprobable tiene, como hemos visto, un origen ancestral. En Inglaterra, el suicidio se empieza a condenar formalmente desde el 673 por el Consejo de Hereford. Al principio, el castigo consistía en la denegación del sepelio; más tarde se instauró la costumbre de enterrar el cadáver en un cruce de caminos con una estaca atravesada en su corazón; luego, en el siglo X, se añadió la confiscación de las propiedades del suicida, que eran inmediatamente transferidas a la caja real de limosnas^[15]. Ésta es la opinión del célebre jurista inglés William Blackstone (1723-1780) acerca de tales costumbres:

La ley de Inglaterra considera, de manera inteligente y religiosa, que ningún

hombre está autorizado para destruir una vida, excepto si ha sido facultado por Dios, su creador; y como el suicida es culpable de una doble ofensa —una espiritual, por ignorar el mandato del Todopoderoso y correr a Su presencia sin haber sido convocado, y la otra terrenal, contra el soberano, el cual está interesado en la preservación de la vida de todos sus súbditos—, la ley, en consecuencia, ha clasificado este caso como uno de los crímenes mayores, haciendo de él una dase particular de felonía cometida contra uno mismo^[16].

Blackstone admitía el subterfugio y prevenía en su contra: «Pero esta interpretación [la de considerar al criminal como carente de plenas facultades mentales (*non compos mentis*)] no debe ser forzada hasta el punto en que el jurado pueda utilizarla, por ejemplo, para afirmar que todo acto de suicidio evidencia locura por parte de aquel que lo comete, como si todo hombre que actuara de manera irracional careciese de motivación para sus actos. Este mismo razonamiento serviría para demostrar que cualquier otro criminal también es *non compos*, además del suicida»^[17],^[18].

La advertencia fue inútil: la misma ley definió él «*diagnóstico*» *póstumo del jurado sobre la «mente» del suicida como una evidencia irrefutable*. La gente no necesitó que la animaran a eludir su responsabilidad. La ley, ese gran maestro, invitaba explícitamente a hacerlo. Declarando a los suicidas como carentes de plenas facultades mentales (*non compos mentis*), la ley había desarrollado un mecanismo para rechazar la responsabilidad y, ayudada por el estamento médico, envolvió el engaño y el autoengaño en el manto de la curación y de la ciencia.

¿Por qué se desarrolló esta estrategia basada en la locura como defensa frente al suicidio en ese momento y en ese lugar? La respuesta se encuentra en el acelerado desarrollo económico que vivió Inglaterra en el siglo XVII y en la extensión de la cultura y la sensibilidad social que lo acompañó. Era esto —y no la melancolía— lo específicamente novedoso del panorama social inglés: por primera vez en la historia, un creciente número de personas, y no sólo unos pocos filósofos, se empezó a preocupar por los conceptos hermanos de libertad individual y derecho a la propiedad. Una de las consecuencias de esta actitud fue, como ya dijimos, que los hombres que formaban parte de los jurados en cada juicio encontraron una dificultad creciente para privar a las viudas y los hijos inocentes de los bienes del suicida. Pero los jurados estaban en un aprieto. Abolir la leyes contra el suicidio era políticamente inimaginable, y por otra parte, castigar al suicida tal como prescribía la ley era moralmente inaceptable.

Existe un importante parecido entre el dilema de castigar el autohomicidio (suicidio) entonces y el castigo del aborto (feticidio) en la actualidad. Ambas acciones implican la pérdida deliberada de una vida humana. Las dos pueden ser tratadas como crímenes. Para la opinión pública contemporánea, ambas acciones son, en la práctica, no penalizables. Una sanción penal racional del aborto requeriría castigar al agente (la mujer embarazada) de forma más severa que a su delegado (el que realiza el aborto). Una sanción penal racional del suicidio, en ausencia de una alianza entre la Iglesia y el Estado, o entre la medicina y el Estado, es una contradicción en los términos.

En la Inglaterra del siglo XVIII, la solución al dilema del castigo al culpable de autohomicidio tal como prescribía la ley pasaba por declarar lunático al responsable del crimen, una táctica que he denominado «la conversión del suicidio en locura». Esta maniobra permitió a la sociedad considerar el autohomicidio como una ofensa tanto moral como legal, mantener las sanciones legales y religiosas correspondientes y además proporcionar un mecanismo supuestamente civilizado para evitar castigar la acción tal como requería la ley. S. E. Sprott, un historiador del suicidio en la Inglaterra del siglo XVIII, destaca que «los jurados alegaron crecientemente evidencias de locura en el suicida para salvar a la familia de las consecuencias de un veredicto de felonía; el número de muertes cuya causa se atribuyó a la “locura” aumentó de una de forma considerable en relación a aquellas clasificadas como autoasesinato. [...] Hacia la década de 1760, la confiscación de los bienes parece haberse convertido en algo minoritario»^[19]. Debíó de haber quedado claro para cualquiera que reflexionara acerca de la cuestión que considerar la «mente» del suicida como *non compos* —de manera póstuma, exactamente en el momento en que éste estaba ejecutando su felonía— era una *táctica semántico-jurídica* para eludir el castigo que la ley prescribía para este crimen.

Enfrentada a decisiones difíciles acerca de cuestiones delicadas, la gente a menudo prefiere la evasión a la confrontación. La utilidad social, quizá la necesidad, de no encarar el reto moral que el suicidio nos presenta, queda ilustrada de manera dramática por la muerte de Robert Stewart Londonderry, más conocido como el vizconde Castlereagh (1769-1822). Creyendo ser chantajeado con acusaciones de homosexualidad, lo cual era probablemente cierto, Castlereagh, que había desempeñado los cargos de ministro de la Guerra y de ministro de Asuntos Exteriores, se seccionó la garganta y fue enterrado, en una ceremonia acorde a su posición, en la abadía de Westminster^[20]. En cualquier caso, el carácter instrumental de esta política se ha mantenido fuera de todo reconocimiento oficial hasta el día de hoy, aunque quizá haya pasado igualmente desapercibida.

La excusa de la locura: Qui bono?

Blackstone temía que considerar a los autoasesinos muertos como locos conduciría a considerar a los asesinos vivos y a otros criminales como igualmente locos, anulando así *el principal objetivo del derecho penal, a saber, la imposición del castigo*. En gran medida, esto es lo que ha venido a ocurrir. Pero lo peor estaba por venir. Blackstone no fue capaz de prever que, al jugar con la justificación de la locura, existía un peligro mucho mayor: que el Estado pudiese un día juzgar adecuado atribuir locura no sólo a los criminales sino también a los no criminales, haciendo a ambos grupos susceptibles de una reclusión *de facto* disfrazada de tratamiento. También esto ha acabado sucediendo: vivimos, como he sugerido, en un Estado Terapéutico^[21].

Blackstone no podía haber anticipado esta consecuencia, la cual requiere pervertir el concepto de justificación. En derecho, una justificación para un crimen es una condición que absuelve al actor de la pena que, en ausencia de tal condición, le corresponde por su vulneración de la ley; por ejemplo, actuar en defensa propia es una justificación del asesinato. El acusado que logra probarla queda libre. La persona a quien se aplica la eximente de enajenación va directa al manicomio.

Es más, existe un antiguo principio legal que sostiene que el desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento. «La ignorancia de aquello que uno está obligado a conocer no es excusa», dijo sir Matthew Hale (1609-1676), presidente del Tribunal Supremo inglés bajo el reinado de Carlos II. Esta máxima es un principio esencial del derecho penal porque, tal como el *Black's Law Dictionary* explica, «se debe suponer que toda persona conoce las leyes, ya que de otro modo no se podría determinar el punto hasta el cual la excusa del desconocimiento pueda ser alegada»^[22]. El objetivo está claro: la persona que alega con éxito una justificación para un crimen (excepto la de locura) es considerada inocente de tal crimen. La ley no puede perseguirla más de lo que perseguiría a cualquier otra persona. Ésa es la razón por la cual los acusados alegan todas las justificaciones posibles, porque no tienen nada que perder en caso de que les sean aceptadas. En sentido contrario, los fiscales nunca atribuyen una justificación a un acusado, porque no tienen nada que ganar con ello.

Con la locura como defensa, los incentivos se invierten. El acusado al que se acepta la excusa de enfermedad mental queda invalidado como paciente mental y se le recluye en un hospital psiquiátrico. Ocurre exactamente lo mismo con el acusado a quien sus adversarios —fiscal, jurado, juez— logran aplicar un veredicto que lo declara loco. Ésa es la razón por la cual tanto fiscales como abogados defensores, especialmente si han sido nombrados por el juzgado o por la familia del acusado, a menudo intentan que les sea aceptada una eximente por enajenación mental del acusado, incluso contra la voluntad de éste^[23],^[24],^[25].

Para entender la profunda implicación de la expansión, durante los dos últimos siglos, no sólo de la realidad sino también de la *legitimidad del poder estatal disfrazado de diagnóstico y tratamiento médico*, debemos reconsiderar brevemente el fundamento histórico de la legitimidad estatal en el pensamiento político inglés y en el norteamericano.

La vida está llena de peligros, que podemos clasificar básicamente en dos clases: naturales y humanos. Terremotos y riadas son ejemplos de peligros que provienen del medio natural. Robos, atracos y asesinatos son ejemplos de peligros que tienen un origen humano. Desde Hobbes y Locke hasta los padres de la Constitución norteamericana, los filósofos políticos han estado de acuerdo en que la principal (o única) justificación moral del Estado, como entidad política que ostenta el monopolio del uso legítimo de la fuerza, es la protección de las personas frente al daño que otras personas, criminales domésticos o enemigos extranjeros, les puedan infligir. En otras palabras, la legitimidad del Estado reside en un acuerdo tácito («compacto»): a cambio de renunciar, como individuos, al uso de la fuerza contra nuestros congéneres, el Estado nos protegerá de robos, atracos y asesinatos.

Considerar al autoasesino un lunático y, como tal, un peligro para sí mismo que necesita la protección coercitiva del Estado, es algo que viola este principio fundamental. Esquivar el castigo por autoasesinato atribuyendo a la locura la acción legítima la ficción de un yo dividido contra sí mismo y, consecuentemente, un concepto de locura que conlleva la idea de «peligrosidad para uno mismo y para los demás» y el edificio psiquiátrico construido sobre estas bases. Así es como surgió la creencia y la costumbre social que atribuye al Estado el deber de proteger, a la fuerza, a los locos de sí mismos, y a otras personas de ellos, ya que son casi criminales. Como resultado tenemos una radical expansión de la autoridad, legitimidad y poder del Estado, que ha pasado de utilizar la fuerza para protegernos de otros a emplear la fuerza para protegernos de nosotros mismos.

La verdad sobre la «locura» es mucho menos espectacular. En vez de una lucha en el alma entre Dios y Satán o en la mente entre cordura y locura, el hecho es que todos albergamos diversos deseos, algunos en contradicción con otros. Pero tenemos un solo yo por persona. El valor de la máxima «las acciones dicen más que las palabras» reside en su insistencia en no separar la acción del actor. La tarea principal de los buscadores de excusas psiquiátricas consiste en la destrucción de esa unidad mediante la invención de la ficción de la locura como una enfermedad caracterizada por dos o más «yo» que están en guerra unos con otros.

¿Por qué adoptó la gente esta creencia en la «enfermedad mental»? ¿Por qué la sociedad norteamericana contemporánea encuentra indispensable la creencia en la «locura»? En pocas palabras, porque la idea de la locura nos permite eludir el juicio y la ejecución de determinados criminales tal como prescribe la ley; nos da la opción de justificar sus acciones mediante su clasificación como «no culpables en razón de su locura» y de ingresarlos en hospitales mentales (la defensa y disposición de la locura). También nos permite detener a ciertas personas problemáticas (especialmente en el seno de la familia), las cuales sería muy difícil o imposible controlar a través de sanciones penales (reclusión civil)^[26].

El nacimiento de la psiquiatría: auto y heteromicidio como locura

Durante siglos, la mentalidad europea, imbuida de cristianismo, consideró el asesinato y el autoasesinato como dos tipos de homicidio. No es sorprendente, pues, que la justificación del suicidio mediante su atribución a la locura abriese la puerta a la justificación del asesinato también mediante su atribución a la locura. En un corto lapso de tiempo, fue culturalmente posible atribuir todo tipo de conductas socialmente ofensivas e indeseables a la locura. Esta deshumanización del hombre en nombre de la humanidad —por otra parte típicamente moderna— es uno de los frutos envenenados de la Ilustración y de la Revolución francesa. Todos los fundadores de la psiquiatría han contribuido a este desarrollo, pero quizá nadie lo hizo en la misma medida que el reconocido como padre de la psiquiatría británica sir Henry Maudsley (1835-1918).

Sir Henry Maudsley

Maudsley no inventó la teoría que sostiene que el autoasesino es un loco, que su decisión no debe ser castigada, y que cualquiera que desee matarse debe ser recluido en un manicomio. Su fama reside en el hecho de que popularizó esta teoría, al menos en el mundo anglosajón, mucho más de lo que lo hizo nadie antes que él. Concretamente, Maudsley aseguró el imprimátur del derecho y la medicina ingleses sobre la noción de «peligrosidad para uno mismo y para los demás» como un concepto médico y jurídico y la justificación para unas maniobras legales equivalentes como son la defensa de la locura y la hospitalización mental involuntaria. Con su éxito a la hora de atribuir a la locura tanto el asesinato como el autoasesinato, Maudsley, paradójicamente, validó de nuevo la aparentemente desacreditada equivalencia religiosa de las dos acciones. La Iglesia sostenía que el autoasesino, al igual que el asesino, dispone de una vida que pertenece a Dios. Los filósofos de la Ilustración rebatieron con éxito la creencia en la que se basa esta visión, la cual no es otra que la afirmación de que toda criatura viviente es propiedad de Dios y, basándose en ello, todo sujeto pertenece al soberano. Los filósofos políticos modernos intentaron reemplazar esta concepción religioso-feudal de la relación del hombre con la autoridad con una concepción secular y capitalista de esta relación, redefiniendo a cada individuo como su propio dueño. Esta ambiciosa visión se apoya en la aspiración por la sociedad de que cada persona puede ser, quiere ser y se espera que sea autónoma. El fracaso del hombre posilustrado en vivir de acuerdo con este supuesto generó una reacción en contra del concepto de autonomía personal, paradigma del cual es la ostensiblemente liberalizadora estrategia psiquiátrica de atribuir el suicidio a la locura. La psiquiatría ha refeudalizado con éxito la vida humana: ha convertido la salud en una propiedad de la medicina y de los médicos en la misma medida en que el hombre había sido propiedad de la Iglesia y los curas. De nuevo, suicidio y asesinato forman parte del mismo grupo; ambos dejan de ser percibidos como actos motivados e intencionados; ambos son reconstruidos como consecuencias no intencionadas de incontrollables «arrebatos de locura». Esta interpretación, presentada como un hallazgo médico y un «hecho», constituyó los cimientos sobre los cuales Maudsley construyó el imperio de la psiquiatría, con la prevención del suicidio para salvar vidas como su misión fundamental. Como declaró:

Es [...] de las lúgubres profundidades de la mente en estado melancólico de donde a menudo manan los desesperados impulsos hacia el suicidio o el asesinato.

[...] No veo, por tanto, cómo puede sostenerse honestamente que una persona enajenada deba ser susceptible de castigo alguno. [...] Los casos más graves con los que tienen que tratar aquellas personas involucradas en el cuidado y tratamiento de los locos son, fuera de toda duda, aquellos en los cuales se manifiesta una permanente tendencia al suicidio [...] sin que pueda apreciarse que el intelecto se haya visto afectado^[27].

Personas aparentemente sanas que quieren quitarse la vida están, de hecho, locas. Citando el caso de un hombre recluido en un manicomio, Maudsley lamenta que «una mañana [él] eludió la vigilancia de los que lo atendían y, perseguido de cerca pero en vano, corrió tanto como pudo a través de zanjas y setos hasta una vía de tren, trepó por un elevado terraplén y se arrojó deliberadamente delante de un tren que pasaba en ese momento, muriendo en el acto. Excepto por sus *enajenadas tendencias suicidas*, este desafortunado caballero [...] *aparentaba estar completamente cuerdo*»^[28].

Maudsley creía, y persuadió a otros para que creyeran, que las tendencias suicidas que el psiquiatra atribuye a una persona constituyen una prueba suficiente para que la ley declare loca a la persona así «diagnosticada»; que la intención de esa persona no es su intención y no cuenta como intención en absoluto; y que el psiquiatra que la recluye en un hospital mental no la priva de su libertad sino que le salva la vida. Estas creencias están asentadas hoy en día en la percepción popular incluso más de lo que lo estaban en tiempos de Maudsley.

Las razones de la popularidad de esta teoría yacen en el fondo del corazón del hombre contemporáneo. En el centro se encuentra un rechazo de la reflexión seria y la obligación de castigar las conductas no aceptadas de modo infalible pero justo. Como todo padre sabe, no es agradable castigar a un hijo, especialmente si es el propio. Y aun así, castigarlo es una tarea tan importante como quererle y cuidarle. Decir al niño «Me duele más a mí de lo que te duele a ti» puede sonar cursi pero a menudo es verdad. Castigar a un adulto, especialmente si la pena es dura, tampoco es agradable: coloca una pesada carga en la conciencia del que castiga, tanto más grande cuanto más se ponga éste en la piel del castigado. Ésta es la razón por la cual la gente en las sociedades de masas contemporáneas —tanto en las capitalistas como en las socialistas— ha preferido controlar a los delincuentes con sanciones terapéuticas antes que con sanciones penales. Por ejemplo, Karl Menninger (1893-1990), decano de la psiquiatría norteamericana de la posguerra, sostenía: «El principio de la no imposición del castigo no permite excepciones; debe ser aplicado en todos los casos, incluso en el peor, en el más horrendo, el más

espantoso de los casos, y no sólo en el caso fortuito, aquel susceptible de generar simpatía»^[29]. Tomás Borge, ministro del Interior del Frente Nacional de Liberación Sandinista, afirmó: «Existe una equivalencia entre la moral cristiana y nuestra moral revolucionaria. En ambas se da por sentado que el amor es el elemento fundamental en las relaciones entre los hombres. [...] La coerción estatal es un acto de amor»^[30]. La coerción, consagrada como amor, es el terreno en el cual la religión, la política y la psiquiatría confluyen para formar el Estado terapéutico.

Fue fácil ver lo que había detrás de la afirmación comunista de que la coerción estatal es un acto de amor. Y aun así, millones de personas se han dejado seducir por el canto de sirena de la política terapéutica. Es igual de sencillo ver lo que hay detrás de la afirmación psiquiátrica de que la coerción terapéutica es un acto de amor. Y aun así, millones de personas se han dejado seducir por el canto de sirena de la justicia terapéutica. En realidad, la «postura terapéutica» es una farsa lamentable cuya función principal es la de evitarle a la sociedad —especialmente a los políticos, los jueces y los miembros de un jurado— tomarse en serio la delincuencia y castigar a los que violan la ley en proporción a la gravedad de su delito. Esta tendencia social a rechazar la obligación de castigar a los delincuentes, especialmente a los acusados de crímenes graves, se ve tristemente reflejada en el histórico caso de Daniel McNaghten^[31].

McNaghten y su inexistente juicio

El 20 de enero de 1843, Daniel McNaghten, creyendo ser una «víctima de los *tories*», buscó venganza asesinando a sir Robert Peel, ministro del Interior. Sin embargo, McNaghten tomó a Edward Drummond, secretario personal de Peel, por su jefe, y lo mató en su lugar. No había ninguna duda de que McNaghten había planeado matar a Peel y había matado a Drummond. El propio McNaghten lo reconoció así. El juicio empezó el 2 de febrero de 1843 con el presidente del Tribunal Supremo inglés, lord Abinger, apremiando a McNaghten a contestar la siguiente pregunta: «¿Cómo se considera usted, acusado, culpable o inocente?». Tras una breve pausa, McNaghten respondió: «Soy culpable de disparar». Lord Abinger replicó: «Con eso ¿quiere decir usted que no es culpable del resto de los cargos, es decir, de intentar asesinar al señor Drummond?». «Sí», respondió McNaghten^[32].

El modo en que lord Abinger formuló su pregunta no era más que un juego de palabras legalista, destinado a asegurar la «absolución» que estaba buscando. No preguntó a McNaghten si fue su intención asesinar a sir Robert Peel. En su lugar, reflejó una declaración de inocencia en el acta. Durante el juicio, los testigos del crimen declararon que McNaghten parecía estar cuerdo y haber actuado deliberadamente, y sus conocidos testificaron que «siempre había mostrado estar en sus cabales»^[33]. Este juicio era, sin embargo, un espectáculo psiquiátrico. Los testigos de la «defensa», nueve «caballeros médicos» —y al frente de ellos el doctor E. T. Monro, uno de los psiquiatras más importantes de la época—, declararon unánimemente que «sus manías persecutorias implicaban que “su libertad moral se hallaba destruida”. La acusación no presentó ninguna prueba médica para rebatir esta afirmación»^[34].

Al acabar los testimonios, el subfiscal de la corona (el fiscal) se dirigió al jurado del siguiente modo: «Caballeros del jurado, después de la indicación que he recibido por parte del tribunal creo que no estaría ejerciendo correctamente mi responsabilidad hacia la corona si les solicitara un veredicto *en contra* del acusado. [...] Este pobre hombre, en el momento de cometer su acción, no estaba en sus cabales; y, por supuesto, si esto fuera así, tendría derecho a ser absuelto»^[35]. Enfatizo la expresión en *contra* para indicar que el fiscal consideraba la decisión de encarcelar de por vida a McNaghten como algo que no *obraba en su contra*. A McNaghten no se le veía afectado por la posibilidad de ser ahorcado y no pidió la «clemencia» que se le ofrecía. Eran los abogados y los jurados los que estaban afectados por tener que decretar su ahorcamiento.

El juez principal, C. J. Tindal, *dio instrucciones al jurado para declarar al acusado inocente en razón de su demencia*:

Tindal C. J.:—Si consideran que necesitan presenciar más pruebas, entonces dejaré el caso en sus manos. No obstante, seguramente se ha dicho ya suficiente, y ustedes dirán si requieren información adicional.

El presidente del jurado:—No la requerimos, señor.

Tindal, C. J.:—Si encuentran al acusado inocente, digamos, sobre la base de considerarlo demente, en ese caso se le proporcionarán los cuidados necesarios.

El presidente:—Encontramos al acusado inocente por razón de su demencia^[36].

A pesar de las pruebas de que McNaghten fue conducido apresuradamente y sin discusión de la horca al manicomio, historiadores, investigadores, psiquiatras y abogados se han referido habitualmente al caso de McNaghten como un «juicio». Pero no hubo *ningún juicio* a McNaghten. Llamar al proceso judicial seguido contra él un juicio penal es una pseudoverdad orwelliana: la fiscalía no actuó *contra* McNaghten; actuó *a su favor*. Tal como lo expresó el juez Tindal, «se le proporcionarán los cuidados necesarios». El *castigo* correcto para McNaghten hubiera debido ser la horca. *De iure*, McNaghten fue tratado como si hubiera estado loco cuando disparó a Drammond; *de facto*, se le trató como si hubiera estado, estuviera y siempre fuera a estar loco. Se le recluyó en Broadmoor, el primer, así llamado, hospital para criminales dementes en Inglaterra, y allí murió veintiún años después.

Los contemporáneos de McNaghten reconocieron que el jurado que lo envió a Broadmoor no le hizo ningún favor. El doctor Forbes Winslow, un importante médico Victoriano, elogió el veredicto de locura precisamente porque era terrible, no porque fuese humano:

Hablar de que una persona ha evadido la pena más dura prevista por la ley por causa de su demencia, como si no hubiera sido sometido a castigo alguno, es faltar a la verdad y una perversión del lenguaje. ¡Que no ha sufrido ningún castigo! Está expuesto al mayor dolor y a la más severa de las torturas corporales y mentales que se pueda infligir a una criatura humana, no muy lejos de lo que supone ser ahorcado en público. Si se duda de lo que afirmo, visítense ese espantoso antro en el hospital de Bethlehem [...] donde la parte criminal de nuestra sociedad se encuentra encerrada como bestias salvajes en una jaula de hierro^[37].

Siguiendo el rastro de los absueltos por demencia condenados a cadena perpetua en manicomios, Roger Smith, autor de un estudio sobre los juicios por demencia en la época victoriana, observa: «En la práctica, una orden de traslado a un manicomio normalmente significaba un traslado permanente. Era tremendamente difícil atribuir ninguna “recuperación” a alguien que se hubiera mostrado como una persona violenta [...] Los supervisores médicos aceptaron su papel de guardianes»^[38]. No ha habido muchos cambios desde entonces.

Del intento de asesinato al impulso homicida

El sentido común nos pide asumir que la gente mata a los demás y se mata a sí misma básicamente por las mismas razones por las que hace cualquier otra cosa; en concreto, para favorecer el propio interés tal como cada uno lo percibe. Incapaces de rebatir este supuesto, los médicos basaron sus argumentos en una analogía entre ciertos síntomas de enfermedades físicas, como las convulsiones, y determinados presuntos síntomas de las llamadas enfermedades mentales, como el asesinato. Ésa fue la herramienta de que Maudsley se sirvió para convertir la *intencionalidad* del asesino culpable en el *impulso irrefrenable* del loco inocente:

Hoy en día, nadie que esté implicado en el tratamiento de las enfermedades mentales duda de que tiene que verlas con el funcionamiento anormal de un órgano corporal: el cerebro. [...] La enfermedad de la mente en modo alguno es un trastorno metafísico, sino perfectamente comparable a otros desórdenes nerviosos como la neuralgia o las convulsiones. [...] En todos estos casos [locura homicida], la pregunta es, obviamente, si el impulso era irreprimible o si sólo fue no reprimido. [...] Que el impulso puede ser irreprimible está fuera de toda duda [...] La verdad es que una pasión controlable en una mente cuerda se convierte en locura incontrolable en una mente enferma^[39]

La ley se apoya más frecuentemente en el sentimiento que en la razón. Éste es el motivo por el que, en el caso de la eximente por enajenación, no basta con argumentar que la afirmación de que la enfermedad mental causa el asesinato es falsa. Debemos preguntarnos, una y otra vez, *cui bono?* (¿quién se beneficia?). ¿Quién saca provecho de aceptar esta afirmación en general y en cualquier caso particular? La respuesta es que los individuos y las instituciones que la promueven, quienes, no por mera coincidencia, son los individuos y las instituciones que accionan los mandos tanto del Estado como de los medios de comunicación. Desafortunadamente, la timidez intelectual de incluso los más distinguidos críticos de Maudsley, en especial del jurista Victoriano sir James Fitzjames Stephen, ha convertido la perspectiva psiquiátrica sobre el crimen y la locura en algo inexpugnable. Los comentarios de Stephen acerca del tema, expuestos en su magistral *A History of the Criminal Law of England*, merecen ser citados con cierta extensión:

He leído una gran variedad de estudios médicos sobre la locura, pero me he enfrentado a una gran dificultad para encontrar en alguno de ellos la información tras la que andaba. [...] La mayor parte de los autores cuyos trabajos he leído

insisten frecuentemente en algo que, en la actualidad, creo de todo punto innecesario; afirman que la locura es una enfermedad, pero apenas ninguno de ellos la describe tal como se describe una enfermedad. Todos [...] describen un número de estados de la mente que no parecen tener una relación necesaria u obvia entre sí. Los clasifican [...] estas expresiones [las de los “loqueros”] son como adjetivos referidos a un sustantivo invisible. Decir que un fuerte e inmotivado deseo de prender fuego a la casa es piromanía [...] es sustituir las palabras por pensamientos. Es como decir a alguien que tanto una ballena como un mono son mamíferos, sin explicar lo que es un mamífero. [...] En vano he buscado en muchos libros de medicina lo que a primera vista parecía ser un detallado retrato de «la locura como una enfermedad real»^[40].

En vez de preguntarse por la utilidad práctica de fingir que la locura es una enfermedad, Stephen reafirmó la perogrullada de que «todos los crímenes son acciones voluntarias»^[41] y realizó esta crítica mordaz de la postura de Maudsley:

Debe recordarse, en relación con este tema, que *aunque la locura es una enfermedad*, es de una clase tal que, en gran medida y en muchos casos, es *culpa del que la sufre*. En los libros de medicina, la conexión entre locura y cualquier tipo de vicio repugnante está tan clara que parece natural preguntarse si en muchos casos la locura no es más bien un crimen en sí mismo que una exculpación. [...] No aceptamos la más burda ignorancia, la educación más lamentable, la más prolongada convivencia involuntaria con criminales, como una justificación del crimen, aunque en muchos casos [...] ello explica por qué se cometen los crímenes. Esto debe llevarnos a ser estrictos a la hora de admitir la locura como una justificación para el crimen en los casos dudosos, o como un motivo para mitigar el castigo que deba imponerse^[42].

Incapaz o poco dispuesto a rechazar el modelo médico de locura^[43], Stephen recurrió a atribuir la locura a «aquel que la sufre», un proyecto destinado al fracaso. Aun así, se mantuvo firme: insistió en que no había ninguna prueba de que un demente no fuera responsable de su conducta y demostró que los métodos que los psiquiatras usan para controlar a las personas en los manicomios contradicen sus afirmaciones sobre la naturaleza de la locura: «El principio de que los locos deben, en algunos casos, ser castigados, queda demostrado por la práctica en los manicomios»^[44]. Stephen reconoció que la costumbre de justificar el crimen como enfermedad mental «sugería que nadie debía ser castigado jamás» y dio como resultado que los gobernantes encargados de aplicar la ley eludieran su responsabilidad y fueran aplaudidos por el público por actuar así. «La reticencia a

castigar cuando el castigo es necesario no me parece benevolencia sino cobardía; la actitud correcta frente a los criminales no es la de una sufrida caridad sino la de una abierta enemistad, puesto que el objeto de las leyes penales es la superación del mal por medio del mal»^[45].

La crítica de Stephen acerca de los puntos flacos de la exculpación por demencia era astuta, pero su autor no supo ver su valor como estrategia política. Al mismo tiempo, era excesivamente respetuoso con la tradición, lo cual posiblemente explica su oposición a cualquier relajación de las leyes contra el suicidio. Su comentario sobre una propuesta de revisión del código penal presentada al parlamento fue: «Creo que sería una pena que el parlamento pusiera en práctica alguna medida tendente a alterar el juicio con el que es y debe seguir siendo contemplado [el suicidio]»^[46].

The Crime of Punishment

En los años cincuenta, Estados Unidos estaba contagiado por la ideología del diagnóstico y el tratamiento como una panacea personal y social. La idea de la locura como eximente que se tenía en los siglos XVIII y XIX se extendió hasta abarcar toda la existencia humana; todo el mundo está más o menos enfermo; nadie es responsable de sus errores. Aunque esto puede parecer exagerado, desgraciadamente no lo es. Las siguientes declaraciones son ilustrativas, en este sentido.

En 1946, apenas acabada la Segunda Guerra Mundial, el psiquiatra canadiense G. Brock Chisholm, el oficial médico de mayor rango en las fuerzas armadas canadienses durante la guerra, declaró: «La reinterpretación y la erradicación definitiva de las ideas del bien y del mal [...] son los objetivos últimos de prácticamente todas las psicoterapias efectivas. [...] Si la raza humana tiene que ser liberada de su carga paralizante de bondad y maldad, entonces deben ser los psiquiatras los que tomen la responsabilidad inicial»^[47].

En 1963, Karl Menninger (1893-1990) publicó su exitoso libro *The Vital Balance*. En él escribió: «Decimos que todo el mundo padece de diferentes enfermedades mentales en distinto grado y distintas ocasiones [...] y esto es

precisamente lo que han demostrado recientes estudios epidemiológicos. [...] “Totalmente recuperado” es un concepto ajeno a la persona que padece una enfermedad mental. En la actualidad se acepta que la mayoría de la gente tiene algún grado de enfermedad mental en algún momento de su vida»^[48]. En su libro *The Crime of Punishment*, publicado en 1968, Menninger sostenía que *todos* los criminales eran enfermos mentales y que debían ser tratados, no castigados. Para asegurarnos, «algunos pacientes mentales deben ser detenidos durante algún tiempo incluso contra su voluntad»^[49].

La idea de exculpar al autoasesino atribuyéndole una enfermedad ficticia llamada «locura» se inventó como una estrategia destinada al tratamiento compasivo de sus allegados. Pero era un recurso demasiado bueno para quedar limitado al suicidio. Hoy en día, en Estados Unidos no existe prácticamente ninguna situación en la que no pueda darse entrada al concepto de enfermedad mental para disminuir o anular la responsabilidad de un sujeto por sus acciones, para negar su papel como agente moral y transformarle en víctima, y para considerar a otros responsables de las consecuencias nocivas de su conducta. Por lo mismo, prácticamente ningún comportamiento considerado indeseable por las autoridades está exento de caer dentro del campo de acción de un control social «terapéutico».

Cuanto mayor es el grado en que la sociedad se apoya en el control terapéutico, más se refuerza la creencia en la existencia de la enfermedad mental y, en general, en la racionalidad de tratar las malas costumbres como si fueran enfermedades. Mientras tanto, el público pierde de vista el hecho de que las malas costumbres no son enfermedades, que diagnosticar comportamientos incorrectos no los convierte en enfermedades, y que los psiquiatras no tienen nada que ver con el tratamiento de las enfermedades y sí con la regulación de la conducta.

Exculpar a alguien por su locura no implica compasión. La hospitalización mental involuntaria no es un tratamiento. Ambos son métodos coercitivos de control social. Ambos se apoyan en la atribución al sujeto de una ausencia de plenas facultades mentales (*mens rea*). Ambos dan como resultado la privación de la libertad de la persona «protegida». Ambos funcionan como un arsenal estratégico en la guerra que la psiquiatría libra contra la dignidad, la libertad y la responsabilidad.

CAPÍTULO 4

La «prevención» del suicidio

«Salvando» vidas

Se fuerza a las personas a continuar viviendo una vida que se ha convertido en insoportable para ellas por motivos *válidos*. [...] Incluso si unos cuantos más [pacientes] se suicidaran, ¿justifica esto el hecho de que estemos *torturando* a cientos de parientes y agravando su enfermedad?

EUGEN BLEULER (1857-1939)^[1]

Aplicamos terapia electroconvulsiva a este tipo de pacientes [con tendencias suicidas] [...] diariamente hasta que sobreviene la confusión mental y disminuye la capacidad del pariente para continuar con su determinación suicida.

American Handbook of Psychiatry (1975)^[2]

Nunca te suicides mientras sientas el impulso de hacerlo.

EDWIN SHNEIDMAN (1996)^[3]

He entrecomillado las palabras *prevención* y *salvando* en el título del capítulo para indicar que utilizo ambos términos como eufemismos. El término «prevención» encubre la indignidad y la nocividad de la coerción psiquiátrica. La

expresión «salvando» implica que los programas de prevención del suicidio salvan vidas. Ya que la prevención del suicidio descansa en la utilización de prácticas psiquiátricas coercitivas, debería llamársele «prevención por la fuerza del suicidio».

«La importancia, desde el punto de vista de la salud pública, de las muertes por suicidio —dice un editorial del *American Journal of Public Health*— ha sido destacada por la reciente creación del National Center for Injury Prevention and Control en el Center for Disease Control. El objetivo principal del nuevo centro es la identificación de métodos efectivos de prevención del suicidio»^[4].

La suerte está echada. Todas las conductas que desaprobamos son clasificadas como enfermedades, mientras que los comportamientos aceptables son clasificados como tratamientos. Los conceptos de enfermedad y tratamiento están ahora fuertemente politizados. Médicos, jueces, periodistas, defensores de las libertades civiles... todo el mundo acepta, o finge aceptar, que suicidarse sin consentimiento médico es una enfermedad que justifica la coerción estatal, y que suicidarse con consentimiento médico es un tratamiento que justifica la exención del Estado del estricto marco de la prohibición de las drogas. De manera poco sorprendente, estos nuevos conceptos de enfermedad y tratamiento entran en conflicto con el significado tradicional de la «asistencia» entendida como ayudar a una persona a lograr su objetivo o persuadirla para cambiarlo. Ayudar a una persona en contra de su voluntad —es decir, obligarla a perseguir un objetivo que no desea perseguir— es una contradicción en los términos. Juntar prevención del suicidio y coerción como si estuvieran unidos de modo indisoluble nos lleva a negar la posibilidad de que exista una prevención del suicidio no coercitiva, una opción que no podemos empezar a considerar mientras sigamos viendo el suicidio como la consecuencia de una enfermedad (mental) no tratada.

La prevención del suicidio es algo contemporáneo, fruto de la equiparación del suicidio con una enfermedad y de su prevención con la prevención de una enfermedad. Es una política contraproducente que se basa en una analogía falsa: el suicidio puede ser considerado *como* una enfermedad, pero no lo es. Hace algunos años propuse comparar al suicida potencial con el emigrante potencial: uno quiere abandonar la vida, el otro quiere abandonar su tierra natal^[5]. Suicidarse es una decisión, no una enfermedad. La analogía política lo expresa mejor que la analogía médica^[6].

Una de las diferencias más significativas entre los países libres y los

totalitarios consiste en que la gente puede salir de los primeros sin permiso de las autoridades del Estado, pero no puede dejar los últimos sin su explícito consentimiento. La prevención a la fuerza del suicidio se parece a la prevención política coercitiva de la emigración: los burócratas psiquiátricos intentan impedir que el suicida potencial abandone la vida tanto como los burócratas totalitarios intentan evitar que el emigrante potencial abandone su país. La sinceridad o el cinismo de los agentes no importa; lo que importa es la pérdida de la libertad de la persona sometida a coerción, justificada por racionalidad y retórica patriótica o psiquiátrica. El beneficiario que rechaza a su benefactor y quiere votar con sus pies necesariamente tiene que parecerle malo, loco o ambas cosas a alguien que cree en la coerción benévola y, en consecuencia, debe impedírsele por la fuerza que haga aquello que quiere hacer. «¿Para qué sirve el Estado si no puede implicarse y decir: “No puedes suicidarte”?»», dice la corresponsal de la Radio Nacional Pública Susan Stamberg^[7].

El castigo disfrazado de tratamiento

Si una persona cree que puede suicidarse y busca ayuda porque piensa que eso es un problema, no decimos que va a recibir un «servicio de prevención del suicidio». Llamamos a un servicio como ese «psicoterapia». Intentar persuadir a otra persona para que se abstenga de actuar de una manera que consideramos perjudicial para sus intereses morales, económicos o sanitarios es siempre algo permisible que puede ser o no meritorio: sin embargo, esto no justifica sustituir la persuasión por coerción. Reservamos la expresión «prevención del suicidio» para actuaciones como las siguientes:

Un joven no ha regresado a su casa. Sus familiares llaman a la policía para decirle que temen que esté pensando en suicidarse. La policía encuentra al joven en un bosque y lo detiene acusándole «de haber violado la ley sobre salud mental»^[8].

Un hombre llama al Centro de prevención del suicidio de Los Ángeles para decir que siente deseos de pegarse un tiro. Cuando el asistente le pregunta su dirección, el hombre se niega a proporcionársela. «Con cautela pero con presteza, [el asistente] hace señas a un compañero para que localice la llamada. [...] Pasan cuarenta angustiosos minutos. Entonces se escucha la voz de un policía al otro lado

del auricular para decir que tienen al hombre bajo control»^[9].

Un hombre amenaza con saltar desde un puente a la autopista que pasa por debajo. Llega la policía: «“Le dijimos que no íbamos a hacerle daño y que sólo queríamos ayudarle”. [...] Cuando se bajó, los oficiales corrieron hacia él y lo esposaron». El hombre fue conducido a un hospital mental^[10].

Si una persona está decidida a matarse y tiene capacidad física para hacerlo, es prácticamente imposible evitar su suicidio. Esta obviedad queda demostrada con regularidad en los artículos de los periódicos. En marzo de 1997, la policía de Pittsburgh descubrió el cuerpo descuartizado de una mujer en un sótano que daba a un callejón. La policía detuvo al dueño de la vivienda y lo encerró en una furgoneta para trasladarlo a la comisaría. En el interior de la furgoneta, el hombre «llevaba grilletes en los pies y sus manos estaban esposadas a su espalda, y, aun así, se las arregló para quitarse el cinturón, atarlo a la reja del techo, y ahorcarse durante los doce minutos que duró el trayecto hasta la comisaría»^[11].

La semántica de la prevención del suicidio

La práctica de la prevención del suicidio se apoya en la reclusión civil, es decir, la detención a la fuerza del sujeto en un edificio llamado «hospital». Este lugar de detención ¿es un hospital o una cárcel? El *Webster's Dictionary* define la palabra cárcel como «un lugar o condición de confinamiento o detención». Por su parte, *el Black's Law Dictionary* nos ofrece las siguientes definiciones: «[prevenir] impedir, evitar, frustrar, prohibir; obstruir; interceptar [...] [cárcel] un edificio público u otro lugar destinado al confinamiento o la custodia segura de personas, como castigo impuesto por la ley u otra situación determinada por el proceso de administración de justicia»^[12].

Vincular los términos «suicidio» y «prevención» es un abuso lingüístico pareado a vincular los términos «mental» y «hospital». «Prevención» y «hospital» implican consentimiento y cooperación. Sólo cuando una mujer quiere impedir su embarazo hablamos de «prevención del embarazo». Cuando el Estado emplea la fuerza para impedir que una mujer se quede embarazada cuando ésta desea hacerlo, llamamos a esta intervención «esterilización a la fuerza». Del mismo

modo, cuando el psiquiatra emplea el poder del Estado para impedir que una persona se mate cuando desea hacerlo, debemos llamar a esta intervención «prevención por la fuerza del suicidio» y debemos considerarla un castigo, no un tratamiento. Aparte de las intenciones del que emplea la fuerza, la persona cuya libertad es coartada percibe esta coerción como un castigo. Cuando una madre ordena a su hijo que se marche a su habitación y permanezca allí durante una hora, éste lo percibe como un castigo. Que ella diga que su intención es la de corregir la conducta del niño no obsta para que éste perciba la orden como un castigo, ni tampoco excluye la posibilidad de que su intención pueda ser punitiva al mismo tiempo. Mientras finjamos que las actuaciones que llamamos «tratamientos» ayudan automáticamente a los parientes, y actuaciones que llamamos «castigos» les perjudican también automáticamente, estaremos impidiendo la posibilidad de un examen abierto de estos modos de proceder.

Individuos, grupos y Estados utilizan habitualmente amenazas o castigos reales para impedir, o tratar de impedir, que la gente se comporte de una determinada manera; por ejemplo, que venda o compre determinados libros o drogas. En cada una de estas situaciones, las personas a las cuales se ha impedido conseguir sus objetivos contemplan esta coerción como una forma de *castigo injusta e inmerecida*. Es poco sincero esperar que la persona a la que se ha impedido a la fuerza conseguir su objetivo en nombre de la prevención del suicidio contemple de una manera distinta su situación. En realidad, la crueldad de su castigo se ve agravada por el hecho de que tanto su médico como su familia insisten en ayudarle, invalidando su sospecha de que están dañándole.

De la exculpación del autoasesinato a la prevención del suicidio

Cuando la persona que se suicidaba era considerada como un autoasesino, los castigos que la ley infligía a su cadáver y a su familia eran vistos como medidas dirigidas a prevenir el suicidio, tal como creemos que encarcelar a los traficantes de drogas y ejecutar a los asesinos son medidas dirigidas a prevenir la adicción a las drogas y el asesinato.

No obstante, una vez que el autoasesino pasó de ser un victimizador

criminal a ser víctima y paciente, el castigo ya no podía ser visto ni utilizado como medida preventiva. Sólo las malas personas o acciones merecen «castigo». Los enfermos y las enfermedades merecen «tratamiento». Definir al suicida como un enfermo («loco») allanó el terreno para prevenir y tratar el suicidio como si fuera una enfermedad y alumbró el nacimiento de la psiquiatría moderna:

La atribución del suicidio a la (farsa de) la enfermedad mental es típica de la teoría psiquiátrica.

La caracterización póstuma del suicida que logra matarse como un paciente irresponsable de sus actos (prohibidos) es la típica función social de la psiquiatría.

El empleo de la coerción como prevención del suicidio (hospitalización mental involuntaria) es típico de la práctica psiquiátrica

Vincular el suicidio a la enfermedad mental y a ésta con la irracionalidad ha tenido consecuencias graves, algunas seguramente no intencionadas. Por ejemplo, si una persona intelectualmente creativa se suicida, es probable que el valor de su obra se vea afectado de modo negativo o incluso destruido. Por el contrario, posiblemente a causa de que se supone que el arte y la locura parten de la misma región desconocida del alma, el suicidio de un artista es muy probable que aumente la consideración de su obra. Los suicidios de Otto Weininger y Bruno Bettelheim, por un lado, y de Vincent van Gogh y Sylvia Plath, por otro, son representativos a este respecto. Todo ello hace de la llamada educación contra el suicidio un ejercicio de hipocresía tal como ilustra la siguiente historia.

En 1994, Jonah Eskin se ahorcó al acabar su primer año de estudios en el instituto de West Orange, New Jersey^[13]. Al tiempo que era un excelente estudiante, Eskin estaba especialmente dotado para la música. No obstante, el anuario del instituto no incluyó su fotografía y el consejo escolar rechazó todos los esfuerzos de su madre por establecer una beca musical en su nombre. Cuando insistió, descubrió que el consejo escolar seguía una política que «prohibía todo homenaje a un estudiante o miembro del profesorado que hubiese cometido suicidio [...] no fuera a interpretarse que se estaba glorificando la muerte y aquello fuera a derivar en suicidios por imitación». El director del instituto le dijo a la señora Eskin: «Si accedo a su petición, algún pobre diablo solitario y desesperado hará lo mismo para obtener una beca en su nombre».

Los especialistas en suicidio aprueban esta política. El doctor Alan Berman,

director ejecutivo de la American Association of Suiciology, declaró: «Ellos [los estudiantes] lo ven como un homenaje y piensan: “También yo seré apreciado después de mi muerte”». El doctor Michael Peck, un especialista en suicidio juvenil, se muestra de acuerdo: «Las escuelas deben ser tremendamente cuidadosas con sus homenajes, por temor a los casos de imitación». Pero los estudiantes no son tontos. «No sé por qué actuaron así —comentó un chico de diecisiete años en el instituto de Jonah Eskin—, Tratando de enterrar su recuerdo atrajeron una atención mucho mayor sobre su muerte de la que hubiera obtenido al principio».

La justificación de la utilización del poder psiquiátrico

La práctica de la medicina empezó como una relación consensual el enfermo, buscando un alivio para *su* padecimiento, asumía el rol de paciente de forma voluntaria. Contrariamente, la práctica de la psiquiatría empezó como una relación coercitiva: el médico, convocado por los familiares de la persona conflictiva, que buscaban un alivio para *su* [de ellos] padecimiento, imponía el rol de paciente al sujeto en contra de su voluntad.

La medicalización de la locura y la cuasicriminalización del demente eran necesarias, y continúan siéndolo, para hacer coherente la aventura quijotesca del hombre en busca de la maximización de su libertad y la minimización de su responsabilidad. La primera alentó el imperio de la ley, y la segunda, el imperio de la salud mental. El imperio de la ley implica igualdad ante la ley y un sistema de gobierno constreñido por la ley. El imperio de la salud mental implica una justicia individualizada en forma de «tratamiento» y un sistema de gobierno no constreñido por la ley, es decir, por consideraciones acerca de la inocencia o la culpabilidad del sujeto. En otras palabras, el imperio de la salud mental consagra el principio de patria potestad (el Estado como padre) no sólo para los menores sino también para los adultos condenados como «peligrosos para sí mismos y para los demás». En esencia, la regla es: libertad para mí, que estoy cuerdo, y psiquiatría para los demás, que están locos. De manera poco sorprendente, la idea de la locura —una enfermedad que justifica la reclusión del paciente en su propio beneficio— fue inventada por aquellos que querían encerrar al considerado loco, es decir, por los miembros de las clases dominantes de la sociedad inglesa del siglo XVII.

La tutela de los «anormales» en la Inglaterra medieval fue la base en la que se apoyó la práctica emergente de enviar a los manicomios a los «lunáticos». Ambas costumbres surgieron de, y al mismo tiempo facilitaron, la tradición feudal de preservar el patrimonio —las tierras— y asegurar su transferencia íntegra a la siguiente generación familiar. El mecanismo para declarar a una persona incapaz y lunática era parecido: «Una comisión examinaba a estas personas frente a un tribunal que dictaminaba sobre su cordura [...] *los médicos no tenían prácticamente papel alguno en el proceso de certificación como tal*»^[14]. Mucho antes de que los lunáticos pobres fueran recluidos en manicomios, aquellas personas con recursos a las que se declaraba locas eran desposeídas de su libertad de un modo acorde a su posición social: «Los cuidados físicos del discapacitado quedaban habitualmente a cargo de un sirviente, el llamado “guardián del lunático”, una persona normalmente del mismo sexo que el individuo discapacitado. [...] Alojjar al lunático o anormal en una vivienda aparte, en compañía de un sirviente, era también habitual»^[15],^[16].

Excepto los historiadores de la psiquiatría, poca gente sabe que los antiguos manicomios no eran hospitales. Eran las viviendas particulares de los tutores, en las que se alojaban algunos hombres y mujeres, a menudo no más de uno o dos, como inquilinos o invitados *involuntarios*. Los individuos que regentaban estas «viviendas particulares» eran, en su mayoría, clérigos. Había una sólida razón histórica y legal para ello: la curación empezó como una empresa que era, a la vez, médica y religiosa. Cuando el mundo social se dividió en dos partes, sagrada y profana, la práctica de la curación también quedó dividida: una parte se convirtió en religiosa y espiritual; la otra, en secular y materialista.

La tradición occidental sanciona la interpretación de la locura en términos religiosos, su atribución a la posesión demoníaca, su curación mediante el exorcismo y la aceptación de la coerción clerical como moralmente loable y legítima. Cuando la gente creyó que la vida eterna en el más allá era más importante que una breve estancia en la tierra, exorcizar a la persona poseída mediante la tortura, para mejorar su calidad de vida después de la muerte, era considerado un acto de beneficencia. Una larga historia de coerción ilegítima en nombre de la salvación justifica y da fe de la utilización del poder terapéutico por parte de los sacerdotes.

El rechazo de los médicos de tradición galénica a controlar el (mal) comportamiento como si fuera una enfermedad era coherente con su disposición a tratar sólo a pacientes voluntarios. La función de los sacerdotes era completamente

distinta: durante mucho tiempo, habían servido tanto los intereses de los gobernantes como los de los gobernados, lo que explica su papel como expertos pioneros en la locura y guardianes en los manicomios. Así, cuando los ingleses trataron de utilizar a los médicos para hacerse cargo de sus familiares conflictivos, ellos declinaron la invitación, una situación ilustrada por el encuentro de Macbeth con el doctor al que llamó para curar a su mujer.

A medida que el prestigio de la ciencia reemplazó al de la religión, la coerción psiquiátrica sustituyó a la coerción teológica. La alianza del psiquiatra con el Estado y la legitimación popular de su poder pronto condujo a la aceptación del internamiento en los manicomios como el método social apropiado para controlar a las personas problemáticas. Al mismo tiempo, la costumbre de la coerción médica —no constreñida por las garantías del sistema inglés de justicia penal, aunque implícita en la actividad de los manicomios como negocio— generó continuas protestas contra los llamados abusos de los loqueros. El principio de oposición a la coerción y el llamado tratamiento moral de la locura se comprenden mejor considerándolos como manifestaciones de la insatisfacción de los loqueros con su papel coercitivo. De manera poco sorprendente, esta inquietud no podía ser remediada con reformas cosméticas; la oposición a la coerción era incompatible con la existencia del mandato al loquero para evitar el suicidio.

En 1796, el filántropo cuáquero William Tuke fundó el Retiro de York, que, bajo la gestión de su nieto, Samuel Tuke (1784-1857), se convirtió en una célebre institución (ninguno de los Tuke era médico). Samuel Tuke ofrecía esta visión optimista de la práctica de la oposición a la coerción:

Ni las cadenas ni los castigos corporales son aceptados, bajo ningún pretexto, en este establecimiento [...] debemos atribuir la feliz recuperación de una proporción tan elevada de los pacientes melancólicos, no me cabe la menor duda, al apacible sistema terapéutico practicado en el Retiro. [...] Si esto es cierto y la opresión transforma en loco al hombre sano, ¿se supone que las ataduras, los insultos y los golpes, que su receptor no puede entender, están calculados para sanar al demente? O, por el contrario, ¿no aumentarán su enfermedad y exacerbarán su resentimiento?^[17]

¿Cómo conciliaron los opositores a la coerción sus principios declarados con su obligación de impedir que los locos se suicidaran? No lo hicieron. El propio Tuke admitió que «la coerción, cuando es necesaria, se considera como un mal menor»^[18]. Desafortunadamente, el movimiento en contra de la coerción, exaltado

en los libros de historia de la psiquiatría, nunca existió en la práctica^[19]. El tratamiento no coercitivo de la locura fue un oxímoron, tal como la psiquiatría no coercitiva sigue siéndolo^[20].

La prevención del suicidio y la función social del psiquiatra

Sin importar cómo la llamemos, la detención a la fuerza (legalmente sancionada) para prevenir el daño a uno mismo o a los demás es, en definitiva, una detención preventiva. En parte, el atractivo que ejerce sobre nosotros el Estado terapéutico se debe a que nos permite, simultáneamente, rechazar la detención preventiva como un abuso jurídico y aceptarla como una terapia beneficiosa de la enfermedad mental. A pesar de la imposibilidad de prevenir el suicidio y de los riesgos jurídicos que entraña la promesa de prevenirlo, prácticamente todos los psiquiatras consideran que es su obligación hacerlo, por lo que suelen afirmar que «de entre todos los profesionales, los psiquiatras son los que juegan el papel más importante en la prevención del suicidio»^[21].

Se puede resumir el razonamiento psiquiátrico en defensa de la prevención del suicidio del siguiente modo: el suicidio es el resultado de una enfermedad mental; las enfermedades mentales son trastornos tratables; un tratamiento adecuado de la enfermedad mental elimina la causa del suicidio y previene contra un desenlace fatal; por tanto, la prevención del suicidio es un tratamiento a vida o muerte. Edwin Shneidman, el padre de la suicidiología norteamericana, lo expresa de esta manera: «la prevención del suicidio es como la prevención de los incendios»^[22]. Dicho de otro modo, Shneidman concibe el suicidio como algo involuntario, similar al incendio de un bosque por causa de un relámpago. La acción es como la oxidación, y la prevención del *comportamiento voluntario de los individuos* es como la prevención de la *combustión de un objeto*. El armazón en el que se apoya el edificio de la prevención a la fuerza del suicidio puede parecer frágil, pero el miedo al suicidio es poderoso. Consecuentemente, todo esfuerzo encaminado a prevenir el suicidio, sean cuales fuesen los medios empleados, es visto como meritorio, mientras que toda abstención de realizar ese esfuerzo, fuesen cuales sean los principios que tiende a preservar, es vista como una «negligencia médica» o algo peor. En Estados Unidos existen más de doscientas organizaciones que se ocupan de la prevención del suicidio y ni una sola que se oponga a esta

práctica^[23].

La creencia de que el suicidio se debe a una enfermedad mental es la piedra angular que soporta el arco no sólo de la prevención a la fuerza del suicidio sino de la propia psiquiatría. La piedra es pequeña pero el arco que corona es lo suficientemente fuerte como para mantener una estructura enorme. El fundamento intelectual de la psiquiatría puede ser insustancial, su fundamento moral, podrido y su fundamento científico, inexistente, pero el miedo al suicidio es lo bastante grande como para impedir cualquier debate razonable sobre la prevención por la fuerza del suicidio, y mucho menos una reconsideración de su aplicación.

Los escritores contemporáneos sobre el suicidio se dividen en dos clases: la mayoría ve el suicidio como una enfermedad parecida a las enfermedades contagiosas, dañinas para uno mismo y para los demás; este grupo apoya la prevención del suicidio como cosa análoga a la prevención de las enfermedades infecciosas. Una minoría no considera que el suicidio sea una enfermedad, aunque también aboga por su prevención y su tratamiento, como si lo fuera, y los apoya como la frustración de una «conducta irracional y autodestructiva».

Las obras de Edwin Shneidman ilustran la visión mayoritaria. Su retórica — cargada de expresiones como «núcleo clínico», «historias de casos» o «autopsia psicológica»— exhibe sus puntos de partida y sus conclusiones^[24]. Tal como declara: «Simplificado al máximo, mi razonamiento es el siguiente: en casi todos los casos, el suicidio está provocado por el dolor, un cierto tipo de dolor, un dolor psicológico que he llamado *psicopadecimiento* [...]»^[25] [el suicidio] es un acto solitario, desesperado y, casi siempre, *innecesario*»^[26]. Sin embargo, hay excepciones; por ejemplo, el suicidio del mariscal de campo nazi Erwin Rommel, que Shneidman considera ordenado por Hitler: «En este caso la responsabilidad es de Hitler, el *demente*»^[27]. Insistiendo en la metáfora de un dictador enajenado como un agente patógeno del suicidio, Shneidman añade: «Cada suicidio es una acción del dictador o emperador de tu mente. En cada suicidio, la persona está siendo mal aconsejada por una parte de la mente, el círculo privado de consejeros, quienes padecen un ataque de pánico temporal y no se encuentran en disposición de servir los intereses a largo plazo de la persona»^[28]. Su conclusión es: «Nunca te suicides mientras sientas el impulso de hacerlo»^[29]. Cambiando lo que proceda, podemos igualmente recomendar: «Nunca comas cuando tengas apetito», «Nunca hagas el amor cuando sientas el deseo», etc.

Los escritos de Robert W Firestone ilustran la opinión minoritaria. Rechaza

la afirmación de que el suicidio es consecuencia de una enfermedad mental —«Apoyo la postura que considera la enfermedad mental una ilusión o un mito»— y, sin embargo, aboga por prevenir y tratar el suicidio como la frustración de una «conducta irracional y autodestructiva»^[30] y por lo que considera como «el hecho obvio de que en el suicidio, los derechos de otros seres humanos están siendo violados. [...] Es casi imposible para un individuo no resultar psicológicamente afectado por el suicidio de un ser querido. [...] El suicidio de un ser querido, especialmente el de un padre, daña la psique de sus allegados gravemente, lo que conduce a una presión social por dañarse a sí mismo»^[31]. Esta afirmación es manifiestamente falsa. El suicidio de un ser querido no siempre daña la psique de sus allegados. Pero incluso si esto fuera cierto, sólo justificaría la condena moral del suicidio, no su prevención a la fuerza. No existe ningún motivo para creer que los discípulos de Sócrates se vieran afectados por el suicidio de su maestro. Tampoco existe ningún motivo para creer que la psique de un hombre de sesenta años se vaya a ver necesariamente afectada por el suicidio de su padre discapacitado de ochenta y cinco años. Por el contrario, el suicidio puede ser percibido como una liberación tanto para el sujeto como para sus allegados. Y aunque reconozco que el efecto del suicidio de un padre en su hijo pequeño es una cuestión más complicada, no podemos, sin embargo, predecir si el padre, en caso de haber permanecido con vida, hubiera sido una influencia beneficiosa o dañina en la vida del niño; por tanto, toda generalización sobre el efecto que el suicidio de un padre tiene sobre sus hijos es falsa

Cualquier acontecimiento importante en la vida de una persona —la emigración, una enfermedad, un matrimonio, un divorcio, la muerte del padre o del cónyuge— puede disminuir o aumentar la capacidad de una persona para valerse en la vida, puede disminuir o acrecentar sus conocimientos, puede atenuar o acentuar su sensibilidad hacia los problemas de sus semejantes, etc. El resultado depende, en parte, de la influencia que ejerzan los demás en el sujeto y, sobre todo, de las decisiones que tome, las cuales forman parte de su «adaptación» a lo ocurrido.

¿La «prevención del suicidio» previene el suicidio?

La respuesta a la pregunta es un rotundo no. No sólo no existe ninguna

prueba de que la prevención a la fuerza del suicidio reduzca la frecuencia de éste sino que, en realidad, parece que lo está incrementando. Jonas Robitscher observó contundentemente: «La atención psiquiátrica gratuita, especialmente en ausencia de otras formas significativas de ayuda, es atractiva. [...] Las ciudades en las que se ofrecen servicios de prevención del suicidio, por ejemplo, contemplan un incremento en su número, y no una caída [...] existe la posibilidad —aún poco estudiada— de que, en realidad, sean estos servicios los que estén provocando la patología»^[32].

Un grupo de investigadores revisó estudios publicados y «concluyó que la prevención del suicidio no llegaba a la población de mayor riesgo y posiblemente podía estar conduciendo a la población de menor riesgo hacia él»^[33]. Un artículo publicado en el número de enero de 1998 de *Psychiatric News*, la revista oficial de la American Psychiatric Association, informaba al lector de que «a pesar de décadas de progreso en el desarrollo de drogas psiquiátricas, ha habido pocos cambios en la tasa de suicidios en el último cuarto de siglo»^[34]. Incluso el propio Erwin Stengel, uno de los más respetados defensores de la prevención del suicidio, reconocida que en lugar de reducir la tendencia al suicidio, «los éxitos de la medicina han tendido, por el contrario, a incrementarla»^[35].

Los programas de prevención del suicidio son contraproducentes no a causa de «los éxitos de la medicina», sino a causa de las amenazas y el terror de la reclusión psiquiátrica, de la que dependen. Ernest Hemingway, Sylvia Plath y Virginia Woolf son sólo algunas de las personas famosas cuyo suicidio puede, al menos en parte, haber sido provocado por el miedo a la reclusión psiquiátrica y al tratamiento psiquiátrico a la fuerza. La necesidad de afirmar esto es la prueba del carácter sesgado de la literatura profesional sobre el suicidio y de la aceptación acrítica por parte de los medios de comunicación de la bondad de la coerción psiquiátrica. Antonin Artaud lo sabía demasiado bien y por eso escribió: «Yo mismo pasé nueve años en un manicomio y nunca pensé seriamente en suicidarme, pero sé que cada mañana, la conversación con el psiquiatra me hacía querer ahorcarme, al darme cuenta de que no podría cortarle la garganta»^[36].

Sin reconocer totalmente el papel esencial que la coerción juega en la transformación de la prevención del suicidio en una intervención contraproducente, L. D. Hankoff y Bernice Einsidler señalan que el único programa de prevención del suicidio «asociado a una reducción en la tasa de suicidios es el servido telefónico operado por los Samaritanos en Inglaterra. [...] Los Samaritanos hacen hincapié en que sus actividades están exentas de toda coerción [...] ello

incluso cuando el cliente muestra una clara intención suicida. El individuo que quiere suicidarse sabe que su libertad no se verá restringida por contactar con los Samaritanos»^[37].

En cualquier caso, la mayoría de los psiquiatras (norteamericanos) apoyan resueltamente la prevención a la fuerza del suicidio. Existe una teoría psiquiátrica que afirma que el psiquiatra tiene la obligación profesional de «proteger al paciente de sus propios deseos [suicidas]»^[38]. Esta creencia proviene inexorablemente de la equiparación que hace el psiquiatra al suicida potencial con unos hermanos gemelos existenciales, uno que quiere morir y otro que desea vivir. El psiquiatra diagnostica al gemelo suicida como enfermo e irracional y al no suicida como sano y racional, y deduce que ambos necesitan su ayuda, el primero para protegerle de su enfermedad y el último para protegerle de su hermano (auto)asesino. Por ello, procede a recluir al paciente en un hospital psiquiátrico. Contagiado por la cruzada de la prevención del suicidio, el psiquiatra invierte el lema de Patrick Henry «¡Dadme la libertad o dadme la muerte!», declarando: «¡Dadle (al paciente) reclusión, dadle drogas, dadle electrochoques, dadle lobotomía, pero no le dejéis elegir la muerte!». Ilegitimizando tan radicalmente el deseo de morir de otra persona, el encargado de prevenir el suicidio sentencia que la aspiración del prójimo no es en absoluto legítima. Como consecuencia asistimos a una tremenda infantilización y deshumanización de la persona con tendencias suicidas.

Curiosamente, la filosofía política rechazó hace tiempo la *versión política* de este razonamiento como engañosa y egoísta, pero se ha negado a enfrentar o a refutar su *versión psiquiátrica*. Aunque Isaiah Berlin no fue el primero en formularla, su rechazo a esta forma de tiranía terapéutica está bien planteada:

El concepto de libertad positiva ha conducido, históricamente, a perversiones incluso más horrendas. ¿Quién controla mi vida? Yo. ¿Yo? Ignorante, confuso, llevado de aquí para allá por pasiones e impulsos incontrolables.[...] ¿No existe, dentro de mí, un yo más elevado, más racional, más libre, capaz de entender y de dominar las pasiones, la ignorancia y otros defectos, al cual pueda llegar solamente tras un proceso de educación, de entendimiento, un proceso que sólo pueda ser dirigido por aquellos que son más listos que yo, que me hacen tomar conciencia de mi verdadero, «real» y más profundo yo, de lo que soy cuando doy lo mejor de mí mismo? Ésta es una conocida postura metafísica... Dado que quizá yo no soy lo suficientemente racional, debo obedecer a otros que sí lo son y que por tanto saben lo que es mejor no sólo para ellos sino también para mí. [...] Puedo sentirme acorralado —de hecho, aplastado— por estas autoridades, pero no es más

que una ilusión: cuando haya crecido y haya alcanzado un yo completamente maduro y «real», entenderé que yo habría hecho por mí lo mismo que ellos están haciendo ahora, si hubiera sido más listo cuando, de hecho, era de condición inferior. [...] No existe ningún déspota en el mundo que no pueda utilizar esta forma de razonamiento para la opresión más vil en nombre de un yo ideal que busca ver encarnado por medio de sus medios moralmente odiosos y brutales. El «ingeniero de almas humanas», por utilizar la expresión de Stalin, lo sabe bien. [...] Proviene la tiranía de un líder marxista, de un rey, de un dictador fascista, de los maestros de una iglesia, de la clase o del Estado autoritario, ésta busca el verdadero yo, que está «preso» en el interior de los hombres, para «liberarlo» y para que pueda alcanzar el nivel de aquellos que dan las órdenes^[39].

En ausencia de una crítica política del Estado terapéutico por parte de autoridades respetadas en filosofía política, los medios de comunicación y el público aceptan que una enfermedad mental es una afección como, digamos, la apendicitis. Un paciente agonizante a causa de un suicidio no previsto es como un paciente agonizante a causa de un apéndice inflamado y no operado por negligencia médica; por tanto, el psiquiatra está obligado a impedir el suicidio, por la fuerza si es preciso. No importa que una enfermedad mental no sea como una apendicitis, ni que la muerte voluntaria a causa del suicidio sea diferente a la muerte involuntaria a causa de una apendicitis, ni que si las dos situaciones fueran, de hecho, similares, el psiquiatra no podría tratar al llamado paciente sin su consentimiento. La afirmación de que «una enfermedad mental es como cualquier otra enfermedad», especialmente en el contexto de la prevención del suicidio, no está acompañada de ninguna evidencia empírica ni de argumentos lógicos para que la podamos creer. En su lugar, lo que pretende es aportar una justificación moral y retórica para una práctica social arraigada.

Una mirada crítica al ordenamiento jurídico nos dice que la prevención del suicidio no tiene nada que ver con la mediana o con el tratamiento pero sí con la «tutela y el control». Los padres de un joven que se suicidó mientras recibía ayuda espiritual de la Iglesia presentaron una demanda por daños y perjuicios. El tribunal desestimó la petición de los demandantes declarando que «*en ausencia de una relación especial de tutela o control*, uno no es responsable de las acciones de otra persona y no está obligado a protegerle del daño»^[40]. (Volveré sobre este caso más adelante). En la mayoría de los casos, los psiquiatras son considerados responsables legales del daño que sus parientes se infligen a sí mismos porque afirman estar obligados a ejercer el control sobre ellos.

Tratar de impedir que una persona se quite la vida no es una actuación profesional compleja que requiera de conocimientos o habilidades especiales. Igual que cuando se trata de impedir a alguien todo lo que quiera hacer, lograrlo requiere que dispongamos de un poder prácticamente ilimitado sobre él; privar al sujeto de los medios y las oportunidades para quitarse la vida; y mantenerlo así hasta que sea «posible» dejarle en libertad sin riesgo de que se quite la vida. En la práctica, esto es a todas luces imposible. Y precisamente porque es imposible, los psiquiatras gozan (si es la palabra correcta) de una discrecionalidad profesional ilimitada para emplear las medidas de prevención del suicidio más destructivas que podamos imaginar, a condición de que se llamen «tratamientos». El *American Handbook of Psychiatry* (edición de 1959), una obra de referencia, recomendaba la lobotomía «para aquellos pacientes que están amenazados por la discapacidad o el suicidio y para los cuales ningún otro método parece funcionar»^[41]. En la edición de 1974, la lobotomía fue reemplazada por la terapia electroconvulsiva, administrada en dosis suficientes para destruir el impulso suicida del sujeto: «Recomendamos su uso inicial para un tipo de paciente, el paciente nervioso, a menudo de mediana edad y normalmente varón, y que presenta claras tendencias suicidas. Aplicamos terapia electroconvulsiva a este tipo de pacientes [...] diariamente hasta que sobreviene una gran confusión mental y disminuye su capacidad para continuar con la determinación suicida»^[42].

Es improbable que un ciudadano de a pie que escuche la expresión «prevención del suicidio» sospeche que los psiquiatras tienen la capacidad de imponer estas medidas —y son lo suficientemente inhumanos para hacerlo— a los individuos en nombre de la prevención del suicidio.

El suicidio como un problema de salud pública

El *Webster's Dictionary* define la expresión «salud pública» como «la ciencia que trata de la protección y la mejora de la salud de la comunidad mediante un esfuerzo colectivo organizado». Tradicionalmente, la expresión designaba a las actividades que llevaba a cabo una parte de la administración, mediante el poder económico y coercitivo del Estado, para proteger a diversos grupos (los habitantes de una ciudad, el personal militar) de situaciones medioambientales o de organismos que pudieran generar enfermedades. Entre otras, son medidas

habituales de salud pública las instalaciones sanitarias (desagües, provisión de agua potable y de alimentos en buen estado) o el control de las enfermedades infecciosas, como el cólera o el tifus. Por el contrario, las medidas que cada uno de nosotros podemos tomar para protegernos de enfermedades o daños han sido consideradas tradicionalmente como una cuestión de *salud privada* (una expresión que utilizo aquí para distinguirla de la salud pública).

El comportamiento personal como problema de salud pública

Los actuales controles del Estado sobre las conductas personales, justificados por un llamamiento a la salud física y mental, rememoran los antiguos controles estatales sobre las conductas personales, justificados entonces por un llamamiento a la salud espiritual. Thomas Jefferson distinguió con prontitud el problema. El año de la formación de Estados Unidos, hizo la siguiente advertencia: «El cuidado del alma humana corresponde a su dueño. Pero ¿qué ocurre si éste la cuida negligentemente? ¿Y si descuida su salud o su propiedad, de los que depende en mayor medida su situación? ¿Promulgarán una ley los magistrados prohibiendo al hombre ser pobre o estar enfermo? Las leyes existen para protegernos de otros individuos, no de nosotros mismos. Ni el mismo Dios salvará a los hombres en contra de su voluntad»^[43].

Las intervenciones en nombre de la salud —definidas como terapéuticas y no como punitivas— se sitúan fuera del ámbito del derecho penal y están, por lo tanto, exentas de las garantías constitucionales contra la coerción estatal. Promovidas como protección de los intereses tanto de los pacientes como del público en general, dichas medidas son vistas como valiosos servicios públicos. Precisamente aquí radica el peligro.

La libertad implica la oportunidad de actuar inteligente o estúpidamente, de beneficiarnos o de perjudicarnos. El libre acceso a una determinada droga, al igual que el libre acceso a cualquier otra cosa, aumenta nuestras oportunidades tanto de usarla como de abusar de ella. Debido a que ninguna persona vive en completo aislamiento, y que cualquier decisión personal puede dañar no sólo los intereses del que la toma sino también el bienestar económico, existencial, físico o espiritual de los demás, ninguna conducta personal está exenta de ser clasificada como un

problema de salud pública ni de ser controlada mediante sanciones médicas.

Lo que es privado y lo que no lo es —dónde debemos trazar la línea entre lo público y lo privado, o si debemos trazar o no alguna línea— se determina por convención. Desde principios del siglo XX, en especial en las últimas décadas, hemos tendido hacia la reclasificación de ciertas opciones personales como problemas de salud pública. La «Ley de medicalización y prevención de las drogas» del Estado de Washington de 1997 es un ejemplo de ello. La ley afirma que «debemos [...] reconocer que el abuso y la adicción a las drogas son problemas de salud pública que deben ser tratados como enfermedades»^[44]. Esta interpretación desafía la postura, de sentido común, que considera que lo que nos metemos en el cuerpo es una cuestión de *salud privada y no de salud pública*. Si el Estado nos deja envenenarnos lentamente con el tabaco, ¿mediante qué lógica o basándose en qué derecho nos impide envenenarnos rápidamente con barbitúricos? En privado, mucha gente reconocerá que quitarse la vida es, o debería ser, un asunto personal (o familiar).

El suicidio: escapando a la trampa

Los motivos que se ocultan tras el suicidio no son ni más anormales ni más arcanos que los que se ocultan tras cualquier otra acción. La gente se quita la vida porque la encuentra tan poco satisfactoria, física o mentalmente tan dolorosa, tan humillante o vacía de esperanza, que morir es preferible a seguir viviendo. Biógrafos, novelistas, dramaturgos y poetas nos han ofrecido elocuentes descripciones de las circunstancias, externas e internas, que rodean a la gente que decide quitarse la vida. Generalizando, podemos decir que el suicida es una persona *que se siente atrapada, a menudo porque ha sufrido una dolorosa pérdida*. Las pérdidas que más afectan a las ganas de vivir de una persona son las de un hijo, un esposo o un amante, la pérdida de la salud, especialmente de la movilidad, la pérdida de ingresos o ahorros, o bien la pérdida del honor, la reputación o el estatus. El individuo que se siente atrapado de este modo puede llegar a la conclusión de que el único modo de escapar es a través de la puerta que conduce a la muerte.

De ello se deduce que si queremos evitar el suicidio, debemos intentar, en

primer lugar, no quedar atrapados. Llevar una vida virtuosa puede considerarse como un programa efectivo de prevención personal del suicidio. La frugalidad previene contra la necesidad; el trabajo útil evita la anomia; la honestidad protege contra el escándalo. También se deduce que es imposible proteger a los demás de sentirse atrapados. Es un esfuerzo incompatible con nuestra cultura o *con* cualquier otra. La religión, la ley, la libertad de prensa, las sanciones sociales informales suponen castigos potenciales y, en consecuencia, la posibilidad de sentirse atrapado. Mucha gente lleva una vida delictiva o llena de falsedades. Algunos individuos son descubiertos, se sienten atrapados y se suicidan. Veamos a continuación dos ejemplos dramáticos:

El 16 de mayo de 1996, a punto de ser descubierto por la revista *Newsweek* por llevar dos medallas que nunca le fueron concedidas, Jeremy Boorda —el primer judío en alcanzar el rango de almirante de la Marina estadounidense— se pegó un tiro en el corazón^[45].

El 31 de mayo de 1996, Nicholas L. Bissell Jr. —fiscal jefe del condado de Somerset (New Jersey) desde 1982 hasta su muerte en 1996— «fue condenado por treinta cargos de fraude postal, evasión fiscal, malversación, abuso de poder e incumplimiento de su promesa de hacer cumplir la ley». Tras un reinado de terror que duró trece años, durante los cuales se especializó en «atraer al condado de Somerset a traficantes de drogas con propiedades valiosas para que la oficina del fiscal pudiese requisarlas», Bissell fue juzgado, condenado y puesto en libertad provisional —llevando un brazalete electrónico— a la espera de una sentencia que le condenaría a diez años de prisión. Entonces voló hasta Nevada y se pegó un tiro en un hotel^[46].

Ejemplos de suicidios como los siguientes, menos llamativos pero igualmente provocados por la situación legal del sujeto, se encuentran a diario en los periódicos:

«Un estudiante de la Universidad de Purdue que se enfrentaba a una acusación por tráfico de drogas mató de un disparo al encargado de la residencia que lo denunció a la policía y después se encerró en su habitación y se suicidó»^[47].

«Un habitante de Fullerton, California, que se enfrentaba a una acusación por una falta menor, se suicidó porque creyó (incorrectamente) que podían condenarle a una larga pena por llegar a tres delitos^[48]. Clinton J. Warner, de 22 años, se pegó un tiro en la cabeza. [...] Dejó una nota en la que decía que no quería

que lo encarcelaran de por vida»^[49].

Estos individuos no sólo vulneraron la ley, sino que además fueron descubiertos. Si no les hubieran pillado posiblemente estarían vivos. ¿Fue su captura la *causa* de su suicidio? Puede parecer una pregunta irónica, pero no lo es. Atribuir el suicidio a la decisión del sujeto de quitarse la vida se ha convertido en algo tan políticamente incorrecto que probablemente se responsabilizará antes a otros individuos de un suicidio que al propio sujeto que lo comete. A veces la gente acusa a la prensa por «arrastrar a la víctima» hasta la muerte. En otras ocasiones la prensa acusa a los padres y al Estado por no haberse dado cuenta a tiempo de la enfermedad mental del asesino o del suicida, lo que podría haber evitado el asesinato o el suicidio. En noviembre de 1997, *The New Yorker* publicó un reportaje sobre la vida y la muerte de John C. Salvi III^[50]. El subtítulo del artículo decía: «Un año después del suicidio en prisión de John Salvi, surgen las dudas acerca de por qué [...] ni sus padres ni el Estado reconocieron su enfermedad mental cuando la vieron»^[51]. *A priori*, el autor del artículo descarta la idea de que Salvi pudo haber asesinado a sus víctimas debido a sus convicciones morales y haberse suicidado por su sentimiento de culpabilidad ante lo que había hecho.

Salvi alegó locura, pero fue condenado a cadena perpetua por asesinato. Ocho meses después se asfixió con una bolsa de basura. James L Sultán, el abogado designado por el tribunal para ocuparse de la apelación de Salvi, declaró: «Debía haber sido ingresado en un hospital». La madre de Salvi se quejó diciendo que «lo había estado advirtiendo a todo el mundo durante mucho tiempo pero nadie quiso escuchar que mi hijo padecía una enfermedad mental»^[52]. En enero de 1997, la comunidad de Massachusetts anuló el veredicto: «Al menos para John y Anne-Marie [Salvi], esta decisión significaba que se absolvía a su hijo de sus delitos: “inocente por enfermedad mental”, dice su madre»^[53].

La prevención a la fuerza del suicidio: el furor therapeuticus de nuestra época

A pesar de lo que la historia del siglo XX nos ha enseñado, un entusiasta de la prevención coercitiva del suicidio llega a afirmar que «incluso si una persona no valora su propia vida, la sociedad occidental valora la vida de todos. [...] Nadie en

la sociedad occidental contemporánea diría que se permite suicidarse a la gente sin algún intento por intervenir o por prevenir estos suicidios»^[54],^[55]. La premisa es falsa y la conclusión, incongruente. El mártir cristiano quería acabar con su *vida precisamente porque la valoraba*, pero no en el estado existencial en que se hallaba. De forma similar, en la actualidad es probable que la persona con tendencias suicidas quiera acabar con su vida aunque también la valora, pero no en el estado existencial en que se encuentra.

Sostener que la sociedad occidental valora la vida de un paciente más que el propio paciente es manifiestamente falso. El paciente es un completo extraño para el psiquiatra. ¿Por qué debería valorar su vida más de lo que lo hace el propio paciente? Esta afirmación tampoco concuerda con la insistencia del psiquiatra en convencernos de que él es un médico como otro cualquiera. El médico de cabecera no afirma que valora la vida de su paciente diabético más de lo que la valora el afectado que deja de inyectarse insulina. A pesar de que este paciente padece una enfermedad real (física) que puede ser controlada mediante procedimientos terapéuticos sencillos y seguros, la ley admite su derecho a rechazar el tratamiento. Por el contrario, al paciente mental, que padece una enfermedad no demostrable y cuyas tendencias suicidas se han mostrado inmunes al tratamiento psiquiátrico, se le priva del derecho a poder rechazar el tratamiento.

Diagnosticar y tratar la diabetes o el glaucoma previene el coma hiperglucémico o la ceguera con más eficacia que diagnosticar y tratar la depresión previene el suicidio. Sin embargo, a excepción de los psiquiatras, ningún médico busca el privilegio de imponer sus diagnósticos y tratamientos a los pacientes sin su consentimiento, quizá porque saben que cuentan con los psiquiatras para endosarles los pacientes no deseados. Ésta es la razón por la que los psiquiatras son tan útiles para los médicos. Los psiquiatras lo saben y para conservar su utilidad se aferran al poder de tratar a los pacientes contra su voluntad.

El psiquiatra contemporáneo insiste en que las enfermedades mentales son «tratables» y en que, si el paciente rechaza el tratamiento, debe ser sometido a la fuerza a una intervención psiquiátrica. Esta es una evidencia patognomónica *del furor therapeuticus*, una dolencia que suele afectar a los médicos cuando se sienten impotentes^[56]. En el pasado, este furor condujo a la sangría como panacea, con George Washington como una de sus víctimas más ilustres. En la actualidad conduce al uso de las llamadas drogas psiquiátricas como la panacea para las enfermedades mentales, especialmente para los «enfermos» que se muestran remisos a asumir el papel de pacientes: las víctimas más destacadas de este furor

terapéutico contemporáneo son los niños y los ancianos. Existe una cierta ironía en toda esta situación. Cuando el médico dispone de un tratamiento efectivo o para una enfermedad real tanto él como los tribunales insisten en que se conceda al paciente el derecho a rechazarlo^[57]; pero cuando dispone de un tratamiento falso e ineficaz para una enfermedad igualmente falsa, tanto él como los tribunales están dispuestos a privar al paciente de su derecho a rechazar el tratamiento. El resultado es que los psiquiatras se oponen al suicidio no asistido y, por el contrario, apoyan el suicidio en el que interviene un médico. Los médicos en general y los psiquiatras en particular no son los más indicados, ni espiritual ni profesionalmente, ni para prevenir el suicidio ni para asistirlo. Las estadísticas de suicidios entre los médicos apoyan esta opinión.

Predicar agua pero beber vino descalifica al sujeto como persona creíble y como autoridad moral. Los oftalmólogos no pierden la vista por un glaucoma no tratado en mayor medida que los individuos corrientes. Los especialistas en enfermedades pulmonares no padecen un enfisema más a menudo que los individuos corrientes. Esta regla se cumple en todas las enfermedades con excepción del suicidio. Es aquí donde los psiquiatras fallan estrepitosamente. Predican la prevención del suicidio pero se suicidan más a menudo que el resto de las personas: «Los psiquiatras cometen suicidio, habitualmente y año tras año, en una tasa aproximadamente el doble de la esperada»^[58]. «La tasa de suicidios de los médicos varones es aproximadamente el doble de la que se da en la población general en Estados Unidos [...] y la de las hembras por lo menos el triple que la de las mujeres en la población general»^[59]. «Entre el conjunto de los médicos, cada año se suicida el equivalente a una promoción de una facultad de medicina de mediano tamaño»^[60]. Impertérritos, los médicos redoblan sus esfuerzos para dotarse de un aura de expertos en prevención del suicidio: la cámara de delegados de la Asociación Médica Americana «ha votado estudiar la posibilidad de desarrollar un programa de prevención del suicidio gestionado directamente por la AMA»^[61].

Las acciones hablan más alto que las palabras. El hecho de que los médicos se suiciden más a menudo que las personas corrientes debería mostrar cuál es la verdadera condición de sus afirmaciones sobre la prevención del suicidio, esto es, una propaganda interesada.

CAPÍTULO 5

La prescripción del suicidio

La muerte como tratamiento

El único aspecto moral conflictivo acerca de la eutanasia involuntaria sobre el que debemos tomar una decisión inmediata es el de si tenemos la obligación moral de acabar con la vida de un deficiente mental que padece una enfermedad dolorosa e incurable.

GLANVILLE WILLIAMS (1911-1997)^[1]

Los enfermos incurables de sida deberían poder elegir la muerte como tratamiento alternativo.

SOCIEDAD CANADIENSE DEL SIDA (1997)^[2]

La consideración hacia el paciente no puede ser vista como una base legítima para la destrucción de una vida humana.

DIETRICH BONHOEFFER (1906-1945)^[3]

Recurrir a los médicos para la tarea de matar gente, sean pacientes o enemigos del Estado, no es algo nuevo. Que el juramento hipocrático prohíba el asesinato médico sugiere que los médicos y sus superiores deben de haberlo

encontrado tentador. La costumbre comenzó posiblemente en la Roma de Nerón, quien enviaba «médicos a aquellos que dudaban en obedecer sus órdenes de suicidarse [...] conminándoles a “tratar” (*curare*) a las víctimas, pues así es como se llamaba esta intervención letal»^[4]. La guillotina fue inventada por un médico, Joseph Ignace Guillotin, y el holocausto médico nazi —el llamado programa de eutanasia— fue planeado y llevado a cabo por médicos.

La primera referencia a la muerte como tratamiento en la literatura inglesa aparece en la *Utopía* de Tomás Moro (1516). Allí podemos leer lo siguiente: «Si la vida se vuelve insoportable para estos incurables, los magistrados y los sacerdotes no dudan en prescribir la eutanasia [...] Cuando los enfermos han sido persuadidos, acaban con sus vidas voluntariamente dejando de ingerir alimentos o por causa de una droga»^[5]. No por casualidad se confió el trabajo de ayudar a la gente a morir a «magistrados y sacerdotes», ya que en el siglo XVI los médicos carecían del prestigio y de la posición social necesarias para la tarea. Pero esto pronto iba a cambiar. Francis Bacon (1561-1626) sugirió que es un deber médico «mitigar el dolor [...] no sólo cuando ello conduzca a la recuperación sino también cuando pueda provocar un final justo y sencillo»^[6].

En 1848, John C. Warren, el primer cirujano que practicó una operación utilizando anestesia (éter), señaló que el compuesto podía ser empleado para «mitigar la agonía de la muerte» y expresó su temor a que «fuera usado de un modo criminal, con el propósito de destruir vidas»^[7]. Desde entonces, muchos médicos y personas en general han propuesto que «en casos de enfermedades dolorosas e incurables, sea un deber del médico, si el paciente así lo desea [...] llevar al que sufre a una muerte rápida e indolora»^[8].

Ayudar a morir como asunto médico

La costumbre de referimos habitualmente al beneficiario principal del suicidio asistido (SA) como «paciente», aunque aparentemente inocua, prejuzga la acción como un acto médico y lo legitima como beneficioso («terapéutico»). En concreto, la persona que padece una enfermedad terminal es considerada automáticamente un paciente. Y sin embargo, la muerte no es una enfermedad; entre otras cosas, puede deberse a una enfermedad (o tener otras causas, como un

accidente o un acto violento). Y lo que es más importante, matar (quitarse la vida o quitársela a otro) *no es, y por definición no puede ser, un tratamiento.*

Lenguaje, ley y suicidio

Los entusiastas del SA sostienen que los enfermos terminales necesitan este servicio igual que los pacientes con apendicitis precisan una apendicectomía. Esto no es verdad. Una persona no *necesita* que otra le preste un servicio que puede hacer por sí misma, a condición, por supuesto, de que quiera y de que le sea permitido hacerlo. Si una persona sabe conducir pero prefiere que le lleven, entonces no *necesita* un chófer sino que *quiere* tener uno. Tampoco decimos que esta persona esté recibiendo algo así como «una conducción asistida por un chófer». Esto es válido también para el suicidio. En un sentido estricto, la expresión «suicidio asistido» es un oxímoron.

No digo que recibir consejos médicos y acceso a una droga letal no pueda ser útil para cometer un suicidio. Lo que quiero decir es que el autohomicidio, al igual que el heterohomicidio, *no es una cuestión médica; es una cuestión jurídica, moral y política*^[9]. Ni la persona que se quita la vida, ni el médico ni el que le proporciona una droga letal están realizando un acto médico. Tampoco cualquier cosa que hagan los médicos es un tratamiento. Un médico puede ayudar a otra persona a invertir su dinero o a mejorar su juego de golf, pero no pretendemos que estas actividades sean «tratamientos» (aunque figuradamente se pueden llamar así).

Lo más importante es quizá que la expresión suicidio asistido es intrínsecamente mendaz, ya que determina que el médico es el agente principal, no el asistente. En el uso normal del lenguaje, la persona que asiste a otra es el subordinado; la persona a quien asiste es su superior. El camarero es el subordinado del patrón, y por tanto no controla lo que éste ordena o se lleva del negocio. Por el contrario, el médico involucrado en el SA es el superior del paciente: él es el que determina quién está listo para el «tratamiento» y el que prescribe la droga correspondiente^[10].

La ley es clara acerca de la cuestión de la acción: la persona que está a cargo de la operación, sea el robo de un banco o una operación cerebral, es el agente

principal; su subordinado es el delegado. Si la acción es legal, al delegado se le llama «asistente»; si es ilegal, se le llama «cómplice»^[11]. Uno no puede «asistir» ni en un asesinato ni en ningún otro acto ilegal. La persona que ayuda a otra a cometer un acto ilegal es su cómplice antes del acto (si ayuda a planearlo), durante el acto (si participa en él) o después del acto (si trata de ocultarlo)^[12]. En otras palabras, la empresa que llamamos «suicidio asistido» es, y así debería llamarse, «suicidio controlado por un médico» o «suicidio concedido por un médico».

No debemos olvidar que los médicos siempre han sido en parte agentes del Estado y se encuentran ahora en pleno proceso de conversión, *de hecho*, en empleados estatales. Por tanto, a no ser que una persona acabe con su vida por sí misma, no podremos estar seguros de que su muerte haya sido voluntaria y no debiéramos llamarla «suicidio». No olvidemos que hemos definido el suicidio como «el hecho de quitarse la vida voluntaria e intencionadamente». Si a una persona le es físicamente imposible acabar con su vida y un tercero lo hace por ella, entonces nos encontramos con un caso claro de heterohomicidio (eutanasia o muerte por compasión). Una de las controversias desafortunadas acerca del suicidio asistido es que el uso erróneo de la palabra «suicidio» ha acabado siendo ampliamente aceptado. Por ejemplo, una mujer ingresada en el centro para el cáncer Memorial Sloan-Kettering de Nueva York decidió que quería morir, por lo que un amigo veterinario le inyectó una elevada dosis de pentotal en su sonda intravenosa. El *New York Times* se refirió al suceso como «suicidio»^[13]. Dicho acto puede ser o no moralmente reprochable y los jueces pueden condenar o no al causante de la muerte, pero es una equivocación equiparar la eutanasia (heterohomicidio) con el suicidio y es engañoso llamarlo «suicidio».

Cuando alguien ayuda activamente al paciente, especialmente si se trata de un médico, no podemos estar seguros de que el paciente no quisiese cambiar de opinión en el último momento pero no pudiera o no le fuera permitido. Sabemos que muchas de las personas que redactan instrucciones especificando que los médicos se abstengan de utilizar medidas especiales para prolongar su vida en caso de hallarse en una situación terminal cambian de parecer cuando llega el momento de que se cumpla su propia petición^[14]. Además, una de las estratagemas más antiguas que existen para enmascarar un asesinato es hacer que todo aparente que la víctima se ha suicidado. En particular, esta posibilidad debe ser tenida en cuenta cuando un importante político muere inesperadamente o en extrañas circunstancias. Burocratizar el SA haría este enmascaramiento mucho más fácil de lo que es en la actualidad.

En pocas palabras, juntar los términos «suicidio» y «asistido» es engañoso y políticamente malicioso. La expresión «suicidio asistido» es un eufemismo, similar a expresiones como «a favor de la libertad de elegir» (el aborto) o «derecho a la vida» (para prohibir el aborto). Debemos rechazar el SA no sólo como una política social sino también como expresión de alguna utilidad (especialmente mientras el suicidio esté, de hecho, penalizado).

Entusiastas del y oponentes al SA admiten que *ni la Constitución ni alguna otra ley norteamericana reconoce el derecho al suicidio*. Este contexto enmarca el debate sobre el SA y engendra su «necesidad». Si tanto el suicidio como el acceso a las drogas fueran *absolutamente legales*, no tendríamos la necesidad técnica de un médico: las personas podrían quitarse la vida o podrían contar con la ayuda de familiares o amigos para hacerlo. Utilizo la expresión «absolutamente legales» para destacar que, si éste fuera el caso, ni el intento de suicidio ni las tendencias suicidas podrían ser objeto de castigo penal o civil (psiquiátrico), mientras que la expresión «necesidad técnica» (por ejemplo, que el cirujano vista una bata estéril en la sala de operaciones) contrasta con la «necesidad ceremonial» (por ejemplo, que el sacerdote utilice una vestimenta especial en la iglesia). Incluso si una persona no tiene la necesidad técnica de un médico para quitarse la vida, aun así puede desear esta ayuda.

Si adquirir y poseer «sustancias controladas» sin una receta es ilegal y si sólo los médicos tienen un acceso legal a las drogas, entonces los individuos tienen que convertirse en «pacientes» y, como tales, necesitan a los médicos para poder acceder a ellas. Si el intento de suicidio es ilegal desde el punto de vista psiquiátrico pero no lo es si lo aprueba un psiquiatra, entonces la gente deberá ser explorada por éste (en busca de una «depresión») y se le seguirá necesitando para poder ser elegidos como candidatos a la muerte por prescripción médica. Uno no puede sino maravillarse ante el poder de la represión cultural que sigue disociando el suicidio de la prohibición de las drogas y de su prevención a la fuerza. También separamos explícitamente la necesidad de legalizar el suicidio asistido como un medio indirecto para que los individuos tengan acceso a determinadas drogas (prohibidas por la ley) y las garantías de que no serán considerados como pacientes mentales involuntarios.

Cuando la prohibición del alcohol tenía rango de ley, los médicos lo recetaban a aquellos que demostraban su «necesidad médica» (de alcohol), y a nadie importaba esta evasión. Ahora es la prohibición de las drogas la que está vigente; los médicos recetan barbitúricos a los pacientes que demuestran su

«necesidad médica» de ellos, y todo el mundo acepta la evasión. El remedio apropiado para la prohibición del alcohol fue su abolición, la restitución del control sobre su consumo a los ciudadanos, no la medicalización intensiva de la bebida. Igualmente, el remedio apropiado para la «guerra contra las drogas» es su abolición, la restitución del control sobre su uso a los ciudadanos, no la medicalización intensiva del suicidio.

Finalmente, mientras el SA siga siendo considerado *un tratamiento médico*, existirá también la *necesidad legal* de que un médico tome parte en el suicidio, porque la asistencia de algún otro constituiría un delito: la práctica de la medicina sin autorización para ello.

Debemos ser muy cuidadosos a la hora de calificar a las personas que reciben y las que proporcionan servicios de asistencia al suicidio. Si llamamos «pacientes» a las que los reciben y «médicos» a quienes los proporcionan, entonces la muerte como consecuencia de esta intervención es considerada, automáticamente, un «tratamiento» y el SA es considerado una causa legítima de fallecimiento, como lo sería morir de una enfermedad^[15]. En pocas palabras, la clasificación legal del SA como un procedimiento sanitario que sólo un médico puede llevar a cabo amplía la medicalización de la vida cotidiana, extiende el control médico sobre las conductas personales, especialmente durante la vejez, y disminuye la autonomía de los pacientes.

La expansión del papel de los médicos

En el pasado, los médicos han ayudado a los pacientes moribundos que sufrían acelerando su muerte, y la gente se quitaba la vida sin su asistencia y aún lo sigue haciendo. ¿Por qué creen entonces los médicos que ahora se requieren leyes que autoricen explícitamente la práctica del suicidio asistido? Y, al mismo tiempo, ¿por qué cree la gente que necesita la ayuda de los médicos para suicidarse?^[16] Hay por lo menos cuatro respuestas a estas preguntas: la guerra contra las drogas, el miedo al castigo psiquiátrico por un suicidio fallido, el cambio del entorno en el que la gente muere y una falta de voluntad para asumir la responsabilidad personal por la muerte voluntaria. Comentaré brevemente cada una de ellas, con excepción del miedo al castigo psiquiátrico, del que ya hablé anteriormente.

Intensificadas por la guerra a las drogas, las leyes sobre su prescripción privan a las personas comunes de un acceso libre y legal a la mayoría de ellas, especialmente a los narcóticos y los sedantes, útiles para combatir el dolor, para inducir el sueño y para cometer suicidio^[17]. Temiendo el celo de los agentes de la Drug Enforcement Administration (DEA)^[18], los médicos se muestran reacios a prescribir «sustancias controladas», especialmente cuando sospechan que pueden ser utilizadas para el suicidio (o se puede «abusar» de ellas en algún otro sentido). Estas prohibiciones draconianas generan el movimiento para su propia superación, medicalizada.

En el pasado, la mayoría de la gente moría en su casa, un entorno privado e informal. Ahora, la mayoría de la gente muere en un hospital, un entorno público y formal. En casa sólo eran precisas unas cuantas reglas informales para regular la relación del paciente moribundo con su médico. En el hospital, el médico trabaja bajo los focos de un intenso escrutinio legal y profesional, por lo que se necesitan reglas formales para regular la relación con los pacientes.

En la actualidad, tanto médicos como ciudadanos comunes rechazan la afirmación de que el suicidio sea una responsabilidad personal del sujeto que planea cometerlo si es así como quiere morir, tal como decimos que es personalmente responsable por tener hijos si desea ser padre. De hecho, tal afirmación se ha vuelto casi incomprensible, por decirlo sin rodeos (expongo las claves de esta evolución particular a lo largo del libro y especialmente en el último capítulo). En su lugar, la sabiduría popular contempla el suicidio bien como el desenlace trágico y previsible de «una enfermedad mental no tratada» o bien como un «derecho» al que son «acreedores» los pacientes moribundos.

Lo que hacemos, en definitiva, es criminalizar, medicalizar y politizar sistemáticamente tanto las drogas como el suicidio, generando una dependencia ilimitada de la profesión médica para que ésta nos prescriba drogas para todo tipo de problemas humanos no relacionados con enfermedad alguna. Esto, a su vez, incrementa el número de casos clasificados como enfermedades que no lo son, de intervenciones ordinarias clasificadas como tratamientos y de medidas que pasan por ser una «protección» de la gente frente a los «abusos».

La ley federal (norteamericana) de sustancias controladas especifica que, para ser legal, la prescripción de una sustancia controlada debe «ser librada alegando un motivo *médicamente legítimo* por un médico *en el contexto de un tratamiento profesional* [...] Una orden que pretenda ser una prescripción no librada

en el transcurso habitual de un tratamiento profesional [...] no es una prescripción según la definición recogida en la sección 309 de la ley»^[19]. De ello se deduce que, para que el SA cumpla con los requerimientos de esta ley, la acción de recetar una droga letal como tratamiento médico debe considerarse, a todos los efectos, un tratamiento.

Las motivos para solicitar el suicidio asistido son idénticos: los médicos temen, y con razón, a la Drug Enforcement Administration (es decir, temen ser castigados por prescribir «sustancias controladas» en vulneración de una política explícita de la DEA) y quieren garantías de que no serán sancionados en casos de SA. Los pacientes temen, y con razón, a la psiquiatría (es decir, temen convertirse en víctimas de la coerción psiquiátrica) y quieren garantías de que no tendrán que enfrentarse a ella si intentan suicidarse pero no lo logran. Los pacientes también temen a lo que he llamado «la tentación fatal», es decir, temen verse atraídos por el cebo de un suicidio fácil con las drogas, y de este modo se privan de libertad a sí mismos^[20]. Finalmente, las necesidades y las peticiones de SA de médicos y de pacientes refuerzan el interés del Estado en poner bajo control médico un número creciente de comportamientos personales y, de este modo, amenazan con reforzar aún más el Estado terapéutico.

Compassion in Dying v. State of Washington **[Muerte por compasión versus el Estado de Washington]**

Si el caso *McNaghten*^[21] sentó jurisprudencia en lo referente a la exculpación por demencia y el *Roe v. Wade*^[22] en lo referente al aborto, *Compassion in Dying v. State of Washington* (CDW)^[23] será, probablemente, el que sienta jurisprudencia respecto al SA. Un breve repaso al caso es necesario para entender el contexto legal del SA^[24].

Compassion in Dying, el demandante principal en el caso, es una organización privada sin ánimo de lucro fundada en 1993, y cuyo objetivo fundamental consiste en la defensa de los intereses de los «enfermos terminales» frente al sufrimiento inútil, ofreciéndoles la opción del suicidio asistido^[25],^[26]. Junto a cuatro médicos, *Compassion in Dying* demandó al Estado de Washington en busca de una sentencia que afirmara que las regulaciones que «prohíben ayudar a

otra persona a cometer suicidio vulneran la Constitución». Los demandantes afirmaban que: 1) los médicos tienen el derecho, protegido constitucionalmente, de ayudar a los enfermos terminales que quieran suicidarse, prescribiéndoles una droga letal; 2) los enfermos terminales tienen el derecho, protegido constitucionalmente, de recibir el SA; y 3) el SA es un tratamiento legal.

En el caso *Quill v. Vacco*, estrechamente relacionado con éste, también se afirmó que el SA es un «tratamiento». En esa ocasión, los demandantes declararon que: «Prescribir una droga letal, cosa que sólo puede hacer un médico [...] es una compleja tarea médica»^[27]. Bajo el disfraz de una mayor autonomía del paciente, los médicos, aliados con el Estado, tratan una vez más de incrementar su poder sobre los legos (en medicina). La táctica consistente en la medicalización de las leyes que regulan el suicidio es paralela a la táctica que medicaliza las leyes sobre el uso de drogas.

El tribunal del distrito oeste de Washington concedió un juicio rápido a los demandantes. El Estado apeló. El día 6 de marzo de 1996, la sala de apelaciones del noveno tribunal superior decretó que «la regulación que prohíbe ayudar a otra persona a cometer suicidio vulnera la cláusula del proceso debido tal como debe ser aplicada a los *enfermos terminales* que desean acelerar su propia muerte *con las drogas prescritas por su médico*»^[28]. La opinión mayoritaria, redactada por el juez superior Stephen Reinhardt, empezaba con un apasionado recordatorio del «derecho de las mujeres al aborto», continuaba con un retrato de los demandantes-pacientes (que ya habían muerto para cuando se dictó la sentencia) —de cada uno de los cuales se aseguraba que querría «haber cometido suicidio mediante las drogas que les hubieran prescrito los médicos»— y concluía con la siguiente declaración: «A la hora de juzgar los casos del derecho a morir nos guiamos por el enfoque del Tribunal Supremo sobre los casos de aborto. [...] [En el caso *Roe v. Wade*] el Tribunal dictaminó que las mujeres, defendiendo el derecho al aborto, tenían interés en preservar su libertad»^[29]. Por tanto, al defender el derecho al SA, los enfermos terminales también buscan preservar su libertad.

Dudemos de ello por un instante. Con anterioridad, el deseo de acabar con la vida de un feto sano era considerado una enfermedad que afectaba a la mujer embarazada y el aborto terapéutico por motivos psiquiátricos era visto como un tratamiento para esta enfermedad. En la actualidad, las tendencias suicidas son consideradas una enfermedad y, dependiendo de las circunstancias, su coerción psiquiátrica o el suicidio asistido son definidos como tratamientos para esta enfermedad. Sostengo que recluir a una persona deprimida para evitar que se

suicide, recetar una droga letal a un paciente terminal o abortar un feto sano de una mujer sana son *intervenciones médicas legales, pero en modo alguno son tratamientos médicos*, porque los síntomas que tratan no son propios de ninguna enfermedad. Cada uno de ellos da fe de un autoengaño y una farsa social que busca evadir la responsabilidad personal y/o las prohibiciones legales.

La comparación entre el aborto y el suicidio es engañosa. El aborto es un heterohomicidio, mientras que el suicidio es un autohomicidio. Los médicos pueden tratar con éxito las enfermedades de fetos de tan sólo cuatro meses en el útero^[30]. Se ha perseguido judicialmente a las mujeres embarazadas que fuman crack por comprometer el desarrollo de sus hijos y por homicidio involuntario^[31]. Si dio estos casos no es como un argumento contra el aborto (lo cual es otra cuestión), sino para subrayar que el aborto y el suicidio pertenecen a categorías morales totalmente distintas. Por otra parte, el aborto, a diferencia del suicidio, requiere siempre la asistencia técnica de un médico.

Tras revisar las actitudes presentes y pasadas sobre el suicidio, los jueces destacaron que garantizar a los parientes terminales «el derecho a morir» no implica garantizar a la gente «el derecho al suicidio». Al contrario, subrayaron que la prevención del suicidio es un deber público:

El hecho de que ni Washington ni ningún otro Estado prohíba ni el suicidio ni su intento no implica que el Estado no disponga de un interés legítimo en la prevención de esta acción. [...] *El Estado tiene un claro interés en prevenir que alguien, no importa cuál sea su edad, pueda quitarse la vida en un momento de desesperación, depresión o soledad, o bien como resultado de cualquier otro problema, físico o psicológico, que sea susceptible de tratamiento*. Existen estudios que demuestran que muchos suicidios son cometidos por personas que padecen *desórdenes mentales tratables*. Si no todos, la mayoría de los Estados disponen de mecanismos para la reclusión a la fuerza de dichas personas si se considera probable que puedan dañarse a sí mismas^[32].

Nótese, sin embargo, que el derecho a la prevención del suicidio y el derecho al SA son mutuamente excluyentes. Todos aquellos considerados como «enfermos terminales» presentan automáticamente un problema físico que puede ser «tratado» y cualquiera que esté considerando la «posibilidad del suicidio es probable que se dañe a sí mismo».

El método empleado por los jueces para distinguir a las personas que

presentan una «posibilidad de dañarse a sí mismas» de las que no lo hacen tampoco está libre de problemas: los jueces deciden tras escuchar a los médicos. Médicos diferentes pueden contar cosas diferentes a diferentes jueces. Lo que los médicos cuentan a los jueces puede ser verdad o no serlo. Incluso si lo que cuentan a los jueces es verdad, la ignorancia de éstos en materia de medicina puede invalidar su capacidad de entender estas opiniones. Esta posibilidad queda claramente ilustrada por la metedura de pata de los jueces en el caso de la organización Compassion in Dying. Llamando la atención sobre los métodos desesperados a los que pueden recurrir aquellos individuos que quieren suicidarse pero son «privados de la asistencia de un médico», los jueces citan el caso de «un enfermo terminal que acabó con su vida dejando de tomar insulina y muriendo a causa del shock insulínico [sic] consiguiente»^[33]. La poca familiaridad de los jueces con la diferencia elemental que existe entre un coma diabético y un shock insulínico no presagia nada bueno para sus posibilidades de controlar el SA.

De forma parecida, la ley de muerte con dignidad del Estado de Oregón [DWDA, en sus siglas en inglés] «se apoya en el juicio clínico del médico» para determinar si el paciente está cualificado para que le sea administrada una droga letal, y especifica que para ello «no se necesita una vista judicial»^[34]. La ausencia de vista judicial como condición para el SA a duras penas concuerda con los requerimientos del Estado de derecho.

Además, el médico que asiste en un suicidio no sólo realiza un juicio clínico o lleva a cabo una intervención médica; también realiza un juicio moral y lleva a cabo un ritual social. Su intervención legitima el SA como *no irracional* y por lo tanto no incorrecto, del mismo modo que ilegitima el suicidio no asistido, calificándolo como *irracional* y por lo tanto incorrecto; finalmente, *clasifica* la prescripción de una droga letal como la *respuesta terapéutica a una crisis médica*, en lugar de lo que en realidad es: la *evasión pseudomédica de la prohibición de las drogas*; simultáneamente, *define* la hospitalización mental involuntaria como la *respuesta terapéutica a la peligrosidad causada por la enfermedad mental*, en vez de considerarla una *privación pseudomédica de la libertad*.

En junio de 1997, el Tribunal Supremo votó de forma unánime a favor del mantenimiento de las leyes estatales que prohíben el suicidio asistido^[35]. «Nuestra decisión —dijo el juez del supremo William H. Rehnquist— nos lleva a concluir que el derecho alegado al suicidio asistido no es una libertad fundamental protegida por la cláusula del proceso debido»^[36].

SA, drogas y el principio del efecto doble

Las leyes y la medicina occidentales han aprobado tradicionalmente que los médicos suministraran a los enfermos terminales drogas con el objetivo de acelerar su muerte, una práctica justificada por el «principio del efecto doble»^[37]. Los entusiastas del SA intentan justificarlo apelando a este conocido principio. Sin embargo, en lo esencial, el SA es totalmente distinto de la ayuda al suicidio que tradicionalmente han prestado los médicos.

Cuando hablamos del efecto doble de una droga suministrada por un médico a un enfermo terminal, nos estamos refiriendo habitualmente a una dosis de morfina (un analgésico) *administrada* por un médico para *aliviar el sufrimiento de un paciente impotente frente al dolor*. Sin embargo, cuando hablamos del efecto doble de una droga empleada para el suicidio asistido, nos referimos a un barbitúrico (un soporífero) que el médico prescribe *a un paciente no incapacitado, el cual «ingiere la droga por sí mismo» con el objetivo de quitarse la vida*^[38]. Los barbitúricos no son analgésicos, y la única razón por la que un médico los prescribe en dosis letales es para que el paciente se mate con ellos. Ignorando estas diferencias, la opinión mayoritaria en el caso CDW afirma: «No apreciamos una diferencia significativa, a efectos constitucionales o éticos, entre administrar una medicación que tenga un efecto doble o administrar una que tenga un único efecto mientras al menos uno de los efectos conocidos sea el de acelerar el fallecimiento del paciente»^[39]. Podemos aprobar o no dicho comportamiento médico, pero no podemos sostener que el principio del efecto doble rige, «a efectos constitucionales», en el caso de una droga ingerida con el propósito de causar la propia muerte.

Los jueces también afirmaron que no vieron «diferencia ética o constitucional alguna entre la interrupción de la respiración asistida por parte de un médico y la prescripción de drogas que permiten al paciente terminal acabar con su vida. [...] Si esta diferencia existiera, afirmamos que es una diferencia cuantitativa, no cualitativa»^[40]. Esto también es erróneo. Un respirador artificial permite respirar a un paciente cuando éste no puede hacerlo por sí mismo. Desconectar el respirador provoca que el paciente muera *por la enfermedad*. La prescripción de una droga letal a un paciente que quiere suicidarse provoca que éste *muera por autohomicidio*. No prescribir la droga tiene como consecuencia que el

paciente no muera cuando quiere hacerlo (que es para lo que quiere la droga). La diferencia jurídica y moral entre ayudar a una persona a quitarse la vida y no hacer nada por mantenerla con vida contra su voluntad es una diferencia cualitativa, no cuantitativa.

Al afirmar que el suicidio es ilegítimo, los entusiastas del SA se sienten obligados a redefinir el significado de la palabra «suicidio». El juez del Supremo Stephen Reinhardt y sus colegas escriben: «Dudamos de que las muertes de los enfermos terminales que tomaron la *medicación prescrita por sus médicos* deban ser clasificadas como suicidio»^[41]. La DWDA de Oregón es del mismo parecer: «Las intervenciones realizadas bajo los supuestos de esta ley no constituirán, en ningún caso, ejemplos de suicidio, suicidio asistido, muerte por compasión u homicidio»^[42]. ¿Cómo puede no ser suicidio el suicidio asistido cuando esta palabra aparece en el nombre utilizado?

La no consideración del SA como suicidio transforma el acto en una abstracción y en la consecuencia impersonal del efecto doble, que originalmente era una finta teológica y ahora es una evasión bioética. El suicidio asistido se convierte así en un suceso carente de responsables. Ésta es una de las características que lo hacen más atractivo para todos aquellos que buscan evadir la responsabilidad y, concretamente, la responsabilidad por el suicidio.

SA, aborto y enfermedad mental

Como hemos visto, una de las justificaciones para el derecho al SA es la supuesta analogía entre éste y el derecho al aborto. Esto es engañoso, en parte por las razones mencionadas anteriormente y en parte por otras razones que discutiremos más adelante. Los entusiastas del SA insisten en que los candidatos deben ser explorados por los psiquiatras para determinar la presencia de una enfermedad mental, especialmente una depresión (contra la voluntad del paciente, si es preciso). El psiquiatra de la Universidad de Columbia Philip R. Muskin señala: «[La ley] debe obligar a los médicos a investigar por qué sus pacientes han decidido morir. En los casos en los que sea apropiado, la ley debe obligar a los médicos a consultar a un psiquiatra para evaluar la petición del paciente»^[43].

Hace treinta años, cuando el aborto era ilegal, los entusiastas del aborto asistido por un médico afirmaban que la situación idónea para el aborto terapéutico (AT) era la depresión y el riesgo de suicidio. Para que le fuera practicado un AT, la mujer embarazada sólo debía manifestar que estaba deprimida, que prefería quitarse la vida antes que tener al hijo y que pagaría por la intervención^[44],^[45]. A menos que profiriera estas amenazas, le era denegada su petición de AT por motivos psiquiátricos. Por supuesto, las mujeres que solicitaban el aborto y amenazaban con el suicidio en caso de denegación no eran investigadas por los psiquiatras ni sometidas a tratamiento psiquiátrico a la fuerza, ni tampoco eran obligadas a aceptar las consecuencias biológicas de su estado (embarazo). A pesar de ello, los entusiastas del SA quieren imponer precisamente estos requisitos y estas consecuencias a los pacientes terminales: repiten una y otra vez que la intervención debería quedar limitada a los pacientes no deprimidos y que los que lo estuvieran deberían ser tratados a la fuerza por los psiquiatras y obligados a aceptar las consecuencias de su estado (morir a causa de su enfermedad).

¿Por qué los entusiastas del aborto terapéutico-psiquiátrico no trataron de restringir su práctica sólo a las mujeres no deprimidas? Porque consideraron que la depresión era una reacción lógica en las mujeres embarazadas que no querían tener el hijo y que debían solicitar un aborto, y también pensaron que habría sido un insulto esperar que estas mujeres no hubieran estado deprimidas. Pieter V. Admiraal, una importante figura en el movimiento holandés a favor de la eutanasia, es del mismo parecer: «Enviar a un paciente terminal al psiquiatra es un insulto». Admiraal rechaza, por egoísta, la postura de los médicos que «afirman que la petición de la eutanasia es consecuencia de la depresión y prescriben, a continuación, drogas antidepresivas»^[46].

Parece improbable que en el caso *Roe v. Wade* el tribunal simplemente olvidara limitar el derecho al aborto a las mujeres no deprimidas. Más bien parece que los jueces aceptaron que la depresión es un estado mental predecible en una mujer embarazada que quiere abortar pero debe convencer primero a un médico para que lleve a cabo la intervención. De forma parecida, los jueces que equiparan el SA al aborto deberían aceptar que la depresión es un estado mental predecible en un enfermo terminal que quiere suicidarse con una droga pero debe convencer primero a un médico para que se la suministre. No debe verse esta afirmación como un apoyo a esta práctica. No creo en un «derecho» al suicidio asistido, en parte porque creo que si la gente pudiera acceder a las drogas sin obstrucciones médicas ni legales, el SA no tendría sentido, y en parte porque creo que el concepto de derecho implica una obligación recíproca^[47].

En resumen, la apelación a esta falsa analogía entre el suicidio asistido y el aborto es profundamente engañosa. Aunque en ambos casos el diagnóstico de depresión funciona como una estrategia jurídico-médica, en el caso del AT la depresión justifica suministrar la intervención deseada por la paciente, mientras que en el caso del SA justifica justo *lo contrario*. Además, la legalización del aborto eliminó la necesidad que tenían las mujeres de «pedirlo» y los médicos de aparentar que era una necesidad médica, mientras que la legalización del SA intensificaría estas necesidades mediante una mayor presión para verificar el acierto de la prohibición de las drogas y la ficción de que cuando los médicos trapichean con drogas letales están tratando a los parientes.

El asesinato médico no es un asesinato por compasión

La expresión «muerte por compasión» evoca la imagen de un veterinario induciendo al «sueño» a un perro ya viejo o a John Wayne —revolver en mano, el sol restallante en el cielo del desierto, los buitres volando en círculo en lo alto— disparando el *coup de grace* al leal caballo que se ha roto una pata. Mostrando compasión por los pacientes que sufren, los entusiastas del SA afirman: «Usted no dejaría morir a un animal así». Esto no es más que propaganda a favor de asesinato médico, y no nos dice nada sobre el suicidio. La analogía entre el suicidio asistido y el asesinato por compasión de un animal de compañía moribundo es decepcionante. Los animales no se suicidan. Una ejecución médica, aun efectuada por motivos compasivos, no es un suicidio.

El asesinato médico debe ser personal, no burocrático

A primera vista, no podemos poner ninguna objeción moral al hecho de ayudar a un familiar o a un amigo a quitarse la vida si éste nos lo pide y consideramos su decisión fundamentada. Sin embargo, aprobar esta acción no implica un respaldo a la legalización del suicidio asistido. Como iniciativa personal, ayudar a un familiar o a un amigo a suicidarse puede ser loable. Pero de

ello no se deduce que también sea loable burocratizar el suicidio y definirlo como tratamiento, restringir su práctica a los médicos y autorizarles para que lo administren sólo a los individuos formalmente clasificados como enfermos terminales y libres de una enfermedad mental.

Mi colega Robert Daly ofrece el siguiente ejemplo para ilustrar las diferencias básicas entre la asistencia personal y la asistencia profesional al suicidio. Jack, un soldado que vuelve del frente, encuentra a su compañero, Jim, mortalmente herido, con atroces dolores pero aún lúcido. Jim pide a Jack que le dispare el *coup de grace*, lo que éste acepta. Daly concluye: «Me es difícil considerar “inmorales” ni la petición ni la aceptación. Es difícil discernir los bienes que se protegen y los males evitados si, en nombre de la moral, obligamos a que el soldado agonizante se aferre a la vida, especialmente cuando se le está exigiendo que dé esa vida por su país»^[48].

Lo importante, según Daly, es que el asesinato de Jim a manos de Jack no se incluye entre sus obligaciones militares. Si Jack acepta la súplica de Jim es en calidad de amigo, no de soldado. Daly concluye que «incluso si existen razones para pensar que no todos los suicidios son moralmente malos, es socialmente imprudente (si no moralmente reprobable) que un médico, sólo por el hecho de serlo, ayude a acabar con una vida (en especial la de su propio paciente)»^[49].

Familiares, amigos y médicos siempre han ayudado a morir a ancianos y a enfermos, y continúan haciéndolo. Lo hicieron y lo hacen discretamente y en privado, aunque nadie sabe con qué frecuencia. El hecho es que como esta ayuda a morir no va acompañada de coerción ni de fraude, ni viola ostensiblemente ninguna ley, se mantiene como un asunto privado sobre el que las autoridades hacen la vista gorda. No obstante, si el asesinato se convierte en un tipo de curación, como si fuera una especialización profesional, entonces el Estado se interesa especialmente por él, algo que decididamente debe hacer. Los policías, los verdugos y los soldados tienen permiso del Estado para matar a ciertos enemigos domésticos o extranjeros en circunstancias especiales. Los médicos disfrutaban de una autorización estatal para practicar la medicina. Esta licencia implica, entre otras cosas, otorgar a los médicos poderes especiales para, por ejemplo, prevenir el suicidio:

El Estado autoriza a los médicos a hacer una excepción en lo que concierne a la regla que afirma que todas las personas inocentes gozan, según la Constitución, del derecho a la libertad. *Siempre pensando en él interés de los pacientes*, los psiquiatras

escogen a determinados individuos como aptos para una hospitalización involuntaria.

Los entusiastas del derecho al SA quieren extender este privilegio, y por ello creen que:

El Estado debe autorizar a los médicos a hacer una excepción en lo referente a la regla que prohíbe la prescripción de drogas excepto para el tratamiento o la mejora de una enfermedad: se les debería permitir que *escogieran* a ciertos individuos (*en su propio interés*) como aptos para la ingestión de una droga letal.

Hay que ser ciego para no ver que una política como ésta otorga al médico el papel de agente principal y al paciente el de subordinado y que ello desembocará irremisiblemente en una disminución adicional de la autonomía, la libertad y la responsabilidad personales.

Como los proyectos de regulación del SA que se están barajando restringen el procedimiento a las personas que puedan autoadministrarse la droga prescrita, los pacientes incapaces de hacerlo quedarían excluidos del mismo. Los entusiastas del SA afirman que esto es injusto y quizá tengan razón. No obstante, si el paciente no puede autoadministrarse la droga, entonces la intervención debería llamarse «asesinato médico» o «asesinato por compasión», no suicidio. Por otra parte, una vez que hemos traspasado ese umbral nos aguarda otro espinoso problema: concretamente, cómo distinguir a los individuos que no pueden quitarse la vida por sí mismos, porque les es físicamente imposible, de aquellos que pueden hacerlo, pero fingen no poder para ser declarados aptos para el SA.

Ésta es una distinción importante. Si un individuo puede quitarse la vida por sí mismo pero elige no hacerlo y, en su lugar, suplica a un médico que le mate, la ayuda que recibe es de naturaleza análoga a la que recibe un niño que sabe anudarse los cordones de los zapatos pero le pide a su padre que lo haga por él. Si el padre está impaciente, aceptará. Esto no es compasión, es conveniencia. Lo mismo puede ocurrir en el caso del SA. Por razones obvias, tanto médicos como pacientes prefieren el SA al suicidio no asistido. Esto debería preocuparnos por muchas razones, siendo la de mayor importancia el no sometimiento de esta situación al constreñimiento de las relaciones de mercado. Importantes propugnadores del SA se muestran indignadamente de acuerdo en rechazar el cobro por el servicio. Esto puede hacer que los mercaderes de la muerte parezcan filántropos desinteresados, pero deja sin respuesta la cuestión de por qué un

médico, *en tanto que médico*, querría tomar parte en esta práctica. Los médicos reciben un pago a cambio de los servicios que ofrecen, bien directamente del paciente o bien de alguna otra persona o del Estado. Y los pacientes deberían saber que, tal como dijo Shakespeare: «Al final, lo barato acaba siendo caro»^[50].

Los beneficios que recibe un padre que anuda los cordones de los zapatos de su hijo consisten en un ahorro de tiempo y de enfado. ¿Qué beneficio espera obtener a cambio de sus servicios el médico que proporciona una «ayuda al suicidio»? En general, el que quiere ayudar al prójimo no por dinero sino por principios está guiado por la ambición de lograr el premio del denominado «canibalismo existencial», es decir, extraer un valor (admiración, excitación, fama) de la desgracia de sus beneficiarios^[51]. La historia nos enseña que, especialmente en las relaciones entre adultos no ligados por estrechos lazos familiares ni de amistad, si el beneficiario no paga por el servicio que recibe probablemente no reciba el servicio que quiere. Si examinamos las palabras y las acciones de los doctores de la muerte más importantes de Estados Unidos, Jack Kevorkian y Timothy E. Quill, obtendremos cumplida información en lo relativo a por qué defienden la muerte como tratamiento.

Doctor Jack Kevorkian: obitiatra^[52]

Jack Kevorkian, un antiguo patólogo, se ha hecho famoso por haber ayudado a un montón de personas a cometer «suicidio». Aunque alardea de su desprecio hacia el SA como algo alejado de las cuestiones médicas, los medios de comunicación han distorsionado tanto sus opiniones que, para la opinión pública, se ha convertido en uno de los principales defensores del SA^[53].

Medicidia y obitiatría^[54]

En *Prescriptiun: medicide*, Kevorkian destaca que «su objetivo último no es simplemente ayudar a quitarse la vida a las personas que sufren o están

condenadas; eso es sólo el primer paso, un antiguo y penoso deber profesional (ahora llamado *medicidia*) que a nadie en su sano juicio puede satisfacer. [...] Lo que encuentro más satisfactorio es la posibilidad de realizar valiosos experimentos u otras acciones beneficiosas [...] en una palabra: *obitiatría*»^[55]. La expresión «*medicidia*» es el típico ejemplo de los desacertados neologismos empleados por Kevorkian. Así como un *germicida* destruye, o debería destruir a los gérmenes, la *medicidia* destruye a la medicina o a los médicos.

La *obitiatría*, sigue explicando Kevorkian, «es el nombre de la especialidad médica que se ocupa del tratamiento o monitorización de la muerte para conseguir algún tipo de resultado beneficioso, del mismo modo que la *psiquiatría* es el nombre de la especialidad médica que se ocupa del tratamiento o monitorización de la psique con el objetivo de mantener la salud mental»^[56]. Según Kevorkian, se «*monitoriza*» a la muerte, no a los pacientes, y la que lleva a cabo esta función es la *obitiatría*, no los médicos. El causante de la muerte del paciente es una máquina (el «*mercitrón*»)^[57], no una persona:

Ya no existe la necesidad —ni tan siquiera la excusa— de que alguien tome parte activa en la muerte de otra persona racional y consciente que, por una razón de peso, elige morir o es obligada a morir. La puesta en práctica de tarea tan repulsiva debe ser encomendada exclusivamente a un mecanismo como el *mercitrón*, que el individuo condenado debe activar [...] *a medicidia ya no constituye un problema moral para la profesión médica*. [...] El impacto de esta máquina en la moral se extiende también a las cámaras de ejecución. [...] Sólo mediante el uso del *mercitrón* [...] pueden humanizarse las ejecuciones. [...] El *mercitrón* puede diluir [la culpa moral] mediante la total eliminación de la necesidad de que alguien inyecte nada^[58].

Atribuyendo el suicidio a una enfermedad mental, el psiquiatra destruye al enfermo mental como agente moral responsable de sus actos. Del mismo modo, atribuyendo el asesinato de la «*persona condenada*» al *mercitrón*, Kevorkian destruye al médico y al sujeto como agentes morales responsables de sus actos. Tanto los *obitiatras* como los *psiquiatras* se oponen al suicidio «*irracional*»: «Por primera vez en la historia, la *medicidia* ofrecería los medios objetivos para *distinguir el suicidio racional del irracional*. Después de todo, pudiendo utilizar este método, ¿cómo podría una persona en su sano juicio “elegir” (es decir, en un ataque de pánico) suicidarse de una forma ordinaria, sucia y habitualmente violenta?»^[59].

Kevorkian se identifica con sus antepasados armenios exterminados en el holocausto turco, y aun así defiende la participación médica en los asesinatos estatales, atribuyendo la práctica a los científicos armenios de la Edad Media: «Los condenados a muerte en la Armenia medieval eran viviseccionados con el propósito no sólo de estudiar la complejidad de la anatomía humana sino también para encontrar nuevos y mejores medios para tratar y prevenir las enfermedades»^[60]. Kevorkian concluye: «No está muy lejano el día en que lo normal era la matanza selectiva en beneficio médico [sic]; ahora, la muerte planificada racionalmente supondrá el máximo grado moral aplicado a la finalización legal y cargada de sentido de la vida humana individual. [...] En resumen, los experimentos en humanos que dan su autorización para ello fueron, y probablemente seguirán siendo, algo loable y correcto»^[61].

Kevorkian y el suicidio

En general, empleamos la palabra «suicidio» para referirnos al autohomicidio voluntario (sin coerción). Kevorkian la utiliza para referirse a los siguientes tipos de asesinato:

Suicidio asistido obligatorio. Incluye a todos los que deben, sin excepción, ser eliminados por una persona o una institución que tiene el monopolio de los asesinatos. [...] Los verdugos pueden ostentar ese poder legítimamente o no. [...] *Suicidio asistido opcional.* En esta categoría se incluyen aquellos individuos [...] que eligen que otra persona los mate como una opción preferible entre dos alternativas casi idénticas [...] [ésta era] la situación de los primeros cristianos en la antigua Roma. [...] *Suicidio obligatorio.* [...] El suicidio ritual *suttee* en la India [...] entra dentro de esta categoría. [...] *Suicidio opcional.* El de las personas que en ningún modo se ven afectadas por una enfermedad pero que arbitraria e irrevocablemente han decidido que deben morir. [...] *Suicidio por poderes.* Esta categoría incluye el asesinato, por decisión y acción de otros, de fetos, niños, menores y seres humanos incapaces de dar su consentimiento»^[62].

El aborto, el infanticidio, las ejecuciones autorizadas judicialmente, los ajustes mafiosos de cuentas, todos son ejemplos de «suicidio». Satisfecho con esta clasificación, Kevorkian declara: «Esta lista incluye a todos los candidatos

potenciales *de asesinato humano conocido como eutanasia, por obra de otros o del propio sujeto*»^[63]. A pesar de su *oposición* contundente al suicidio y su apoyo al asesinato médico involuntario, mucha gente piensa que Kevorkian defiende el derecho individual al suicidio. Un psicólogo lo ha identificado incluso como el «exponente de la posición de Hume»^[64].

Tanto para la prensa como para la opinión pública, Kevorkian lleva a cabo sus actividades como si fueran un deber médico. En una ocasión declaró lo siguiente a un periodista del *Detroit News*: «Este paciente sufría [...] yo soy médico [...] mi obligación es ayudar al paciente»^[65]. Sin embargo, Kevorkian nunca *ha ejercido la medicina*. Con anterioridad era patólogo. Sus «pacientes» eran los cadáveres. Cuando empezó a practicar la obitriatía ya era un patólogo *retirado*. Kevorkian afirma que dado que ostenta una licenciatura tiene derecho a ayudar a cometer suicidio a los pacientes que sufren, que éstos tienen derecho a suicidarse con su ayuda, y que él no ayuda a nadie a cometer suicidio. En uno de sus juicios, su abogado, Geoffrey Fieger, le preguntó: «¿Ha querido usted alguna vez que alguno de sus pacientes muriera?» “Nunca”, respondió Kevorkian»^[66]. En otra vista judicial, Kevorkian «calificó a su acusador, el fiscal del condado de Oakland Richard Thomson, de “psicótico mentiroso” [...] y negó que “jamás hubiera ayudado a nadie a suicidarse”». También Fieger mantiene que «todo lo que Kevorkian hace es “implicarse en el alivio del sufrimiento humano”. [...] “Que yo sepa, Kevorkian no ha estado presente en ningún suicidio. A veces ha estado presente en el momento en que la gente ha terminado con su horrible sufrimiento»^[67].

A medida que el número de suicidios admitidos en «presencia» de Kevorkian crecía, la prensa fue perdiendo interés en él. En junio de 1998, en una acción evidente en busca de publicidad, Kevorkian puso en práctica el sueño enunciado en *Medicide*^[68]. Tras ayudar a morir a un tetrapléjico de 45 años, alguien procedió a extirpar los riñones al cadáver y Kevorkian los ofreció al primer equipo de trasplantes que los quisiera^[69]. No hubo ni una sola petición.

Doctor Timothy E. Quill: el médico con «buenas modales»

Timothy E. Quill es catedrático de medicina y psiquiatría en la Universidad

de Rochester. Mucho antes de que Quill apareciera en escena, C. S. Lewis nos previno acerca de la llegada del tipo de personaje médico al que Quill aspira. «El nuevo Nerón —escribió Lewis— se acercará a nosotros con los buenos modales de un médico, y aunque todo será, de hecho, obligatorio [...] ocurrirá dentro de la esfera terapéutica carente de emociones en la que nunca se oyen palabras como “correcto”, “incorrecto”, “libertad” o “esclavitud”»^[70].

Un fanático a su pesar: la muerte como «autopreservación»

En el caso judicial que lleva su nombre, *Quill v. Vacco*, Quill demandó al Estado de Nueva York en nombre de los pacientes, pidiendo que se permitiera a los médicos ayudar a ciertos enfermos a cometer suicidio: «Los enfermos terminales que desean acelerar su muerte mediante la ingestión de una droga necesitan el consejo de un médico [...] tanto como una prescripción [de la droga], cosas que sólo puede proporcionar un licenciado en medicina [...] [la realización de este servicio] es una compleja tarea médica»^[71].

Como Kevorkian, Quill desdeña el SA, como dijo a un periodista: «Yo no defiendo realmente el suicidio asistido. Lo que propugno es no abandonar a la gente»^[72]. Al abogado de distrito del condado de Monroe (en Rochester, Nueva York) le encanta esta pretensión que le permite no tener que perseguir judicialmente a Quill y por ello lo felicita por «no haberse embarcado en una cruzada [...] ni buscar publicidad para sí mismo». Esto está lejos de ser verdad. Un periodista observó, con razón, que Quill «efectivamente inició algo parecido a una cruzada [...] [él] retó a las leyes de Nueva York que prohíben el suicidio. [...] El caso ejemplifica con claridad la creencia de Quill de que prescribir una droga letal equivale moralmente a desconectar un respirador artificial»^[73].

Quill pone cuidado en no evocar la imagen del médico como asesino. En su libro *A Midwife Through the Dying Process* [Una comadrona del fallecimiento] se autoproclama una comadrona para los enfermos terminales y escribe: «La mejor manera de profundizar en los retos personales y éticos de la muerte es a través de los relatos de los pacientes reales». Sin embargo, las historias de Quill *no* son «relatos de los pacientes». Son «relatos de un médico» en los que el narrador es el propio Quill. Las historias son simplemente su versión de nueve «casos» distintos.

Aunque Quill afirma estar guiado por los intereses de los pacientes, en realidad está violando los requisitos más elementales de una relación médico-paciente digna de tal nombre: es entrometido, condescendiente y confunde el control del paciente con su cuidado: «El deseo de morir requiere una exploración [médica]». Éste es el eufemismo de Quill para la intromisión médica disfrazada de «atención»^[74]. El deseo de seguir viviendo, aunque se esté mortalmente enfermo, no requiere, evidentemente, ninguna «exploración».

Quill mantiene que su relación con los pacientes es una «asociación»: «La asociación y el no abandono son las obligaciones básicas de la atención médica a los moribundos»^[75]. El concepto de asociación de Quill es elástico: le permite transformar la desgracia de sus pacientes en un «caso médico» sin el consentimiento del paciente. Quill reconoce que, en algunos casos, «el consentimiento fue otorgado por los familiares, *quienes creyeron que sus seres queridos habrían deseado que su historia hubiera sido contada*»^[76]. Ésta es una excusa que no convence a nadie. Calificar las muertes de sus pacientes de «bienes» y de «preservadoras de vida» no sustituye a un consentimiento^[77]. Los pacientes de Quill no murieron de repente. Tuvo tiempo suficiente para recabar su consentimiento y no lo hizo.

Quill es un entusiasta de la exploración psiquiátrica continuada de los enfermos terminales, incluso cuando este entrometimiento se opone a los deseos declarados de los pacientes. Uno de sus pacientes quiso que su desfibrilador fuera desconectado. Según Quill, el paciente «no estaba clínicamente deprimido» y además «era tremendamente consciente de su situación y su prognosis»^[78]. En cualquier caso, el paciente fue reconocido por psiquiatras, como si éstos hubieran podido distinguir entre estar «clínicamente deprimido» y estar simplemente deprimido a causa de su situación médica. «No hay —añade Quill en un raro momento de candor— un pleno consenso sobre los criterios de racionalidad y de competencia para tomar este tipo de decisiones médicas»^[79]. En vez de rechazar la intromisión psiquiátrica en las vidas de los enfermos terminales, Quill es partidario de una intromisión mucho *mayor*, no porque ello ayude a los pacientes, sino porque «desentrañar la contribución potencial de la depresión [querer morir] es un reto»^[80].

Lo que constituye el núcleo del discurso de Quill es la premisa, manifiestamente falsa y egoísta, que considera la muerte una «emergencia médica». Quill escribe: «Cuando la muerte se encuentra dominada por la desintegración, estamos muy cerca de una emergencia médica»^[81]. Morir *es*

desintegrarse. Pero morir lentamente no es una emergencia, aunque Quill insiste en que puede serlo: «Unas cuantas de estas muertes “penosas” [que supuestamente no han podido ser transformadas en “cómodas”] deben ser consideradas una emergencia médica. A veces, la gente acaba sus vidas en una situación penosa, y tienes que ser creativo y audaz en tu manera de ayudarles. U resuelves lo que debes resolver»^[82]. A un periodista del *Newsweek* le contó lo siguiente: «No lo considero [el SA] un suicidio. Esta gente siente que su yo se está destruyendo por causa de su enfermedad. Ven la muerte como una especie de autopreservación»^[83]. Apropriadamente, la leyenda bajo la foto de Quill dice: «La muerte como autopreservación: doctor Timothy Quill».

Morir puede ser muchas cosas, pero no puede ser una «emergencia médica», una expresión que significa que un paciente moriría sin una intervención médica rápida y apropiada, pero probablemente vivirá si se produce esa intervención «a vida o muerte». Así, la situación en que se encuentra un paciente que, a pesar de una intervención médica, morirá con seguridad y probablemente muy pronto, no puede, por definición, constituir una emergencia médica.

Históricamente, la expresión «emergencia» ha sido indispensable en el vocabulario del tirano disfrazado de terapeuta. Madison nos previno frente a ello: «Crisis es la voz de alarma de los tiranos»^[84]. El político que quiere suspender las garantías del Estado de derecho proclama una «emergencia nacional». Los médicos holandeses, como veremos, aprueban *tanto* la eutanasia voluntaria (EV) *como* la eutanasia involuntaria postulando una «noción de estado de emergencia en el que el médico interviene»^[85]. Los médicos impacientes por librarse del corsé de la cooperación y el contrato con el paciente —caso ejemplificado por Quill y, en general, por los psiquiatras— siempre alertan de una «emergencia médica».

Aunque Quill se presenta como un médico corriente, una versión moderna del médico de familia, también es un psiquiatra. Dando por sentado que el suicidio es un problema médico, escribe: «Siempre que un enfermo terminal empieza a hablar de suicidio [...] el tema de la depresión clínica surge apropiadamente. Ésta puede ser una decisión compleja y delicada, porque muchos pacientes que se aproximan a la muerte en medio de un sufrimiento atroz están muy tristes, si no clínicamente deprimidos»^[86]. La única razón por la que dicho paciente hipotético estaría en una situación de «sufrimiento atroz» es a causa de la política vigente en materia de drogas, respaldada por psiquiatras como Quill, encantados de aumentar los poderes y los privilegios a la hora de extender recetas de los médicos. Evitando cualquier referencia a la prevención coercitiva del suicidio, Quill nos

recuerda: «A veces, el deseo de morir es una súplica de ayuda. [...] Otras veces es un síntoma de una depresión clínica que distorsiona nuestra percepción, y que quizá remitiera con psicoterapia o medicación antidepressiva»^[87].

La máscara de la responsabilidad

La razón más importante para hacer de la ayuda al suicidio una intervención médica según Quill, es «la soledad y el abandono de los pacientes en el momento de su muerte. Éste es, quizá, el fallo más evidente del sistema actual [...] Nuestras leyes dicen que [...] si quieres suicidarte debes estar solo. Para mí, esto es inaceptable»^[88].

Éste es un motivo para involucrar a la familia y a los amigos en la muerte voluntaria no para otorgar más poder a los psiquiatras. Sócrates no murió solo. Le acompañaban sus amigos y sus discípulos, no los médicos. Quill ignora todas las alternativas no médicas al suicidio asistido y propone, en su lugar, que el médico actúe como una dama de compañía, manteniendo al paciente en un «acompañamiento terapéutico». En cualquier caso, mientras el médico tenga la facultad no sólo de facilitar la muerte voluntaria del sujeto sino de frustrarla, encarcelándolo en un hospital psiquiátrico, ésta será una propuesta detestable.

Debemos tener cuidado con la jerga de Quill acerca de la «asunción de responsabilidad» por sus pacientes, una frase que los que están arriba usan habitualmente para encubrir su deseo de controlar a sus subordinados. Los amos eran responsables de sus esclavos. Los padres son responsables de sus hijos menores de edad. Un individuo somalí de Houston, Texas, acusado de la ablación ritual del clítoris de su hija, explicó: «Era mi deber. Si no lo hubiera hecho, les habría fallado [a mis hijos]»^[89].

Los «buenos modales» de Quill atraen a mucha gente, especialmente a aquellos progresistas que ven a los médicos dominantes como individuos benévolos dedicados a la curación. Llevando la defensa del SA frente al Tribunal Supremo, el profesor de derecho de Harvard Laurence Tribe caracterizó a Quill como «un buen ejemplo de lo que debe suceder»^[90]. Los críticos de Quill, y son muchos, piensan que exhibe, en palabras de Daniel Callahan, una

«sentimentalidad letal»^[91]. Richard Doerflinger, director del secretariado de actividades en favor de la vida de la conferencia nacional de obispos católicos, declaró: «En cierta manera, el doctor Quill es incluso más radical que el doctor Kevorkian: defiende directamente las inyecciones letales y ha dado su conformidad a un reglamento del noveno tribunal superior que permite a “sustitutos” autorizar drogas letales para pacientes incapacitados que nunca solicitaron la muerte»^[92]. Michael McQuillen, profesor de neurología en la facultad de Quill, observa: «Ambos [Kevorkian y Quill] cumplen el mismo cometido, uno con un hacha y el otro con un fino bisturí»^[93].

El debate sobre el SA y la EV

En lugar de enfrentarse a los dilemas morales y legales que nos plantean nuestras políticas en materia de drogas y de suicidio, la prensa, los profesionales y el público se posicionan a favor o en contra del SA. A consecuencia de ello, gran parte del debate actual acerca del suicidio asistido y la eutanasia voluntaria es una distracción; desvía la atención de los problemas planteados por dos pares de ideas y de prácticas entrelazadas: por un lado, «drogas peligrosas» y leyes sobre drogas; por otro, «peligrosidad hada uno mismo y hada los demás» y leyes sobre salud mental. El debate crítico se encuentra inhibido por lo que es, de hecho, un tabú social —una conspiración de silencio— acerca de las políticas sobre drogas y sobre el suicidio como cuestiones morales y jurídicas en sí mismas y como políticas *lógicamente anteriores a las políticas* acerca del SA y la EV como procedimientos médicos. Para ser aceptado como un respetado interlocutor en el debate acerca del SA, uno debe respetar el tabú que lo desconecta de la guerra contra las drogas y de la prevención a la fuerza del suicidio. Un editorial del *New York Times*, publicado dos días antes de la fecha prevista para la vista judicial sobre el SA en el Tribunal Supremo, es ilustrativo en este sentido:

En estas páginas se ha defendido que los enfermos terminales adultos, en plenitud de facultades mentales y cuya muerte esté próxima, deben tener la posibilidad de morir con dignidad con un absoluto control sobre su cuerpo y sus últimos momentos. En compañía de otros que comparten esta postura, esperamos que el tribunal comprenda claramente la cuestión tremendamente importante de libertad que subyace en el centro de esta controversia. Una decisión inteligente

reconocería tanto los derechos de los enfermos terminales que sufren como el deber de los Estados de establecer garantías para prevenir abusos^[94].

SA y EV: los profesionales, la prensa y el público

Los entusiastas del SA y de la EV basan en gran medida su defensa en la analogía entre rechazar un tratamiento y prescribir una droga letal, y en el razonamiento de que dar a los médicos más discrecionalidad «terapéutica» y más poder incrementa la autonomía y la dignidad de los pacientes. La siguiente afirmación suele ser habitual: «No hay ninguna diferencia esencial entre la interrupción permisible de la alimentación básica, la hidratación, la respiración asistida, la hemodiálisis o cualquier otro tratamiento que prolongue artificialmente la vida, y la prescripción de una droga que permita a un pariente moribundo que sufre de un modo intolerable acceder a una muerte humana y bajo su control. [...] El tribunal tiene la obligación de acabar con la argumentación artificial que subyace a las leyes y las prácticas médicas que impiden la dignidad y la autonomía personal en los últimos momentos de la vida»^[95].

La indignación selectiva de quien escribe a duras penas puede sustituir a un verdadero razonamiento. Por un lado, considera la privación de las drogas a los enfermos terminales que quieren quitarse la vida una violación de su autonomía personal, pero por otro lado, es evidente que no piensa que la privación de las drogas a ciudadanos responsables y trabajadores sea una violación de su autonomía personal; considera que quitarse la vida bajo las condiciones que aprueben los médicos y con su ayuda es un derecho constitucional, pero piensa que quitarse la vida cuando uno quiera y sin la ayuda de un médico es una enfermedad mental y una violación de las leyes sobre salud mental. Esta letanía ha sustituido al diálogo razonado.

En 1996, cuando el Tribunal Supremo estaba debatiendo el caso *Compassion in Dying v. State of Washington*, la diócesis de Newark (New Jersey) de la Iglesia episcopaliana envió un manifiesto *amicus curiae* al Tribunal en el que apoyaba el derecho al SA^[96]. David Bird, rector de la iglesia de Grace en Georgetown, Washington, DC, y vicedecano del comité de ética médica de la diócesis episcopal de Washington, declaró: «No existe un mandato divino para que prolonguemos la

muerte. [...] Pienso, por tanto, que en determinadas circunstancias Dios apoyaría nuestro coraje moral cristiano a la hora de colaborar activamente en el suicidio de ciertos enfermos terminales»^[97]. También lamentó lo siguiente: «Aparentemente, estamos manteniendo la existencia biológica sin ningún propósito humano. [...] Más de 10.000 estadounidenses yacen en residencias y hospitales en coma vegetativo, sin esperanzas de recuperación, y a un coste público de 350 millones de dólares cada año»^[98].

Richard Westley, profesor de filosofía en la Loyola University de Chicago (una institución católica), ve un mandato divino en la EV: «Creo firmemente — escribe— que disponemos de una revelación divina acerca de la muerte que no ha sido tomada en cuenta hasta ahora. [...] La cuestión de quién debe llevar a cabo el acto de la eutanasia es la más difícil y angustiosa a la que nos enfrentamos. [...] La decisión debe ser fruto de un consenso entre el paciente, el personal médico, la familia, los amigos y el sacerdote del paciente»^[99]. Para Westley, el problema moral no es si la eutanasia es lícita o no, sino quién debe llevarla a cabo.

Derek Humphry, fundador de la Hemlock Society (La sociedad de la cicuta), es ampliamente reconocido como un defensor del derecho al suicidio. No lo es. Su organización, significativamente llamada Euthanasia Research & Guidance Organization (ERGO) [Organización para la investigación y el consejo sobre la eutanasia], propugna que existen dos clases totalmente distintas de suicidio. Humphry lo explica así: «Una es el “suicidio emocional”, o autohomicidio irracional [...] la postura de ERGO frente a esta forma trágica de autodestrucción es la misma que la del *movimiento por la prevención del suicidio y la del resto de la sociedad, es decir, evitado siempre que sea posible*»^[100]. Faye Girsh, directora ejecutiva de la Hemlock Society de EE. UU., señala: «Lo que hemos estado defendiendo durante diecisiete años es la asistencia legal al suicidio con la ayuda de un médico»^[101]. Girsh propone que «en el caso de menores o incapaces [...] se debe establecer algún protocolo de actuación [para acabar con las vidas que] en opinión del pariente o de su representante son demasiado penosas de sobrellevar»^[102].

La Hemlock Society, junto a la American Civil Liberties Union [la Asociación norteamericana por las libertades civiles], también envió un manifiesto *amicus curiae* al Tribunal Supremo apoyando el derecho al SA. Allí se decía lo siguiente: «El derecho al suicidio asistido debe ser aplicable igualmente en los casos de muerte no autoadministrada, es decir, a los individuos que ya no están en plenitud de facultades mentales y a los enfermos no terminales [...] [el derecho] no debería ser algo muy diferente al derecho a una inyección letal u otras formas de muerte

activa»^[103]. Los nombres «Hemlock Society» y «American Civil Liberties Union» son otras dos expresiones inadecuadas en el vocabulario del «suicidio asistido».

Anticipando la decisión del Tribunal Supremo en el caso *Compassion in Dying v. State of Washington*, un panel de importantes filósofos —que incluía a Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Scalon y Judith Jarvis Thomson, y que estaba presidido por Ronald Dworkin, catedrático de jurisprudencia en la Universidad de Oxford y de derecho y filosofía en la de Nueva York— hicieron un llamamiento apoyando el derecho al suicidio asistido. La declaración, escrita en nombre del panel por Ronald Dworkin, empieza con un fuerte respaldo a la prevención a la fuerza del suicidio: «[El panel admite] que la gente puede tomar esas decisiones de manera impulsiva o empujada por una depresión. [...] Los Estados tienen un interés constitucional legítimo en proteger a los individuos de decisiones irracionales [...] e inestables que conducen a acelerar su propia muerte»^[104].

Los filósofos subrayan su oposición a «obligar a un paciente moribundo pero consciente a sobrellevar su agonía unas cuantas semanas más»^[105], y se proclaman incapaces de distinguir diferencias significativas entre rechazar todo tratamiento y recibir el SA, al tiempo que califican el SA como una bendición, especialmente para los pobres: «El mayor beneficio de la legalización del suicidio asistido para los pacientes pobres, no obstante, es que podrán acceder a mejores cuidados mientras vivan»^[106]. Aunque esto suene edificante, la evidencia del caso holandés sugiere que el SA y la EV funcionan, de hecho, como alternativas a la atención médica a los enfermos terminales, no como incentivos para mejorar esa atención. Brian Eads, un periodista del *Reader's Digest*, afirma: «En Holanda, la alternativa inmediata a la eutanasia —los cuidados paliativos— es, en la mayoría de los casos, inaccesible»^[107].

El documento de los filósofos concluye del siguiente modo: «Declarar que los enfermos terminales que sufren grandes padecimientos no poseen un derecho constitucional al control de su propia muerte, incluso *a priori*, parece algo extraño a nuestro sistema constitucional. [...] También entraría en contradicción con diversos pronunciamientos pasados del propio Tribunal [Supremo], incluyendo su posición, cuidadosamente elaborada, sobre el aborto»^[108]. Este razonamiento se apoya en la analogía, inadecuada y engañosa, tal como demostré anteriormente en este capítulo, entre el aborto y el suicidio asistido. Tras el rechazo unánime del Tribunal Supremo a la pretensión de que la Constitución garantiza el derecho al SA^[109], Ronald Dworkin publicó un documento, a modo de refutación, titulado «Suicidio

asistido: lo que el Tribunal dijo realmente»^[110]. El título implica que no podemos entender lo que el Tribunal dijo simplemente mediante la lectura de la sentencia, a menos que Dworkin nos explique lo que allí dice «en realidad». La decisión, escribe Dworkin, «es decepcionante. [...] La opinión [del juez] Stevens, aunque técnicamente constituye un voto contra los que cuestionaron los reglamentos prohibicionistas, fue en realidad un *voto a favor de todo lo que proponían*»^[111]. Obviamente, esto es falso. Si hubiera sido así, el juez Stevens habría votado a favor de proclamar el derecho al SA. Lo que el Tribunal Supremo «dijo realmente» fue, entre otras cosas, que el SA no es un tema sobre el que corresponda decidir al *gobierno federal (nacional)*.

Dworkin hace un flaco favor a su propia argumentación favorable al suicidio defendiendo la práctica de los médicos holandeses de matar a niños (enfermos) para hacer a los padres sentirse mejor (dispensándoles de la carga de cuidar a sus hijos). Dworkin escribe lo siguiente: «Los casos [holandeses] descritos como eutanasia “sin autorización expresa del paciente” [...] incluyen, por ejemplo, algunos de niños recién nacidos que habrían muerto a los pocos días, de todos modos». Los médicos pueden equivocarse. A veces predicen que un niño está condenado a morir y, sin embargo, sobrevive y se convierte en una persona sana y productiva. Pero esto no preocupa a Dworkin, que desea aliviar el sufrimiento de los padres y continúa así: «Y cuya muerte rápida, a petición de sus padres, les ahorró una gran angustia». Una argumentación idéntica es la que inspiró el programa nazi de eutanasia.

Claramente, las personas que se apoyan en las leyes para defender el asesinato médico —llamémosle como queramos— encuentran una justificación del mismo en la Constitución; las personas que se apoyan en la religión para dicha defensa encuentran una justificación en la revelación divina; y las personas que se apoyan en la medicina encuentran justificación en el tratamiento de emergencia. Todos ellos cultivan un mismo huerto cuyos frutos envenenados alimentan el corazón de la autoridad con la compasión de matar. Me siento obligado a repetir, una y otra vez, que otorgar a la autoridad —en este caso a los médicos— un poder mayor sobre el modo en que morimos no aumenta nuestra autonomía. Las autoridades —sacerdotes, políticos, médicos— siempre han ostentado el poder de matar y no han dudado en emplear este poder en su propio interés. Lo que horroriza a las autoridades es que las personas se puedan quitar la vida por sí mismas, puesto que reconocen (acertadamente) en esta acción una rebelión individual contra la autoridad y una afirmación de la autonomía personal.

Los peligros de un «derecho» al suicidio como «derecho» al tratamiento

Las políticas sociales que no obligan a los individuos a asumir una responsabilidad por su conducta animan a los políticos a aprobar leyes para proteger a estos mismos individuos de su falta de responsabilidad, lo cual genera un círculo vicioso que otorga un poder adicional a los burócratas y, a su vez, cercena aún más la libertad y la responsabilidad personales.

La lucha de los reformistas psiquiátricos para garantizar a los enfermos mentales un «derecho al tratamiento» se convirtió, en la práctica, en el derecho de los psiquiatras a tratar a los pacientes en contra de su voluntad^[112]. La lucha de los reformistas de las leyes sobre la marihuana para medicalizar el uso del cannabis ha engendrado leyes antidroga aún más fanáticas, si cabe^[113]. Los esfuerzos de los reformistas del suicidio asistido para medicalizar el suicidio están condenados a ser igual de contraproducentes, y amenazan con transformar el derecho al SA en un derecho de los médicos a matar a sus pacientes mediante su «tratamiento». Existen pruebas que permiten basar esta hipótesis.

En octubre de 1997, el Tribunal Supremo mantuvo la ley de 1994 del Estado de Oregón Death with Dignity [muerte con dignidad]^[114]. En marzo de 1998, la Comisión de servicios sanitarios de Oregón añadió, para los pacientes adscritos al programa Medicaid^[115], «el suicidio asistido a los cuidados “paliativos” existentes para “los enfermos terminales, independientemente del diagnóstico”». El doctor Alan Bates, jefe de la comisión, explicó: «¿Podemos decir a los ciudadanos de Oregón que esto es algo a lo que cualquier otro puede aspirar pero ellos [los pobres] no? [...] Si los pacientes moribundos con un seguro privado pueden permitirse la asistencia al suicidio, ¿por qué debería privarse a los pobres de esa misma opción? Cualquier otra cosa sería una discriminación»^[116]. El gobierno federal no afrontó estos ataques a su guerra contra las drogas sin oponer resistencia. En abril, sin esperar a que el Tribunal Supremo dictara sentencia en el caso del SA, el Senado estadounidense «aprobó una ley que prohibía a los programas Medicare^[117] y Medicaid cubrir los pagos derivados del suicidio asistido [...] [y autorizaba los fondos apropiados] destinados a programas de prevención del suicidio entre los enfermos terminales»^[118].

En lo que constituyó una importante réplica contra la DWDA (en noviembre de 1997), Thomas Constantine, director de la Drug Enforcement Administration (DEA, una agencia dependiente del Departamento [Ministerio] de Justicia), señaló correctamente que la prescripción de drogas para el suicidio «no constituía un uso médico de éstas bajo las leyes federales sobre drogas [...] y previno de que el gobierno impondría sanciones graves a todo aquel médico que prescribiera una dosis letal de un medicamento»^[119]. Seis meses después, Constantine fue desautorizado por su superior. En junio de 1998, la Fiscal General (ministra de justicia) Janet Reno prometió que «los médicos que prescriban drogas letales a enfermos terminales no serán perseguidos. [...] No existe ninguna prueba de que el Congreso quisiera otorgar a la DEA la novedosa responsabilidad de resolver las importantes cuestiones morales implicadas en el tema del SA». A pesar de la evidencia en contrario, Reno mantenía que «las leyes sobre drogas fueron aprobadas para impedir el tráfico ilegal de drogas y no cubrían supuestos como el de la ley sobre el suicidio del Estado de Oregón»^[120]. Esta afirmación de Reno es verdadera: cuando se aprobaron las leyes sobre drogas no existían las «leyes sobre el suicidio». Sin embargo, su afirmación es, en la práctica, falsa; si fuera verdadera, los médicos no temerían una demanda por «prescribir más drogas de la cuenta» a los pacientes con un sufrimiento crónico.

Orrin Hatch (senador republicano por el Estado de Utah), jefe del comité judicial del Senado, se quejó inmediatamente de que Reno «había malinterpretado las leyes federales sobre drogas». El miembro de la Cámara de Representantes Chris Smith (republicano por el Estado de New Jersey) añadió que «confía en que habrá un intento por parte del legislativo por deshacer la orden de Reno»^[121]. En septiembre, la Cámara de Representantes estaba debatiendo una ley que «permitiría a la Drug Enforcement Administration investigar y castigar a todo aquel médico que prescribiera dosis letales de alguna droga con la intención de facilitar el suicidio de un paciente»^[122].

Todos estos hechos demuestran que las leyes norteamericanas que regulan el uso de drogas y el suicidio se están volviendo cada vez más arbitrarias y contradictorias, y están listas para cambiar de dirección al instante. Estas características son propias de los sistemas jurídicos de los gobiernos despóticos. Aceptando con los brazos abiertos al Estado Terapéutico, hemos creado una sociedad tan anárquica como tiránica, gobernada por una absurda combinación de legitimidad ilegal y de ilegitimidad legal; en resumen, un Estado que ha hecho del imperio de la ley una parodia.

CAPÍTULO 6

La perversión del suicidio

El asesinato como terapia

La política nacional de administración de eutanasia a los deficientes mentales, los psicóticos, los epilépticos [...] violó el código penal [nacionalsocialista]. [...] El programa era aplicado según el lema: «El uso de la aguja corresponde al doctor».

Política alemana sobre la eutanasia, 1938-1945^[1]

Aquel que quite la vida a otro atendiendo a su deseo expreso y firme será castigado con una pena de reclusión de hasta doce años. [...] Un médico será considerado culpable, pero absuelto inmediatamente, si lleva a cabo la eutanasia o interviene en el suicidio *de un modo correcto*. Esta decisión jurídica se basa en el concepto de estado de emergencia, dentro del cual actúa el médico.

Política holandesa actual sobre la eutanasia^[2]

Si la eutanasia pudiera ser llevada a cabo sólo por un miembro de la profesión médica, con la opinión de un segundo médico, no es probable que la propensión al asesinato se extendiese por la sociedad.

PETER SINGER (1993)^[3]

La libertad política, al menos tal como se entiende en el mundo anglosajón, se apoya en gran medida en el imperio de la ley, que el importante estudioso inglés de las constituciones del XIX Albert Venn Dicey (1835-1922) definió como «la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley, la inaceptabilidad de la *raison d'état* [la razón de Estado) como justificación para cometer actos ilegítimos, y el cumplimiento de la vieja máxima *nullum crimen sine lege* [ningún crimen sin ley]»^[4]. Lo opuesto al imperio de la ley no es la inexistencia de leyes sino la arbitrariedad, es decir, una interpretación caprichosa de las leyes, su aplicación impredecible y su transgresión por parte de los superiores a la hora de tratar con sus subordinados. Además del imperio de la ley, la libertad política requiere de un respeto por la propiedad privada, del estricto cumplimiento de los contratos y de un gobierno cuyos poderes estén delimitados por la constitución.

En el Estado constitucional, las relaciones entre los agentes del Estado y los ciudadanos están reguladas por el imperio de la ley: las acciones no prohibidas por el derecho penal son legales (no están castigadas por el Estado), mientras que las acciones prohibidas por el derecho penal son ilegales (están castigadas por el Estado).

En el Estado Terapéutico, las relaciones entre los agentes del Estado y los ciudadanos están reguladas por el imperio de la discreción terapéutica: algunas acciones no prohibidas por el derecho penal (por ejemplo, «oír voces», o intentar el suicidio) son, a veces, ilegales *de hecho*, castigadas por sanciones llamadas «terapéuticas», mientras que algunas acciones prohibidas por el derecho penal (por ejemplo, la eutanasia en Holanda, la prescripción de drogas para el suicidio en Estados Unidos) son legales *de hecho* para algunas personas, permitidas por el gobierno y llevadas a cabo por profesionales.

Con un ímpetu creciente, tanto el pueblo como el gobierno norteamericano están aceptando el principio de que ciertos actos prohibidos por la ley deberían ser permitidos si fueran ordenados por médicos y aplicados a ciertas personas identificadas como «pacientes»^[5]. La política consistente en autorizar el uso médico de la (por otra parte ilegal) marihuana es un ejemplo de ello. Las leyes federales prohíben el uso de la marihuana. Las leyes de California vetan el cultivo de marihuana pero, en cambio, permiten su uso médico. ¿Cómo obtiene el Estado la marihuana destinada a usos médicos? Utilizando una parte de la que confisca en base a las leyes sobre drogas. La política consistente en autorizar la ayuda médica al (por otra parte ilegal) suicidio expandirá en gran medida este pernicioso principio y las prácticas basadas en él. Las campañas médicas y de los medios de

comunicación que justifican estas prácticas como procedimientos terapéuticos están remachando a fondo hasta el último clavo en el ataúd de la sociedad libre entendida como un Estado constitucional.

El suicidio asistido y la eutanasia en Holanda

Los principales interesados en la atención médica —y que compiten por su control— son los pacientes, los médicos y el Estado. Si la atención médica es, básicamente, un asunto privado (un servicio comercializado en el mercado), entonces el acceso a los servicios médicos está determinado, en gran parte, por los pacientes, y si es básicamente un asunto público (un servicio público universal financiado con impuestos), entonces el acceso a los servicios médicos está determinado, en gran parte, por el Estado. En un sentido estricto, la medicina controlada por el Estado —que comienza con la licenciatura médica y acaba con el médico convertido en un empleado estatal y el paciente en destinatario de un servicio público— debería llamarse «medicina socialista»^[6].

Que el capitalismo y el socialismo —la propiedad privada frente a la propiedad pública de los bienes y servicios— se oponen es una perogrullada. Sin embargo, siempre que nos preguntemos cómo accede la gente a los bienes y servicios sanitarios (las drogas y los médicos), será necesario tener en cuenta esta perogrullada, no sea que olvidemos que la regulación por el Estado de los bienes y servicios médicos es un tipo de regulación estatal y, por tanto, una cuestión política

El asesinato médico en Holanda: opiniones y prácticas

La expresión «suicidio asistido» (SA) hace referencia a un médico que receta una droga a un paciente, habitualmente una dosis letal de barbitúricos, que el paciente ingiere en ausencia del médico cuando y como quiere. La expresión «eutanasia voluntaria» (EV) hace referencia a un médico que provoca la sedación de un paciente, no para administrarle anestesia ni para aliviar su dolor, sino con el

propósito de inyectarle una droga letal que le causará la muerte. De entrada, dos cuestiones merecen ser señaladas. Una es que aunque todo el mundo cree que el SA es legal en Holanda, en realidad esto no es así. La otra es que la eutanasia es más frecuente que el suicidio asistido y que «los holandeses no establecen distinciones morales o jurídicas significativas entre las dos opciones»^[7].

Los informes sobre el alcance de la eutanasia en Holanda varían. En 1997, Pieter V. Admiraal, posiblemente el defensor más importante del mundo del derecho a la EV, ha estimado que cada año cerca de 2.500 ciudadanos holandeses mueren mediante el SA y otros 4.000 por la «eutanasia activa»; al mismo tiempo «en casi mil ocasiones [cada año] [...] el fallecimiento *se produjo sin una petición expresa del paciente*»^[8]. Según un artículo de la revista *Time*, las cifras para 1997 eran de 3.600 casos de SA y EV (conjuntamente), de los cuales casi 900 entraron en la categoría de «fallecimiento sin la petición del paciente»^[9].

Existe un consenso entre los estudiosos de la política sobre la eutanasia en Holanda a la hora de afirmar que las leyes holandesas se incumplen frecuentemente y que tanto los médicos como los pacientes lo prefieren así. En una decisión que celebraba la grandeza de la discrecionalidad médica, el Tribunal Supremo de Holanda, contradiciendo sus principios proclamados oficialmente, declaró: «*El sufrimiento mental insoportable puede justificar, en casos excepcionales, el suicidio asistido, incluso en ausencia de algún otro problema médico, y, en este caso, lo decisivo es el grado de sufrimiento, más que su causa*»^[10]. La mayoría de los psiquiatras holandeses está de acuerdo en que el SA y la EV son alternativas legítimas «para los pacientes cuyo sufrimiento se deriva de un trastorno mental, en ausencia de una enfermedad terminal (o incluso meramente física)»^[11]. Nótese que los psiquiatras norteamericanos diagnostican que dichos pacientes sufren una «depresión clínica» y que se valen de este diagnóstico para justificar la hospitalización y el tratamiento del paciente en contra de su voluntad.

En una encuesta de 1993, a los holandeses se les preguntó: «¿Cree usted que una persona tiene siempre derecho a acabar con su vida cuando se encuentra en una situación inaceptable y sin esperanza de mejorar?»^[12]. El setenta y ocho por ciento de los encuestados respondió afirmativamente y el diez por ciento negativamente^[13]. Nótese que la pregunta no hace ninguna referencia a enfermedades, médicos, drogas, medicina ni suicidio. Probablemente, tanto los encuestadores como los encuestados asumieron que los médicos serían los encargados de acabar con la vida de estas personas.

La eutanasia disfruta del apoyo de la Real Sociedad Holandesa de Medicina, de prestigiosos grupos médicos y sociales y de la mayoría de la gente. La Sociedad Holandesa para la Eutanasia Voluntaria emite «pasaportes para la eutanasia» a sus miembros, los cuales permiten a su poseedor manifestar su consentimiento a la intervención. No obstante, no se nos dice si también emiten «pasaportes anti-eutanasia» que permitan a sus portadores negarse a recibir este servicio médico gratuito.

¿Qué piensan los médicos holandeses de su programa de eutanasia? Lo justifican del mismo modo que los entusiastas norteamericanos del SA: al igual que ellos, creen que el asesinato médico incrementa la autonomía del paciente. Admiraal escribe: «A la hora de debatir el tema de la eutanasia debemos tener en cuenta que ello no es posible sin considerar simultáneamente el derecho a la autonomía [...] El paciente tiene un derecho indiscutible [...] a solicitar la eutanasia»^[14]. Por supuesto, todo el mundo tiene derecho a *pedir* cualquier cosa, incluso el «derecho» a que su petición sea rechazada. Claramente, lo que Admiraal quiere decir es que algunas personas, por su condición de «pacientes que sufren», tienen el «derecho» a ser asesinadas por un médico. En realidad, el único derecho que un enfermo holandés tiene con respecto a la eutanasia voluntaria es el de asumir el papel de suplicante médico.

Bert Keizer, un médico holandés que trabaja en una residencia donde se practica habitualmente la EV, ofrece una mirada ingenua sobre la eutanasia en Holanda. Tremendamente consciente de la pasión contemporánea del hombre por evadir el deber existencial de dar sentido a su vida, señala: «Ya no sabemos qué estamos haciendo aquí ni por qué, así que nos hemos dedicado a estudiar nuestras moléculas para saber cuál es su finalidad [...] sabemos más del sodio que de nosotros mismos. [...] No puedes preguntarte cuál es el sentido de la vida como te lo preguntas acerca de un martillo: clavar clavos»^[15]. Despojados de ilusiones acerca de la depresión como enfermedad, Keizer ironiza sobre el término «antidepresivo», que caracteriza correctamente como «una de esas palabras con las que, a modo de pinzas, asimos cosas que de ningún otro modo osaríamos tocar. Si llamáramos a dicha pastilla “antidesesperanza”, entonces estaría claro de qué estamos hablando y también que dicha pastilla no existe»^[16]. Más adelante nos ofrece este esbozo descorazonador:

Imagínate la tragedia: tienes 82 años, estás en buena forma y eres una persona autónoma [...] y entonces sobreviene la catástrofe: te despiertas tras un derrame cerebral. Describirte como gravemente discapacitado sonaría como una

broma macabra. No puedes ni orinar ni alimentarte sin ayuda, no puedes hablar, ni ponerte de pie, ni sentarte erguido. [...] Para no tener que contemplar todo este sufrimiento, decimos: el señor «A» padece depresión. [...] Así que le recetamos antidepresivos, que es nuestra forma de correr una cortina sobre la desgracia. Porque esta estúpida pastilla es para nosotros, los espectadores^[17].

Si la historia de Keizer es cierta (y no tenemos ningún motivo para dudar de ello), la autonomía de los pacientes en el sistema holandés de eutanasia es —por decirlo suavemente— una broma cruel. También nos cuenta la historia de un hombre en espera del cóctel letal que se le ha prometido. Frustrado por lo que juzga un incomprensible retraso, el enfermo terminal amenaza con prender fuego a las cortinas de su habitación si su petición es denegada. Así lo hace y es castigado por ello. Keizer escribe:

Después de este incidente lo enviaron a psiquiatría. [...] Me lo encuentro sentado en un pasillo. [...] Me llama desde lejos, gritando: «Doctor, doctor, ¿para cuándo esa eutanasia?» Le reconvengo: «Por favor, estos no son modos... piense en los otros pacientes». Más tarde, en su habitación, le pregunto: «¿No entiende que no puede pedir la eutanasia como si fuera una aspirina?». «No», me responde bruscamente. ¿Qué hago con este payaso?^[18]

El médico no puede responder a la petición personal de SA o EV que le formula el paciente. Si lo hiciera, se desenmascararía todo el proceso como lo que en realidad es, un ritual médico y no un tratamiento legítimo^[19]. En su lugar, el paciente debe fingir que recibirá sus últimos ritos médicos (la droga letal) cuando su médico decida que está «médicamente preparado» para ello. Es a esta humillación patética de los enfermos terminales —que ya nada pueden esperar sino morir a manos de sus médicos— a la que los defensores del SA llaman «respetar la autonomía del paciente». Keizer concluye crudamente:

Lo cruel de la vejez, especialmente de la vejez avanzada, es que se parece a una trampa en la que te metes completamente desprevenido. Cuando quieres correr hacia la salida, la trampa ya se ha cerrado, sin que te des cuenta. No existe una única respuesta a la pregunta: ¿cuándo debo acabar con mi vida? ¿Diez minutos antes del derrame cerebral que te va a privar de toda capacidad mental o un año antes de que te vuelvas tan loco que ya no puedas distinguir lo que quieres y lo que no?^[20]

El relato de Keizer muestra que los médicos encabados de la eutanasia en

Holanda deniegan habitualmente las peticiones directas de eutanasia y están orgullosos de ello; en resumen, son ellos, y no los pacientes, los que deciden quién y cuándo se ha de morir. Jay Branegan, corresponsal en Amsterdam de la revista *Time*, cita un caso ilustrativo. Un paciente sufre de esclerosis múltiple pero no es un enfermo terminal. Sus constantes peticiones de eutanasia son sistemáticamente denegadas. Después de varios meses, su médico contacta con *su mujer* para informarle de que [su marido] ya «está listo para la intervención». El paciente vuelve a casa desde la residencia y el médico le «administra el veneno». Más tarde, la esposa dice: «Estoy convencida de que hicimos lo correcto»^[21]. Creo que éste es el punto clave, convencer a los enfermos, familiares, médicos y al público de que cuando el médico «administra el veneno» todos están «haciendo lo correcto». Esto es lo que convierte la práctica holandesa de la eutanasia en «normal» y, por tanto, en «ética».

¿Cómo saben los médicos holandeses cuándo está listo el paciente para la EV? El informe de Herbert Hendin acerca de su experiencia con la EV en Holanda forma parte de la respuesta: «La eutanasia se está convirtiendo en un hábito y una rutina. En cierta ocasión, un médico de mi hospital formuló la queja de que un colega había asesinado a uno de sus pacientes porque le faltaban camas»^[22].

Aunque Keizer no está satisfecho con el modo en que se practica la EV en Holanda, parece haberle pasado inadvertido que su práctica es intrínsecamente errónea, tanto en el aspecto moral como en el político. Suministrar servicios médicos implica un coste, tanto si éste es asumido por el propio paciente como si lo cubre su seguro privado o lo abona el Estado mediante los impuestos. Los incentivos económicos del paciente y la sociedad coinciden si éste opta por la EV, pero divergen si opta por una atención médica cara. Dos críticos norteamericanos del SA señalan que «administrar un tratamiento peor o incluso no administrar ninguno puede, ciertamente, reducir costes. [...] En términos de coste-beneficio, pocos procedimientos puntuarían tan alto como el suicidio asistido»^[23]. En lugar de confrontar los problemas morales y político-económicos que plantea la EV (en un sistema de atención sanitaria «gratuita»), Keizer aspira a *humanizar* la técnica. Según escribe: «Nunca existió un ritual para la eutanasia tal como lo conocemos, porque ésta es una rara ocurrencia en la historia. Creo que ahora existe mayor necesidad de un ritual como éste, porque nos enfrentamos a una prognosis más exacta»^[24]. Lo que Keizer y sus colegas están haciendo es nuevo, porque el Estado Terapéutico también es nuevo. Su recomendación, no obstante, es ingenua. Lo que necesitamos no es un nuevo ritual para el asesinato médico, sino el rechazo de los esquemas formales, jurídicos y médicos, que los médicos emplean en sus

asesinatos por compasión, acompañado de una actitud crítica hacia las decepciones y las autodecepciones intrínsecas a las políticas reguladoras del SA y la EV.

«*Gedogen*»: la hipocresía como virtud

En abril de 1997, Gerrit van der Wal, profesor de medicina social en la Universidad Libre de Amsterdam, concedió una entrevista a la periodista Ellen Goodman. Goodman quería saber cómo concilian los ciudadanos holandeses la prohibición legal del SA y de la EV con la floreciente práctica de ambas. La respuesta, explicó Van der Wal a Goodman, se encuentra en una palabra holandesa, *gedogen*, que el diccionario traduce como «tolerancia»: «Si la palabra es difícil de traducir es porque su significado es muy holandés. *Gedogen* describe una situación formal entre prohibido y permitido. En esta ciudad, las drogas son *gedogen*. Son ilegales, pero drogas blandas como la marihuana y el hachís están disponibles en los *coffee shops* diseminados por toda la ciudad. La eutanasia también es *gedogen*»^[25]. En otras palabras, los holandeses aprueban un sistema médico-legal en el cual «que un médico acabe con una vida es ilegal, pero si no se aparta de un cuidadoso protocolo, puede acceder a los deseos de los pacientes»^[26], o, como dice Admiraal: «Legalmente, la eutanasia debe continuar siendo un delito, pero si un médico [...] acorta la vida de un paciente [...] el tribunal tendrá que sopesar si hubo o no un conflicto de deberes que pudiera justificar su actuación»^[27].

No podemos deducir, sin embargo, que por el mero hecho de atribuir la aceptación de la eutanasia involuntaria al *gedogen* y por tratar el *gedogen* como si fuera algo automáticamente loable debemos considerar la eutanasia involuntaria (o el SA, o la EV, que para el caso es lo mismo) como algo igualmente loable. Si el fin es inaceptable, unos medios aceptables no pueden justificarlo. Además, en este caso, los medios también son inaceptables. Me repugna un sistema jurídico que simultáneamente prohíbe y permite la venta de un bien o servicio determinado.

Goodman, al igual que otros críticos de la práctica holandesa de la eutanasia, lamenta que los médicos holandeses apliquen regularmente la eutanasia a pacientes que no cumplen los requisitos para recibir dicha «ayuda» y que «la mayoría de fallecimientos por eutanasia todavía *siguen (ilegalmente) sin ser notificados al Estado*»^[28]. Como si fuera una defensa contra esta acusación, los

expertos holandeses sobre la eutanasia explican a los norteamericanos que su sistema no es exportable y dan un motivo para ello: «La diferencia entre Holanda y Estados Unidos está en el sistema universal de salud. Aquí nadie elige morir para preservar la economía familiar»^[29]. Es evidente que a los holandeses les tranquiliza que los pacientes no tengan que pagar por morir a manos de los médicos, y que éstos no cobren nada por ello [aparte de su sueldo]. Interpretan que esta situación impide los «abusos». Yo, por el contrario, lo considero una prueba del acierto del refrán «el que paga al flautista es el que decide la melodía». Sólo un ingenuo en materia de política o un socialista fanático podrían creer que la economía influencia la atención sanitaria únicamente en un sistema capitalista.

Los dilemas morales intrínsecos a las relaciones médico-paciente son suficientemente graves cuando este último es un adulto capaz, pero cuando el paciente es un enfermo mental (supuestamente incapaz) o un niño, los dilemas son aún más graves. Por lo común, los padres del niño o su tutor son los que velan por su interés, y están legalmente autorizados para dar o rechazar el consentimiento al diagnóstico y a las intervenciones terapéuticas que hayan de efectuarse al menor. Cuando por cualquier razón esta protección está ausente, nos situamos al borde de un abismo moral: ¿quién debe proteger al niño? No formulo esta pregunta para contestarla (no sabría cómo hacerlo), sino para situar la práctica de la eutanasia en los niños —que, sin la menor duda, está ganando popularidad en Holanda— en un contexto adecuado.

Nat Hentoff, un escritor con impecables credenciales como defensor de las libertades civiles, informa que en Holanda, los padres son a menudo recibidos con «frases como las siguientes: “¿Qué? ¿Aún está vivo este niño? ¿Cómo puede alguien querer a un niño así? A esta cosa debería ponerse mía inyección”. Parece tolerarse muy poco a los niños discapacitados y a los padres que los crían»^[30]. Sin duda, la atención médica universal en Holanda no ha hecho la vida más segura para los niños discapacitados ni para los ancianos condenados a la parálisis. «Un estudio de 1995 [...] reveló que el veintitrés por ciento de los médicos entrevistados admitió haber administrado la eutanasia a un paciente sin su explícito consentimiento. [...] Al menos la mitad de los médicos holandeses implicados había aconsejado la eutanasia al paciente»^[31].

Hentoff cita a Richard Fenigsen, un cardiólogo holandés crítico con la EV, como su fuente en el siguiente caso de un niño de tres años con «espina bífida, aunque por otra parte no tenía ningún otro problema. Durante dos días el niño no se sintió muy bien y sus padres solicitaron la eutanasia». Una enfermera

disconforme con la decisión y su marido se ofrecieron para adoptar al niño. La oferta fue rechazada y «la enfermera reconvenida porque, implicando a su marido en la oferta de adopción, había violado la cláusula de confidencialidad profesional [...] Los médicos acabaron con la vida del niño administrándole una droga por vía intravenosa»^[32].

Si cito sólo a críticos de la política holandesa de eutanasia no es porque quiera crear la impresión de que no tiene defensores ni en Estados Unidos ni en ningún otro país. Más bien ocurre lo contrario. Uno de los defensores más conocidos de este sistema es el filósofo moral y defensor de los derechos de los animales Peter Singer. Su campaña, no tan encubierta como podría parecer —y en la que coincide con defensores del asesinato médico de todo tipo—, incluye la propaganda contra el individualismo y el capitalismo y defiende el estatismo médico (el Estado Terapéutico). Tras elogiar el sistema holandés de asesinatos médicos, Singer señala que «los estadounidenses, en particular, harían bien en recordar que Holanda tiene un Estado del bienestar que proporciona un elevado nivel de atención sanitaria y de seguridad social a todos sus ciudadanos. Ningún paciente necesita pedir la eutanasia porque no pueda costearse unos buenos cuidados médicos»^[33]. Esta última frase implica que los estadounidenses *necesitan pedir la eutanasia porque no pueden costearse unos buenos cuidados médicos*. El hecho de que nadie en Estados Unidos pida a su médico que lo mate porque no puede permitirse la atención médica no evita que Singer haga esta afirmación y tampoco evita que mucha gente crea esta falsedad. De manera poco sorprendente, Singer también es un entusiasta del *gedogen* (aunque no emplea la palabra), particularmente cuando señala que «aunque el parlamento [holandés] no ha derogado la ley que considera la muerte por compasión un delito», estos asesinatos son ampliamente practicados^[34]. De hecho, Singer predice que «los ciudadanos de otros países se unirán a los holandeses en la búsqueda de una forma de control sobre su propia muerte»^[35]. Ésta es una inadmisibles confusión de la realidad. Como hemos visto, los ciudadanos holandeses no han encontrado «la forma de controlar su propia muerte»; sólo han encontrado la forma de controlar —si se puede llamar a esto «control»— cómo pueden pedir a los médicos que les dejen morir, en las condiciones que éstos les impongan. En todo caso, Singer cree que está defendiendo la autonomía del paciente.

En resumen, el deseo de legitimar el asesinato médico ha llevado a los holandeses y a su gobierno a coincidir en una gigantesca mascarada: las leyes penales holandesas prohíben el SA y la EV; el sistema penal holandés trata la práctica del SA y de la EV como si no fueran delitos; los médicos holandeses violan

sistemáticamente las leyes y los protocolos que regulan la práctica del SA y de la EV, y por ello son admirados como profesionales compasivos y ajenos a los incentivos monetarios. Tanto los médicos como los ciudadanos holandeses aceptan de buen grado la degeneración del imperio de la ley en imperio de la discrecionalidad terapéutica, y creen que ello es una exaltada forma moral de la ilegalidad (*gedogen*); los holandeses está considerados como un pueblo amante de la libertad y de las leyes; y, por último, Holanda es considerada un modelo de sociedad liberal.

El holocausto: el asesinato con la ayuda de los médicos

No podemos entender la medicina bajo el nacionalsocialismo sin reconocer previamente que las prácticas que hemos dado en llamar «atrocidades médicas» fueron el resultado inevitable del esfuerzo de los ciudadanos alemanes por *utilizar la medicina como un instrumento del Estado para protegerles de las personas que consideraban sus enemigos y a quienes clasificaron como «enfermos»*. El programa nacionalsocialista de la eutanasia no surgió de un vado histórico. Surgió de, y a su vez expresó, los ideales de la *eugenesis* como una teoría biológica de la mejora de la raza y puso en práctica los principios de una *medicina socialista* como sistema político dispuesto a sacrificar al individuo en beneficio de la colectividad.

El concepto de higiene racial y las metáforas que evocan una declaración de guerra a una horda de parásitos peligrosos —delincuentes, homosexuales, locos y otros «deficientes»— forman una parte esencial de la eugenesis como eutanasia y de la salud pública como política^[36]. El principio de la higiene racial, emblema de la corrupción de las ciencias biológicas al servicio del Estado^[37], fue construido sobre los conceptos y las imágenes eugenésicas, mundialmente aceptadas, que florecieron en Occidente antes de convertirse en política estatal genocida en la Alemania nazi. Su aparato retórico —ejemplificado por la declaración de Gerhard Wagner, jefe de la Liga de Médicos Nacionalsocialistas, en la que afirmaba que «los judíos eran “una raza enferma” y el judaísmo era “la encamación misma de la enfermedad”»—^[38] fue desarrollado y popularizado durante los años que precedieron a la Primera Guerra Mundial. Martin S. Pernick, profesor de historia en la Universidad de Michigan, observa correctamente: «Hoy en día, casi nadie se acuerda de que hubo norteamericanos que murieron por causa de la eugenesis, ni

mucho menos que tales muertes fueron tremendamente publicitadas y ampliamente apoyadas. [...] Tanto la eugenesia como la eutanasia proporcionaron los criterios para decidir qué vidas no eran merecedoras de ser vividas. La “eugenesia” podía significar decidir quién “era mejor que no hubiera nacido”, y la “eutanasia” podía significar decidir quién “estaba mejor muerto”»^[39].

Un autoproclamado socialista norteamericano predijo que «los días de los parásitos [se refería por igual tanto a capitalistas como a deficientes], que comen su pan sin habérselo ganado, están contados». Otros advirtieron de que «nuestras calles están infestadas de un ejército de discapacitados, un ejército peligroso y vicioso de muerte y horror»^[40]. Los discapacitados, observa Pernick, «no solamente *padecían* una enfermedad sino que *eran* la enfermedad»^[41]. Los expertos enseñaron al público a entender que «matar a los recién nacidos débiles es algo natural», que «la muerte es el desinfectante más efectivo», y que «si prolongamos la vida de los deficientes interferimos en el funcionamiento de los riñones de la sociedad».

El interés por la eugenesia como eutanasia fue reavivado en Alemania tras la Primera Guerra Mundial. El razonamiento de que la destrucción de las «vidas que no merecen la pena ser vividas» es una intervención médica humanitaria que sirve al interés tanto de la persona a la que se aplica la eutanasia (el paciente) como de la sociedad que soporta la carga (el Estado), se refleja parcialmente en la desmoralización política y económica de los alemanes en la posguerra. En 1920, se preguntó a un grupo de padres alemanes con hijos disminuidos si deseaban que se acabara con sus vidas. El setenta y tres por ciento de ellos respondió afirmativamente y expresó «su esperanza de que nunca les fuera comunicada la verdadera causa de la muerte de sus hijos»^[42].

Inicialmente, la clase de personas cuya vida se consideró que «no vaha la pena» se limitó a los niños con una minusvalía grave y a los adultos enfermos sin esperanza de recuperación. Bajo el nacionalsocialismo fueron añadidos a la lista los enfermos mentales, los judíos, los gitanos y los homosexuales. El biólogo mundialmente conocido Johann von Uexkull afirmaba que los pertenecientes a «razas extrañas [...] son parásitos»^[43]. La creencia de que las personas asignadas a este estatus eran enemigos de la sociedad que merecían ser destruidos no estaba, como apunté anteriormente, limitada a los médicos y científicos alemanes. En 1935, Alexis Cairel, el inventor francoamericano del pulmón de acero y premio Nobel de medicina, declaró lo siguiente: «Los delincuentes y los locos debieran ser, por motivos humanitarios y económicos, recludos en pequeñas instituciones de eutanasia que dispusieran de los gases apropiados»^[44]. En 1941, Foster Kennedy,

uno de los psiquiatras norteamericanos más importantes, declaró: «Estoy a favor de la eutanasia para aquellos desesperados que nunca debieron haber nacido. [...] Creo que es amable y compasivo dispensar a estos deficientes de la angustia en la que viven»^[45].

Los fundamentos socialistas del holocausto médico

Los fundamentos socialistas de la medicina alemana fueron establecidos por los programas pioneros de seguridad social del canciller Otto von Bismark (1815-1898). Como resultado, la medicina pasó a ser una empresa tanto privada como pública, en la que el médico desempeñaba el doble papel de practicante de la medicina y burócrata médico^[46].

Tras la Primera Guerra Mundial, la Asociación Alemana de Médicos Socialistas dio un fuerte empujón a la idea de hacer de la medicina el brazo del Estado. El lema de la asociación era: «Todo doctor que aspire a ejercer su disciplina debe ser un verdadero socialista». El presidente y cofundador de la asociación, Ernst Simmel —psiquiatra, psicoanalista y cercano a Freud— calificaba el capitalismo como «la peor enfermedad que ha padecido la sociedad industrial» y solicitaba la «socialización de la atención médica»^[47]. El programa de la asociación se extendió más allá de las fronteras de la medicina, para abarcar a políticas sociales como las que buscaban una mejora de la vivienda y de la alimentación de los pobres o del derecho al aborto^[48].

Tras la llegada de Hitler al poder, la Asociación Alemana de Médicos Socialistas fue declarada ilegal y la mayoría de sus miembros de origen judío emigró. Procter señala contundentemente que «en una serie de campos, los intereses de los médicos socialistas coincidían con los de los nazis. [...] Ambos defendían una mayor responsabilidad del Estado en la administración de la sanidad pública y consideraban la medicina fundamentalmente como una tarea política»^[49]. También observa que «algunos de los más influyentes defensores alemanes de la higiene social [...] defendían una particular forma de higiene racial»^[50].

El típico ejemplo de paciente vulnerable cuya vida se consideraba «no

merecía ser vivida» es el niño clasificado como deficiente. El deseo de los padres de desprenderse de tales hijos fue de una importancia considerable en el despegue inicial del holocausto. En 1938, el padre de un niño nacido ciego, subnormal o sin un brazo o una pierna escribía a Hitler pidiéndole que concediera al niño «“la muerte por compasión” o la “eutanasia”»^[51]. Al cabo de un año se formalizó la política de asesinatos masivos de seres humanos: en el Partido Nacionalsocialista, el comité para el tratamiento científico de enfermedades hereditarias graves emitió una orden que obligaba a todos los médicos y comadronas a notificar a las autoridades sanitarias el nacimiento de cualquier niño con «anormalidades [...] microcefalia o hidrocefalia de naturaleza grave y progresiva, deformidades de cualquier clase, especialmente la ausencia de un pulmón, malformaciones de la cabeza, espina bífida, [etc.]». Estos niños eran enviados a instituciones psiquiátricas con el explícito propósito de ser eliminados con morfina o cianuro, o bien por hambre. Dos años más tarde, el límite de edad para el programa de eutanasia infantil fue elevado para incluir a jóvenes de hasta diecisiete años^[52].

Entre las víctimas del holocausto psiquiátrico infantil se encontraban muchos jóvenes físicamente sanos que eran enviados a los hospitales con problemas sin importancia por padres engañados por la propaganda psiquiátrica. Uno de los episodios más enfermizos de toda esta historia de terror se produjo en Viena, donde «en el hospital infantil del doctor [Heinrich] Gross, si tartamudeabas, morías; si tenías un labio leporino, morías; si te meabas en la cama, morías». Tras la guerra, y a pesar de la montaña de pruebas contra él, el gobierno austríaco ha colmado de honores a Gross^[53].

El pueblo alemán defendía el asesinato médico de los «niños deficientes»: «muchos padres escribían a los hospitales para preguntar si su hijo podía ser aliviado de su desgracia mediante la eutanasia». Una prueba de la fuerza de la ideología la encontramos en que, inicialmente, los niños judíos estaban *excluidos* de esta intervención, «dado que no merecen el “acto de compasión” (*Wohltat*)^[54] que es la eutanasia [...] a los judíos se les declaró expresamente no merecedores de la eutanasia»^[55]. Sólo en 1941 se ordenó que los enfermos mentales judíos fueran eliminados, «no porque cumplieran los requisitos para el asesinato médico (eutanasia), sino porque eran judíos»^[56].

Pari passu, los principales antropólogos y psiquiatras alemanes se reunieron en 1938 para planear la eliminación sistemática de los *enfermos mentales*: «Todos estaban de acuerdo en que era necesaria una ley que autorizara el asesinato de los *pacientes psiquiátricos*». Una vez que lo hubieron decidido, comenzaron a discutir

cómo justificar y cómo llamar a una ley como ésta: algunos sugirieron llamarla «el derecho a la ayuda médica a morir»; otros propusieron expresiones como «ley para la concesión de la ayuda final» y «ley para la concesión de la ayuda especial»^[57]. Los psiquiatras austriacos llamaron al asesinato masivo de «niños discapacitados y “antisociales” [sic]» «aceleración de las muertes»^[58]. La idea de conceder la muerte por compasión a los niños «deficientes» halló un eco favorable entre los artistas y los escritores alemanes, que se unieron a los médicos en la petición de que el Estado autorizara a éstos a aplicar la «muerte por compasión» a los pacientes que estarían mejor muertos. Los defensores alemanes de la muerte por compasión de los años 30, al igual que los defensores norteamericanos del suicidio asistido en la actualidad, confundían sistemáticamente el autohomicidio (suicidio) con el asesinato médico disfrazado de compasión por una sociedad «sobrecargada».

El razonamiento básico en el que se apoyaban los asesinatos médicos en la Alemania nazi era la convicción, *basada en una profunda creencia «idealista» en el socialismo*, de que defender a la nación contra las personas diagnosticadas como «parásitos» requería abolir la idea misma de sanidad privada como algo distinto de la sanidad pública. En el Estado nacionalsocialista, salud era sinónimo de salud pública; todo aquello relacionado con la salud era automáticamente susceptible de control estatal legítimo. En este sentido, la Alemania nazi fue una versión particular del Estado Terapéutico. Aunque Procter no realiza ninguna comparación entre el tratamiento de los enfermos mentales en la Alemania nazi y en Occidente, señala que los médicos clasificaron como patología no sólo ser judío sino también ser «gitano, comunista, homosexual [...] o pertenecer a otra variada clase de “antisociales” (alcohólicos, prostitutas, drogadictos, marginados y otros grupos) [todos los cuales] estaban destinados a ser eliminados»^[59].

El asesinato como tratamiento psiquiátrico

Desde la invención de los test de inteligencia, los conceptos de higiene mental y de higiene racial estuvieron estrechamente conectados^[60]. Así, era fácil pasar de apartar a una persona de la sociedad porque no cumplía los criterios de higiene racial a apartarla porque no cumplía los criterios de higiene mental. Según el testimonio posterior a la guerra del médico personal de Hitler, Karl Brandt, «Hitler decidió, incluso antes de convertirse en canciller del Reich en 1933, que un

día intentaría eliminar a todos los enfermos mentales»^[61]. Esta idea aparentemente extraña es, de hecho, una extensión lógica de la concepción tradicional psiquiátrica que considera incapacitados a los enfermos mentales crónicos (personas sin derechos ni obligaciones), una extensión monstruosa de la consagrada práctica psiquiátrica de expulsar a estas personas del seno de la sociedad^[62].

En 1939, los psiquiatras alemanes comenzaron el exterminio sistemático de los enfermos mentales. En la actualidad todo el mundo cree que este programa era legal, es decir, que se aplicó conforme a las leyes nazis. Pero no lo era: al igual que la actual prohibición de la EV en Holanda, «la política nacional de administración de eutanasia a los deficientes mentales, los psicóticos, los epilépticos [...] violó el código penal [nacionalsocialista]»^[63]. La prohibición del asesinato médico en la Alemania nazi no ayudó ni a los pacientes escogidos para su eliminación ni a los médicos reacios a convertirse en verdugos: «[los médicos] que no pudieron incorporarse al ejército para evitar el conflicto de obligaciones se arriesgaron a ser “eliminados” ellos mismos»^[64].

De modo grotesco, los médicos nazis se mostraron dispuestos a prevenir los «abusos» del programa de eutanasia, refiriéndose a la práctica de «asesinato terapéutico compasivo» realizado por individuos que no pertenecían al estamento médico. Karl Brandt señaló que «sólo los médicos debían manejar las cámaras de gas». El programa fue aplicado según el lema «El viso de la aguja pertenece al doctor»^[65]. Entre 1939 y 1941, más de 70.000 pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos alemanes habían sido gaseados o quemados vivos. La decisión sobre quién merecía la eutanasia era tomada por «consultores psiquiátricos, la mayoría de los cuales eran profesores en universidades de prestigio»^[66].

Cuanto más se prolongaron en el tiempo los asesinatos médicos, más firmemente creyó la jerarquía nazi su propia propaganda, que calificaba los asesinatos como actividades *médicas*. En 1943, Himmler decretó que «sólo los médicos que tuvieran una formación en antropología podían llevar a cabo la selección de los candidatos a la eliminación y supervisar tal eliminación por sí mismos en los campos de exterminio»^[67]. Benno Muller-Hill, profesor de genética en la Universidad de Colonia, observa: «Los psiquiatras aconsejaban mía “terapia de trabajos forzados” para aquellos pacientes que milagrosamente hubieran sobrevivido al programa de eutanasia. [...] Auschwitz se parecía a las instituciones psiquiátricas de exterminio en el hecho de que los médicos eran los responsables de la “selección” y la eliminación. Se habían ganado ese derecho y no iban a permitir fácilmente que les fuera arrebatado»^[68]. No tenían por qué preocuparse; el

régimen nazi no tenía la menor intención de desposeerles de este privilegio^[69]. «A los médicos nunca se les *ordenó* formalmente que asesinaran a enfermos mentales y a niños discapacitados. Simplemente fueron *autorizados* a hacerlo y ellos llevaron a cabo la tarea sin protestar, a menudo por propia iniciativa»^[70].

La historia del asesinato médico en la Alemania nacionalsocialista nos recuerda de modo dramático que una vez que los médicos acceden a realizar el trabajo sucio de la sociedad, ese trabajo pasa a ser considerado como un procedimiento médico estándar, y los médicos pronto se ven obligados a llevarlo a cabo si no quieren arriesgarse a ser calificados de «reacios a aceptar sus responsabilidades médicas». (El castigo puede consistir en la pérdida del empleo, de la reputación e, incluso, de la propia vida). Los norteamericanos entusiastas del SA están buscando una autorización semejante, al tiempo que prometen que la legalización de esta acción no supondrá necesariamente tener que participar en ella. La historia de la psiquiatría nos enseña justo lo contrario.

La ética médica y el Estado

Los médicos ocupan una posición única en la sociedad: les hemos delegado el control sobre nuestros cuerpos y, por tanto, sobre nuestras vidas. La relación entre un paciente y su médico —habitualmente comparada a la de un padre y un hijo— es, intrínsecamente, una relación entre un superior y un subordinado. Así, implica un desequilibrio de poder, real o potencial, y un peligro asociado a ese desequilibrio. Cuanto más necesite el paciente los servicios de un médico, más débil será su posición relativa y mayor será su necesidad de protección frente a los abusos del médico. ¿Quién debe vigilar a los vigilantes médicos?

La gente se ha enfrentado a este problema desde tiempos inmemoriales y ha desarrollado ciertos códigos morales y ciertas reglas para abordarlo. Uno de los códigos más antiguos es el juramento hipocrático, que prohíbe a los médicos matar mientras actúen como médicos. Creo que deberíamos contemplar esta regla no como una mera prohibición dictada por la prudencia sino como una especie de tabú médico, pareado al tabú del incesto, es decir, deberíamos considerarla fuera del alcance de jueces y legisladores: *por sí solos no pueden derogar la prohibición*. Volveré sobre este punto más adelante.

La segunda salvaguarda contra los abusos del poder médico ha sido tradicionalmente la máxima médica romana *primum non nocere!* (lo primero, ¡no causar daño!). El médico debe aplicar solamente las medidas que, en última instancia, crea que beneficiarán al paciente. Esta regla es considerada como uno de los mandamientos de la ética médica contemporánea.

La tercera salvaguarda contra los abusos del poder médico es el consentimiento, es decir, hacer que la legitimidad de la relación médico-paciente dependa de la autorización de este último a ciertos tratamientos (una autorización que el paciente puede rescindir en todo momento). Este principio, que se defiende con fuerza en las leyes anglosajonas contemporáneas, suele ser considerado como el primer mandamiento de la ética médica contemporánea.

Finalmente, llegamos a la cuarta protección frente a los abusos del poder médico y la menos apreciada: la relación de mercado, es decir, el intercambio de servicios médicos, como cualquier otro servicio personal, por dinero (un acuerdo que requiere del consentimiento de dos o más partes). Aunque la relación de mercado proporciona una importante protección al paciente frente a la dominación médica, recibe una escasa atención en la literatura sobre bioética, aunque ésta es una cuestión muy amplia y no especialmente relevante para nuestro objeto de discusión. Trataré de indicar brevemente cuáles son las características de esta protección.

La relación entre compradores y vendedores no está nunca en un equilibrio perfecto. A veces hay más vendedores que compradores y otras veces ocurre lo contrario. Por esta y otras razones, unas veces los vendedores son más poderosos y otras, lo son los compradores. En una relación de mercado, si el paciente es el comprador, si está bien informado acerca de sus necesidades médicas y de los servicios disponibles y si existen más médicos en el mercado de los que puede mantener, entonces el paciente disfruta de una considerable protección frente al dominio y la explotación médicos. Si sacamos la relación médica del mercado, entonces destruimos esta salvaguarda. Recibir gratuitamente la atención médica, en forma de caridad, o como una provisión pública, o incluso como consecuencia de la suscripción de un seguro privado, hace que el paciente-receptor sea más dependiente del médico y esté más subordinado a él de lo que lo estaría si el médico dependiera del paciente para su sustento. En medicina, el que paga al flautista puede que no decida toda la melodía, y tampoco debería hacerlo, pero siempre puede detener la música. El que no paga al flautista médico *nunca* decide la melodía terapéutica. Este desequilibrio de poder, intrínseco a la medicina

socialista, nunca puede ser corregido dando a la gente «derechos» especiales como pacientes.

Más allá del consentimiento: la necesidad de fijar límites absolutos al poder médico

La proposición que juzga inmoral, así como ilegal, que un médico lleve a cabo una exploración o una intervención terapéutica sobre un paciente sin su autorización expresa, raramente se ve directamente cuestionada. No obstante, aunque el consentimiento debiera ser necesario para que una acción pueda considerarse una *intervención médica*, no debería ser una condición suficiente. Además, es un principio arraigado en la ética médica que existen ciertos actos que un médico debería abstenerse de realizar aunque el paciente otorgue su consentimiento para ello (o incluso lo solicite): matar al paciente o tener relaciones sexuales con él (o con ella) son dos de esos actos. Estas prohibiciones son tabúes virtuales.

La vida del hombre primitivo estaba gobernada en gran medida por tabúes, un tipo de prohibición del que el hombre moderno supuestamente no tiene necesidad. Lamentablemente, esto no es cierto. Si lo fuera, no hubiera sido tan fácil convertir a los médicos de sanadores en asesinos, más ostensiblemente al servicio de los Estados alemán, japonés y soviético, de modo más sutil al servicio de otros Estados modernos.

Siempre que un grupo se dedica a hacer algo malo —es decir, siempre que un gran número de personas unidas comete actos que probablemente no cometería individualmente—, esa mala acción se redefine como buena. La medicalización de los asesinatos en masa como un servicio médico beneficioso constituye un terrible ejemplo de ello. No fue accidental que el holocausto fuera precedido y preparado por la medicalización de los asesinatos en masa de enfermos mentales. Años más tarde, durante el juicio a Adolf Eichmann en Jerusalén, se nos recordó claramente cómo, durante el siglo XX, debutó en la historia el médico como verdugo y cómo hizo falta tiempo y un gran esfuerzo para arrebatárle ese papel. En el transcurso de su defensa de Eichmann, Robert Servatius declaró: «*Matar también es una cuestión médica*»^[71]. Servatius no dijo que matar *era* una cuestión médica. Dijo que *es* una

cuestión médica. Las pruebas y los argumentos recopilados en su libro demuestran que mucha gente continúa creyendo que tanto la muerte por compasión como la prevención del suicidio son cuestiones médicas.

La deformación de la lengua alemana que reapareció durante el juicio a Eichmann mostró una vez más cuán fácil es presentar el asesinato médico como una «intervención terapéutica». Después de la guerra, se preguntó a un médico que había trabajado en los campos de exterminio nazis: «¿Cómo concilia usted esto [el gaseado de los judíos] con su juramento [hipocrático] como médico?». Respondió: «Está claro que soy médico y que quiero preservar la vida. Precisamente porque respeto la vida humana quería extirpar el apéndice gangrenoso del cuerpo enfermo. Los judíos son el apéndice gangrenoso en el cuerpo de la humanidad»^[72].

Cuanto más ampliamos las categorías que hemos llamado «enfermedad» y «tratamiento», más estamos expandiendo el ámbito de la medicina y el poder de los médicos^[73]. En un sentido estricto, tal como lo definieron los médicos materialistas de principios del siglo XX, el término «tratamiento» hada referencia al esfuerzo del médico por curar una enfermedad física (con la autorización del paciente). En un sentido amplio, como ha quedado definida en la actualidad, la palabra «tratamiento» incluye, entre otras cosas: el aborto como política anticonceptiva; matar a algunos fetos en el útero para incrementar las posibilidades de supervivencia de los fetos restantes; el uso de drogas para aumentar nuestra estatura o nuestra fuerza, reducir peso, satisfacer el deseo de estimularnos o de tranquilizarnos, etc. Es poco sorprendente que mucha gente contemple también el SA y la EV como «tratamientos». Los autores de un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine* escriben: «Los médicos son los candidatos naturales a la participación [en el SA y la EV]. Pueden determinar la situación médica y emocional de un paciente y conocen los agentes farmacológicos que se adaptan mejor a sus necesidades, su modo de empleo [...] todo legislador querría otorgar la responsabilidad de la ayuda [al suicidio] a los médicos»^[74].

Relajar la prohibición incondicional contra el *asesinato médico legalmente permitido* (como en el caso del SA o de la EV) abriría las compuertas al abuso ilimitado de la autoridad médica. Si el suicidio asistido está moralmente justificado y es autorizado legalmente porque el paciente lo «necesita» y lo solicita, y dado que lo consideramos un «tratamiento», ¿por qué no podría estar igualmente justificado y permitido el sexo con la ayuda de un médico a condición de que lo llamemos «tratamiento»? O, ya puestos, ¿por qué no permitimos *cualquier acto de mutuo acuerdo* entre un médico y un paciente si lo llamamos «tratamiento»? Es

evidente que, o bien la justificación del SA como *intervención médica* es insostenible, o bien cualquier acto llevado a cabo por un médico y considerado un tratamiento debe *contar como una «intervención médica» legítima* y, como tal, debe ser moral y jurídicamente aceptable.

Otra razón por la cual el consentimiento del paciente a una intervención médica no debería ser una justificación *suficiente* para la misma es que tanto la costumbre como la ley consideran el consentimiento como transferible, lo que se ha llamado el principio del consentimiento sustituido: los padres pueden dar el consentimiento en lugar de sus hijos menores de edad, los tutores en lugar de las personas incapaces que tengan a su cargo y, por extensión, el Estado en lugar de sus ciudadanos «infantilizados» (el principio de la patria potestad). Esto nos devuelve al viejo dilema: ¿quién debe custodiar a los que nos custodian? La experiencia nos ha demostrado cuan fácil es transformar el papel del médico de protector del paciente individual en perseguidor de ese mismo paciente al servicio del Estado. La psiquiatría, en particular, ha sido, y continúa siendo, vulnerable a los intentos de transformarla en un instrumento del poder estatal.

El Holocausto puede enseñarnos muchas cosas. La lección con la que quiero acabar es la de que debemos admitir que las aberraciones de la medicina nacionalsocialista —que tan intensamente nos repugnan— representan la versión exagerada de un tipo de resolución de conflictos al que todos los Estados en busca de soluciones «terapéuticas» para sus problemas ético-sociales son susceptibles de acceder. Hoy, Estados Unidos cumple estos requisitos de un modo alarmante.

CAPÍTULO 7

Repensando el suicidio

El control de la propia muerte, la responsabilidad final

Cada cosa tiene su momento, y hay un momento para cada cosa bajo el cielo: un momento para nacer y un momento para morir.

ECLESIASTÉS, 3,1-2

Nuestras ideas son reacciones a un problema. Si no vivimos ese problema, nuestra concepción y nuestra interpretación de él carecen de sentido y en modo alguno son ideas vivas ni plenas.

JOSÉ ORTEGA Y GASSET (1883-1955)^[1]

Una libertad aceptada sólo cuando sabemos de antemano que sus consecuencias serán beneficiosas no es una libertad verdadera. [...] Nuestra fe en la libertad no se apoya en los resultados predecibles en circunstancias determinadas, sino en la creencia de que, en última instancia, nos habrá proporcionado más beneficios que perjuicios.

FRIEDRICH VON HAYEK (1889-1992)^[2]

Durante más de doscientos años tanto el Tribunal Supremo como sus

tribunales inferiores han interpretado la Constitución de Estados Unidos. Sus pronunciamientos van desde la afirmación de que tenemos derecho a poseer a otras personas hasta negar que tengamos derecho a poseernos a nosotros mismos. Esto no significa que debamos ignorar los a menudo sabios consejos del tribunal. Significa que debemos admitir que interpretamos sus pronunciamientos como apasionados polemistas, no como estudiosos distanciados de su objeto.

¿Un «derecho al suicidio»?

Algunas personas afirman querer acabar con su vida; otras lo intentan, pero no lo logran, otras son sólo sospechosas de querer suicidarse; y aun otras niegan explícitamente que deseen suicidarse. Pese a su diversidad, a todas estas personas se les atribuyen «tendencias suicidas». Los intentos de suicidio pueden ser verdaderos (ponen en riesgo la propia vida) o fingidos (no la ponen en riesgo). Aun así, ambos tipos se consideran «intentos de suicidio».

¿Debería el Estado utilizar el código penal para castigar los intentos de suicidio? Ejerciendo su poder policial para mantener y promover «las buenas condiciones sanitarias de la población»^[3], ¿debería detener a las personas que muestren «tendencias suicidas» para proteger al resto de los ciudadanos? Ejerciendo su deber de patria potestad, ¿debería detener a estas personas promulgando leyes sobre salud pública mental dirigidas a protegerlas de sí mismas? ¿Debería el Estado dejarlas tranquilas? Como hemos visto, se pueden presentar razonamientos persuasivos para cada una de estas posturas. Mi objetivo, en este capítulo final, es el de argumentar que debería ser moral y políticamente inaceptable emplear el aparato coercitivo del Estado para interferir en «las tendencias suicidas» (el Estado contemporáneo no interfiere en el suicidio como tal). Comienzo, por tanto, citando algunas opiniones jurídicas que podrían, sin distorsionar las palabras de los autores, ser interpretadas como un respaldo al «derecho al suicidio» como derecho negativo. Con esto quiero decir que el Estado debiera estar constreñido por la ley —la Constitución, si se prefiere— para dejar tranquilo al ciudadano como persona con tendencias suicidas.

La diferencia entre un derecho positivo y un derecho negativo, en pocas palabras, es la siguiente: un derecho positivo es una demanda efectuada sobre los

bienes o servicios de otra persona; dicho de otro modo, es un eufemismo de los términos deuda u obligación. Dado que el concepto de *derecho al suicidio* (o suicidio asistido) implica la obligación de que otros cumplan los *deberes* recíprocos que de él se derivan, debo rechazar este concepto. No obstante, creo que poseemos —y debe ser acordado— un «derecho natural» a no ser molestados para poder cometer suicidio. Una sociedad verdaderamente humana debería reconocer esta opción como un derecho civil respetado. En más de una ocasión, los jueces del Tribunal Supremo de Estados Unidos han afirmado exactamente lo mismo.

El derecho a no ser molestado

«Ningún derecho —declaró el tribunal en 1891— es más sagrado, o es protegido más cuidadosamente por el ordenamiento jurídico, que el derecho de todo individuo a poseer su propio cuerpo sin interferencias por parte de los demás individuos. [...] El derecho a poseemos equivale al derecho a la inmunidad absoluta: en resumen, equivale a no ser molestados.»^[4]

En 1928, el juez del Tribunal Supremo Louis D. Brandeis (1856-1941) formuló en estos términos su famoso pronunciamiento, que le ha sido atribuido desde aquella fecha: «Los padres de nuestra Constitución buscaron proteger a los norteamericanos en sus creencias, sus emociones y sus sensaciones. Para ello instituyeron, frente a los intereses del Estado, el derecho a no ser molestado, el más completo de los derechos y el más apreciado por los hombres civilizados»^[5].

Es difícil conciliar estas opiniones con prácticas como la de la prevención coercitiva del suicidio, a no ser que asumamos que un diagnóstico de enfermedad mental aparta automáticamente a la persona así diagnosticada de la clase de seres humanos que conocemos como «personas»^[6]. Además, en 1964, el juez del Supremo (entonces juez de un tribunal superior) Warren Burger redactó una sentencia que sólo puede ser interpretada en el sentido de afirmar que los enfermos mentales también tienen derecho a no ser molestados para poder cometer suicidio. En una sentencia frecuentemente citada sobre la constitucionalidad de permitir a los Testigos de Jehová rechazar las transfusiones de sangre en una situación extrema, Burger repitió la advertencia de Brandeis y añadió: «No existe la menor prueba en esta declaración que nos haga pensar que el

juez Brandeis creyera que un individuo tiene el derecho sólo respecto a creencias *comprobables*, pensamientos *válidos*, emociones *razonables* o sensaciones *fundamentadas*. Creo que intentó incluir muchas ideas estúpidas, irracionales e incluso absurdas que no son coherentes, como rechazar un tratamiento médico a riesgo de perder la vida»^[7]. Como los Testigos de Jehová que rechazan un tratamiento a vida o muerte por motivos que son razonables y correctos para ellos pero irracionales e incorrectos para los demás, las personas que muestran tendencias suicidas rechazan la prevención a la fuerza por motivos correctos para ellos e incorrectos para los demás. Si aquéllos tienen un derecho constitucional a hacerlo, ¿por qué no lo tienen también estos últimos?

Una reciente sentencia judicial respalda la postura que considera que el derecho a rechazar un tratamiento es tan parecido al derecho a no ser molestado para poder cometer suicidio que ambos son moral, legal y médicamente equivalentes. En 1993, un médico penitenciario de California solicitó un mandato judicial que le permitiera emplear una sonda gástrica para alimentar y medicar a un recluso tetrapléjico que se declaró en huelga de hambre. Esto es lo que el tribunal decidió:

El derecho a rechazar un tratamiento médico es igualmente «básico y fundamental» y una parte esencial del consentimiento informado. El derecho individual a la autonomía personal para rechazar un tratamiento médico no se detiene ante el conocimiento, por ejemplo, ante la racionalidad médica [...] porque las decisiones sobre la salud conciernen íntimamente a la sensación subjetiva de bienestar de cada persona; [...] El Estado no ha abrazado una política incondicional de preservación de la vida a expensas de la autonomía personal. [...] Como proposición genérica, la idea de que el individuo existe para el bien del Estado es, evidentemente, contraria a nuestra tesis, que sostiene que el deber del Estado consiste en garantizar el máximo de libertad personal para elegir y para actuar^[8].

Nótese que el médico propuso tratar la negativa del paciente a ingerir alimentos como si fuera una *enfermedad legítima* (lo que no es) y entubar a un paciente capaz de ingerir comida normalmente como si fuera un *tratamiento legítimo* (lo que no es). Esta sentencia es de una importancia crucial para el derecho al suicidio. El tribunal garantizó al paciente, como una cuestión de principios, su derecho a rechazar un tratamiento *irracionalmente*. Hace tiempo que este detalle debía haber sido destacado. Después de todo, el médico cuestiona la racionalidad del paciente *solamente* cuando éste está en desacuerdo con él acerca del tratamiento propuesto; ésta es una verdad implícita en la utilización del término «racional» en

el discurso médico. Si un recluso irracional tiene derecho a no ser molestado por los médicos, ¿por qué debe privarse de este derecho a una persona inocente que vive en su propia casa?

Afirmar que poseemos un derecho (negativo) a algo no significa que ejercer este derecho sea algo merecedor de elogio. Tenemos muchos derechos —por ejemplo, el de comer o beber en exceso— cuyo ejercicio no es precisamente beneficioso. La expresión derecho al suicidio no implica que el suicidio sea deseable ni que lo sea el que la gente se suicide (por ejemplo, cuando está mortalmente enferma). Sólo quiere decir que los agentes del Estado no tienen derecho a interferir, mediante castigos o prohibiciones, en la decisión de matarse de la persona. Aquellos que deseen impedir que una persona determinada cometa suicidio deben conformarse con intentar persuadirla para que cambie de opinión. La libertad para decidir cuestiones que afectan a la propia salud y el derecho a no ser molestado constituyen dos aspectos de la autonomía, un concepto acerca del cual hablaremos ahora.

La anatomía de la autonomía

El término «autonomía» se usa y se interpreta a menudo de forma equivocada, especialmente en la literatura contemporánea sobre la relación entre médicos y pacientes. Esto ha ocurrido, en parte, porque desde el final de la Segunda Guerra Mundial el término «autonomía» sufrió el mismo tipo de metamorfosis que la palabra «liberalismo» tras la Primera Guerra Mundial. Antes de este último conflicto, el liberalismo se correspondía con la filosofía política que consideraba al Estado, poseedor del monopolio de la violencia, una amenaza para la libertad individual. Para esta teoría política, *la protección frente al Estado (libertad) es más importante que la protección del Estado (seguridad)*. Ahora se le llama «liberalismo clásico» o «libertarismo» y a menudo se atribuye erróneamente a los estatistas llamados «conservadores».

En la actualidad, el liberalismo se corresponde con una filosofía política que considera al Estado un órgano de benevolencia y compasión y, por tanto, una fuente de protección y seguridad para los individuos. En este caso, la protección del Estado (seguridad) es más importante que la protección frente al Estado (libertad).

Sus defensores lo llaman «liberalismo» (a veces con mayúsculas), «comunitarismo», «humanismo» o «progresismo». Sus detractores le dan los nombres de «socialismo», «estatismo» o «totalitarismo»^[9].

Es evidente que los individuos reclamamos y necesitamos tanto libertad como seguridad, un Estado lo suficientemente fuerte como para protegernos de enemigos externos e internos y, aun así, lo suficientemente maniatado por las garantías constitucionales y la costumbre como para respetar la libertad y la responsabilidad personales. Como individuos, queremos maximizar nuestra libertad, y como personas que se relacionan (por ejemplo, marido y mujer, médico y paciente), queremos maximizar nuestra seguridad. Estas necesidades humanas contradictorias están reflejadas en los principios morales opuestos y en las políticas sociales que habitualmente denominamos «garantizar los derechos humanos» y «proteger a los débiles». Si queremos justificar el «derecho» de una persona a *desligarse de otras* —por ejemplo, en caso de divorcio o de aborto—, apelamos a su derecho a la autonomía. Por otra parte, si queremos justificar el «deber» de una persona de *permanecer vinculada a otras* —por ejemplo, en caso de tener hijos menores o unos padres gravemente enfermos—, apelamos a su obligación de proteger a aquellos que dependen «naturalmente» de ella. En lugar de pensar cuidadosa y críticamente acerca de estos conflictos y de tratar de resolverlos dejando a la gente tranquila para que se enfrente a ellos como desee, tratamos de buscar soluciones colectivas y a la fuerza, pasando de una forma incoherente de la autonomía al paternalismo y viceversa.

Autonomía: significado y usos

El *Webster's Dictionary* define la autonomía como: «La cualidad o condición de ser independiente, libre y autogobernado». La expresión proviene de las raíces griegas *auto* (que significa yo) y *nomos* (ley o gobierno). El autogobierno implica autodisciplina y autorresponsabilidad. La persona que atribuye su propio comportamiento (inadecuado) a los demás, que se dice víctima de las circunstancias, o que recluta a otros para que le ayuden a realizar tareas que podría hacer por sí mismo (como el cuidado de su persona, en general, y el suicidio, en particular) está dejando de lado su propia autonomía (volveré a incidir en este punto más adelante, cuando discuta la posición comunitaria sobre la autonomía).

La autonomía no es algo que poseamos en virtud de la naturaleza (como un páncreas) o de la ciudadanía o la personalidad (como el derecho a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad). Al igual que en el caso de la libertad, la autonomía no es algo que una persona pueda dar a otra, aunque una persona pueda acrecentar o frustrar la autonomía de otra. Dado que su fundamento psicológico es la capacidad de controlar nuestra propia conducta, la autonomía debe ser conquistada y atesorada por cada uno de nosotros. Al igual como sucede en el caso de la independencia personal, la autonomía se ve impulsada potencialmente por la educación, la inteligencia y la salud, y a menudo se ve disminuida por su ausencia. En última instancia, sin embargo, la autonomía depende de la autodisciplina. Tal como expresó en una manifestación memorable Edmund Burke: «La sociedad no puede existir a menos que un poder de control sobre los deseos y apetitos esté presente en algún lugar, y cuanto menos interno sea éste más necesitaremos su presencia externa. En la inmutable naturaleza de las cosas está escrito que los hombres de carácter inmoderado no pueden ser libres. Sus pasiones forjan sus grilletes»^[10].

En ética y en filosofía, la expresión «autonomía» denota, como dice el *Webster's Dictionary*, autosuficiencia. No obstante, somos, sin lugar a dudas, criaturas sociales. La persona totalmente autónoma no existe; somos más o menos autónomos, siempre en función de las circunstancias y de las comparaciones con los demás o con nuestro yo pasado o futuro. Esto no resta valor al término, aunque obliga a tener en cuenta que nuestra necesidad de autonomía es intrínsecamente contradictoria con nuestra necesidad de relacionarnos con otros seres humanos (o con animales, o con seres imaginarios dotados de características humanas). También requiere que sólo consideremos autónomas a las personas en tanto que individuos, en ningún caso como miembros de un grupo. Es un error considerar autónomas a las personas en tanto que partes de una relación, por ejemplo, médicos o pacientes; es tan estúpido hablar de la «autonomía del paciente» como referirse a la «autonomía del marido» o la «autonomía de la esposa». Cada miembro de dichos pares forma parte de un *lazo humano*, cuyo propósito es el sacrificio de una parte de su autonomía (independencia) a cambio de alguna medida de seguridad o de servicio (dependencia). Cada relación —con otras personas, con dioses o incluso con animales de compañía— implica algo de dependencia y una pérdida de autonomía. El objetivo específico de la formación de vínculos afectivos es amar y ser amado y experimentar el necesitar y el ser necesitado. ¿Por qué motivo crearon los hombres a Dios, sino para amarle y ser amados por Él a cambio?

Todo esto contribuirá a explicar por qué el judaísmo, el cristianismo y el islamismo condenan el suicidio como una forma autónoma de quitarse la vida. La explicación convencional —que el mandamiento «no matarás» lo prohíbe— admite demasiadas excepciones para poder ayudarnos. Me parece mejor interpretar esta condena como una prohibición de abandonarle impuesta al hombre por Dios, que también aparece explícitamente en los diez mandamientos. A diferencia de los dioses griegos, que se hacen compañía unos a otros, el dios judío está solo en el mundo: está casado con el hombre y su mayor temor es el divorcio.

Lo que sugiero es que tanto la invención humana de un dios, al que no debe abandonar jamás, como la prohibición del suicidio, surgen de (y satisfacen) una misma necesidad básica: la necesidad del hijo de no separarse jamás del padre. La fuerte sensación de dependencia y necesidad de protección que experimenta un niño deja un rastro permanente en la mente humana. La prohibición («nunca me abandones») y la promesa que implica («nunca te abandonaré») —a veces los amantes se intercambian exactamente las mismas frases— constituyen el alivio más efectivo del que disponemos para calmar esta ansiedad esencial. Esta interpretación es coherente con la suspensión de la prohibición del suicidio —de hecho, podemos hablar de una transformación instantánea del pecado en virtud— si la decisión es percibida como un acto de *vinculación* (infinita) en lugar de un *abandono* (definitivo): por ejemplo, unirse a Dios (martirio) o al amado (un doble suicidio como el de Romeo y Julieta). Únicamente cuando el suicidio es visto como el fruto de la autonomía personal, a modo de separación definitiva de Dios o de otras personas, es considerado un pecado o un crimen peor aún que el asesinato.

Autonomía, libertad y derechos

Aunque los términos «autonomía» y «derecho» hacen referencia a conceptos totalmente distintos, suelen confundirse y emplearse incorrectamente. La *autonomía* es autodirigida (o, por emplear las palabras de John Stuart Mill, es «amor propio»). Supone el ejercicio de nuestras capacidades de acuerdo a la propia voluntad, por ejemplo, resistir una tentación o ceder a ella y afrontar las consecuencias. El derecho es heterodirigido, y consiste en efectuar una demanda «legítima» contra los demás o contra el Estado, por ejemplo, para el pago de unos servicios prestados según lo estipulado en un contrato.

Esta distinción es tan importante y se suele pasar por alto con tanta frecuencia, incluso por parte de los filósofos políticos, que puede ser conveniente reformularla en un lenguaje algo distinto. El teórico político Anthony de Jasay distingue entre «libertad para hacer algo» y «derecho a hacer algo» (la «libertad para hacer algo» de De Jasay es equivalente a la libertad para ejercitar la propia autonomía). De Jasay escribe: «Un derecho confiere un beneficio a su propietario. Para que pueda disfrutarlo, alguien debe cumplir la obligación derivada del derecho, lo cual es oneroso en cierta medida [...] La libertad, por otra parte, se ejercita sin requerir ninguna acción específica por parte de nadie; aparte de las externalidades negativas derivadas del uso de mi propia libertad, lo cierto es que ello no genera costes para nadie [...] “costoso para los demás” y “no costoso” son igual de parecidos que blanco y negro»^[1].

Por lo que respecta a la autonomía del suicidio, la situación es la siguiente: la muerte voluntaria de una persona determinada puede ser ahorradora de costes, no costosa o costosa (para la familia o para la sociedad). Cuando el suicidio no genera costes o incluso los ahorra no hay ninguna razón para prevenirlo ni para condenarlo. Cuando es costoso, puede estar justificado condenarlo y utilizar el poder de la persuasión para tratar de impedirlo, pero es inaceptable utilizar la fuerza para interferir en él. En realidad, no importa lo discapacitada que esté una persona, porque mientras esté consciente puede quitarse la vida sin ayuda, negándose a comer. Todos nosotros tenemos esta última reserva de autonomía si bien prácticamente todo el mundo evita reconocerlo.

El progreso civilizatorio y la división del trabajo que lo ha hecho posible incentivan, y simultáneamente inhiben, la autonomía. La ciencia y la tecnología aumentan nuestra capacidad de mantenernos y velar por nosotros, pero también nos hacen más dependientes de aparatos y redes sociales de complejidad creciente. Nuestras vidas son más longevas, más sanas y más seguras que las de nuestros antepasados, y aun así parecemos estar más abrumados por los retos de la vida diaria que ellos. Nunca antes ha estado la gente tan crispada acerca del suicidio como está ahora. Nunca antes la gente ha afirmado, negado, sacralizado y demonizado tan insistentemente el papel que la libre elección juega en la muerte voluntaria. Una de las manifestaciones de esta ambivalencia y confusión es que la medicina, la ley y la opinión pública rechazan el suicidio si es llevado a cabo sin el sello *clínico*, pero lo aceptan en caso contrario. En el primer caso, es contemplado como una «enfermedad» que puede ser tratada a la fuerza por los médicos. En el último supuesto, se ve como un «tratamiento compasivo» al que tienen un derecho constitucional ciertos individuos escogidos por los médicos.

A pesar del amplio rechazo al suicidio autónomo y de la creciente aceptación y apoyo al suicidio «medicalizado», los médicos, los abogados y los periodistas mantienen que la autonomía es nuestro valor supremo y los médicos promueven la «autonomía del paciente». La siguiente opinión de Timothy E. Quill y Howard Brody, dos de los más respetados escritores sobre ética médica, suele ser habitual. A Quill y Brody no les agrada pensar que las personas son agentes morales, dotados de derechos y responsabilidades. Creen que los pacientes necesitan algo más y proponen un «modelo de autonomía enriquecida que permita al médico apoyar y guiar al paciente sin renunciar al poder del que depende éste»^[12]. Lo que significa la «autonomía enriquecida» es lo siguiente: «Otras consideraciones morales pueden invalidar el *derecho del paciente a una elección autónoma o incluso a tomar parte en la decisión. La justicia puede requerir que a un paciente no se le conceda lo que es óptimo para él desde el punto de vista individual porque puede existir otro paciente con un derecho moral aún mayor a un recurso escaso. [...] La competencia mental debe quedar asegurada antes de que se permita al paciente tomar decisiones que parecen ir en contra de su interés (así, por ejemplo, no se debería dejar solo a un paciente con tendencias suicidas aunque pida estarlo)*»^[13]. En otras palabras, un paciente disfruta de una «autonomía enriquecida» cuando los médicos le privan de su «*derecho a una elección autónoma*» para satisfacer las necesidades de «*otro paciente con un derecho moral aún mayor a un recurso escaso*». Esta afirmación no requiere comentarios.

Estar mortalmente enfermo en un hospital, y aún más si se está conectado a un respirador artificial, reduce la autonomía del sujeto hasta casi hacerla desaparecer. Ésta puede ser una de las razones por las cuales quienes escriben acerca de las últimas decisiones vitales proclaman enérgicamente su devoción a la «autonomía del paciente», creen que algunos pacientes tienen derecho al «suicidio asistido» e insisten en que, a pesar de que la expresión contenga la palabra, *el suicidio asistido no es suicidio*. Ayudar a una persona a morir —de forma directa, por medio de la interrupción del tratamiento que la mantiene con vida o directa, aplicándole la eutanasia— puede ser moralmente apreciable o condenable. Pero ésa no es la cuestión. La cuestión es que dichas acciones no tienen nada que ver con la autonomía del paciente. Dichas acciones tampoco constituyen suicidio (ni suicidio asistido), incluso si son realizadas con el consentimiento del paciente, o a petición de éste. Un médico que interrumpe la respiración artificial que mantiene con vida al paciente con el permiso de éste lleva a cabo una acción que puede ser moralmente comparable a conectar al enfermo a un respirador artificial con su permiso. En ambos casos, la persona afectada es el agente principal y el médico su delegado. En la situación en que el paciente autoriza al médico a interrumpir este

tratamiento, estamos ante un caso de *homicidio médico justificable*; cuando no lo autoriza, entonces es un ejemplo de *homicidio médico injustificable*.

El asesinato médico es asesinato médico. Existe y debemos disponer de un vocabulario adecuado para describir sus variadas formas. El asesinato médico no tiene nada que ver con la autonomía. El respirador que permite a una persona vivir es como la viga que soporta una estructura: si se retira el apoyo, el objeto que soporta —persona o estructura— se vendrá abajo. Si el paciente interrumpe por sí mismo el tratamiento que lo mantiene con vida —como hacen algunos pacientes en hemodiálisis, sobre la que me extenderé más adelante—, entonces es él quien acaba con su vida: se quita la vida (autohomicidio). Al contrario, si alguna otra persona interrumpe el tratamiento —lo que es el caso de los pacientes conectados a un respirador artificial—, entonces es esa persona la que acaba con la vida del pariente: mata a otra persona (heterohomicidio).

El médico que desconecta al paciente del respirador está deshaciendo la acción previa de conectarle. Si pensamos que aplicar a un paciente un tratamiento a vida o muerte como éste supone «darle» vida, entonces tenemos que ser valientes para reconocer que interrumpir el tratamiento supone «quitarle» la vida (una vida que el paciente seguiría viviendo, al menos durante algún tiempo, si continuara con el tratamiento). Si no podemos aceptar esta «muerte por compasión» deberíamos abstenemos de utilizar la tecnología médica, lo cual sería estúpido por nuestra parte, ya que algunas personas sometidas a estos tratamientos se recuperan y pueden volver a vivir sin ellos. Si nos vemos obligados a luchar contra estos problemas no es sólo porque tengan una significación moral, sino porque carecemos de un vocabulario para designar algunas de las formas en las que la gente muere en la actualidad, y también porque nos falta valor para hablar claramente y asumir la responsabilidad de nuestros actos.

La guerra del comunitarismo contra la autonomía

Cuando era un joven licenciado, antes de que este falso igualitarismo de la corrección médica llegara a deformar y a dominar el discurso en medicina, los médicos reconocían su dominio sobre los pacientes, personas enfermas necesitadas de su ayuda; su arrogancia era compensada con candor. En la actualidad, los

médicos disfrazan su dominación sobre los pacientes atribuyéndoles autonomía; su arrogancia queda oculta bajo la máscara de la preocupación por los «derechos de los pacientes». Como consecuencia, la mayoría de la literatura médica sobre las relaciones médico-paciente es una hipocresía. Llamando al paternalismo benevolente «autonomía del paciente», los «expertos» ocultan sistemáticamente el antagonismo fundamental que existe entre la autoridad y la autonomía y presentan, erróneamente, la subordinación-sumisión como cooperación.

Una máxima legal romana nos recuerda algo muy importante: «*Nullum crimen majus est inobedientia*» (no existe delito mayor que el de la desobediencia)^[14]. Hace algunos años reescribí esta frase del modo siguiente: «Sólo existe una ofensa a la autoridad: el autocontrol; y sólo existe un modo de plegarse a la autoridad: la sumisión a su control»^[15]. Es estúpido fingir que estos principios no se deben aplicar a la relación que se establece entre el médico como superior y el paciente como subordinado.

Todo aquel que se autocontrola y se preocupa de su bienestar no necesita ni tolera un superior *que le proteja de sí mismo*. Él es su propio protector, lo que hace innecesaria toda autoridad paternalista. ¿Qué puede hacer esta autoridad si no puede controlar a los demás para protegerles? De entrada, ocuparse de sus propios asuntos, aunque ésta es una respuesta estúpida. Las personas satisfechas con sus propios asuntos no aspiran a convertirse en autoridades paternalistas, mientras que aquellas que se convierten en tales autoridades consideran la intromisión en los asuntos de los demás como su propio asunto y lo llaman «cuidado» o «asumir la responsabilidad». La autoridad, pues, necesita individuos carentes de autonomía o a quienes se pueda privar fácilmente de ella (niños, ancianos, pacientes). De aquí la guerra perpetua de la autoridad contra la autonomía, «contra el suicidio, contra la masturbación, contra la automedicación, contra el mismo uso correcto del lenguaje»^[16].

Quizá no exista nada más revelador acerca de la actitud médica norteamericana contemporánea hacia la autonomía que el hecho de que amigos y enemigos del suicidio asistido se opongan por igual al suicidio no asistido y autónomo y defiendan la prevención a la fuerza del suicidio. Los amigos del suicidio asistido rechazan el suicidio no asistido porque piensan que sólo una persona explorada por un psiquiatra y declarada «no deprimida» debe tener derecho a quitarse la vida. Los enemigos del suicidio asistido se oponen al suicidio *per se*, y por tanto también al SA, porque creen que estos actos injurian a la comunidad y, por consiguiente, nadie tiene derecho a morir voluntariamente. El

comunitarista autodeclarado Wesley J. Smith nos dice: «El comunitarismo promueve el cuidado interpersonal, la preocupación y el apoyo recíprocos. El comunitarismo *obliga al Estado a prevenir el daño a los débiles y vulnerables —por ejemplo, evitando los suicidios—*, no como un odioso acto de paternalismo sino como consecuencia de la obligación humana de proteger y cuidar los irnos de los otros»^[17]. Nótese que Smith no está satisfecho con citar «el cuidado, la preocupación y el apoyo» como justificaciones para el uso del poder de coerción del Estado para proteger a la gente de sí misma; también afirma que tal coerción benevolente *no es* un «acto de paternalismo».

Es revelador que Smith base su oposición al suicidio en el concepto zulú de *ubuntu*, una idea, explica, que «no tiene una traducción exacta [...] pero que significa aproximadamente estar compuesto de todos aquellos atributos que hacen de la humanidad algo especial y único en el universo conocido. [...] Cuando reflexionamos por un instante [...] y vemos que los especuladores amenazan el bienestar de los pacientes, estamos perdiendo nuestro *ubuntu* [...] ¿elegiremos amamos los unos a los otros o abandonamos? Y lo más importante: ¿mantendremos o perderemos nuestro *ubuntu*?»^[18]. El riesgo de perder nuestro *ubuntu* es, admitámoslo, una justificación novedosa para la coerción psiquiátrica en nombre de la prevención del suicidio.

Por su formación y por su trabajo, los médicos tienden a ser paternalistas, y los psiquiatras, a ser paternalistas coercitivos: se muestran propensos a malinterpretar la autonomía, considerándola una hostilidad hacia la comunidad, especialmente la comunidad de pacientes. Shimon M. Glick, doctor en la Universidad Ben Gurion de Israel, atribuye al judaísmo la inculcación de estos valores en los médicos y contempla la prevención a la fuerza del suicidio, perfeccionada por psiquiatras no judíos a lo largo de todo el siglo XIX, como la expresión de una virtud particularmente judía.^[19]

La ética médica israelí se desvía considerablemente de las normas occidentales. [...] El mandato bíblico «no te cruces de brazos si ves a tu amigo herido» crea un imperativo para una amplia implicación en los asuntos de los demás a fin de ayudarles. [...] Además, el concepto de responsabilidad recíproca entre los judíos ha sido claramente articulado: «Todos los judíos son responsables de los actos de su prójimo»^[20]. [...] La postura tradicional judía dice: «Eres tan valioso para nosotros, más allá de lo que pienses de ti mismo, que no podemos dejarte morir. Nos preocupas tanto *que estamos dispuestos a violar tus derechos humanos para salvarte la vida*».

Glick admite orgullosamente haber administrado, cumpliendo la orden de un tribunal, «alimentación a la fuerza a un grupo de presos políticos en huelga de hambre» y cita el caso de un judío ortodoxo que «solicitó pruebas de que la alimentación que le íbamos a proporcionar mediante una sonda gástrica cumplía su criterios, especialmente estrictos, de comida *kosher*^[21], y también pidió permiso para enviar una carta a diversas autoridades del gobierno en la que indicaba que iba a ser aumentado a la fuerza y que yo [Glick] sufriría las consecuencias penales correspondientes. Cuando accedimos a todo esto, no ofreció ninguna resistencia». Glick nos asegura que no aprueba «la complicidad de los médicos con los regímenes totalitarios que alimentan a la fuerza a los que protestan». No nos dice, sin embargo, si las autoridades británicas actuaron correctamente o no cuando rehusaron alimentar a Gandhi a la fuerza.

Daniel Callahan, un importante especialista en ética médica, cree que los estadounidenses poseen una autonomía desmesurada y rechaza el suicidio asistido porque aumenta la autodeterminación individual. Yo también lo rechazo, pero no porque aumente la autonomía personal, sino porque la disminuye (y también por otras razones). Callahan afirma: «Lo que estamos intentando hacer con el suicidio asistido es dar el salto definitivo que nos permita ganar una *autodeterminación individual plena* [...] Si la autonomía se convierte en el bien moral más importante, tendremos una sociedad empobrecida y egoísta. [...] Pedir un *control definitivo* como éste causa un gran daño, tanto al individuo como a la sociedad»^[22]. Callahan confunde la heterodeterminación (intrínseca al SA, con el médico como superior y el paciente como subordinado) con la autodeterminación (ejercitada por las personas que se suicidan sin la ayuda de un médico)^[23]. La legalización del SA otorgaría un mayor control a los médicos, no a los pacientes. Dado que la autonomía nos obliga a asumir la responsabilidad por nuestros actos y por la satisfacción de nuestras necesidades, su aumento conduce a una sociedad menos egoísta y más armoniosa. La legalización del SA no es un paso hacia una mayor autodeterminación de los pacientes; es un paso hacia una intensificación de la tutela médico estatista sobre todos nosotros como potenciales pacientes.

Una revuelta parecida contra el (excesivo) individualismo impulsa el celo antisuicida de Willard Gaylin y Bruce Jennings, autores del libro *The Perversión of Autonomy* [La perversión de la autonomía], ingenuamente subtulado: *The Proper Uses of Coercion and Constraints in a Liberal Society* [El empleo correcto de la coerción en una sociedad liberal], Gaylin es psiquiatra y un destacado especialista en ética médica. Jennings es el director ejecutivo del Hastings Center, una fundación dedicada a estudiar cuestiones contemporáneas de ética médica. Aunque estoy en

desacuerdo con la posición de Gaylin y de Jennings sobre la autonomía, comparto muchas de sus preocupaciones acerca de los riesgos que plantea a la integridad social la obsesión narcisista, ejemplificada por el culto a la autoestima. Mientras que Gaylin y Jennings se oponen al SA porque lo consideran una cesión excesiva a la autonomía, yo lo rechazo, entre otras razones, porque conculca y disminuye la autonomía.

Los conceptos de enfermedad mental y autonomía son antitéticos: cuanto más se admita la existencia de la primera, menos se apreciará el valor de la segunda, y viceversa. La tesis de Gaylin y Jennings se apoya fuertemente en la negación psiquiátrica tradicional del libre albedrío, la libre elección y el suicidio racional. Como afirman: «La conducta humana es menos racional de lo que pensamos. [...] Es menos “voluntaria” de lo que los libertarios y los teóricos de la autonomía quieren creer. La experiencia pasada determina significativamente la conducta actual»^[24]. Esto son perogrulladas que no nos ayudan a determinar la naturaleza de la autonomía. Y, sin embargo, oscurecen las importantes diferencias conceptuales, jurídicas y políticas que existen entre persuasión verbal y coerción física.

En lugar de intentar refutar la autonomía como un concepto filosófico útil y de estimable valor moral, Gaylin y Jennings la atacan, afirmando que la autonomía «se antepone, en la actualidad, al civismo, al altruismo, a la beneficencia, al sentido de comunidad, a la ayuda recíproca y a otros valores morales que, en esencia, le piden a la persona que ponga a un lado sus propios intereses en favor de los intereses del prójimo, o del bien, o de algo situado más allá de ella misma»^[25]. Ésta es una burda distorsión del significado de la autonomía, que los propios autores identifican correctamente como «la condición de autogobernarse o ser el soberano de uno mismo»^[26]. Autogobernarse incita al civismo, en vez de desincentivarlo: la persona autónoma que se gobierna por la razón es más propensa a ser abierta y generosa con los demás que la persona heterónoma gobernada por la envidia y la xenofobia^[27].

La razón fundamental por la que Gaylin y Jennings protestan por la autonomía supuestamente excesiva que tienen los estadounidenses es su equiparación de la autonomía a la terquedad pueril, y porque, al igual que los entusiastas del SA, cuya postura rechazan, creen que «el derecho a la asistencia activa al suicidio» aumenta la autonomía. Gaylin y Jennings escriben lo siguiente: «Llevando un poco más allá la lógica de la autonomía, ¿significa que el paciente tiene *derecho a la asistencia activa al suicidio*? ¿Deben ser legalizados el suicidio asistido y

la eutanasia [...] o puede la autonomía ser dejada de lado en nombre de valores e intereses sociales alternativos? Estos valores sociales incluyen el respeto a la santidad de la vida y la protección de las personas vulnerables al abuso y la desconsideración médicas»^[28].

No queda claro qué quieren decir Gaylin y Jennings con la expresión «la santidad de la vida». Es una frase cargada de sentimentalismo cuyo significado ha sido oscurecido por su utilización regular como eslogan religioso y político. Aunque citan a san Pablo (con el que están de acuerdo), para quien «la libertad perfecta es la esclavitud perfecta, si bien al servicio de Cristo»^[29], no afirman estar escribiendo como moralistas cristianos, algunos de los cuales condenan la autonomía como un rechazo a la dependencia de Dios y una «retirada desde lo humano hada un mundo privado y carente de sentido»^[30]. Si la postura de Gaylin y Jennings se apoya en dicha premisa religiosa deberían decirlo, en cuyo caso tendrían que condenar el suicidio en sí y no necesitarían argumentos adicionales contra el suicidio asistido. Sin embargo, escriben como especialistas laicos en ética médica, así que su respeto a la santidad de la vida debe ser compatible con el respeto a la santidad de la muerte. La muerte, en última instancia, pertenece a los vivos, no a los muertos.

Dejando a un lado el ataque contra la autonomía desatado por la guerra contra las drogas, los incontables usos de las excusas y las coerciones psiquiátricas en la vida diaria, y las numerosas regulaciones impuestas por una miríada de agencias gubernamentales sobre los ciudadanos estadounidenses, Gaylin y Jennings declaran que «haber creado una sociedad en la cual florece la autonomía ha constituido uno de los mayores logros de Estados Unidos»^[31]. Ojalá fuera cierto.

La muerte por la interrupción del mantenimiento artificial de la vida

Una de las consecuencias del progreso de la tecnología médica es que un número creciente de personas pueden ser mantenidas con vida, durante períodos más o menos largos, mediante máquinas que realizan algunas de sus funciones vitales. El empleo de dichas máquinas —por ejemplo, para la hemodiálisis o para la respiración artificial— ha hecho posible que podamos acabar con nuestra propia

vida o con la de un paciente interrumpiendo su utilización. Esta posibilidad no sólo ha generado debates acerca de los dilemas creados, sino también un movimiento en favor de la justificación del suicidio asistido (SA) y la eutanasia voluntaria (EV) mediante su equiparación a la interrupción del tratamiento que mantiene con vida a un paciente. Todo el mundo parece haber perdido de vista que —moral, jurídica y lógicamente— el problema del suicidio es anterior tanto al problema de la interrupción de dichos tratamientos como al del SA y la EV. Mientras sigamos estando inseguros acerca de nuestra posición sobre el suicidio *en sí* (es decir, *el suicidio no asistido*) —mientras no decidamos si es *una elección moral o un problema médico*, si es, o debiera ser, *legal o ilegal*— no podremos analizar racionalmente las razones a favor o en contra del SA y la EV.

El paciente sometido a diálisis es físicamente capaz de negarse a seguirlo siendo. Si se niega, ¿está cometiendo suicidio? Si ésta parece una pregunta difícil no es porque el concepto de muerte voluntaria (autohomicidio) sea ambiguo, sino porque nuestro discurso está tan empobrecido y distorsionado que somos incapaces de hablar acerca de la *desestigmatización de la muerte voluntaria*. En su lugar, procedemos con saña a mutilar el lenguaje insistiendo en que la autodestrucción deliberada y voluntaria «no es un suicidio». La Asociación Médica Americana «opina» oficialmente que «la interrupción del tratamiento que mantiene con vida a un paciente y que le provoca la muerte a causa de su afección primaria, ni es un suicidio ni un suicidio asistido»^[32]. Sin embargo, dicha muerte es sustancialmente diferente de la muerte de un paciente que no interrumpe su tratamiento y acaba muriendo por una complicación, o a causa de la misma afección primaria. Además, dicha muerte, inducida por el individuo que quiere acabar con su vida, es un acto claro de autohomicidio. El hecho de que hayamos evitado deliberadamente distinguir entre suicidios justificables y suicidios injustificables y, por tanto, nos hayamos privado a nosotros mismos de la posibilidad de definir algunos fallecimientos como «suicidios justificables», sólo prueba que hemos condenado a la inutilidad el lenguaje, no que la interrupción de la diálisis «no sea suicidio».

El suicidio por interrupción de la hemodiálisis

El riñón artificial fue inventado en 1944, y en un principio se utilizó en el

tratamiento de los colapsos hepáticos *graves*. En los años sesenta, la hemodiálisis comenzó a ser empleada para el tratamiento de las enfermedades renales crónicas, y desde 1973, los programas sanitarios públicos han cubierto este tipo de terapia de mantenimiento. En la actualidad, cientos de miles de personas en todo el mundo dependen de la hemodiálisis para su supervivencia, lo que es tanto una bendición como una maldición.

El paciente sometido a diálisis debe pasar un promedio de veinte horas a la semana conectado a la máquina que limpia su cuerpo de metabolitos, debe seguir una dieta estricta y con seguridad sufrirá debilidad y problemas sociales. Cuanto más tiempo permanezca sometido a diálisis, más se deteriorará su calidad de vida. Chad H. Calland, un médico que padecía una enfermedad renal terminal, dudó de que muchos pacientes comenzaran una terapia de hemodiálisis si supieran cómo iba a deteriorarse su calidad de vida con ese tratamiento. También lamentaba que si un paciente llegaba a esta conclusión, se arriesgaría a ser declarado y tratado como un enfermo mental: «Muchos de estos conflictos son considerados por la mayoría de los psiquiatras como una prueba de paranoia o depresión. No puedo expresar con mayor fuerza que, para este tipo de pacientes, estos miedos son fundados y se basan en la realidad. [...] ¿Es necesario hablar de trastornos psiquiátricos para entender algo que resulta evidente?»^[33]. Calland, obviamente, no pudo comprender que, en nuestra cultura, lo único que resulta autoevidente acerca del suicidio es que *está originado por una depresión tratable*.

Joseph T. DiBianco, profesor de psiquiatría en el New York Medical College que ha trabajado con pacientes sometidos a hemodiálisis, escribe: «El estrés cotidiano bajo el que viven los pacientes sometidos a hemodiálisis debería ser suficiente para prevenimos de que algunos de ellos serán incapaces de enfrentarse a esta situación o no querrán hacerlo. Por tanto, debemos esperar que un gran número de personas, entre la población sometida a hemodiálisis, muestre tendencias suicidas»^[34]. Se estima que la llamada conducta suicida (es decir, expresar la voluntad de querer suicidarse) es de 100 a 400 veces más frecuente entre los pacientes sometidos a hemodiálisis que entre la población general^[35]. La mayoría de los psiquiatras considera el rechazo a la diálisis como un síntoma de depresión y un riesgo de suicidio; la mayoría de los nefrólogos piensa lo contrario^[36]. Dado que no existe un consenso sobre lo que debe entenderse por suicidio en el caso de los pacientes en diálisis, las estadísticas sobre las muertes voluntarias entre dichos pacientes no son de fiar. Las estadísticas sobre las interrupciones voluntarias del tratamiento son otra cuestión.

Estudios realizados demuestran que los blancos, los ancianos y los diabéticos interrumpen la hemodiálisis más a menudo que los negros, los jóvenes y los que no son diabéticos. En los países anglosajones, la interrupción voluntaria de la diálisis es la segunda causa de muerte más frecuente entre este tipo de pacientes (después de los problemas cardíacos). En Australia cerca de un 30% y en Estados Unidos cerca de un 20% de las muertes de pacientes sometidos a hemodiálisis se deben a la interrupción del tratamiento^[37]. En los países no anglosajones, la muerte causada por la interrupción de la hemodiálisis es menos frecuente, se informa menos de ella o no se registra de este modo^[38]. Dos nefrólogos italianos declaran lo siguiente: «Nuestra impresión clínica es que las muertes por suicidio o por interrupción de la diálisis son escasas entre los pacientes de la terapia de sustitución renal [hemodiálisis] en Italia»^[39]. Las razones pueden encontrarse en un recurso menos frecuente a la diálisis, en las diferencias en la selección de los pacientes y en los protocolos de información y en las diferencias culturales.

Hay un parecido significativo entre el paciente que se suicida mediante la interrupción de la diálisis y la persona que se suicida ingiriendo una droga letal. Ambos poseen las sustancias químicas necesarias para quitarse la vida: en el primer caso, es el propio cuerpo del individuo el que fabrica estas sustancias; en el segundo, es una compañía farmacéutica la que lo hace. La diferencia entre el suicidio por interrupción de la diálisis y el suicidio por medios convencionales es, esencialmente, la disparidad de los medios empleados. Aunque el suicidio por interrupción de la diálisis puede parecer una omisión y el suicidio por la ingestión de una droga una comisión, ambos tipos de muerte voluntaria son realmente una comisión. Podemos elegir juzgar los dos actos como moralmente distintos, pero ambos son, esencialmente, ejemplos de muerte voluntaria y deliberada (autohomicidio). Algunos podrían objetar que sólo unas pocas personas tienen la posibilidad de suicidarse mediante la interrupción de la diálisis. Esto es verdad, pero tampoco muchas personas pueden suicidarse ingiriendo barbitúricos o pegándose un tiro. El elemento esencial del suicidio no es el método empleado, sino la *acción deliberada* que lo lleva a cabo. En otras palabras, al igual que no todo asesinato es deliberado, tampoco lo es todo suicidio. En consecuencia, lo que debemos hacer es distinguir entre suicidio deliberado y suicidio accidental, no declarar que interrumpir voluntariamente la hemodiálisis o cualquier otro tratamiento que mantiene artificialmente la vida «no es suicidio».

La *acción deliberada* es el componente esencial compartido no sólo por la contraception y el suicidio, sino también por innumerables acciones voluntarias — buenas, malas y moralmente neutras— en las que nos implicamos. Llamamos a la

decisión de crear una vida o no crearla «control de natalidad» y debiéramos llamar a la decisión de quitarnos la vida o no quitárnosla «control de la propia muerte»^[40]. Mientras rechazamos esta opción semántica (o alguna otra parecida), nos será imposible abandonar nuestros prejuicios tradicionales frente al suicidio.

Sin tener en cuenta las similitudes entre el suicidio por interrupción de la diálisis y el suicidio por medios más directos, las reacciones de nefrólogos y psiquiatras a estas acciones, respectivamente, no podrían ser más diferentes. Los nefrólogos aceptan que una persona pueda considerar que la muerte es preferible a vivir atado a una máquina y creen que deberían «acceder a la petición de un enfermo consciente o a los deseos expresados con anterioridad por un paciente inconsciente»^[41]. Los psiquiatras que trabajan en unidades de diálisis también aceptan esta clase de suicidio, aunque no desean desprenderse del privilegio de decidir a quién le será permitido interrumpir la diálisis y a quién no. Lewis M. Cohen, un psiquiatra de Massachusetts, escribe lo siguiente: «Cuando determino que una petición de interrupción de la diálisis está motivada por la depresión o por cualquier otra forma de psicopatología, no dudo en prescribir un tratamiento psiquiátrico intensivo, incluso si éste implica la reclusión en un hospital»^[42]. Por el contrario, y a pesar de la clásica advertencia de Bleuler^[43], los psiquiatras son reacios a aceptar que vivir atado a la institución de la psiquiatría puede ser tan insoportable como vivir atado a una máquina de diálisis. Piensan que *nunca* debe accederse a la petición de un suicida potencial de acabar con su vida directamente, en lugar de hacerlo mediante el rechazo a la continuidad de un tratamiento. Además, han convencido a los legisladores de que ellos, los psiquiatras, deberían ser obligados a impedir el suicidio de dicha persona, por la fuerza si es necesario.

Existe otra diferencia entre la relación de los nefrólogos con los pacientes sometidos a hemodiálisis y la mantenida por los psiquiatras con los pacientes sometidos a tratamiento con drogas antipsicóticas. Ocasionalmente, los nefrólogos deben vérselas con pacientes que quieren continuar con la diálisis incluso aunque sus médicos lo consideren «inútil e irracional». Por decirlo sin rodeos, a veces los nefrólogos se encuentran con pacientes que, en su opinión, deberían morir interrumpiendo la diálisis pero se niegan a hacerlo. En un artículo titulado «Competent Patients, Incompetent Decisions» [Pacientes competentes, decisiones incompetentes], tres nefrólogos australianos describen el caso de una mujer de 70 años «con un tumor renal maligno en estado terminal que quería continuar con la diálisis aun cuando los que se ocupaban de ella juzgaban su decisión irracional [...] [al personal sanitario] respetar sus deseos continuando la diálisis le parecía tan inútil como caro». Tras enfrentarse a la cuestión de «la autonomía del paciente», los

autores concluyen que «existen motivos para ignorar los deseos de los parientes cuando entran en conflicto con la opinión médica». Los médicos interrumpieron la diálisis de la pariente. «La autonomía —explicaron— puede ser igualmente restringida si el médico cree que un paciente se va a ver perjudicado por el tratamiento solicitado.»^[44]

Estos autores asumen que las personas llamadas «médicos» deben tener un *derecho legal* a restringir la autonomía de sus parientes. Como hemos visto en este capítulo, ello no es posible si el pariente es más poderoso que el médico, si, a causa de su fuerza económica o política, el paciente es el superior y el médico el subordinado. Cuanto más garantizada crean los médicos que está su posición superior frente a los parientes, más rápido olvidarán la influencia que sus suposiciones tácitas —acerca de su propia situación y acerca de la de los pacientes— tienen en sus juicios éticos y en sus decisiones clínicas.

Por razones obvias, los psiquiatras no se enfrentan nunca a este problema: nunca se encuentran con parientes «psicóticos» (deprimidos o esquizofrénicos) que, en opinión de sus médicos, estén tan gravemente enfermos y puedan responder tan poco ya al tratamiento que deban interrumpir el uso de drogas antipsicóticas (y quitarse la vida), pero se nieguen a ello y quieran seguir tomando las drogas que les impiden suicidarse.

Finalmente, los nefrólogos se encuentran de vez en cuando con pacientes sometidos a diálisis cuyo tratamiento quieren interrumpir porque los enfermos se dedican a sabotearlo (no siguiendo la dieta, consumiendo drogas, etc.) y a interferir, con su negativa a colaborar, en el funcionamiento de la unidad nefrológica. Ya que declarar trastornadas y peligrosas para sí mismas a estas personas añadiría un diagnóstico psiquiátrico al historial del paciente pero no resolvería el problema de los médicos, los nefrólogos suelen enfrentarse a él solicitando a los jueces que les permitan interrumpir el tratamiento. El resultado más habitual es el inicio de un complejo proceso judicial, que suele llegar a algún tipo de solución cuando el paciente ya ha fallecido^[45]. Los psiquiatras nunca deben enfrentarse a esta clase de problemas: nunca se encuentran con pacientes deprimidos o esquizofrénicos cuyo tratamiento con drogas antipsicóticas quieren interrumpir porque los enfermos se dedican a sabotearlo (no siguiendo la medicación, consumiendo otras drogas, etc.) y a interferir, con su negativa a colaborar, en el funcionamiento de la unidad psiquiátrica. Aquí lo esencial no es que los psiquiatras no deban enfrentarse a este tipo de pacientes, sino que ellos solucionan el problema con una intensificación de la coerción que queda oculta

bajo el nombre de «tratamiento psiquiátrico».

Debe señalarse que los nefrólogos disfrutaban de un gran apoyo hacia su postura tolerante y favorable a permitir a los enfermos interrumpir su tratamiento: la Asociación Médica Americana y la comunidad bioética respaldan la ficción de que quitarse la vida por interrupción de la diálisis no *es un suicidio* y que esta forma de morir es idéntica a hacerlo a causa de la enfermedad primaria. Tal como vimos anteriormente, la «opinión» oficial de la AMA sobre los tratamientos que mantienen artificialmente la vida concluye con esta reconfortante afirmación: «Su interrupción ni es un suicidio ni un suicidio asistido». Esto es contrario al sentido común, a la definición del suicidio que podemos encontrar en un diccionario y a la clasificación psiquiátrica como un tipo de suicidio la muerte autoinfligida por inanición en el caso de la anorexia.

Seguramente es correcto comparar la interrupción voluntaria del procedimiento vital de la diálisis en el caso de un fallo renal con la interrupción voluntaria del procedimiento vital de ingerir alimentos en el caso de la anorexia. ¿Es este rechazo a la comida un tipo de suicidio? El prestigioso *Comprehensive Textbook of Psychiatry* [Manual de psiquiatría] dice en su segundo volumen: «Algunos psiquiatras han considerado la anorexia como una variante del suicidio»^[46]. Hilde Bruch, una experta mundial en anorexia, ha escrito: «Nos hemos referido a la anorexia como “un suicidio en pequeñas dosis”»^[47].

La diferencia que existe entre una persona físicamente enferma que interrumpe la diálisis y otra físicamente sana que deja de comer no es que lo primero no sea un suicidio y lo último sí, sino que aceptamos lo primero y rechazamos lo segundo. Sería mejor que lo dijéramos claramente y que dejásemos de jugar con el lenguaje que empleamos para referimos a la muerte.

Reflexiones adicionales sobre la semántica del suicidio

Sé que los bioéticos rechazan la postura que afirma que la interrupción de la diálisis —y, en general, la interrupción de cualquier tratamiento que mantenga artificialmente la vida— es un tipo de suicidio. Ellos sostienen que el paciente muere por causa de su enfermedad primaria. Sin embargo, si el paciente

continuara con el tratamiento, no moriría. El tiempo que este enfermo vaya a vivir y la calidad de vida que tendrá son factores importantes que considerar para justificar la decisión de interrumpirlo, pero no contradicen el hecho de que la causa inmediata de la muerte sea el suicidio (autohomicidio). Para demostrar que esta conclusión es inevitable, lo único que debemos hacer es cambiar un poco el escenario.

Supongamos que un paciente interrumpe su tratamiento de diálisis y unos días después es asesinado por un intruso: su muerte sería considerada un asesinato (heteromicidio), y la persona que lo mató sería calificada de asesino. Es irrelevante que la vida que le quedaba por vivir a la persona enferma en diálisis fuera a ser más corta que la que le queda por vivir a la persona sana que se suicida. Lo importante es que, en cada caso, la acción deliberada del sujeto es la causa inmediata de su propia muerte. Tanto la persona que se quita la vida interrumpiendo su diálisis como la que se la quita mediante una sobredosis de sedantes *muere cuando y como quiere morir*, en lugar de aguardar la muerte en un momento y de un modo no elegido. En lo esencial, ambos tipos de muerte son ejemplos de autohomicidio. Moralmente, quizá queramos y hasta debemos distinguir uno de otro. Sin embargo, no debemos afirmar que porque un suicidio sea justificable (por ejemplo, porque es una forma de autodefensa contra un tratamiento físicamente invasivo y doloroso) «no sea un suicidio». Sería mejor enriquecer nuestro vocabulario para que pudiéramos identificar el suicidio como tal, sin estigmatizar al que lo comete, y reconocer la acción sin rechazar su verdadera naturaleza.

Una vez que una persona ha iniciado un tratamiento que la va a mantener con vida, se requiere una acción (comisión) por su parte para detenerlo. En otras palabras, la diferencia esencial entre el suicidio de una persona que se quita la vida de forma indirecta —interrumpiendo un tratamiento vital— y el de otra que lo hace de manera directa no es simplemente la diferencia entre omisión y comisión. La diferencia consiste en que aceptamos moralmente lo primero y rechazamos lo último. Esta cuestión está presente en los comentarios que provocó la muerte del famoso escritor James Michener. El 3 de octubre de 1997, la prensa informó de que Michener, de 90 años de edad, «había decidido interrumpir su tratamiento de hemodiálisis. [...] Una fuente no identificada dijo que “había decidido que no quería seguir viviendo así”»^[48].

«¿Cometió suicidio James Michener o sólo murió? —se preguntó Bruce Hilton, director del Centro Nacional de Bioética—. Después de tantos años

defendiendo una actitud moral ante la vida, ¿acabó pasando por encima de la moral y de la ley?» No, concluyó Hilton. Lo que Michener hizo se llama «dejarse morir o dejar que la naturaleza siga su curso. Es “una interrupción de un tratamiento inapropiado”, “el derecho a rechazar el tratamiento” o “eutanasia pasiva”, pero no es suicidio»^[49].

Hilton quiere pensar bien de Michener, y éste se lo merece; por ello, no puede imaginar que el escritor se suicidara. En otras palabras, Hilton renuncia a atribuir un sentido descriptivo, esencial y no estigmatizador a la palabra «suicidio»; no puede dejar de pensar que cometer suicidio implica un vacío moral, una enfermedad moral o ambas cosas. Dadas sus limitaciones, Hilton se ve obligado a negar que la muerte voluntaria de Michener sea un suicidio.

Irónicamente, en su esfuerzo por disculpar a Michener por una acción que no necesita disculpa, Hilton lo minusvalora cuando rechaza que muriera como una persona responsable y que su muerte fuese digna de admiración. En su lugar, Hilton presenta a Michener como una víctima inocente de las circunstancias: «[Michener] se encontraba en una situación artificial, *resguardado* de la *muerte natural* por las complejidades de la tecnología médica». El escritor no estaba *resguardado* de la *muerte natural*. Cuando comenzó la diálisis decidió no resignarse a morir *naturalmente* por un fallo renal (gracias a la diálisis «artificial»); cuando interrumpió la diálisis *decidió* morir por un fallo renal, «una muerte natural» (y no a causa de un derrame cerebral, por ejemplo, que también es «natural» y una causa habitual de muerte entre los pacientes sometidos a diálisis).

Por último, si Hilton considera *natural*, y por tanto virtuoso, morir por un fallo renal, debe considerar artificial, y por tanto cruel, vivir sometido a hemodiálisis. Si el director del Centro Nacional de Bioética está tan confuso acerca de lo que es o no «natural» y lo que es o no «suicidio», no es ninguna sorpresa que la prensa y el público estén confusos acerca del suicidio. Afirmar, como hace Hilton, que Michener no cometió suicidio porque su acción estaba justificada es como decir que los verdugos a las órdenes de Adolf Eichmann no cometieron asesinatos porque su acción estaba justificada. El *Webster's Dictionary* define el suicidio como «la acción de quitarse la vida voluntaria e intencionadamente» y el homicidio como «la muerte de un ser humano ocasionada por otro».

El nacimiento y la muerte: la simetría satánica-divina

A modo de moraleja, lo esencial del Génesis está en la conocida advertencia: «¡No quieras saber demasiado!»^[50]. La vida es un asunto de Dios, no del hombre. Los redactores de la Biblia dramatizan las ansias de conocimiento del hombre como una lucha entre Dios y el diablo. Dios es el soberano legítimo de la vida y la muerte. El deseo del hombre de ganar el control sobre sí mismo, sobre su propio nacimiento y su propia muerte, es equivalente a arrebatar a Dios ese control. La autonomía es un crimen de *lesa majestad*. Llamamos a Dios «el Creador» y a Satán, «el Destructor». El nacimiento es divino, en tanto que la muerte es satánica^[51].

El control de la vida y la muerte: prohibición, medicalización y derogación de la prohibición

Si no es obstaculizada por la inteligencia o la interferencia humanas, la reproducción (en el hombre y en los animales) es la consecuencia *no buscada* de la copulación, mientras que la muerte es la consecuencia *no buscada* de ser devorado por otro animal o sucumbir a la enfermedad, los accidentes o la vejez. Durante un tiempo incalculablemente largo, la vida y la muerte de los seres humanos estuvieron regidas por estas leyes de la biología, aparentemente inviolables. Sin embargo, en algún momento del pasado remoto, la gente advirtió la conexión entre el coito y la concepción. Este descubrimiento le proporcionó un modo de controlar la procreación, mediante la abstinencia, la masturbación, la homosexualidad, los anticonceptivos o el aborto. Provocar la muerte por medio del asesinato debió haber sido un descubrimiento muy anterior.

En resumen, hace tiempo que hemos arrebatado a Dios el derecho a matar a los demás, así como el derecho a controlar nuestra propia reproducción, pero seguimos teniendo miedo de arrebatarle el poder de controlar nuestra propia muerte. Es más, nos estamos acercando sigilosamente a Él. Decimos que es legítimo «acelerar» una «muerte natural», es decir, una muerte que Dios nos tenía preparada. Pero no es legítimo elegir el instante y el modo de nuestra muerte, sin tener en cuenta Su aprobación o la de cualquier otra autoridad. Esto es de una extraña timidez por nuestra parte. Nos enfrentamos a la vida cotidiana como si no tuviera nada que ver con Él pero nos atemoriza proclamar que nuestra muerte

tampoco tiene que ver con Él. Es todavía peor, porque otorgamos un aura de divinidad a los médicos y delegamos en ellos el poder para regular la muerte.

Dios tenía buenas razones para prohibir la contracepción y el suicidio. Creó al hombre para que le hiciera compañía, no para ser abandonado por él^[52]. La vida de los primeros hombres era precaria y corta. Su mentalidad colectiva, por decirlo así, vio en la contracepción y en el suicidio un grave peligro para la supervivencia del grupo. Por tanto, creó a los dioses para prohibir a los individuos entregarse a esos actos no «naturales». Los ritos de la fertilidad y los tabúes contra el suicidio son características comunes en todas las religiones ancestrales. Los llamamientos a «multiplicarnos» y a «no matar» son básicos para las grandes religiones monoteístas occidentales.

Las prohibiciones ancestrales del control de los nacimientos y de la muerte implican que la gente se dio cuenta de la amenaza que representaba para el grupo el ejercicio de esas habilidades. Hasta hace muy poco, la mayoría de los niños moría durante la infancia y los adultos apenas llegaban a vivir lo suficiente para reproducirse. El control de natalidad sólo se ha convertido en una solución para el problema de la pobreza y la superpoblación desde que la ciencia contribuyó a hacer la vida más sana y más prolongada. En la actualidad, la prohibición contra el control de natalidad y el control de la propia muerte no son ya de ninguna utilidad sociobiológica. Además, aunque ni la tradición ni la religión controlan ya la contracepción, todavía lo hacen con el suicidio, si bien por medio de la medicina más que mediante de la teología o el código penal.

Lamentablemente, nuestros recuerdos de la historia de la medicalización son escasos y nuestra memoria, selectiva: recordamos lo bueno y olvidamos lo malo, especialmente en lo relativo al comportamiento sexual. Cuando nací, la contracepción estaba totalmente bajo control médico y el aborto era ilegal. Cuando estaba realizando mis prácticas en un hospital de Boston, ofrecer consejos anticonceptivos era un delito, por no hablar de prescribir algún método anticonceptivo. Sólo en 1965, en el famoso caso *Griswold versus Connecticut*, declaró el Tribunal Supremo inconstitucional la ley que consideraba un delito «impedir artificialmente la concepción»^[53]. En este caso, que sentó jurisprudencia, el Tribunal derogó una ley que prohibía una acción. Lo que no hizo fue medicalizar la supuesta «condición» que motiva esa acción: el Tribunal no alarmó sobre el riesgo de embarazo ni proclamó su deseo de evitar una «enfermedad»; tampoco llamó a la participación en la antigua conducta prohibida «contracepción asistida por un médico» ni la consideró un tratamiento. En resumen, el derecho al control

de natalidad estaba en manos de la gente, no en manos de los médicos.

El aborto sufrió una metamorfosis parecida, de pecado a delito y de éste a derecho, con una pequeña pausa en forma de tratamiento. Cuando se legalizó el aborto, la enfermedad mental cuyo tratamiento justificaba el aborto terapéutico desapareció. Cuando el suicidio sea legalizado, la enfermedad mental cuyo tratamiento justifica su prevención terapéutica también desaparecerá.

Aunque realizar un aborto y desarrollar métodos efectivos de contracepción implica el uso de conocimientos médicos, el aborto y la contracepción *no son cuestiones médicas*. Y lo mismo podemos decir del suicidio. Aunque quitarse la vida con una droga implica el uso de conocimientos médicos y requiere el acceso a la sustancia necesaria, *el suicidio no es una cuestión médica*. Debemos enfrentarnos al control de la muerte del mismo modo que nos hemos enfrentado al control de natalidad: sacándolo del ámbito de la medicina y del derecho mediante el rechazo a toda interferencia médica o legal en el acto.

El derecho al control de la propia muerte

Los críticos contemporáneos de la legitimidad y la moralidad del suicidio formulan dos argumentos parecidos: o definen el suicidio como una enfermedad y así pueden negar que sea una acción, o bien reconocen que es una acción pero rechazan que sea «racional» o «verdaderamente voluntaria», con lo cual eliminan el significado moral de su reconocimiento. Estas actitudes ilustran el hecho de que el suicidio es nuestro último y más importante tabú social: si un individuo quiere ser aceptado por la sociedad como «normal», *está obligado* a dudar de la salud mental del suicida. No podemos reflexionar sobre el suicidio sin trascender este tabú.

Del vicio a la virtud: la masturbación, la homosexualidad y el suicidio

Pensar que los onanistas y los homosexuales no son ni depravados ni

enfermos es un fenómeno reciente. Aún no hace mucho, la teoría psiquiátrica justificaba la persecución terapéutica de las personas que se entregaban a estas prácticas, especialmente si los psiquiatras las «diagnosticaban» apropiadamente.

Pensar que la práctica del control de natalidad es una virtud en lugar de un vicio también es un fenómeno reciente. Los creadores de opinión tardaron mucho tiempo en darse cuenta de que una procreación excesiva no sólo sobrecarga a los padres, sino que también daña a los hijos, cuyo bienestar tanto los padres como la sociedad quieren proteger. La práctica del control de natalidad no se convirtió en un distintivo de las sociedades avanzadas hasta entrado el siglo XX. Incluso la gente que cree en religiones que hasta hace poco prohibían el control de natalidad, ahora lo practica como un acto de planificación responsable.

Nos hemos desprendido de estas falsas creencias y de las perniciosas costumbres basadas en ellas, y hemos prohibido al Estado y a sus agentes psiquiátricos que molesten a los que se atienen a estas conductas. Estoy convencido de que algún día contemplaremos nuestras actuales políticas prohibicionistas sobre el suicidio con la misma actitud de desaprobación con la que consideramos las antiguas políticas sobre la homosexualidad, la masturbación y el control de natalidad.

Dado que aprobamos a escala social el control de natalidad, ya no rechazamos automáticamente la capacidad de una persona para practicar la contracepción, y tampoco tratamos de interferir en su comportamiento basándonos en que no es capaz de decidir sobre una cuestión tan vital como ésta. Por el contrario, dado que no aprobamos a escala social el suicidio, rechazamos automáticamente la capacidad de una persona para cometerlo, e interferimos en su comportamiento basándonos en que no es capaz de decidir sobre este tema. Aunque las consecuencias sociales nocivas de la procreación impulsiva e irresponsable son mucho peores que las que tiene el suicidio impulsivo e irresponsable, tratamos el control de natalidad como un derecho inalienable, pero no hacemos lo mismo con el control de la propia muerte. Si pensamos, acertadamente, que la regulación de la fuerza de la natalidad es odiosa en el aspecto moral, e inaceptable en el jurídico, deberíamos pensar que la regulación de la fuerza de la muerte es aún más odiosa e inaceptable.

El control de la propia muerte: la última opción y la responsabilidad final

¿Qué querían decir los que redactaron la Biblia cuando escribieron: «Cada cosa tiene su momento, y hay un momento para cada cosa bajo el cielo: un momento para nacer y un momento para morir»?

Creo que querían recordarnos que la vida es un ciclo perpetuo de nacimiento, crecimiento, decadencia y muerte. Al igual que llega un momento en que la mujer es demasiado vieja para procrear, también llega el momento en que estamos demasiado débiles para quitarnos la vida. La mujer que quiere procrear debe quedar embarazada mientras pueda, quizás antes de que se sienta preparada para ello. Asimismo, si no queremos morir lentamente tras un período de prolongada discapacidad, debemos quitarnos la vida mientras podamos, quizás antes de que nos sintamos preparados para ello.

No somos responsables de haber nacido, pero desde el momento en que adquirimos la capacidad de la autorreflexión somos, cada vez más a medida que envejecemos, responsables de nuestra propia vida y nuestra propia muerte. La opción del suicidio siempre está presente en la vida humana (excepto cuando somos muy pequeños y, a veces, en la vejez). Nacemos involuntariamente y la religión, la psiquiatría y el Estado insisten en que debemos morir de la misma manera. *Esto es lo que hace de la muerte voluntaria la libertad definitiva*. Tenemos el mismo derecho y la misma responsabilidad de regular nuestra vida que nuestra muerte. De hecho, el suicidio, como cualquier acción íntima, debería estar permitido sólo en privado. Las tentativas públicas de suicidio —como, por ejemplo, la de la persona que amenaza con saltar desde lo alto de un edificio— interfieren en la actividad diaria de los demás, constituyen un agravio público y deberían estar prohibidas e incluso castigadas por el derecho penal.

Los derechos y las responsabilidades, como he señalado, no son conductas que las personas lleven a cabo sin tener en cuenta a los demás; son atributos que nos caracterizan en relación a otras personas. Se necesita a dos individuos para generar una responsabilidad^[54]. No debemos considerar a una persona responsable, ni debemos considerarnos responsables nosotros, por sucesos que no están bajo su control, como por ejemplo una puesta de sol. Por lo mismo, no debemos considerar a una persona responsable, ni esta persona debe considerarse así, por no llevar a cabo una acción legalmente prohibida, como por ejemplo suicidarse con una droga.

Sin embargo, debemos considerar a una persona responsable, y esta persona debe considerarse así, por las conductas que están bajo su control. La prohibición del control de la propia muerte —igual que la prohibición del control de natalidad, del uso de drogas o de cualquier otra acción autodirigida— reduce las oportunidades de asumir la responsabilidad por las conductas prohibidas y hace que la persona dependa de los controles externos más que del autocontrol. Éste es el mayor peligro de apoyarnos en las prohibiciones externas para regular comportamientos que, en última instancia, *sólo* pueden ser regulados de modo efectivo por medio del autocontrol. Si los jóvenes no pueden, no deben o no quieren controlar su procreación —porque piensan que dicho control es malo (pecaminoso) o bien porque creen que otros se harán cargo de las consecuencias de su inacción—, entonces crearán nuevas vidas de un modo irresponsable. Igualmente, si los ancianos no pueden, no deben o no quieren controlar su propia muerte —porque piensan que dicho control es malo (una enfermedad mental) o bien porque creen que otros se harán cargo de las consecuencias de su inacción—, entonces morirán de un modo irresponsable.

No quiero decir que tengamos la responsabilidad de suicidarnos (por ejemplo, cuando nos convertimos en una carga para nosotros mismos y para los demás) ni que tengamos derecho a hacerlo (excepto en el sentido débil de la palabra «derecho», es decir, para indicar que se debería prohibir a los agentes del Estado impedir a la fuerza el suicidio). En general, no defiendo ni condeno el suicidio; lo único que digo es que:

Podemos elegir, y tenemos la responsabilidad de hacerlo, entre vivir hasta que la muerte nos llame y quitamos la vida nosotros mismos.

Esta opción y esta responsabilidad es parecida a la opción y la responsabilidad que tenemos de elegir entre casarnos y permanecer solteros, o tener hijos y no tenerlos.

Debemos debatir y resolver el problema de la prevención médica del suicidio *antes* de intentar debatir y legislar sobre su provisión médica.

Los entusiastas y los detractores del «derecho a ser tratado», el «derecho a morir», el «derecho al suicidio asistido» y de parecidos «derechos» en forma de eslogan no se limitan a defender su causa. También litigan en los tribunales y ejercen presión sobre los políticos para imponernos, junto a un poder estatal no limitado por las leyes, sus programas benevolentes. Algunos quieren emplear este

poder para la prevención del suicidio; otros, para su provisión. Ambos grupos insisten en que las intervenciones que defienden constituyen una forma de «atención médica». Rechazo las definiciones, los supuestos, los razonamientos y las tácticas tanto de los defensores de la prevención del suicidio como de los defensores de su provisión. El suicidio es una acción guiada por un objetivo, para cuyo cumplimiento el sujeto tiene motivos y de la que sólo él es responsable. Las consideraciones de los médicos respecto al suicidio son tan irrelevantes como las que hacen en cuanto al asesinato.

Nuestra verdadera y última voluntad: la libertad fatal

Cuando llamamos al testamento «la última voluntad», estamos empleando una figura retórica. Nuestra última voluntad legal está habitualmente preparada mucho antes de que fallezcamos. Nuestra verdadera «última voluntad» consiste en la decisión de quitarnos la vida, en el supuesto de que sea así como queremos morir. La previsión del suicidio es un aspecto más de la preparación para la muerte y se parece a preparar nuestro testamento o preparar un documento en el que especificamos qué tratamiento deseamos que se nos aplique en caso de quedar incapacitados e inconscientes.

Como señalé con anterioridad, prácticamente todas las decisiones trascendentales en la vida —desde elegir una carrera hasta elegir una pareja— debemos tomarlas pronto, a riesgo de no poder tomarlas en absoluto cuando sea demasiado tarde. La decisión de cometer suicidio entra en esta categoría. No obstante, esto no justifica que prohibamos a la gente tomarla.

Permitir a la gente la planificación de su muerte tendría las mismas consecuencias que tiene permitirle la planificación del destino de sus bienes. La posibilidad de planificar el destino del patrimonio personal incentiva la prudencia de los individuos en la medida en que lo desean ellos, y no el Estado ni los demás. Igualmente, la posibilidad de planificar las circunstancias de la propia muerte incentivaría a los individuos a ser prudentes en la vida y les permitiría acabar con su existencia cuando lo desearan ellos, y no el Estado ni los demás.

¿Qué implicaciones tendría una actitud pragmática y permisiva hacia el

control de la propia muerte? En ausencia de la prohibición del suicidio (como de la prohibición de las drogas), la gente estaría segura de poder tirar de la palanca de emergencia cuando quisiera apearse de la vida, sin la ayuda de los demás. Como consecuencia, algunas personas que ahora se suicidan demasiado pronto, por miedo a no poder hacerlo después, pueden retrasar el final de su vida y acabar muriendo por otras causas. Otros, ahora paralizados por las prohibiciones del suicidio y de las drogas, podrían suicidarse una vez que se eliminaran estas cortapisas. Resulta imposible estimar con exactitud si la práctica del derecho al control de nuestra propia muerte implicaría un mayor o un menor número de suicidios. A menos que prefiramos una seguridad ilusoria a la verdadera libertad, el resultado de abolir las medidas antisuicidas no debe influir en nuestro juicio acerca de la legitimidad del derecho al control de la propia muerte.

En la actualidad, podemos tomar decisiones sobre el control de natalidad — determinar si es correcto o incorrecto, practicarlo o no— sin la ayuda ni el estorbo del Estado. Hasta que no podamos tomar las mismas decisiones sobre el control de la propia muerte sin la ayuda ni el estorbo del Estado no estaremos en posesión formal de nuestra libertad más esencial: la libertad de decidir cuándo y cómo debemos morir.

APÉNDICE

El hombre contemporáneo considera el suicidio como una enfermedad que requiere una intervención médica para poder ser controlada, o bien como un tratamiento dirigido a los enfermos terminales que requieren ayuda para quitarse la vida. A modo de contrapeso frente a esta distorsionada visión monocromática de la muerte voluntaria, quiero presentar en este apéndice algunas percepciones y actitudes diferentes respecto al suicidio.

La tolerancia al suicidio: Thomas Jefferson (1743-1826)

En 1779, el Legislativo de Virginia estaba debatiendo una ley para derogar el castigo al suicidio consistente en la «confiscación de los bienes», cuando Jefferson realizó la siguiente declaración en su apoyo:

Según la ley, el suicidio debe castigarse con la «confiscación de los bienes». Esta ley [que reforma el código penal de Virginia] lo exime de toda confiscación. El suicida perjudica en menor medida al Estado que aquel que lo abandona cargado con sus posesiones. Si creemos que este último no debe ser castigado, entonces tampoco lo debe ser el primero. No debemos temer su imitación. Los hombres están demasiado apegados a la vida como para arrebatarla a sí mismos, y, en cualquier caso, el castigo de la confiscación no podrá evitarlo. Porque si un hombre está tan decidido a renunciar a la vida, tan cansado de su existencia entre nosotros, que le tienta experimentar con lo que hay más allá de la tumba, ¿debemos suponer que en este estado de ánimo sea susceptible de verse influenciado por las pérdidas patrimoniales que sufrirá su familia con la confiscación? Que los hombres, en general, también desapruaban este castigo es evidente, dadas las continuas sentencias judiciales que consideran al suicida un demente; y ello ocurre así porque no tienen otro modo de eludir la confiscación. Acabemos, pues, con ella^[1].

El 14 de julio de 1813, Jefferson contestó a dos cartas que había recibido del doctor Samuel Brown, catedrático de teoría y práctica de la medicina en la Universidad de Lexington, Virginia Su correspondencia versaba, evidentemente,

sobre las plantas tóxicas que pudieran resultar útiles para el suicidio, como deducimos de la respuesta de Jefferson:

La preparación más elegante que conocemos es la de la hierba de Jamestown, *Datura estramonio*, inventada por los franceses en tiempos de Robespierre. Todo hombre valeroso la llevaba constantemente consigo para anticiparse a la guillotina. Produce un sueño profundo y tan tranquilo como cuando la fatiga nos conduce al sueño ordinario, sin espasmos ni alteraciones. [...] Parece preferible a la sección de las venas de los romanos, la cicuta de los griegos o el opio de los turcos. [...] Si esta droga se pudiera restringir a la autoadministración, no debería ser mantenida en secreto. Hay situaciones en la vida tan desesperadas como intolerables para las que sería un alivio racional. [...] Y también como remedio para la tiranía, al que los romanos recurrieron durante el imperio [...] siempre me he preguntado por qué no pensaron que una puñalada en el pecho del tirano podía ser un remedio mejor^[2].

La defensa del suicidio: sir Leslie Stephen (1832-1904)

Leslie Stephen —padre de Virginia Woolf y hermano menor de James Fitzjames Stephen— era un importante hombre de letras Victoriano, fuertemente vinculado a la razón, la literatura y también al ateísmo. Su postura y sus escritos sobre el suicidio podrían haber proporcionado a su hija Virginia una justificación moral para su agresiva defensa del derecho a quitarse la vida. En *The Science of Ethics* [La ciencia de la ética] —una obra escrita en 1882 a contracorriente del pensamiento mayoritario en el período Victoriano, si bien empleando un estilo tremendamente característico de su época y de su clase—, Stephen presenta un apasionado razonamiento en defensa de la moralidad de la muerte voluntaria:

Supongamos ahora que un hombre, sabiendo que la vida no es para él sino agonía y que viviendo no puede ser de utilidad a nadie, sino que únicamente va a causar una molestia inútil a los que le cuiden y, quizá, influir negativamente en la salud de su esposa y de sus hijos, decide suicidarse. ¿Qué debemos pensar de este hombre? Sin duda está rompiendo el código moral aceptado; pero ¿por qué no iba a hacerlo? [...] ¿No podemos afirmar que esté actuando conforme a un principio moral superior, y que, con su acción, esté disminuyendo la cuantía total de

desgracia humana? [...] El comportamiento puede surgir de la cobardía o de una motivación más elevada de lo normal, por lo que no podemos determinar el mérito de la acción; pero, asumiendo el motivo más elevado, no veo por qué debiéramos condenar la acción que de él se deriva^[3].

Leslie Stephen no se suicidó. Eligió morir dolorosa y lentamente de cáncer.

La glorificación del suicidio: Henry L. Mencken (1880-1956)

H. L. Mencken admiraba profundamente a Friedrich Nietzsche (1844-1900) y estaba influido por sus obras. Los extractos que siguen ilustran las posturas de Nietzsche y de Mencken respecto al suicidio. La forma poco pretenciosa y sarcástica en que escribieron sobre la muerte voluntaria contrasta con el estilo pretencioso y medicalizado en el que los periodistas y los creadores de opinión contemporáneos escriben sobre el tema.

Muerte.—Schopenhauer razona del siguiente modo en su ensayo *Sobre el suicidio*: la posibilidad de una autodestrucción fácil e indolora es lo único que alivia el horror de la vida humana constante y considerablemente. El suicidio es una vía de escape del mundo y sus torturas, y por tanto es algo bueno. Es un refugio que siempre está ahí para los débiles, los hastiados y los desesperados. [...] Su exaltación de la rendición, por supuesto, no tiene nada en común con la filosofía dionisiaca del desafío. Las enseñanzas de Nietzsche van en otra dirección. Urge no la rendición, sino la batalla; no la huida, sino la lucha hasta el final. Su maldición recae sobre los «predicadores de la muerte» que aconsejan un «abandono de la vida», sea éste un abandono pardal, como en el ascetismo, o real, como en el suicidio. Y aun así, Zaratustra entona la canción de la «muerte libre» y afirma que el superhombre debe aprender a «morir cuando llegue el momento». [...] Schopenhauer considera el suicidio como una vía de escape; Nietzsche, como el modo perfecto de mandarlo todo a paseo. Ha llegado la hora de morir, dice Zaratustra, cuando nuestro objetivo vital deja de ser alcanzable, cuando el guerrero se rompe el brazo con el que empuña la espada o cae en manos de sus enemigos. Y aun ha llegado la hora de morir cuando hemos alcanzado nuestro objetivo vital, cuando el guerrero triunfa y ya no ve más mundos que conquistar. [...] Uno que «ha envejecido demasiado para más victorias», uno que está «pálido y ajado», uno

con la «boca desdentada», para cada uno de éstos hay una muerte rápida y segura. [...]

La mejor muerte es la que sobreviene en la batalla «en el preciso instante de la victoria»; la segunda mejor es la muerte en combate en el momento de la derrota. «Ojalá se desate una tormenta —canta Zaratustra— que sacuda todas esas manzanas podridas y llenas de gusanos del árbol de la vida. Es la cobardía la que las mantiene adheridas a las ramas», la que las hace temerosas de la muerte. Pero existe otra cobardía que hace a los hombre temerosos de vivir, y es la cobardía del pesimismo de Schopenhauer. Nietzsche no lo soporta. Para él, una muerte demasiado temprana es tan abominable como una muerte largo tiempo pospuesta. [...] Por tanto, Nietzsche suplica una regulación inteligente de la muerte. Uno no debe morir muy pronto, pero tampoco muy tarde. «La muerte natural —dice— es la negación de la racionalidad. Es una muerte realmente irracional, porque la sustancia de la que está hecha la cáscara determina cuánto debe existir el fruto. El guardián embrutecido es el que decide la hora a la que debe morir su noble prisionero. [...] La regulación y el control ilustrado de la muerte formará parte de la moral del futuro. Por ahora, la religión hace que parezca inmoral, porque la religión presupone que cuando llega la hora, es Dios el que da la orden»^[4].

El propio Nietzsche escribió: «Hay circunstancias en las que es indecente vivir por más tiempo. [...] Debemos transformar este estúpido hecho fisiológico en una necesidad moral. [La muerte natural] no es una muerte libre, es una muerte bajo las circunstancias más despreciables, una muerte en el momento equivocado, la muerte de un cobarde. Por puro amor a la vida, debiéramos desear una muerte distinta, libre, consciente, anticipada, y no accidental»^[5]. Tristemente, su propia muerte patética fue la clase de destino que le aterrorizaba y que no se cansó de denunciar.

La provocación del suicidio: Luis II, rey de Baviera (1845-1886)

Luis II se convirtió en rey de Baviera cuando tenía diecinueve años, tras la muerte de su padre. Fue un rey popular. A diferencia de otros monarcas ociosos, no quiso ser un vago mantenido con fondos públicos y gastó su propia e inmensa fortuna en construcciones públicas como el famoso castillo de Neuschwanstein,

que en la actualidad constituye la principal atracción turística de Baviera. Sin embargo, Luis II fue homosexual en una época en la que la homosexualidad estaba considerada como una grave enfermedad mental.

La independencia de Baviera dificultaba los esfuerzos de Bismarck por unificar Alemania. Bismarck no sólo era un genio político, sino también el primer político moderno en comprender y emplear las posibilidades de reclutar a los psiquiatras directamente al servicio del Estado: sabía cómo jugar la carta de la locura mucho antes de que jugarla fuera una aceptada práctica política y judicial tanto en países democráticos como totalitarios. Incapaz de unir Baviera al resto de Alemania por medio de la diplomacia, Bismarck buscó ayuda en la psiquiatría. En 1886 propuso al doctor Bernard van Gudden, profesor de psiquiatría en la Universidad de Munich, que Luis II fuera depuesto declarándolo mentalmente enajenado. Gudden captó al instante la posibilidad de demostrar la utilidad de la psiquiatría para el poder. Aunque no conocía personalmente al rey, preparó un borrador con sus «descubrimientos médicos», basados en los rumores sobre el «paciente». Para dar a sus «descubrimientos» una pátina de autenticidad, «consultó» con tres distinguidos colegas. Entonces, los cuatro importantes psiquiatras firmaron un documento en el que declaraban lo siguiente:

Su Majestad está psíquicamente trastornado en un grado avanzado, padeciendo una clase de enfermedad mental que los psiquiatras conocemos bien y que llamamos paranoia (locura). A la vista de esta clase de enfermedad y de su desarrollo gradual y progresivo a lo largo de muchos años, declaramos a Su Majestad incurable, dado que un mayor deterioro de su capacidad mental parece seguro. Debido a su enfermedad, el ejercicio de la libre voluntad de Su Majestad resulta completamente imposible, y así declaramos a Su Majestad inútil para ejercitar el gobierno, dado que las causas que se lo impiden durarán no sólo un año, sino toda su vida^[6].

Tras el apresamiento de Luis II, los psiquiatras se enfrentaron al problema de qué hacer con él. «Hospitalizar» al rey en un manicomio público o privado era, obviamente, imposible. En su lugar, se hicieron los preparativos necesarios para alojar a Luis II bajo una especie de arresto domiciliario psiquiátrico. Se transformó el castillo de Berg, uno de los palacios reales a orillas del lago Starnberg, en un manicomio para uso exclusivo del paciente real. Asumiendo que había sido condenado a cadena perpetua sin posibilidad de libertad condicional Luis II decidió suicidarse. Un radiante día de junio de 1886, sólo dos días después de haber llegado al castillo de Berg, el rey y el doctor Gudden salieron a dar un paseo

por la orilla del lago. Con los guardianes del rey caminando a una cortés distancia tras ellos, Luis II corrió hacia el lago. Gudden, mucho más viejo y débil que el joven rey, corrió tras él. Antes de que los guardianes pudieran alcanzarles, Luis II ahogó a Gudden y luego se ahogó él^[7].

La recomendación del suicidio: sir William Osler (1849-1919)

Fundador de la Escuela de medicina de la Johns Hopkins University y más tarde profesor regius de medicina en Oxford, Osler era conocido como «el portavoz más famoso de la profesión *médica* del *mundo anglosajón*»^[8]. En 1905, el año en que dejó Baltimore para marchar a Oxford, dio un discurso público, titulado «The Fixed Period» [El período fijo], en el que declaró que los hombres de más de sesenta años eran inútiles y que de «una pacífica partida con cloroformo podían resultar beneficios incalculables», tanto para ellos como para la sociedad^[9]. Osler afirmó más tarde, de forma no muy convincente, que su propuesta «no iba en serio». Sin embargo, mucha gente no lo creyó así. Su supuesta broma enriqueció temporalmente el lenguaje, ya que generó el verbo «oslerizar», usado tanto en serio como en broma.

Cuando Osler dio su discurso sobre el suicidio era una figura admirada en la medicina estadounidense. A pesar de ello, la prensa —que por aquel entonces aún se mantenía alerta a la hora de proteger la libertad individual frente al estatismo médico— se alarmó. Un editorial del *New York Times* criticó sus observaciones y comparó su propuesta con las costumbres de «las tribus salvajes [...] que suelen golpear a sus mayores en la cabeza siempre que los encuentran en su camino»^[10]. Dos días después de que el discurso fuera denunciado en los periódicos, un veterano de la guerra de Secesión se pegó un tiro. Sobre su mesa se encontró un recorte de periódico que contenía el discurso de Osler. El suceso fue noticia de primera plana en un artículo titulado «El suicida tenía el discurso de Osler». Impertérrito, Osler replicó: «Quise decir justo lo que dije, pero es una desgracia todo este alboroto que están montando los periódicos». En su hagiografía de Osler, Harvey Cushing, el famoso neurocirujano de Harvard, escribió: «Se hicieron vanos esfuerzos para que se desdijera de su afirmación, y, aunque no cabe duda de que se sentía tremendamente herido, siguió como si nada hubiera ocurrido»^[11].

El momento elegido por Osler para su famoso «discurso del cloroformo» fue su despedida de Hopkins para aceptar el puesto de profesor *regius* de medicina en Oxford. A punto de cumplir los cincuenta y seis años, Osler empezaba a contemplar su propia vejez. En su discurso afirmó que «los hombres de más de sesenta años son inútiles» y concluyó diciendo que «la historia muestra que una gran parte de los males del mundo se debe a los sexagenarios, y ciertamente casi todos los grandes errores políticos y sociales»^[12]. Se cree que Osler hablaba en serio por sus favorables comentarios a la obra de John Donne *Biathanatos*^[13] y por el hecho de que su ensayo se inspiró parcialmente en la obra de Anthony Trollope *The Fixed Period*. Esta historia, fraguada en el conocido molde de la utopía futurista, tiene lugar en una isla imaginaria, «Britanulla», en la que el período de vida humana está fijado en los sesenta y cinco años^[14]. Antes de cumplir los sesenta y seis, hombres y mujeres son enviados a una escuela para prepararse durante un año para la eutanasia con cloroformo. Trollope tenía sesenta y siete años cuando escribió la novela. Murió un año más tarde, sin la ayuda del cloroformo.

A pesar de su reputación como coloso de la medicina estadounidense, Osler nunca consiguió librarse de su flirteo con el asesinato médico. Antes de la Primera Guerra Mundial, los estadounidenses aún valoraban la autoconfianza en mayor medida que el proteccionismo estatista y consideraban que Osler, a pesar de sus credenciales profesionales, era un socialista médico, un seguidor del modelo instaurado por Otto von Bismarck. Osler admiraba el estatismo médico alemán, y muy especialmente sus supuestos avances en la comprensión de la «locura». Tuvo una responsabilidad crucial en la inclusión de la psiquiatría en el plan de estudios de Hopkins, para lo cual persuadió a un amigo, el filántropo Henry Phipps, con el objetivo de que éste respaldara la fundación de lo que con el tiempo habría de convertirse en la clínica psiquiátrica Phipps^[15].

BIBLIOGRAFÍA

Las referencias a artículos, informes y otros escritos publicados en periódicos, revistas, diarios y folletos están citadas de forma completa en las *notas* a pie de página. A continuación aparecen las referencias completas de los libros que en dichas notas sólo están citadas con el autor y el título.

Alexander, F. G., S. Eisenstein y M. Grotjahn (comps.), *Psychoanalytic Pioneers*, Nueva York, Basic Books, 1966.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III*, 3.^a ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980 (trad, cast.: *DSM-III: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1988).

—, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*, 4.^a ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 (trad, cast.: *DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995).

Amis, M., *Night Train*, Nueva York, Harmony Books, 1997 (trad. cast.: *Tren nocturno*, 3.^a ed., Barcelona, Anagrama, 1998).

Andreucci, V. E. y L. G. Fine (comps.), *International Yearbook of Nephrology*, 1997, Nueva York, Oxford University Press, 1997.

Arendt, H., *Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil*, Nueva York, Viking, 1963 (trad, cast.: *Eichmann en Jerusalén*, Barcelona, Lumen, 1967).

Arieti, S. (comp.), *American Handbook of Psychiatry*, 3 vols., Nueva York, Basic Books, 1959-1966.

—, *American Handbook of Psychiatry*, 2.^a ed., 6 vols., Nueva York, Basic Books, 1974.

Aristóteles, *The Basic Works of Aristotle*, edición a cargo de Richard McKeon, Nueva York, Random House, 1951.

Artaud, A., *Selected Writings*, edición a cargo de Susan Sontag, Nueva York,

Farrar, Straus and Giroux, 1976.

Baechler, J., *Suicides* (1975), Nueva York, Basic Books, 1979.

Bartlett, J., *Familiar Quotations*, 12.^a edición a cargo de Christopher Morley, Boston, Little, Brown & Co., 1951.

Battin, M. R y A. G. Lipman (comps.), *Drug Use in Assisted Suicide and Euthanasia*, Nueva York, Hawthorn Press/ Binghamton, NY: Pharmaceutical Products Press, 1996.

Battin, M. P y R. W. Maris (comps.), *Suicide and Life Threatening Behavior: Suicide and Ethics*, Nueva York, Human Sciences Press, 1983.

Battin, M. R y D. J. Mayo (comps.), *Suicide: The Philosophical Issues*, Nueva York, St. Martin's Press, 1980.

Beauchamp, T. L. y L. Walters (comps.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Encino, CA, Dickenson Publishing Co., 1978.

Becker, E., *The Denial of Death*, Nueva York, Free Press, 1973.

Berger, R., *Government by Judiciary: The Transformation of the Fourteenth Amendment* (1977), Indianápolis, Liberty Fund, 1997.

Berlin, I., *Four Essays on Liberty*, Londres, Oxford University Press, 1969 (trad. cast.: *Cuatro ensayos sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 1998).

Berrios, G. E. y R. Porter (comps.), *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*, Nueva York, New York University Press, 1995.

Black, H. C., *Black's Law Dictionary*, 4.^a ed., St. Paul, MN, West Publishing Company, 1968.

Blackstone, W., *Commentaries on the Laws of England: Of Public Wrongs* (1752-1765), Boston, Beacon Press, 1962.

Bleuler, E., *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911), Nueva York, International Universities Press, 1950.

Bonhoeffer, D., *Ethics*, edición a cargo de Eberhard Bethge, Nueva York,

Macmillan, 1955.

Brody, B. A. (comp.), *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*, Dordrecht, Países Bajos, Kluwer, 1989.

Bruch, H., *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, Nueva York, Basic Books, 1973.

Brydall, J., *Non Compos Mentis: Or, the Law Relating to Natural Fools, Mad-Folks and Lunatick Persons, Inquisited, and Explained, for Common Benefit*, Londres, I. Cleave, 1700, reimpresión facsímil, Nueva York, Garland, 1979.

Buchanan, A. E. y D. W. Brock, *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

Burdett, H. C., *Hospitals and Asylums of the World: Their Origin, History, Construction, Administration, Management and Legislation*, 4 vols., Londres, J. & A. Churchill, 1891-1893.

Bureau of Justice Statistics Special Report, Washington, DC, Departamento de Justicia de EE. UU., diciembre de 1987.

Burke, E., *The Works of the Right Honorable Edmund Burke*, 12 vols., Boston, Wells & Lilly, 1826.

Burleigh, M., *Death and Deliverance: Euthanasia in Germany, 1900-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

Burton, R., *The Anatomy of Melancholy* (1621), Londres, Nonesuch Press, 1925 (trad. cast.: *Anatomía de la melancolía*, 2 vols., Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997-1998).

Butterfield, H., *The Whig Interpretation of History* (1931), Nueva York, Norton, 1965.

Bynum, W. F, R. Porter y M. Shepherd (comps.), *The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry*, 3 vols., Londres, Tavistock, 1985-1988.

Callahan, D., *The Troubled Dream of Life: Living with Mortality*, Nueva York, Simon and Schuster, 1993.

Camus, A., *The Myth of Sisyphus and Other Essays* (1942), Nueva York, Vintage, 1955 (trad, cast.: *El mito de Sísifo*, 7.^a ed., Madrid, Alianza, 1996).

Carothers, J. C., *The African Mind in Health and Disease: A Study in Ethnopsychiatry*, Ginebra, World Health Organization, 1953.

Cavan, R. S., *Suicide* (1928), Nueva York, Russell & Russell, 1965.

Chase, A., *The Legacy of Malthus: The Social Costs of the New Science of Racism*, Nueva York, Knopf, 1977.

Cheyne, G., *The English Malady: Or, A Treatise of Nervous Diseases of All Kinds; as Spleen, Vapours, Lowness of Spirits, Hypochondriacal and Hysterical Distempers, etc.*, Londres, Strahan & Leake, 1733.

Clare, A., *Psychiatry in Dissent: Controversial Issues in Thought and Practice*, Londres, Tavistock, 1976.

Collinson, G. D., *A Treatise on the Law Concerning Idiots, Lunatics and Other Persons Non Compotes Mentis*, Londres, W. Reed, 1812.

Colt, G. H., *The Enigma of Suicide*, Nueva York, Summit Books, 1991.

Cornwell, J., *The Power to Harm: Mind, Medicine, and Murder on Trial*, Nueva York, Viking, 1996.

Corwin, E. S., *The Constitution: And What It Means Today*, Princeton, Princeton University Press, 1954.

Cushing, H., *The Life of Sir William Osler*, 2 vols., Londres, Oxford University Press, 1925.

De Jasay, A., *Against Politics: On Government, Anarchy and Order*, Londres, Routledge, 1997.

DeSimone, C., *Death on Demand: Psysician-Assisted Suicide in the United States, A Legal Research Pathfinder*, Buffalo, William S. Hein, 1996.

Dicey, A. V., *Introduction to the Study of the Law of Constitution (1885/1915)*, Indianapolis, Liberty Fund, 1982.

Donne, J., *Biathanatos* (1646), Nueva York, Facsimile Text Society, 1930.

Douglas, J. D., *The Social Meanings of Suicide*, Princeton, Princeton University Press, 1967.

Downing, A. B. y B. Smoker (comps.), *Voluntary Euthanasia*., Londres, Peter Owen, 1986.

Droge, A. y J. D. Tabor, *A Noble Death: Suicide & Martyrdom Among Christians and Jews in Antiquity*, Nueva York, Harper/San Francisco, 1992.

Dublin, L. I., *Suicide: A Sociological and Statistical Study*, Nueva York, Ronald Press, 1963.

Durkheim, E., *Suicide: A Study in Sociology* (1897), Glencoe, IL, Free Press, 1951 (trad, cast.: *El suicidio*, Tres Cantos, Akal, 1992).

Dworkin, R., *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Nueva York, Knopf, 1993 (trad, cast.: *El dominio de la vida: una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Barcelona, Ariel, 1998).

Edwards, R. B. (comp.), *Ethics of Psychiatry: Insanity, Rational Autonomy, and Mental Health Care*, Amherst, NY, Prometheus Books, 1997.

Edwards, R. B. y G. C. Graber (comps.), *Bio-Ethics*, San Diego, Harcourt Brace Jovanovich, 1988.

The Encyclopedia of Philosophy, edición a cargo de Paul Edwards, 8 vols., Nueva York, Macmillan, Collier, 1967.

Encyclopedia of the Social Sciences, International, edición a cargo de D. L. Sils, Nueva York, Macmillan and Free Press, 1968.

Endler, N. S. y E. Persad, *Electroconvulsive Therapy: The Myths and the Realities*, Toronto, Can., Hans Huber Publishers, 1989.

Engelhardt, H. T., Jr., *The Foundations of Bioethics*, 2.^a ed., Nueva York, Oxford University Press, 1996 (trad, cast.: *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995).

Epstein, R. A., *Mortal Peril: Our Inalienable Right to Health Care?*, Nueva York, Addison-Wesley, 1997.

Esquirol, J. E. D., *Mental Maladies: A Treatise on Insanity* (1838), facsímil de la edición inglesa de 1845, Nueva York, Hafner, 1965.

Feciden, H. R., *Suicide: A Social and Historical Study*, Londres, Peter Davies, 1938.

Firestone, R. W., *Suicide and the Inner Voice: Risk Assessment, Treatment, and Case Management*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1997.

Flew, A., *Atheistic Humanism*, Buffalo, Prometheus Books, 1993.

Frankl, V. E., *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy* (1959), 3.^a ed., Nueva York, Simon and Schuster/Torchbook, 1984 (trad. cast.: *El hombre en busca de sentido*, 19.^a ed., Barcelona, Herder, 1998).

—, *The Doctor of the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy* (1955), 3.^a ed., Nueva York, Vintage, 1985.

Freedman, A. M., H. I. Kaplan y B. J. Sadock (comps.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry-II*, 2.^a ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1975 (trad. cast.: *Tratado de psiquiatría*, vol. 2, Barcelona, Salvat, 1982).

Freud, S., *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 vols., Londres, Hogarth Press, 1953-1974, citado como SE (trad. cast.: *Obras completas*, 9 vols., Madrid, Biblioteca Nueva, 1997).

Gaylin, W. y B. Jennings, *The Perversion of Autonomy: The Proper Uses of Coercion and Constraints in a Liberal Society*, Nueva York, Free Press, 1996.

Gibbon, E., *The Decline and Fall of the Roman Empire* (1787/1796), edición abreviada a cargo de Dero A. Saunders, Nueva York, Penguin, 1981 (trad. cast.: *Historia de la decadencia y ruina del Imperio Romano*, 8 vols., Madrid, Turner, 1984).

Glover, J., *Causing Death and Saving Lives*, Harmondsworth, Penguin, 1977.

Goethe, J. W., *Autobiography*, en *The Complete Works of Johann Wolfgang von Goethe*, 10 vols., Nueva York, P. F. Collier & Son, sin fecha.

—, *Dichtung und Wahrheit, en Gedenkausgabe der Werke, Briefe und Gespräche*, 24 vols., Zurich y Stuttgart, Artemis Verlag, 1962.

Goffman, E., *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Garden City, NY, Doubleday/Anchor, 1961 (trad. cast.: *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Madrid, H. F. Martínez de Murguía, 1987).

Goldin, J. (comp.), *The Living Talmud: The Wisdom of the Fathers and Its Classical Commentaries*, Nueva York, Mentor, 1957.

Gomez, C. E., *Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands*, Nueva York, Free Press, 1991.

Gorowitz, S. y otros (comps.), *Moral Problems in Medicine*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1976.

Guterman, N. (comp.), *The Anchor Book of Latin Quotations*, Nueva York, Anchor Doubleday, 1990.

Halbwachs, M., *The Causes of Suicide* (1930), Londres, Routledge, 1978.

Hall, J. K. (comp.), *One Hundred Years of American Psychiatry*, Nueva York, Columbia University Press, 1944.

Hamilton, M. R. (comp.), *Terminal Illness and Assisted Suicide: Medical and Christian Moral Perspectives*, col. «Cathedral Papers», n° 6, Washington, DC, Washington National Cathedral, 1993.

Hankoff, L. D. y B. Einsidler (comps.), *Suicide: Theory and Clinical Aspects*, Littleton, MA, PSG Publishing Company, 1979.

Harris, R. y J. Paxman, *A Higher Form of Killing: The Secret Story of Chemical and Biological Warfare*, Nueva York, Hill and Wang, 1982.

Harris, S. H., *Factories of Death: Japanese Biological Warfare, 1932-45, and the American Cover-Up*, Londres, Routledge, 1994.

Hatton, C. L., S. Valente y A. Rink, *Suicide: Assessment and Intervention*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1977.

Hayek, F. A., *The Constitution of Liberty*, Chicago, University of Chicago Press, 1960 (trad, cast.: *Los fundamentos de la libertad*, 6.^a ed., Madrid, Unión, 1998).

Heller, M., *Cogs in the Wheel: The Formation of Soviet Man*, Nueva York, Knopf, 1988.

Hendin, H., *Suicide in America*, nueva edición ampliada, Nueva York, Norton, 1995.

—, *Seduced by Death: Doctors, Patients, and the Dutch Cure*, Nueva York, Norton, 1997.

Herbert, A., *The Right and Wrong of Compulsion by the State, and Other Essays by Auberon Herbert* (1885), edición e introducción a cargo de Eric Mack, Indianápolis, Liberty Press, 1978.

Higgs, R., *Crisis and Leviathan: Critical Episodes in the Growth of American Government*, Nueva York, Oxford University Press, 1987.

Hinsie, L. E. y R. J. Campbell, *Psychiatric Dictionary*, 3.^a ed., Nueva York, Oxford University Press, 1960.

Hubbell, W., *Friends in High Places: Our Journey from Little Rock to Washington*, D. C., Nueva York, William Morrow, 1998.

Hume, D., *Essays on Suicide and the Immortality of the Soul* (1757), introducción a cargo de John Vladimir Price, Bristol, Reino Unido, Thoemmes Press, 1992 (trad, cast.: *Sobre el suicidio*, en *Sobre el suicidio y otros ensayos*, 2.^a ed., Madrid, Alianza, 1995).

Humphry, D., *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Nueva York, Dell, 1992 (trad, cast.: *El último recurso*, Barcelona, Tusquets, 1992).

Hunter, R. y I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry, 1535-1860: A History Presented in Selected English Texts*, Londres, Oxford University Press, 1963.

Ingersoll, R. G., *The Works of Robert G. Ingersoll*, edición New Dresden a cargo de Clinton P. Farrell, 12 vols., Nueva York, C. P. Farrell, 1900.

Inoguchi, R. y T. Nakajima, con la colaboración de R. Pineau, *The Divine Wind: Japan's Kamikaze Force in World War II* [1959], Westport, CT, Greenwood Publishers, 1978.

Jacobs, D. (comp.), *Suicide and Clinical Practice*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1992.

Jacobs, D. y H. N. Brown (comps.), *Suicide: Understanding and Responding*, Madison, CT, International Universities Press, 1989.

Jaspers, K., *Nietzsche: An Introduction to the Understanding of His Philosophical Activity* (1936), Baltimore, John Hopkins University Press, 1997.

Jefferson, T., *Memoir, Correspondence and Miscellanies, From the Papers of Thomas Jefferson*, edición a cargo de Thomas Jefferson Randolph, 6 vols., Nueva York, Gray & Bowen, 1830.

—, *Thomas Jefferson on Democracy*, textos escogidos y organizados por Saul K. Padover, Nueva York, Mentor, 1939.

Jung, C. G., *C. G. Jung Letters*, edición a cargo de Gerhard Adler, 2 vols., Londres, Routledge and Kegan Paul, 1973-1976.

Keizer, B., *Dancing with Mister D.*, Londres, Transworld Publishers, 1996 (trad, cast.: *Danzando con la muerte: memorias de un médico*, Barcelona, Herder, 1997).

Kennedy, R., *Race, Crime and the Law*, Nueva York, Pantheon, 1997.

Keown, J. (comp.), *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical, and Legal Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995.

Kerr, A. y R. Snaith (comps.), *Contemporary Issues in Schizophrenia*, Londres, Gaskell/Royal College of Psychiatrists, 1986.

Kevorkian, J., *Prescription: Medicide, The Goodness of Planned Death*, Buffalo, NY, Prometheus Books, 1991.

Kleinig, J., *Paternalism*, Totowa, NJ, Rowman and Allanheld, 1983.

Koch, A. y W. Peden (comps.), *The Life and Selected Writings of Thomas*

Jefferson, Nueva York, Modern Library, 1944.

The Koran, Baltimore, Penguin, 1968 (trad, cast.: *El Corán*, 4.^a edición a cargo de Juan Vernet, Barcelona, Planeta, 1991).

Kraepelin, E., *Lectures on Clinical Psychiatry* (1904), Nueva York, Hafner, 1968 (trad, cast.: *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Madrid, Nieva, 1988).

Krall, H., *Shielding the Flame: An Intimate Conversation with Dr. Marek Edelman, the Last Surviving Leader of the Warsaw Ghetto Uprising* (1977), Nueva York, Henry Holt, 1986.

Lecky, W. E. H., *History of European Morals, From Augustus to Charlemagne* (1899), vols. 1-2, Nueva York, George Braziller, 1955.

Lewis, C. S., *God in the Dock: Essays on Theology and Ethics*, edición a cargo de Walter Hooper, Grand Rapids, MI, William B. Eerdmans, 1970 (trad, cast.: *Dios en el banquillo*, 2.^a ed., Madrid, Rialp, 1997).

Litton, R. J., *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*, Nueva York, Basic Books, 1986.

Mackay, C., *Extraordinary Popular Delusions and the Madness of Crowds* (1841/1852), Nueva York, Noonday Press, 1962.

Macmurray, J., *Persons in Relation*, Londres, Faber and Faber, 1961.

McIntire, M. S. y C. R. Angle (comps.), *Suicide Attempts in Children and Youth*, Hagerstown, MD, Harper & Row, 1980.

McLean, S. A. M. (comp.), *Death, Dying and the Law*, Aldershot, Reino Unido, Dartmouth, 1996.

Magill, F. N. (comp.), *Masterpieces of World Literature in Digest Form*, Nueva York, Harper & Brothers, 1949.

Maher, J. F. (comp.), *Replacement of Renal Function by Dialysis*, Dordrecht, Países Bajos, Kluwer, Academic Publishers, 1989.

Masaryk, T. G., *Suicide and the Meaning of Civilization* (1881), Chicago,

University of Chicago Press, 1970.

Mason, J. K. y R. A. M. Smith, *Law and Medical Ethics*, 2.^a ed., Londres, Butterworths, 1987.

Maudsley, H., *Responsibility in Mental Disease*, 4.^a ed., Londres, Kegan Paul, Trench & Co., 1885.

Mencken, H. L., *A Mencken Chrestomathy*, Nueva York, Knopf, 1949.

—, *The Philosophy of Friedrich Nietzsche* (1908), 3.^a ed., Port Washington, NY, Kennikat Press, 1967.

Menninger, K., *Man Against Himself*, Nueva York, Harcourt Brace, 1938 (trad, cast.: *El hombre contra sí mismo*, 2.^a ed., Barcelona, Edicions 62, Península, 1989).

—, *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*, Nueva York, Viking, 1963.

—, *The Crime of Punishment*, Nueva York, Viking, 1968.

—, *Whatever Became of Sin?* (1973), Nueva York, Bantam, 1978.

Miles, J., *God: A Biography*, Nueva York, Knopf, 1995 (trad, cast.: *Dios: una biografía*, Barcelona, Planeta, 1996).

Mill, J. S., *Autobiography of John Stuart Mill* (1873/1924), Nueva York, Columbia University Press, 1944 (trad, cast.: *Autobiografía*, Madrid, Alianza, 1986).

—, *On Liberty* (1859), Chicago, Regnery, 1955 (trad, cast.: *Sobre la libertad*, 2.^a edición a cargo de Dalmacio Negro Pavón, Madrid, Espasa-Calpe, 1996).

—, *The Collected Works of John Stuart Mill*, edición a cargo de Ann P. Robson y John M. Robson, 24 vols., Londres, Routledge and Kegan Paul, 1963.

Miller, R. D., *Involuntary Civil Commitment of the Mentally III in the Post-Reform Era*, Springfield, IL, Charles C. Thomas, 1987.

Montaigne, M. de, *The Complete Essays of Montaigne* (1580), Stanford, Stanford University Press, 1957 (trad, cast.: *Ensayos completos*, Barcelona, Iberia, 1968).

Montesquieu, B. de, *The Spirit of the Laws* (1748), 2 vols., Nueva York, Hafner Press, 1949 (trad, cast.: *Del espíritu de las leyes*, Madrid, Tecnos, 1987).

Moro, T., *Utopia and Other Writings*, Nueva York, New American Library, 1984 (trad, cast.: *Utopía*, Madrid, Espasa-Calpe, 2001).

Muller-Hill, B., *Murderous Science: Elimination by Scientific Selection of Jews, Gypsies and Others, Germany 1933-1945*, Nueva York, Oxford University Press, 1988.

Nathanson, B. N., *The Hand of God: A Journey from Death to Life by the Abortion Doctor Who Changed His Mind*, Washington, DC, Regnery, 1996 (trad, cast.: *La mano de Dios: autobiografía y conversación del rey del aborto*, Madrid, Palabra, 1997).

Nietzsche, F., *Beyond Good and Evil* (1886), Nueva York, Vintage, 1966 (trad, cast.: *Más allá del bien y del mal*, 17.^a ed., Madrid, Alianza, 1997).

Noll, R., *The Aryan Christ: The Secret Life of Carl Jung*, Nueva York, Random House, 1997.

Nuland, S. B., *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*, Nueva York, A. A. Knopf, 1994 (trad, cast.: *Cómo morimos: reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Madrid, Alianza, 1997).

Ogden, R., *Euthanasia and Assisted Suicide in Persons with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) or Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, British Columbia, Canadá, Perreault Goedman Publishing, 1994.

Ortega y Gasset, J., *Man and Crisis*, Nueva York, Norton, 1962 (trad, cast.: *Pensamiento y conciencia de crisis*, edición a cargo de María del Carmen Paredes Martín, Salamanca, editora, 1994).

Orwell, G., *The Orwell Reader: Fiction, Essays and Reportage*, introducción a cargo de Richard R. Rovere, Nueva York, Harcourt, Brace & World, 1956.

Osler, W., *Aequanimitas: With Other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine*, 3.^a ed., Philadelphia: Blakiston, 1943.

The Oxford Dictionary of Quotations, 4.^a edición a cargo de Angela Partington, Nueva York, Oxford University Press, 1992.

Parry-Jones, W. L., *The Trade in Lunacy: A Study of Private Madhouses in England in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1976.

Perlin, S., *A Handbook for the Study of Suicide*, Oxford, Oxford University Press, 1975.

Pernick, M. S., *A Calculus of Suffering: Pain, Professionalism, and Anesthesia in Nineteenth-Century America*, Nueva York, Columbia University Press, 1985.

—, *The Black Stork: Eugenics and the Death of «Defective» Babies in American Medicine and Motion Pictures Since 1915*, Nueva York, Oxford University Press, 1996.

Pierson, J. L. y Y. Conwell (comps.), *Suicide and Aging: International Perspectives*, Nueva York, Springer, 1996.

Platón, *Laws* (trad, cast.: *Las leyes*, Tres Cantos, Akal, 1988), en *The Collected Dialogues of Plato, Including the Letters*, edición a cargo de Edith Hamilton and Huntington Cairns, Princeton, Princeton University Press, 1973.

—, *Phaedo* (trad, cast.: *Fedón*, en *Fedón; Fedro*, Madrid, Alianza, 1998), en *The Collected Dialogues of Plato, Including the Letters*, edición a cargo de Edith Hamilton and Huntington Cairns, Princeton, Princeton University Press, 1973.

Portwood, D., *Common-Sense Suicide: The Final Right*, Nueva York, Doid, Mead & Company, 1978.

Posner, R. A., *Age and Old Age*, Chicago, University of Chicago Press, 1995.

Prado, C. G., *Rethinking How We Age: A New View of the Aging Mind*, Westport, CT, Greenwood Press, 1986.

—, *The Last Choice: Preemptive Suicide in Advanced Age*, Westport, CT, Greenwood Press, 1990.

Pritchard, C., *Suicide —The Ultimate Rejection? A PsychoSocial Study*, Buckingham, Reino Unido, Open University Press, 1995.

Proctor, R., *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis*, Cambridge, Harvard University Press, 1988.

Quill, T. E., *Death and Dignity: Making Choices and Taking Charge*, Nueva York, Norton, 1993.

—, *A Midwife Through the Dying Process*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1996.

Reagan, L. J., *When Abortion Was a Crime: Women, Medicine and Law in the United States, 1867-1973*, Berkeley, University of California Press, 1997.

Reznek, L., *The Philosophical Defence of Psychiatry*, Londres, Routledge, 1991.

—, *Evil or Ill?: Justifying the Insanity Defence*, Londres, Routledge, 1997.

Richter, W., *The Mad Monarch: The Life and Times of Ludwig II of Bavaria*, Chicago, Regnery, 1954.

Robitscher, J., *The Powers of Psychiatry*, Boston, Houghton Mifflin, 1980.

Rosen, G., *A History of Public Health*, Nueva York, MD Publications, 1958.

—, *Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness*, Chicago, University of Chicago Press, 1968 (trad. cast.: *Locura y sociedad*, Madrid, Alianza, 1974).

Roy, A. (comp.), *Suicide*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1986.

Ryn, C. G., *The New Jacobinism: Can Democracy Survive?*, Washington, DC, National Humanities Institute, 1991.

St. John-Stevas, N., *Life, Death, and the Law: Law and Christian Morals in England and the United States*, Cleveland, World, 1961.

Sartorius, R. (comp.), *Paternalism*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1983.

Schrier, R. W. y C. W. Gottschalk (comps.), *Diseases of the Kidney*, 6.^a ed., Boston, Little, Brown, 1996 (trad. cast.: *Trastornos renales*, Barcelona, Salvat, 1984).

Scull, A., C. MacKenzie y N. Hervey, *Masters of Bedlam: The Transformation of the Mad-Doctoring Trade*, Princeton, Princeton University Press, 1996.

Séneca, *The Stoic Philosophy of Seneca*, Nueva York, Norton, 1958.

Seven Great Encyclicals, Glen Rock, NJ, Paulist Press, 1963.

Shavelson, L., *A Chosen Death*, Nueva York, Simon and Schuster, 1995.

Shneidman, E. S., *The Suicidal Mind*, Nueva York, Oxford University Press, 1996.

Singer, R., *Practical Ethics*, 2.^a ed., Cambridge, Cambridge University Press, 1993 (trad, cast.: *Ética práctica*, 4.^a ed., Barcelona, Ariel, 1995).

—, *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*, Nueva York, St. Martin's Press, 1994 (trad, cast.: *Repensar la vida y la muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional*, Barcelona, Paidós, 1997).

Slovenko, R., *Psychiatry and Criminal Culpability*, Nueva York, Wiley, 1995.

Smith, R., *Trial by Medicine: Insanity and Responsibility in Victorian Trials*, Edimburgo, Edinburgh University Press, 1981.

Smith, W. J., *Forced Exit: The Slippery Slope from Assisted Suicide to Legalized Murder*, Nueva York, Times Books/ Random House, 1997.

Sprott, S. E., *The English Debate on Suicide: From Donne to Hume*, La Salle, IL, Open Court, 1961.

Steinbock, B. (comp.), *Killing and Letting Die*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1980.

Stengel, E., *Suicide and Attempted Suicide* (1964), edición revisada, Harmondsworth, Penguin, 1983.

Stephen, J. F., *A History of the Criminal Law of England* (1883), 3 vols., Nueva York, Burt Franklin, sin fecha.

—, *Essays, by a Barrister*, Londres, Smith, Elder & Co., 1863.

—, *Liberty, Equality, Fraternity: Three Brief Essays*, prefacio a cargo de Richard A. Posner, Chicago, University of Chicago Press, 1991.

Stephen, L., *The Science of Ethics*, Londres, Smith Elder, 1882.

—, *The Life of Sir James Fitzjames Stephen* (1885), South Hackensack, NJ, Rothman Reprints, 1972.

Stevenson, B. (comp.), *The Macmillan Book of Proverbs, Maxims, and Famous Phrases*, Nueva York, Macmillan, 1948.

Storr, A., *Solitude: A Return to the Self*, Nueva York, Free Press, 1988.

Strauss, M. B. (comp.), *Familiar Medical Quotations*, Boston, Little, Brown, 1968.

Sudak, H. S., A. B. Ford y N. B. Rushforth (comps.), *Suicide in the Young*, Boston, John Wright, PSG, 1984.

Szasz, T. S., *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, Garden City, NY, Doubleday Anchor, 1970.

—, (comp.), *The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*, Garden City, NY, Doubleday Anchor, 1973.

—, *The Second Sin*, Garden City, NY, Doubleday Anchor, 1973 (trad, cast.: *El segundo pecado*, Barcelona, Martínez Roca, 1992).

—, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct* (1961), edición revisada, Nueva York, HarperCollins, 1974 (trad, cast.: *El mito de la enfermedad mental*, Barcelona, Círculo de Lectores, 1999).

—, *Psychiatric Slavery: When Confinement and Coercion Masquerade as Cure*, Nueva York, Free Press, 1977.

—, *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*, Buffalo, Prometheus Books, 1984.

—, *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Acidicts, and Pushers* (1976), con un nuevo prefacio, Holmes Beach, FL, Learning Publications, 1985 (trad, cast.: *Droga y ritual: la persecución ritual de drogas, adictos e inductores*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1990).

—, *Insanity: The Idea and Its Consequences*, Nueva York, Wiley, 1987.

—, *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy* (1965), con un nuevo prefacio, Syracuse, Syracuse University Press, 1988 (trad, cast.: *La ética del psicoanálisis: teoría y método de psicoterapia autónoma*, Madrid, Gredos, 1971).

—, *The Myth of Psychotherapy: Mental Healing as Religion, Rhetoric, and Repression* (1978), con un nuevo prefacio, Syracuse, Syracuse University Press, 1988.

—, *Psychiatric Justice* (1965), con un nuevo prefacio, Syracuse, Syracuse University Press, 1988.

—, *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry* (1976), con un nuevo prefacio, Syracuse, Syracuse University Press, 1988.

—, *The Theology of Medicine: The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics* (1977), con un nuevo prefacio, Syracuse, Syracuse University Press, 1988 (trad, cast.: *La teología de la medicina*, Barcelona, Tusquets, 1981).

—, *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Psychiatry* (1963), con un nuevo prefacio, Syracuse, Syracuse University Press, 1989.

—, *Sex by Prescription* (1980), con un nuevo prefacio, Syracuse, Syracuse University Press, 1990.

—, *The Untamed Tongue: A Dissenting Dictionary*, La Salle, IL, Open Court, 1990.

—, *Our Right to Drugs: The Case for a Free Market*, Westport, CT, Praeger, 1992 (trad, cast.: *Nuestro derecho a las drogas*, Barcelona, Anagrama, 1993).

—, *A Lexicon of Lunacy: Metaphoric Malady, Moral Responsibility, and Psychiatry*, New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1993.

—, *Cruel Compassion: Psychiatric Control of Society's Unwanted*, Nueva York, Wiley, 1994.

—, *The Meaning of Mind: Language, Morality, and Neuroscience*, Westport, CT, Praeger, 1996.

—, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (1970), con un nuevo prefacio, Syracuse, Syracuse University Press, 1997 (trad, cast.: *La fabricación de la locura: estudio comparativo de la Inquisición y el Movimiento de Salud Mental*, 2.^a ed., Barcelona, Kairós, 1981).

Tocqueville, A. de, *Democracy in America* (1835-1840), edición a cargo de Philips Bradley, 2 vols., Nueva York, Vintage, 1945 (trad, cast.: *La democracia en América*, 2 vols., 6.^a ed., Madrid, Alianza, 1998).

Todorov, T., *Facing the Extreme: Moral Life in the Concentration Camp* (1991), Nueva York, Henry Holt, 1996.

Tomás de Aquino, *The Summa Theologica of St. Thomas Aquinas*, Londres, R. T. Washbourne, 1918 (trad, cast.: *Suma teológica*, 16 vols., Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1955-1964).

Tribe, L. H., *American Constitutional Law*, Mineola, NY, The Foundation Press, 1978.

Trollope, A., *The Fixed Period* (1882), Londres, Penguin, 1993.

Tuke, S., *Description of the Retreat: An Institution Near York for Insane Persons of the Society of Friends, Containing an Account of Its Origin and Progress, the Modes of Treatment, and a Statement of Cases* (1813), introducción a cargo de Richard Hunter e Ida Macalpine, Londres, Process Press, 1964.

Valentine's Law Dictionary, edición a cargo de William F. Anderson, San Francisco, Bancroft & Whitney, 1969.

Van Hooff, A. J., *From Autothanasia to Suicide: Self-Killing in Classical Antiquity*, Londres, Routledge, 1990.

Warren, J. C., *Etherization; With Surgical Remarks*, Boston, Ticknor, 1847.

Warren, O. L., *Negligence in New York Courts*, Nueva York, Matthew Bender, 1978.

Webb, M., *The Good Death: The New American Search to Reshape the End of Life*, Nueva York, Bantam Books, 1997.

Webster, C. (comp.), *Health, Medicine, and Mortality in the Sixteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1979.

Webster's Third New International Dictionary, edición abreviada, 1961.

Weir, R. F. (comp.), *Physician-Assisted Suicide*, Bloomington, IN, Indiana University Press, 1997.

Wells, H. G., *Love and Mrs. Lewisham* (1899), Nueva York, Charles Scribner's, 1924.

Werblowsky, R. J. Z y G. Wigoder (comps.), *The Encyclopedia of the Jewish Religion*, Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1965.

West, D. J. y A. Walk (comps.), *Daniel McNaughton: His Trial and the Aftermath*, Londres, Gaskell, 1977.

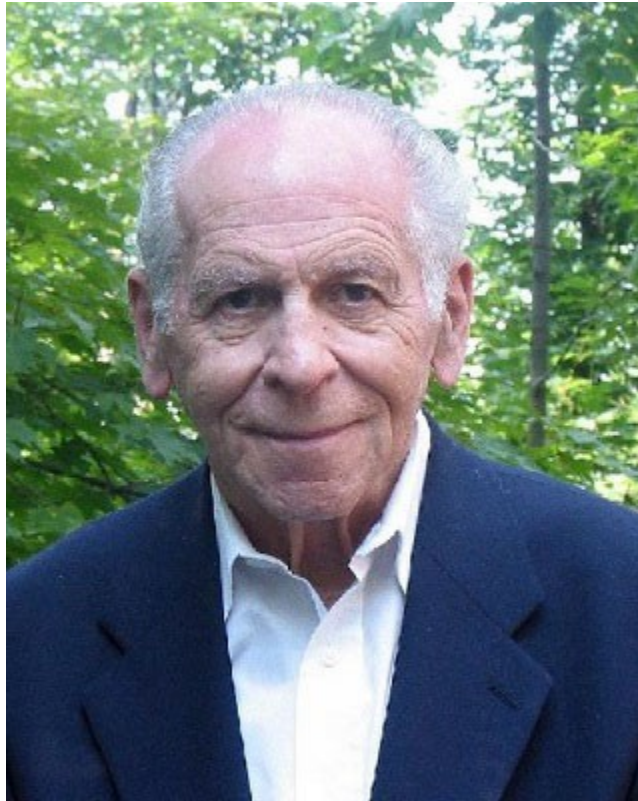
Westcott, W. W., *Suicide: Its History, Literature, Jurisprudence, Causation, and Prevention*, Londres, H. K. Lewis, 1885.

Westley, R., *When It's Right to Die: Conflicting Voices, Difficult Choices*, Mystic, CT, Twenty-Third Publications, 1995.

Williams, M., *Cry of Pain: Understanding Suicide and SelfHarm*, Londres, Penguin, 1997.

Yochelson, L. (comp.), *Symposium on Suicide*, Washington, DC, George Washington University School of Medicine, 1967.

Zweig, S., *The Royal Game*, Nueva York, Viking, 1944.



THOMAS SZASZ (Budapest, 1920 - 2012). Fue profesor emérito de psiquiatría en la Universidad de Siracusa en Nueva York. Szasz fue crítico de los fundamentos morales y científicos de la psiquiatría y uno de los referentes de la antipsiquiatría.

Su postura sobre el tratamiento involuntario es consecuencia de sus raíces conceptuales en el liberalismo clásico y el principio de que cada persona tiene jurisdicción sobre su propio cuerpo y su mente. Szasz considera que la práctica de la medicina y el uso de medicamentos debe ser privado y con consentimiento propio, fuera de la jurisdicción del Estado.

Es conocido por sus libros *El mito de la enfermedad mental* y *La fabricación de la locura: un estudio comparativo de la inquisición con el movimiento de salud mental*, en los que planteó sus principales argumentos con los que se le asocia.

Notas

^[1] Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832), *Dichtung und Wahrheit (Poesía y Verdad)*, pág. 637; *The Truth and Fiction Relating to My Life*, en *The Complete Works of Johann Wolfgang von Goethe*, vol. 2, pág. 163. A diferencia del autor, John Oxenford ofrece esta versión: «El suicidio es un hecho que forma parte de la naturaleza humana, el cual, no importa lo que se diga o haga acerca de él, requiere la consideración de cada persona, y en cada época debe ser discutido de nuevo». <<

^[2] Mill, J. S., *On Liberty*, pág. 52 (trad. cast.: *Sobre la libertad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1996). <<

^[3] Szasz, T., *The Second Sin*, pág. 76 (trad. cast.: *El segundo pecado*, Barcelona, Martínez Roca, 1992). <<

^[4] Camus, A., *The Myth of Sisyphus*, pág. 1 (trad. cast.: *El mito de Sísifo*, 7.^a ed., Madrid, Alianza, 1996). <<

^[5] El autor utiliza la expresión «suicidio asistido» para referirse a la asistencia que presta un médico cuando receta una droga letal, no a la ayuda de familiares o allegados. (*N. del T.*) <<

^[1] San Agustín, citado en G. Rosen, «History in the Study of Suicide», *Psychological Medicine*, n° 1, 1971, pág. 270. <<

^[2] «Banishing Books?», *U. S. News & World Report*, 18 de mayo de 1992, pág. 76. <<

^[3] Gibbon, E., *The Decline and Fall of the Roman Empire*, pág. 232 (trad, cast.: *Historia de la decadencia y ruina del Imperio Romano*, 8 vols., Madrid, Turner, 1984). <<

^[4] Daube, D., «The Linguistics of Suicide», *Philosophy and Public Affairs*, n° 1, 1972, pág. 390. <<

^[5] *Ibid.*, pág. 415. <<

^[6] *Ibid.*, págs. 393-394. <<

^[7] Barraclough, B. y D. Shepherd, «A Necessary Neologism: The Origin and Uses of Suicide», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n° 24, verano de 1994, pág. 118. <<

^[8] Westcott, W. W., *Suicide*, pág. 31. <<

^[9] Szasz, T., *The Meaning of Mind*, págs. 105-108. <<

^[10] El autor utiliza el verbo *de-mean*, que en inglés tiene dos acepciones: a) simplificar, y b) minusvalorar. (*N. del t.*) <<

^[11] Taylor, M. y H. Ryan, «Fanaticism, Political Suicide, and Terrorism», *Terrorism* 11, 1988, págs. 91-111. <<

^[12] Véase, por ejemplo, Associated Press, «Extremists Line up to Be Suicide Bombers in Germany», *Syracuse Herald-Journal*, 18 de abril de 1997, pág. A1. <<

^[13] Véase M. McLuhan, *The Gutenberg Galaxy* (trad, cast.: *La galaxia Gutenberg: génesis del homo typographies*, Barcelona, Círculo de Lectores, 1998), y también J. C. Carson, «Culture, Psychiatry, and the Written Word», *Psychiatry*, n.º 22, noviembre de 1959, págs. 307-320. <<

^[14] Plantear y resolver este dilema parece estar estrechamente relacionado con el progreso humano que supuso pasar de una condición mental no

alfabetizada a otra alfabetizada y que creó, a través de la *escritura*, una distinción entre pensamiento y acción. <<

^[15] Aquino, T., *The Summa Theologica*, pág. 209 (trad, cast.: *Suma teológica*, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 16 tomos, 1955-1964). <<

^[16] Szasz, T., «The Illusion of Mental Patients' Rights», en *A Lexicon of Lunacy*, págs. 134-135. <<

^[17] Cornell, F. J., «Double Effect, Principle of», en *New Catholic Encyclopedia*, vol. 4, págs. 1.020-1.022. <<

^[18] Smith, D. H., «On Paul Ramsey: A Covenant-Centered Ethic for Medicine», *Second Opinion*, n° 6, noviembre de 1987, pág. 108; las cursivas son mías. <<

^[19] *Sinn Fein* significa, en gaélico, «nosotros mismos» o «nosotros solos». Es el nombre de una sociedad nacionalista irlandesa fundada en 1905 y del Partido Nacionalista de Irlanda del Norte en la actualidad. <<

^[20] Taylor, M. y H. Ryan, «Fanaticism, Political Suicide, and Terrorism», *Terrorism* 11, 1988, pág. 91. <<

^[1] Hume, D., «Essay I», en D. Hume, *Essays on Suicide*, págs. 20-21 (trad. cast.: *Sobre el suicidio*, en *Sobre el suicidio y otros ensayos*, 2.^a ed., Madrid, Alianza, 1995). <<

^[2] Esquirol, J. E. D., *Mental Maladies*, pág. 307. <<

^[3] Werblowsky, R. J. Z. y G. Wigoder (comps.), *The Encyclopedia of the Jewish Religion*, pág. 367. <<

^[4] Van Hooff, A. J. L., *From Autothanasia to Suicide*, pág. 141. <<

^[5] Todo lo que sabemos sobre Sócrates es lo que Platón nos transmitió. De sus escritos deducimos que compartía las ideas que atribuía a Sócrates. <<

^[6] Platón, *Phaedo*, 61 c-e, en *The Collected Dialogs of Plato*, pág. 44 (trad. cast.: *Fedón*, en *Fedón; Fedro*, Madrid, Alianza, 1998). <<

^[7] *Ibid.*, 62 b-c, pág. 45. <<

^[8] *Ibid.*, 62 c, 80 b, 107 c, págs. 45, 63, 89. <<

^[9] Hamilton, E. y H. Cairns, en *Ibid.*, pág. 40. <<

^[10] Platón, *Laws*, 873 c-d, en *Ibid.*, pág. 1.432 (trad. cast.: *Las leyes*, Tres Cantos, Akal, 1988). <<

^[11] Aristóteles, *Ethica Nichomachea (Nicomachean Ethics)*, 1138a, en *The Basic Works of Aristotle*, pág. 1.021 (trad. cast.: *Ética a Nicómaco*, Madrid, Alianza, 2001). <<

^[12] Van Hooff, A. J. L., *From Autothanasia to Suicide*, pág. 122. <<

^[13] Véanse págs. 45-46. <<

^[14] Van Hooff, A. J. L., *From Autothanasia to Suicide*, págs. 41, 123124. <<

^[15] Citado en *Ibid.*, pág. 190. <<

^[16] Samuel I, 31, 4. <<

^[17] Jueces, 16, 28-30. <<

[18] Mateo 27, 1-5. <<

[19] Citado en G. Rosen, «History in the Study of Suicide», *Psychological Medicine*, nº 1,1971, pág. 270. <<

[20] Gibbon, E., *The Decline and Fall of the Roman Empire*, pág. 327 (trad, cast.: *Historia de la decadencia y ruina del Imperio Romano*, 8 vols., Madrid, Turner, 1984). <<

[21] Van Hooff, A. J. L., *From Autothanasia to Suicide*, pág. 273; y Droge, A. J. y D. Tabor, *A Noble Death*, pág. 6. <<

[22] Carstairs, G. M., citado en E. Stengel, *Suicide*, pág. 7. <<

[23] Werblowsky, R. J. Z. y G. Wigoder (comps.), *The Encyclopedia of the Jewish Religion*, pág. 367. Véase también J. Goldin (comp.), *The Living Talmud*. <<

[24] «Catholic Church Says It Won't "Judge" White», *San Francisco Chronicle*, 22 de octubre de 1983, pág. 3. <<

[25] Sprott, S. E., *The English Debate on Suicide*, pág. 157. <<

[26] Macdonald, M., «Suicidal Behaviour: Social Section», en G. E. Berrios y R. Porter (comps.), *A History of Clinical Psychiatry*, pág. 626. <<

[27] Erasmo, *In Praise of Folly*, pág. 60, citado en G. Rosen, «History in the Study of Suicide», *Psychological Medicine*, nº 1, 1971, pág. 275 (trad, cast.: *Elogio de la locura*, Madrid, Alianza, 1999). <<

[28] Citado en G. Rosen, «History in the Study of Suicide», *Psychological Medicine*, nº 1,1971, pág. 275. <<

[29] Montesquieu, citado en *Ibid.*, pág. 279. <<

[30] Donne, J., *Biathanatos*, pág. 18. <<

[31] *Ibid.*, págs. 11,13-14. <<

[32] Véase G. Williams, «Suicide», en *Encyclopedia of Philosophy*, vol. 8, págs. 43-46. <<

[33] Kant, I., «Suicide», en S. Gorowitz y otros (comps.), *Moral Problems in*

Medicine, págs. 377-381. <<

^[34] Szasz, T., *Cruel Compassion*, cap. 6. <<

^[35] Cohen, L. M., «Suicide, Hastening Death and Psychiatry», *Archives of Internal Medicine*, nº 158, 12 de octubre de 1998, pág. 1.973. <<

^[36] M. Macdonald, «Suicidal Behaviour: Social Section», en G. E. Berrios y R. Porter (comps.), *A History of Clinical Psychiatry*, págs. 627, 630. <<

^[37] Esquirol, J. E. D., citado en G. Rosen, «History in the Study of Suicide», *Psychological Medicine*, nº 1, 1971, pág. 281; y Esquirol, J. E. D., *Mental Maladies*, pág. 21. <<

^[38] Kraepelin, E., *Lectures on Clinical Psychiatry*, págs. 2-3, 9 (trad. cast.: *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Madrid, Nieva, 1988). <<

^[39] Citado en J. D. Droge y A. J. Tabor, *A Noble Death*, pág. 6. <<

^[40] Associated Press, «Killer Who Took Overdose Is Revived, Then Executed», *Syracuse Herald-Journal*, 11 de agosto de 1995, pág. A9. <<

^[41] Stengel, E., *Suicide*, pág. 71. <<

^[42] Cohen, L. M., «Suicide, Hastening Death and Psychiatry», *Archives of Internal Medicine*, nº 158, 12 de octubre de 1998, pág. 1.973. <<

^[43] Stengel, E., *Suicide*, pág. 71. <<

^[44] Motto, J., «Commentaries», en M. P. Battin y A. G. Lipman (comps.), *Drug Use in Assisted Suicide and Euthanasia*, pág. 307. <<

^[45] Freud, S., «Contributions to a Discussion on Suicide» (1910), en *SE [Standard Edition]*, vol. 11, pág. 232 (trad. cast.: «Contribuciones para un debate sobre el suicidio», en *Obras Completas*, vol. XI, Buenos Aires, Amortorru, 1976). <<

^[46] Freud, S., «Mourning and Melancholia» (1917), en *SE*, vol. 14, pág. 252 (trad. cast.: «Duelo y Melancolía», en *Obras completas*, vol. II). Véase también «The Psychogenesis of a Case of Homosexuality in a Woman» [1920], en *SE*, vol. 18, pág. 162 (trad. cast.: «Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina»,

en *Obras completas*, vol. XVIII). <<

^[47] Noll, R., *The Aryan Christ*, pág. 151. <<

^[48] Jung, C. G., «Letter to Anonymous», 13 de octubre de 1951, en C. G. *Jung Letters*, vol. 2, pág. 25. <<

^[49] Veith, I., «Reflections on the Medical History of Suicide», *Modern Medicine*, 11 de agosto de 1969, pág. 116. <<

^[50] «Changing Concepts of Suicide» (editorial), *Journal of the American Medical Association*, n.º 199, marzo de 1967, pág. 162. <<

^[51] Yolles, S., «The Tragedy of Suicide in the United States», en L. Yochelson (comp.), *Symposium on Suicide*, págs. 16-17. <<

^[52] Asimismo, la mayoría de la gente piensa que si una enfermedad es eliminada por una autoridad médica de la lista de afecciones oficiales deja de ser una enfermedad. La homosexualidad es el ejemplo más conocido. <<

^[53] Hendin, H. y G. Klerman, «Physician-Assisted Suicide: The Dangers of Legalization», *American Journal of Psychiatry*, n.º 150 (enero de 1993), págs. 143-145. <<

^[54] Shneidman, E., «Suicide», en *Encyclopedia Britannica*, vol. 21, pág. 384. <<

^[55] American Association of Suicidology, «Understanding and Preventing Suicide» (Washington, DC, opúsculo, sin fecha). <<

^[56] St. John-Stevas, N., *Life, Death, and the Law*, pág. 243. Para una extensa crítica, véase T. J. Marzen y otros, «Suicide: A Constitutional Right?», *Duquesne Law Review*, n.º 1, otoño de 1985, págs. 1-241. <<

^[57] Donaldson contra Van De Kamp, 4 Cal. Rptr. 2d 59 (Cal. App. 2 Dist. 1992), pág. 64. <<

^[58] Perlin, S., «Legal Aspects of Suicide», en L. D. Hankoff y B. Einsidler (comps.), *Suicide*, pág. 93. <<

^[59] Citado en L. Greenhouse, «High Court Hears 2 Cases Involving Assisted

Suicide», *New York Times* (9 de enero de 1997), págs. A1, B9, y Lewis, A., «Perchance to Dream», *New York Times* (10 de enero de 1997), pág. A33. <<

^[60] Smith, C. K., «Current Law on Physician-Assisted Suicide for the Terminally III», en M. P. Battin y A. G. Lipman (comps.), *Drug Use in Assisted Suicide and Euthanasia*, pág. 141. <<

^[61] McCoy, A. G., «HIV Disease: Criminal and Civil Liability for Assisted Suicide», *Golden Gate University Law Review*, n° 21, 1991, pág. 440. <<

^[62] Para una discusión adicional, véase el capítulo 6. <<

^[63] Szasz, T., *Our Right to Drugs*, capítulo 3 (trad, cast.: *Nuestro derecho a las drogas*, Barcelona, Anagrama, 1993). <<

^[64] Kriss, E., «Lecturer Claims Rock Music Is Catalyst for Teen Suicide», *Syracuse Herald-Journal*, 19 de noviembre de 1984, pág. B1; United Press International, «Expert: Rock Music a Factor in Suicides», *Syracuse Post-Standard*, 27 de octubre de 1984, pág. A2; Pareles, J., «Too Heavy? Some Parents, Lawyers Charge Song's Lyrics Can Kill», *Syracuse Herald-Journal*, 27 de octubre de 1988, págs. D1, D16. <<

^[65] McCoy, A. G., «HIV Disease: Criminal and Civil Liability for Assisted Suicide», *Golden Gate University Law Review*, n° 21, 1991, pág. 443. <<

^[66] Stout, D., «A Hearing Focuses on Lyrics Laced with Violence and Death», *New York Times*, 7 de noviembre de 1997, pág. A21. Véase también *McCollum v. CBS, Inc.*, 249 Cal. Rptr. 187 (Cal. App. 2 Dist. 1988). <<

^[67] «Looking Forward to Trip Going to the Next Level», *New York Times*, 28 de marzo de 1997, pág. A19. <<

^[68] Hampson, R., «Monk Saw Martyrdom, Embraced Own Death», *Syracuse Herald-American* (30 de marzo 1997), pág. C1, y «The Testament of Dom Christian de Cherge» [1993], *Syracuse Herald-American*, 30 de marzo de 1997, pág. C1. <<

^[69] Para un ejemplo impactante, véase C. Goldberg, «After Suicide, Harvard Alters Policies on Graduate Students», *New York Times* (21 de octubre 1998), pág. A20. <<

^[70] Manso, P., «Chronicle of a Tragedy Foretold», *The New York Times Magazine*, 19 de julio de 1998, págs. 32-37. <<

^[71] Citado en E. Duggan, «Fall's Cause Unclear», *Syracuse Herald-Journal*, 29 de junio de 1998, pág. B1; Duggan, E., «Cold Tablet "High" Proved Fatal for Teen Who Jumped at Mall», *Syracuse Herald-American*, 19 de julio de 1998, págs. A1, A6. <<

^[72] Simons, M., «Serb Charged with Massacre Commits Suicide», *New York Times*, 30 de junio de 1998, pág. A6; Associated Press, «Serb Awaiting Verdict Commits Suicide», *Syracuse Herald-Journal*, 30 de junio de 1998, pág. A3. <<

^[73] Toufexis, A., «Warnings about a Miracle Drug: Reports of Suicide Attempts in Prozac Users Raise Doubts about the Popular Antidepressant», *Time* (30 de julio 1990), pág. 54; Angier, N., «Suicidal Behavior Tied Again to Drug», *New York Times* (7 de febrero 1991), pág. B15. <<

^[74] Véase J. Cornwell, *The Power to Harm*. <<

^[75] Esta pregunta retórica, cuya función es explicitar los intereses ocultos de las partes en conflicto, fue popularizada por Cicerón, el cual la atribuía a un juez romano. Cicerón escribió: «Cuando iniciaba un nuevo proceso, el famoso juez L. Casio nunca olvidaba preguntar: "¿Quién se beneficia?" [*Qui bono?*]. La naturaleza del hombre es tal que nadie comete un crimen sin el anhelo de una ganancia». <<

^[76] Cicerón, citado en N. Guterman (comp.), *The Anchor Book of Latin Quotations*, págs. 52-53. <<

^[77] Citado en J. H. Newton, «Are Clinton's Aides so Innocent?» (carta al editor), *New York Times*, 22 de septiembre de 1998, pág. A30. <<

^[78] El caso Whitewater implicó, entre otras actuaciones judiciales, una investigación al presidente norteamericano Bill Clinton y a su esposa Hillary Clinton por unas inversiones inmobiliarias presuntamente fraudulentas efectuadas cuando el primero era gobernador del Estado de Arkansas. (*N. del t.*) <<

^[79] Boyer, P. J., «Life after Vince», *The New Yorker*, 11 de septiembre de 1995, págs. 54-67. <<

^[1] Stephen, J. F., *A History of the Criminal Law of England*, vol. 2, pág. 185. <<

^[2] Wells, H. G., *Love and Mrs. Lewisham*, pág. 205. <<

^[3] Goebbels, J., citado en M. Heller, *Cogs in the Wheel*, pág. 233. <<

^[4] Burton, R., *The Anatomy of Melancholy* (trad. cast.: *Anatomía de la melancolía*, 2 vols., Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997-1998). <<

^[5] Utilizo las expresiones «melancolía», «depresión» y «depresión clínica» de forma intercambiable. El adjetivo «clínico» es puramente instrumental: su función es la de diferenciar la pena normal de una condición patológica ostensible que justifique la intervención psiquiátrica (involuntaria). <<

^[6] Burton, R., citado en G. Rosen, «History in the Study of Suicide», *Psychological Medicine*, n° 1, 1971, págs. 275-276; las cursivas son mías. <<

^[7] Burton, R., citado en R. Hunter e I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry*, pág. 95. <<

^[8] Burton, R., *The Anatomy of Melancholy*, *op. cit.*, págs. 224-226. <<

^[9] Szasz, T., *Law Liberty and Psychiatry*, e *Insanity*, págs. 138-140. <<

^[10] Sym, J. citado en R. Hunter e I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry*, págs. 113, 114-115. <<

^[11] Harvey, G., citado en *Ibid.*, págs. 196-197. <<

^[12] Cheyne, G., *The English Malady*, pág. 111. <<

^[13] Véase W. L. Parry-Jones, *The Trade in Lunacy*. <<

^[14] Szasz, T., *Insanity*, y *Cruel Compassion*. <<

^[15] Consideramos salvaje la costumbre de castigar al suicida con la confiscación de sus bienes, penalizando así a su familia, mientras que la costumbre de tratar el suicidio mediante la confiscación de la libertad del potencial suicida nos parece muy civilizada. Ello contradice el principio de proporcionalidad de las penas, cuya severidad debería acompañarse a la magnitud del crimen: primero la privación de la propiedad (una multa) como la pena menos severa; luego, la

privación de la libertad (encarcelamiento) y, por último, la privación de la vida (ejecución). <<

^[16] Blackstone, W., *Commentaries on the Laws of England*, págs. 211-212. <<

^[17] *Ibid.*, pág. 212. <<

^[18] Las dos leyes inglesas que obligaban a enterrar al suicida en un cruce de caminos y a confiscar sus propiedades no fueron abolidas hasta 1823 y 1870, respectivamente. <<

^[19] Sprott, S. E., *The English Debate on Suicide*, pág. 112; las cursivas son mías. <<

^[20] «Londonderry, Robert Stewart», en *Encyclopaedia Britannica*, vol. 14, págs. 291-293; y Macdonald, M., «Suicidal Behavior», en G. Berrios y R. Porter (comps.), *A History of Clinical Psychiatry*, pág. 630. <<

^[21] Szasz, T., *Law, Liberty, and Psychiatry*, pág. 212. <<

^[22] Black, H. C., *Black's Law Dictionary*, pág. 881. <<

^[23] Szasz, T., *Psychiatric Justice*. <<

^[24] Esto es lo que suele ocurrir con los acusados de crímenes especialmente graves, como John W. Hinckley, Jr. <<

^[25] El 30 de marzo de 1981, John W. Hinckley, un joven de veinticinco años, intentó asesinar al presidente de Estados Unidos, Ronald Reagan, a la salida de un hotel en Washington, hiriéndolo gravemente y causando la muerte a uno de sus escoltas. Hinckley creía poder impresionar así a Jodie Foster, actriz con la que estaba obsesionado. (*N. del t.*) <<

^[26] Para una discusión más detallada, véase T. Szasz, *Insanity*. <<

^[27] Maudsley, R., *Responsibility in Mental Disease*, págs. 123 y 133; las cursivas son mías. <<

^[28] *Ibid.*, págs. 136-137; las cursivas son mías. <<

^[29] Menninger, K., *The Crime of Punishment*, pág. 265. <<

^[30] Borge, T., citado en T. C. Ash, «God and the Revolution», *Spectator* (Londres), 24 de marzo de 1984, pág. 8. <<

^[31] *M'Naghten's Case*, 10 Cl. & F. 200, 8 Eng. Rep. 718 (H. L.), 1843. Véase R. Smith, *Trial by Medicine*. <<

^[32] *M'Naghten's Case*, 10 Cl. & F. 200, 8 Eng. Rep. 718 (H. L.), 1843; *The Queen Against Daniel McNaghten*, 1843, Central Criminal Court, Old Bailey, en D. J. West y A. Walk (comps.), *Daniel McNaghten*, págs. 12-13. Las citas subsiguientes están tomadas de esta obra. <<

^[33] *Ibid.*, págs. 22, 29. <<

^[34] Smith, R., *Trial by Medicine*, pág. 103. <<

^[35] *The Queen Against Daniel McNaghten*, en D. J. West and A. Walk (comps.), *Daniel McNaghten*, pág. 72; las cursivas son mías. <<

^[36] *Ibid.*, pág. 73. <<

^[37] *Ibid.*, pág. 31. <<

^[38] Smith, R., *Trial by Medicine*, pág. 23. <<

^[39] Maudsley, R., *Responsibility in Mental Disease*, págs. 15, 42, 163, 198. <<

^[40] Stephen, J. F., *A History of the Criminal Law of England*, vol. 2, págs. 128, 131-132. <<

^[41] *Ibid.*, pág. 130. <<

^[42] *Ibid.*, pág. 177; las cursivas son mías. <<

^[43] Como tantos otros, Stephen tenía motivos personales para no hacer ciertas preguntas: tanto su hijo como su sobrina (hermanastra de Virginia Woolf) habían sido internados en hospitales psiquiátricos. <<

^[44] *Ibid.*, pág. 181. <<

^[45] *Ibid.*, págs. 179, 185. <<

^[46] *Ibid.*, pág. 107. <<

^[47] Chisholm, G. B., «The Psychiatry of Enduring Peace and Social Progress», *Psychiatry*, 1946, pág. 9. <<

^[48] Menninger, K., *The Vital Balance*, págs. 32-33. <<

^[49] Menninger, K., *The Crime of Punishment*, pág. 265. <<

^[1] Bleuler, E., *Dementia Praecox*, págs. 488-489; las cursivas son mías. <<

^[2] Prange, A. J., Jr., «Antidepressants», en S. Arieti (comp.), *American Handbook of Psychiatry*, 2.^a ed., vol. 5, págs. 476-477. <<

^[3] Shneidman, E., *The Suicidal Mind*, pág. 166. <<

^[4] Schaffer, D., «Suicide: Risk Factors and the Public Health» (editorial), *American Journal of Public Health*, n.º 83, febrero de 1993, págs. 171-172. El autor es un psiquiatra especializado en niños. <<

^[5] Szasz, T., «The Ethics of Suicide», *The Antioch Review*, n.º 31, primavera de 1971, págs. 7-17; reimpresso en T. Szasz, *The Theology of Medicine*, págs. 68-85. <<

^[6] No había caído en la cuenta de que Thomas Jefferson utilizó la misma analogía. Véase el apéndice. <<

^[7] Stamberg, S., citado en C. Hitchens, «Smoke and Mirrors», *Vanity Fair*, octubre de 1994, pág. 95. <<

^[8] Citado en T. Szasz, *The Theology of Medicine*, pág. 83; las cursivas son mías. <<

^[9] Citado en *Ibid.*, pág. 82; las cursivas son mías. <<

^[10] Stage, J., «Two Officers Talk Man from Jumping off Bridge: They Said They Worked to Establish Rapport with Him», *Syracuse Herald-Journal*, 27 de diciembre de 1997, pág. A4; las cursivas son mías. <<

^[11] Associated Press, «Woman's Body Found», *Syracuse Herald-Journal*, 26 de marzo de 1997, pág. A12. <<

^[12] Black, H. C., *Black's Law Dictionary*, págs. 1.352, 1.358. <<

^[13] Newman, M., «A Fight to Acknowledge a Life: Mother's Efforts Help Alter Policy on Suicide Victims», *New York Times*, 24 de febrero de 1998, págs. B1, B4. <<

^[14] Neugebauer, R., «Diagnosis, Guardianship, and Residential Care of the Mentally III in Medieval and Early Modern England», *American Journal of*

Psychiatry, n° 146, diciembre de 1989, pág. 1.580; las cursivas son mías. <<

^[15] *Ibid.*, pág. 1.582. <<

^[16] A partir del siglo XIII, el derecho común inglés distinguía dos clases de incapaces: por un lado, anormales, retrasados mentales desde su nacimiento y considerados incurables; por otro lado, lunáticos, personas normales que se habían vuelto locas y eran susceptibles de recuperación. <<

^[17] Tuke, S., *Description of the Retreat*, pág. 144. <<

^[18] *Ibid.*, págs. 163-187. <<

^[19] Digby, A., «Moral Treatment at the Retreat, 1796-1846», en W. F. Bynum, R. Porter y M. Shepherd (comps.), *The Anatomy of Madness*, vol. 2, pág. 60. <<

^[20] Szasz, T., «Noncoercive Psychiatry: An Oxymoron», *Journal of Humanistic Psychology*, n° 31, primavera de 1991, págs. 117-125. <<

^[21] Roy, A., «Preface», en A. Roy (comp.), *Suicide*, pág. VII. <<

^[22] Shneidman, E., «Preventing Suicide», *Bulletin of Suicidology*, n° 20, 1968, pág. 1. <<

^[23] Stengel, E., *Suicide*, pág. 143. <<

^[24] Shneidman, E., *The Suicidal Mind*. <<

^[25] En inglés *psychache*, unión del prefijo *psych-* (psico-) y del sustantivo *ache* (dolor, padecimiento). (N. del t.) <<

^[26] *Ibid.*, págs. 4-5,160. <<

^[27] *Ibid.*, pág. 161; las cursivas son mías. <<

^[28] *Ibid.*, pág. 165. <<

^[29] *Ibid.*, pág. 166. <<

^[30] Firestone, R. W., *Suicide and the Inner Voice*, pág. 61. <<

^[31] *Ibid.*, págs. 118, 248; las cursivas son mías. <<

^[32] Robitscher, J. B. *The Powers of Psychiatry*, pág. 130. <<

^[33] Jeger, A. M., «Behavior Theories and Their Application», en L. D. Hankoff y B. Einsidler (comps.), *Suicide*, pág. 196. Véase también I. Trowell, «Telephone Services», en *Ibid.*, págs. 401-409. <<

^[34] Research and Clinical News, «Suicide Rates Have not Fallen Despite Better Psychotropics», *Psychiatric News*, 16 de enero de 1998. <<

^[35] Stengel, E., *Suicide*, pág. 13. <<

^[36] Artaud, A., «Van Gogh, the Man Suicided by Society» (1947), en A. Artaud, *Selected Writings*, págs. 496-497. <<

^[37] Hankoff L. D. y Einsidler, B., «The Dialectics of Suicide», en L. D. Hankoff and B. Einsidler (comps.), *Suicide*, págs. 415-416. <<

^[38] Solomon, P., «The Burden of Responsibility in Suicide», *JAMA*, n.º 199, enero de 1967, pág. 324. <<

^[39] Berlin, I., «My Intellectual Path» (1996), *New York Review of Books*, 14 de mayo de 1998, págs. 58-59. <<

^[40] *Nally Against Grace Community Church*, 47 Cal. 3d 278 (1988), pág. 98; las cursivas son mías. <<

^[41] Freeman, W., «Psychosurgery», en S. Arieti (comp.), *American Handbook of Psychiatry*, vol. 2, pág. 1.527. <<

^[42] Prange, A. J., Jr., «Antidepressants», en S. Arieti (comp.), *American Handbook of Psychiatry*, 2. ed., vol. 5, págs. 476-477. <<

^[43] Jefferson, T., «Notes on Religion» (1776), en T. Jefferson, *Thomas Jefferson on Democracy*, pág. 109. <<

^[44] Szasz, T., «The Political Legitimation of Quackery», *Reason*, n.º 29, marzo de 1998, págs. 25-26. <<

^[45] Thomas E. y otros, «A Matter of Honor», *Newsweek*, 27 de mayo de 1996,

págs. 24-29. <<

^[46] Stout, D.; «Trapped, Fugitive Ex-prosecutor Kills Himself in Nevada Hotel», *New York Times*, 27 de noviembre de 1996, pág. B5; Glaberson, W., «Depressed, Bissell Fled without Plan, Lawyer Says», *New York Times*, 30 de noviembre de 1996, pág. 30; Glaberson, W., «In Prosecutor's Rise and Fall, a Story of Ambition, Deceit and Shame», *New York Times*, 1 de diciembre de 1996, pág. 52. <<

^[47] «Student Kills Counselor Who Reported Drug Use», *Syracuse Herald-Journal*, 7 de octubre de 1996, pág. A6. <<

^[48] En EE. UU. está vigente una ley por la cual el acusado se enfrenta a una condena de cadena perpetua cuando comete su tercer delito. (*N. del t.*) <<

^[49] «Suicide Victim Mistakenly Feared "3-Strikes" Fate», *Syracuse Herald-Journal*, 7 de octubre de 1996, pág. A6. <<

^[50] En diciembre de 1994, John C. Salvi III, un extremista contrario al aborto, atentó contra un centro de planificación familiar en Brookline, Massachusetts. A consecuencia de los disparos murieron dos trabajadores del centro. En 1996 fue juzgado y condenado a cadena perpetua. (*N. del t.*) <<

^[51] Swartz, M., «Family Secret», *The New Yorker*, 17 de noviembre de 1997, pág. 90. <<

^[52] Rimer, S., «Killer of Two Abortion Clinic Workers Is Found Dead of Asphyxiation in Prison Cell», *New York Times*, 30 de noviembre de 1996, pág. 9. <<

^[53] Swartz, M., «Family Secret», *The New Yorker*, 17 de noviembre de 1997, pág. 90. <<

^[54] Schulman, R. E., «Suicide and Suicide Prevention: A Legal Analysis», *American Bar Association Journal*, n° 54, septiembre de 1968, pág. 862. <<

^[55] Nótese el parecido entre este lenguaje y el lenguaje de la intolerancia religiosa: «Nadie diría que está permitido negar la divinidad de Jesús, mofarse de Mahoma, etc.». <<

^[56] Los historiadores de la medicina están familiarizados con este fenómeno.

La máxima médica romana, *Primum non nocere!* (lo primero, no causar daño), tenía como objetivo contrarrestar sus encantos. <<

^[57] Véase *Natanson v. Kline*, 186 Kan. 393, 404, P. 2d 1.093, pág. 1.104 (1960); e *In the Estate of Brooks*, 205 N. E. 2d 435 (Ill. 1965). <<

^[58] Roy, A., «Suicide in Doctors», *Psychiatric Clinics of North America*, 8 de junio de 1985, págs. 377-387. <<

^[59] Boxer, P. A., C. Burnett y N. Swanson, «Suicide and Occupation: A Review of the Literature», *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, n.º 37, abril de 1995, págs. 442, 445. <<

^[60] Krieger, L., «Preventing Physician Suicides», *American Medical News*, 5 de mayo de 1985, págs. 3, 21. <<

^[61] «Suicide-Prevention Program to Be Explored by Board», *American Medical News*, 27 de junio-4 de julio de 1996, pág. 30. <<

^[1] Williams, G., «Mercy-Killing Legislation: A Rejoinder», en T. Beauchamp y L. Walters (comps.), *Contemporary Issues in Bioethics*, pág. 323. <<

^[2] Citado en R. Dworkin y otros, «Assisted Suicide: The Philosophers' Brief», *New York Review of Books*, 27 de marzo de 1997, pág. 45. <<

^[3] Bonhoeffer, D., *Ethics*, p. 162. <<

^[4] Van Hooff, A. J. L., *From Autothanasia to Suicide*, pág. 51. <<

^[5] Moro, T., *Utopia*, pág. 18 (trad. cast.: *Utopía*, Madrid, Espasa-Calpe, 2001). <<

^[6] Citado en E. J. Emanuel, «The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain», *Annals of Internal Medicine*, n° 121, 15 de noviembre de 1994, págs. 793-794. <<

^[7] Warren, J. C., *Etherization*, pág. 33. <<

^[8] Emanuel, E. J., «The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain», *Annals of Internal Medicine*, n° 121, 15 de noviembre de 1994, pág. 794. En relación con este aspecto, véase W. Osler, «The Fixed Period», en W. Osler, *Aequanimitas*, págs. 375-393; y Johnson, H. A., «Osler Recommends Chloroform at Sixty», *The Pharos*, n° 59, invierno de 1996, págs. 24-26. <<

^[9] Para una crítica de la literatura jurídica, véase C. DeSimone, *Death on Demand*. <<

^[10] Keizer, B., *Dancing with Mr. D.* (trad. cast.: *Danzando con la muerte: memorias de un médico*, Barcelona, Herder, 1997). <<

^[11] Stephen, J. F., *A History of the Criminal Law of England*, vol. 2, pág. 230. <<

^[12] Black, H. C., *Black's Law Dictionary*, págs. 29-30. <<

^[13] Kennedy, R., «Doctor Is Arraigned in Assisted Suicide», *New York Times*, 15 de octubre de 1998, pág. B3. <<

^[14] Kolata, G., «Documents Like Living Wills Are Rarely of Aid, Study Says», *New York Times*, 8 de abril de 1997, pág. A12. <<

^[15] Si un médico no lograra matar al paciente mediante el SA, ¿constituiría ello una negligencia médica y evidencia suficiente para procesarle? <<

^[16] Clements, M. y D. Hales, «In a New National Survey, Parade Asked: How Healthy Are We?», *Parade*, 7 de septiembre de 1997, pág. 4. Véase también P. Wilkes, «The Next Pro-Lifers», *The New York Times Magazine*, 21 de julio de 1996, págs. 22 y sigs. <<

^[17] Szasz, T., *Our Right to Drugs*, págs. 125-143 (trad, cast.: *Nuestro derecho a las drogas*, Barcelona, Anagrama, 1993). <<

^[18] La agencia federal antidroga estadounidense. (*N. del t.*) <<

^[19] *Code of Federal Regulations*, 21 CFR 1306.04 (1996); las cursivas son mías. Véase también G. J. Annas, «Death by Prescription: The Oregon Initiative», *New England Journal of Medicine*, n° 331, 3 de noviembre de 1994, págs. 1.240-1.243. <<

^[20] Szasz, T., «The Fatal Temptation: Drug Prohibition and the Fear of Autonomy», *Daedalus*, n° 121, verano de 1992, págs. 161-164. <<

^[21] *M'Naghten's Case*, 10 Cl. & F. 200, 8 Eng. Rep. 718 (H. L.), 1843; *The Queen Against Daniel McNaghten*, 1843, Central Criminal Court, Old Bailey, en D. J. West and A. Walk (comps.), *Daniel McNaghten*, págs. 12-73. <<

^[22] *Roe v. Wade*, 410 U. S. 113, 93 S. Ct 705, 35 L. Ed. 2d, 1973. <<

^[23] *Compassion in Dying v. State of Wash.*, 79 F. 3d 790 (9th Cir. 1996). <<

^[24] El texto completo tiene una extensión de 69 páginas y contiene 161 notas al pie. La opinión mayoritaria contiene muchas observaciones y comentarios acerca del aborto, la interrupción de los tratamientos a vida o muerte y el suicidio. Su extensión hace que el silencio de los jueces sobre el papel de las leyes sobre drogas respecto al suicidio sea aún más ruidoso. <<

^[25] Citado en W. J. Smith, «Death March», *National Review*, 23 de febrero de 1998, pág. 34; las cursivas son mías. <<

^[26] La limitación del SA a los pacientes terminales era sólo una parte de la táctica de «meter el pie en la puerta» de la organización. En diciembre de 1997, una carta de petición de fondos decía lo siguiente: «Hemos expandido nuestra misión

para incluir no sólo a los pacientes terminales sino también a las personas con enfermedades incurables que, tarde o temprano, se convertirán en enfermos terminales». <<

^[27] *Quill v. Vacco*, 80 F. 3d 716 (2nd Cir. 1996), pág. 721. <<

^[28] *Compassion in Dying v. State of Wash.*, 79 F. 3d 790 (9th Cir. 1996), pág. 791. <<

^[29] *Ibid.*, pág. 801. <<

^[30] «Bone Marrow Transplant in Fetus Staves off Immune Disease», *New York Times*, 12 de diciembre de 1996, pág. A27. <<

^[31] Donnelly, S. B., «The Postpartum Prosecutor», *Time*, 15 de diciembre de 1997, pág. 4. <<

^[32] *Compassion in Dying v. State of Wash.*, 79 F. 3d 790 (9th Cir. 1996), pág. 820; las cursivas son mías. <<

^[33] *Ibid.*, pág. 834. <<

^[34] Alpers A. y B. Lo, «Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Bold Experiment», *JAMA*, n° 274, 9 de agosto de 1995, págs. 483-487; las cursivas son mías. <<

^[35] Greenhouse, L., «Court, 9-0, Upholds State Laws Prohibiting Assisted Suicide: No Help for Dying», *New York Times*, 27 de junio de 1997, págs. A1, A19; Scott, J., «An Issue That Won't Die», *New York Times*, 27 de junio de 1997, págs. A1, A19; *Washington et al. v. Glucksberg*, 1997, WL. 348094; y *Vacco v. Quill*, 1997, WL. 348037. <<

^[36] Rehnquist, W. H., citado en L. Greenhouse, «Court, 9-0, Upholds State Laws Prohibiting Assisted Suicide: No Help for Dying», *New York Times*, 27 de junio de 1997, pág. A1. <<

^[37] Véase capítulo 1. <<

^[38] Quill, T. E., «Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making», *New England Journal of Medicine*, n° 324, marzo de 1991, pág. 693; Quill, T.

E., B. Lo, y D. W. Brock, «Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia», *JAMA*, n° 278,17 de diciembre de 1997, pág. 2.100; Quill, T. E., *Death and Dignity*, pág. 164; y *Compassion in Dying v. State of Wash.*, 79 F. 3d 790 (9th Cir. 1996), pág. 811. <<

^[39] *Compassion in Dying v. State of Wash.*, 79 F. 3d 790 (9th Cir. 1996), pág. 823; las cursivas son mías. <<

^[40] *Ibid.*, pág. 824. <<

^[41] *Ibid.*; las cursivas son mías. <<

^[42] «1995 Oregon Laws», capítulo 3, pág. 666; también citado en A. Alpers y B. Lo, «Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Bold Experiment», *JAMA*, n.º 274, 9 de agosto de 1995, pág. 484. <<

^[43] Muskin, P. R., «Legislating Suicide» (carta al editor), *New York Times*, 23 de septiembre de 1998, pág. A28; las cursivas son mías. <<

^[44] Szasz, T., «Bootlegging Humanistic Values Through Psychiatry», *Antioch Review*, n° 22, otoño de 1962, págs. 341-349; reimpresso en Szasz, T., *Ideology and Insanity*, págs. 87-97; y Szasz, T., «The Ethics of Abortion», *Humanist*, n° 26, septiembre-octubre de 1966, págs. 147-148. <<

^[45] Dado que las pacientes tenían que pagar por los abortos terapéuticos, esta opción quedaba generalmente vedada a las mujeres pobres. <<

^[46] Admiraal, P. V., «Euthanasia in the Netherlands», *Free Inquiry*, n° 17, invierno de 1996-1997, pág. 7. <<

^[47] Véase capítulo 7. <<

^[48] Daly, R., «May Physicians Cause Death?» *Alumni Journal*, SUNY Health Science Center, Syracuse, invierno de 1997, págs. 34-35. <<

^[49] *Ibid.* <<

^[50] Shakespeare, W., *The Winter's Tale*, pág. I, i, 18 (trad, cast.: *El cuento de invierno*, Madrid, Espasa-Calpe, 1999). <<

^[51] Véase T. Szasz, *The Manufacture of Madness* (trad, cast.: *La fabricación de la locura: estudio comparativo de la Inquisición y el Movimiento de Salud Mental*, 2.^a ed., Barcelona, Kairós, 1981). <<

^[52] En el original *obitiatrist*, un neologismo inventado por Kevorkian. (*N. del t.*) <<

^[53] Para una excepción, véase M. Betzold, «The Selling of Doctor Death», *New Republic*, 26 de mayo de 1997, págs. 22-26. <<

^[54] En el original, *medicide* y *obitiatry*, respectivamente; ambos son neologismos inventados por Kevorkian. (*N. del t.*) <<

^[55] Kevorkian, J., *Prescription*, pág. 202. <<

^[56] *Ibid.*, pág. 203. <<

^[57] Neologismo de difícil traducción inventado por Kevorkian que significaría algo así como la «máquina de la compasión». La palabra inglesa *mercy* proviene del francés *merci* y significa «compasión». (*N. del t.*) <<

^[58] *Ibid.*, págs. 233-235; las cursivas son mías. <<

^[59] *Ibid.*, pág. 217; las cursivas son mías. <<

^[60] *Ibid.*, pág. 141. <<

^[61] *Ibid.*, págs. 184, 185; las cursivas son mías. <<

^[62] *Ibid.*, págs. 195-200. <<

^[63] *Ibid.*, pág. 200; las cursivas son mías. <<

^[64] Williams, M., *Cry of Pain*, pág. 105. Williams identifica erróneamente a Derek Humphry del mismo modo. <<

^[65] Harmon, B., «The Many Faces of Jack Kevorkian», *Detroit News*, 23 de febrero de 1997, págs. 1A, 8A. <<

^[66] Associated Press, «Kevorkian Says He Helps to Relieve Pain, Suffering», *Syracuse Herald-Journal*, 2 de marzo de 1996, pág. A2. <<

^[67] Citado en J. Lessenberry, «Kevorkian Indicted on Charges of Helping in Three Suicides», *New York Times*, 1 de noviembre de 1996, pág. A32; Varner, B., «Kevorkian contra el fiscal», *USA Today*, 1 de noviembre de 1996, pág. 3A; y Lessenberry, J., «Kevorkian Is Arrested and Charged in Suicide», *New York Times*, 8 de noviembre de 1996, pág. A19. <<

^[68] Kevorkian, J., *Prescription*, pág. 184. <<

^[69] Goodman, D., «Kevorkian: Kidneys not Likely to Be Used», *Syracuse Herald-Journal*, 8 de junio de 1998, pág. A1; Lasalandra, M., «Kidney Offer Criticized: Transplant Experts Say Kevorkian Plan an Outrage», *Boston Herald*, 9 de junio de 1998, pág. A4. <<

^[70] Lewis, C. S., «The Humanitarian Theory of Punishment» (1953), en C. S. Lewis, *God in the Dock*, pág. 293. <<

^[71] *Quill v. Vacco*, 80 F. 3d 716 (2nd Cir.) 1996, pág. 721. <<

^[72] Citado en L. Montgomery, «Death's Other Image: By Name, Face, or Method, He's No Jack Kevorkian», *Free Press* (Detroit), 16 de diciembre de 1996, págs. 1A, 6A. <<

^[73] *Ibid.* <<

^[74] Quill, T. E., *A Midwife Through the Dying Process*, pág. 4. <<

^[75] *Ibid.*, pág. 202. <<

^[76] *Ibid.*; las cursivas son mías. <<

^[77] *Ibid.*, pág. 198. <<

^[78] *Ibid.*, págs. 81, 82. <<

^[79] *Ibid.*, pág. 89. <<

^[80] *Ibid.* <<

^[81] *Ibid.*, pág. 202. <<

^[82] Quill, T. E., citado en L. Montgomery, «Death's Other Image: By Name,

Face, or Method, He's No Jack Kevorkian», *Free Press* (Detroit), 16 de diciembre de 1996, págs. 1A, 6A. <<

^[83] Quill, T. E., citado en L. Reibstein y D. Klaidman, «Weighing the Right to Die», *Newsweek*, 13 de enero de 1997, pág. 62. <<

^[84] Madison, J., citado en S. Moore, «Our Unconstitutional Congress», *Imprimis* (Hillsdale College), n.º 26, 1997, pág. 5. <<

^[85] Royal Dutch Medical Association, «Policy Directive on Euthanasia», citado en P. V. Admiraal, «Euthanasia in the Netherlands», *Free Inquiry*, n.º 17, invierno de 1996-1997, pág. 5. <<

^[86] Quill, T. E., «Doctor, I Want to Die. Will You Help Me?» *JAMA*, n.º 270, 18 de agosto de 1993, págs. 870-873. <<

^[87] Quill, T. E., *A Midwife Through the Dying Process*, pág. 205. <<

^[88] Quill, T. E., «The Story of Diane», en M. P. Hamilton, *Terminal Illness and Assisted Suicide*, págs. 12-13. <<

^[89] Dugger, C. W., «Tug of Taboos: African Genital Rite vs. U. S. Law», *New York Times*, 28 de diciembre de 1996, págs. 1, 9. <<

^[90] Gross, J., «Doctor at Center of Supreme Court Case on Assisted Suicide», *New York Times*, 2 de enero de 1997, págs. B1, B4. <<

^[91] Callahan, D., citado en *Ibid.* <<

^[92] Doerflinger, R., «Slippery Slope in Action» (carta al editor), *New York Times*, 7 de enero de 1997, pág. A16. <<

^[93] Citado en *Ibid.* <<

^[94] «Assisted Suicide and the Law» (editorial), *New York Times*, 6 de enero de 1997, pág. A16. <<

^[95] Lindsay, R. A., «Assisted Suicide: Will the Supreme Court Respect the Autonomy Rights of Dying Patients?», *Free Inquiry*, n.º 17, invierno de 1996-1997, págs. 4-5. <<

^[96] Montgomery, L., «Medical Student Group Backs Assisted Suicide», *Free Press* (Detroit), 11 de diciembre de 1996, págs. 1A, 7A; Howarth, T., «Study of Assisted Suicide High on Dioceses'Agendas», *Episcopal Life*, febrero de 1997, pág. 15. <<

^[97] Citado en D. Bird, «A Christian Moral Perspective», en M. P. Hamilton, *Terminal Illness and Assisted Suicide*, pág. 33. <<

^[98] *Ibid.*, pág. 31. <<

^[99] Westley, D., *When It's Right to Die*, págs. 168-169. <<

^[100] Humphry, D., «Why I Believe in Voluntary Euthanasia», *Humphry Internet Essay*, 1995; http://www.finalexit.org/essay_why_i_believe.html; las cursivas son mías. <<

^[101] Girsh, F., «Right to Die» (cartas), *U. S. News & World Report*, 3 de octubre de 1997, pág. 6. <<

^[102] Girsh, F., citado en W. J. Smith, «Death March», *National Review*, 23 de febrero de 1998, pág. 34; las cursivas son mías. <<

^[103] Citado en P. Steinfels, «Doctor-Assisted Suicide», *New York Times*, 11 de enero de 1997, pág. 31. <<

^[104] Dworkin, R., «Assisted Suicide: The Philosophers' Brief», *New York Review of Books*, 27 de marzo de 1997, págs. 41, 43. <<

^[105] *Ibid.*, pag. 43; las cursivas son mias. <<

^[106] *Ibid.*, pág. 42. <<

^[107] Eads, B., «A License to Kill», *Wall Street Journal Europe*, 10 de septiembre de 1997, pág. 6. <<

^[108] *Ibid.* <<

^[109] *Washington et al. v. Glucksberg*, 1997 WL 348094; y *Vacco v. Quill*, 1997 WL 348037. <<

^[110] Dworkin, R., «Assisted Suicide: What the Court Really Said», *New York*

Review of Books, 25 de septiembre de 1997, págs. 40-44. <<

^[111] *Ibid.*, pág. 44; las cursivas son mías. <<

^[112] Szasz, T., *Insanity*, y *Cruel Compassion*. <<

^[113] «Court Rejects the Sale of Medical Marijuana», *New York Times*, 26 de febrero de 1998, pág. A21. <<

^[114] Greenhouse, L., «Assisted Suicide Clears a Hurdle in Highest Court», *New York Times*, 15 de octubre de 1997, págs. A1, A16. <<

^[115] El programa federal del gobierno norteamericano de asistencia sanitaria a los pobres. (*N. del t.*) <<

^[116] Steinfels, P., «Doctor-Assisted Suicide in Oregon: An Idea That Complicates Health Care for the Poor and Challenges Government Neutrality», *New York Times*, 7 de marzo de 1998, pág. A7. <<

^[117] El programa federal del gobierno norteamericano de asistencia sanitaria a los mayores de 65 años. (*N. del t.*) <<

^[118] «Suicide Is Never Health Care» (editorial), *Syracuse Herald-Journal*, 18 de abril de 1997, pág. A18; las cursivas son mías. <<

^[119] «Oregon Doctors Caught Between State and Federal Rules on Assisted Suicide», *Syracuse Herald-Journal*, 19 de noviembre de 1997, pág. A11. <<

^[120] Lewis, N. A., «U. S. Won't Prosecute Doctors Who Aid Suicide Via Oregon Law», *New York Times*, 6 de junio de 1998, pág. A7. <<

^[121] *Ibid.* <<

^[122] «Overreaching on Assisted Suicide» (editorial), *New York Times*, 17 de septiembre de 1998, pág. A30. <<

^[1] Proctor, R., *Racial Hygiene*, págs. 190, 193; y Pappas, D., «Recent Historical Perspectives Regarding Medical Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *British Medical Bulletin*, n° 52, 1996, pág. 390. <<

^[2] Código penal holandés, artículo 293, citado en P. V. Admiraal, «Voluntary Euthanasia: The Dutch Way», en S. A. M. McLean (comp.), *Death, Dying, and the Law*, pág. 114; también citado en D. Pappas, «Recent Historical Perspectives Regarding Medical Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *British Medical Bulletin*, n° 52, 1996, pág. 390. <<

^[3] Singer, P., *Practical Ethics*, pág. 216 (trad. cast.: *Ética práctica*, 4.^a ed., Barcelona, Ariel, 1995). <<

^[4] Michener, R., «Foreword», en A. V. Dicey, *Introduction to the Study of the Law of the Constitution*, pág. XXII. Véase también *Valentine's Law Dictionary*, pág. 372. <<

^[5] Por ejemplo, véase «County Seeks Medical Use of Seized Marijuana», *New York Times*, 28 de noviembre de 1997, pág. A28. <<

^[6] Debido a que el término «socialista» evoca al nacionalsocialismo y el socialismo internacional (comunismo), y también a que el sistema estadounidense de salud es, de hecho, todavía estatal en su mayor parte, es políticamente incorrecto llamarlo «socialista». No obstante, describir el sistema como regulado por el «mercado» o por la «competencia», aunque políticamente correcto, es, desde el punto de vista de los hechos, incorrecto. <<

^[7] Branegan, J., «I Want to Draw the Line Myself», *Time*, 17 de marzo de 1997, págs. 30-31. <<

^[8] Admiraal, P. V., «Euthanasia in the Netherlands», *Free Inquiry*, n° 17, invierno 1996-1997, págs. 7-8; las cursivas son mías. <<

^[9] Branegan, J., «I Want to Draw the Line Myself», *Time*, 17 de marzo de 1997, págs. 30-31. <<

^[10] Groenewoud, J. H. y otros, «Physician-Assisted Death in Psychiatric Practice in the Netherlands», *New England Journal of Medicine*, n° 336, 19 de junio de 1997, págs. 1.795-1.801; las cursivas son mías. <<

^[11] *Ibid.*; las cursivas son mías. Véase también L. Ganzini y M. A. Lee, «Psychiatry and Assisted Suicide in the United States», *New England Journal of Medicine*, n° 336, 19 de junio de 1997, págs. 1.824-1.826. <<

^[12] Los reclusos penitenciarios se encuentran en esta situación y, aun así, se dedican grandes esfuerzos a evitar su suicidio. <<

^[13] Admiraal, P. V., «Euthanasia in the Netherlands», *Free Inquiry*, n° 17, invierno de 1996-1997, pág. 5. <<

^[14] *Ibid.*, pág. 6. <<

^[15] Keizer, B., *Dancing with Mister D.*, págs. 167, 251 (trad, cast.: Danzando con la muerte: memorias de un médico, Barcelona, Herder, 1997). <<

^[16] *Ibid.*, pág. 256. <<

^[17] *Ibid.* <<

^[18] *Ibid.*, pág. 258. <<

^[19] De modo parecido, los psiquiatras norteamericanos no pueden responder a la demanda personal de un paciente de ser admitido en un hospital psiquiátrico. Si lo hicieran, se desenmascararía la reclusión civil como lo que en realidad es, un ritual médico y no un tratamiento legítimo. En su lugar, el paciente debe pretender que será admitido cuando su psiquiatra decida que «requiere» hospitalización porque «es peligroso para sí mismo y para los demás». En otras palabras, la demanda del paciente de ser admitido en un hospital psiquiátrico debe ser encubierta: debe «enfermar» de esquizofrenia o cometer un crimen «extraño» para conseguir su objetivo. <<

^[20] *Ibid.*, pág. 301. <<

^[21] Branegan, J., «I Want to Draw the Line Myself», *Time*, 17 de marzo de 1997, pág. 30-31. <<

^[22] Hendin, H., citado en P. Conradi, «Dutch Are “Bullied” into Euthanasia», *Times* (Londres), 16 de marzo de 1997, pags. 1-12. <<

^[23] Toffier, W. L. y M. J. Edwards, «Physician-Assisted Suicide» (cartas), *New*

England Journal of Medicine, n° 335, 15 de agosto de 1996, pág. 519. <<

[24] Keizer, B., *Dancing with Mister D.*, *op. cit.*, pág. 301. <<

[25] Goodman, E., «Dutch Have Grappled with Assisted Suicides», *Syracuse Post-Standard*, 18 de abril de 1997, pág. A14. <<

[26] *Ibid.* <<

[27] Admiraal, P. V., «Voluntary Euthanasia: The Dutch Way», en S. A. M. McLean (comp.), *Death, Dying, and the Law*, pág. 114. <<

[28] *Ibid.*; las cursivas son mías. <<

[29] *Ibid.* <<

[30] Hentoff, N., «Death in the Netherlands», *National Right to Life News*, 24 de marzo de 1997, pág. 13. <<

[31] *Ibid.* <<

[32] Citado en *Ibid.* <<

[33] Singer, P., *Rethinking Life and Death*, pág. 158 (trad. cast.: *Repensar la vida y la muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional*, Barcelona, Paidós, 1997). <<

[34] *Ibid.*, pág. 146. <<

[35] *Ibid.*, pág. 158. <<

[36] Chase, A., *The Legacy of Malthus*. <<

[37] Véase S. H. Harris, *Factories of Death*. <<

[38] Proctor, R., *Racial Hygiene*, pág. 180. <<

[39] Pernick, M. S., *The Black Stork*, págs. 14-15. <<

[40] *Ibid.*, pág. 95; en cursiva en el original. <<

[41] *Ibid.* <<

[42] *Ibid.*, pág. 194. <<

[43] Muller-Hill, B., *Murderous Science*, pág. 23; y Moore, T. M., «A Century of Psychology in Its Relationship to American Psychiatry», en J. K. Hall (comp.), *One Hundred Years of American Psychiatry*, pág. 467. <<

[44] Citado en R. Proctor, *Racial Hygiene*, pág. 180. <<

[45] Kennedy, F., «The Problem of Social Control of the Congenital Defective: Education, Sterilization, Euthanasia», *American Journal of Psychiatry*, n° 99, julio de 1942, págs. 14, 16. Véase T. Szasz, *Cruel Compassion*, cap. 4. <<

[46] Véase R. Proctor, *Racial Hygiene*. Muchas de mis citas subsiguientes provienen de esta importante obra sobre la política sanitaria en la Alemania nazi. <<

[47] *Ibid.*, págs. 259-260. <<

[48] Peck, J. S., «Ernst Simmel, 1882-1947», en F. G. Alexander y otros (comps.), *Psychoanalytic Pioneers*, pág. 380. <<

[49] Proctor, R., *Racial Hygiene*, pág. 268. <<

[50] *Ibid.*, págs. 270, 273. <<

[51] *Ibid.*, págs. 185-186. <<

[52] *Ibid.*, pág. 188. <<

[53] Silvers, J. y T. Hagler, «In the Name of the Führer», *The Sunday Times Magazine* (Londres), 14 de septiembre de 1997, págs. 32-42. <<

[54] Literalmente, *Wohl* significa «bien». El término implica salud o beneficio; una traducción más precisa, aunque algo torpe, de *Wohltat* sería «compadecimiento u obra de caridad». <<

[55] Proctor, R., *Racial Hygiene*, págs. 188, 207; las cursivas son mías. <<

[56] *Ibid.*, pág. 207. <<

^[57] Muller-Hill B., *Murderous Science*, págs. 39-40; las cursivas son mías. <<

^[58] Pfaff, W., «Eugenics, Anyone?», *New York Review of Books*, 23 de octubre de 1997, págs. 23-24; y J. Silvers, y T. Hagler, «In the Name of the Führer», *The Sunday Times Magazine* (Londres), 14 de septiembre de 1997, págs. 32-42. <<

^[59] Proctor, R., *Racial Hygiene*, pág. 212. <<

^[60] Chase, A., *The Legacy of Malthus*. <<

^[61] Proctor, R., *Racial Hygiene*, pág. 212. <<

^[62] Szasz, T., *Insanity, y Cruel Compassion*. <<

^[63] Pappas, D., «Recent Historical Perspectives Regarding Medical Euthanasia and Physician-Assisted Suicide», *British Medical Bulletin*, n° 52, 1996, pág. 390. <<

^[64] *Ibid.* El autor cita como fuente el informe *Euthanasia*, de 1988, de la British Medical Association. <<

^[65] Proctor, R., *Racial Hygiene*, págs. 190, 193; en cursiva en el original. <<

^[66] Barondess, J. A., «Medicine Against Society: Lessons from the Third Reich», *JAMA*, n° 276, 27 de noviembre de 1996, págs. 1.657-1.661. <<

^[67] Proctor, R., *Racial Hygiene*, pág. 18. <<

^[68] Muller-Hill, B., *Murderous Science*, citado en *Ibid.*, págs. 44, 55. <<

^[69] *Ibid.*, pág. 23. <<

^[70] Proctor, R., *Racial Hygiene*, págs. 190, 193; cursivas en el original. <<

^[71] Servatius, R., citado en H. Arendt, *Eichmann in Jerusalem*, pág. 64; las cursivas son mías (trad, cast.: *Eichmann en Jerusalén*, Barcelona, Lumen, 1967). <<

^[72] Litton, R. J., *Nazi Doctors*, págs. 15-16. <<

^[73] Szasz, T., *The Therapeutic State, e Insanity*. <<

^[74] Bachman J. G. y otros, «Attitudes of Michigan Physicians and the Public

Toward Legalizing Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia», *New England Journal of Medicine*, n° 334, 1 de febrero de 1996, pág. 303. <<

^[1] Ortega y Gasset, J., *Man and Crisis*, pág. 79 (trad, cast.: *Pensamiento y conciencia de crisis*, Salamanca, Editora, 1994). <<

^[2] Von Hayek, F., *The Constitution of Liberty*, pág. 31 (trad, cast.: *Los fundamentos de la libertad*, 6.^a ed., Madrid, Unión Editorial, 1998). <<

^[3] Black, H. C., *Black's Law Dictionary*, pág. 852. <<

^[4] *Union Pacific Railway Co. v. Botsford*, 141 U. S. 250, 251 (1891). <<

^[5] *Olmstead v. United States*, 277 U. S. 438 (1928), pág. 479. <<

^[6] Véase T. Szasz, *Psychiatric Slavery*. <<

^[7] *Application of President and Directors of Georgetown College*, 331 F. 2nd, 1010 (D. C. Cir. 1964); cursivas en el original. <<

^[8] *Thor v. Superior Court (Andrews)*, 855 P. 2d 375 (Cal. 1993), págs. 375, 376, 384. El tribunal citaba *In re Osborne* (D. C. 1972) 294 A. 2d 372, 375, fn. 5. <<

^[9] Algunos de estos conceptos no significan exactamente lo mismo en Estados Unidos que en Europa. El liberalismo «norteamericano» sería nuestra socialdemocracia, ya que aquí el liberalismo se asocia más bien al no intervencionismo en materia económica. El «comunitarismo» es un término netamente anglosajón (quizá también haya encontrado una cierta recepción en las democracias protestantes del norte de Europa) que, aunque no está tan enfrentado a liberalismo (norteamericano) como puede parecer, hace un mayor hincapié en los valores colectivos. En este sentido, tiene coincidencias con nuestra socialdemocracia, aunque dista de ser lo mismo. Finalmente, aunque el concepto de «progresismo» es semejante en Europa y en Estados Unidos, entre nosotros no se suelen calificar las ideas representadas por la socialdemocracia (o el liberalismo norteamericano actual) como «totalitarias», un término que se reserva para los regímenes antiliberales extremos. (*N. del t.*) <<

^[10] Burke, E., «A Letter from Mr. Burke to a Member of the National Assembly in Answer to Some Objections to His Book on French Affairs» (1791), en E. Burke, *The Works of the Right Honorable Edmund Burke*, vol. 3, pág. 315. <<

^[11] De Jasay, A., *Against Politics*, pág. 219. <<

^[12] Quill, T. E. y H. Brody, «Physician Recommendation and Patient Autonomy: Finding a Balance Between Physician Power and Patient Choice», *Annals of Internal Medicine*, n° 125, 1 de noviembre de 1996, pág. 765. <<

^[13] *Ibid.*, pág. 767-768; las cursivas son mías. <<

^[14] Black, H. C., *Black's Law Dictionary*, pág. 1.217. <<

^[15] Szasz, T., *Ceremonial Chemistry*, pág. 175. <<

^[16] *Ibid.* <<

^[17] Smith, W. J., *Forced Exit*, pág. 6; las cursivas son mías. <<

^[18] *Ibid.*, págs. 247, 252; las cursivas son mías. <<

^[19] Glick, S. M., «Unlimited Human Autonomy: A Cultural Bias?», *New England Journal of Medicine*, n° 336, 27 de marzo de 1997, págs. 954-956; las cursivas son mías. <<

^[20] Esta parte recuerda el mandato del Deuteronomio que obliga a los judíos a tratar a los no judíos de forma distinta. Glick clasifica su postura como «comunitarista» y añade: «Quizá sea una coincidencia, pero lo cierto es que uno de los líderes del movimiento comunitarista en Estados Unidos es un antiguo israelí [Amitai Etzioni]». <<

^[21] Comida tradicional judía. (*N. del t.*) <<

^[22] Callahan, D., citado en P. Wilkes, «The Next Pro-Lifers», *The New York Times Magazine*, 21 de julio de 1996, págs. 22 y sigs.; las cursivas son mías. <<

^[23] *Ibid.*; las cursivas son mías. <<

^[24] Gaylin W. y Jennings, B., *The Perversion of Autonomy*, págs. 8, 126. <<

^[25] *Ibid.*, pág. 58. <<

^[26] *Ibid.*, pág. 30. <<

^[27] Véase T. Szasz, «The Moral Dilemma of Psychiatry: Autonomy or Heteronomy?», *American Journal of Psychiatry*, n° 121, diciembre de 1964, págs. 521-

528. <<

^[28] Gaylin, W. y B. Jennings, *The Perversion of Autonomy*, pág. 66. <<

^[29] *Ibid.*, pág. 10. <<

^[30] Henry, M., «The Heritage of Gerhart Niemeyer», *Intercollegiate Review*, n° 33, otoño de 1997, pág. 7. <<

^[31] Gaylin W. y Jennings, B., *The Perversion of Autonomy*, pág. 10. <<

^[32] Citado en N. B. Cummings, «Termination of Dialysis», en V. E. Andreucci y L. G. Fine (comps.), *International Yearbook of Nephrology*, pág. 129. <<

^[33] Calland, C. H., «Iatrogenic Problems in End-Stage Renal Failure», *New England Journal of Medicine*, n° 287, 17 de agosto de 1972, págs. 334-335. <<

^[34] DiBianco, J. T., «The Hemodialysis Patient», en L. D. Hankoff y B. Einsidler (comps.), *Suicide*, pág. 293. <<

^[35] *Ibid.*, págs. 293-294. <<

^[36] Véase N. B. Cummings, «Ethical and Legal Considerations in End-Stage Renal Disease», en R. Schriery C. W. Gottschalk (comps.), *Diseases of the Kidney*, vol. 3, págs. 2.839-2.873 (trad. cast.: *Trastornos renales*, Barcelona, Salvat, 1984), y «Social, Ethical, and Legal Issues Involved in Chronic Maintenance Dialysis», en J. F. Maher (comp.), *Replacement of Renal Function by Dialysis*, págs. 1.141-1.158. <<

^[37] Oreopoulos, D. G., «Withdrawal from Dialysis: When Letting Die Is Better than Helping to Live», *The Lancet*, vol. 346, n° 3-4, 1 de julio de 1965, pág. 4; y Cummings, N. B., «Termination of Dialysis», en V. E. Andreucci y L. G. Fine (comps.), *International Yearbook of Nephrology*, pág. 123. <<

^[38] *Ibid.*; y Agodoa, L. Y. y P. W. Eggers, «Renal Replacement Therapy in the United States: Data from the United States Renal Data System», *American Journal of Kidney Diseases*, n° 25, enero de 1995, págs. 119-133. <<

^[39] Catalano, C. y C. Marino, «Death from Suicide and Discontinuation of Renal Replacement Therapy: 23-Years' Clinical Experience», *Nephron*, n° 73, 1996, págs. 737-738. <<

^[40] Szasz, T., *The Second Sin*, pág. 76 (trad, cast.: *El segundo pecado*, Barcelona, Martínez Roca, 1992). <<

^[41] Agodoa L. Y. y P. W. Eggers, «Renal Replacement Therapy in the United States: Data from the United States Renal Data System», *American Journal of Kidney Diseases*, n° 25, enero de 1995, págs. 119-133. <<

^[42] Cohen, L. M., «Suicide, Hastening Death, and Psychiatry», *Archives of Internal Medicine*, n° 158, 12 de octubre de 1998, pág. 1.975. <<

^[43] Véase capítulo 4. <<

^[44] Kerridge, I., M. Lowe y K. Mitchell, «Competent Patients, Incompetent Decisions», *Annals of Internal Medicine*, n° 123, 1 de diciembre de 1995, págs. 878-881. <<

^[45] Cummings, N. B., «Ethical and Legal Considerations in End-Stage Renal Disease», en R. Schrier y C. W. Gottschalk (comps.), *Diseases of the Kidney, op. cit.*, vol. 3, págs. 2.860-2.861. <<

^[46] Bliss, E. L., «Anorexia Nervosa», en A. M. Freedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock (comps.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. II, pág. 1.657 (trad, cast.: *Tratado de psiquiatría*, vol. 2, Barcelona, Salvat, 1982). <<

^[47] Bruch, H., *Eating Disorders*, pág. 269. <<

^[48] «Michener's Kidney Dialysis», *USA Today*, 13 de octubre de 1997, pág. 2D. <<

^[49] Hilton, B., «Did James Michener Commit Suicide or just Die?», *Syracuse Herald-Journal*, 5 de noviembre de 1997, pág. B6; las cursivas son mías. <<

^[50] «Don't get too big for your britches!» (*N. del t.*) <<

^[51] Éstas son imágenes cristianas y judías. El concepto hindú-budista de nirvana consagra la muerte como la condición definitiva del ser que no es. Para los hindúes y los budistas, el suicidio es una opción temeraria porque implica una reencarnación dolorosa. <<

^[52] Para un interesante recuento de una biografía «humanizada» de Dios,

véase J. Miles, *God* (trad, cast.: *Dios: una biografía*, Barcelona, Planeta, 1996). <<

^[53] *Griswold v, Connecticut*, 381 U. S. 479 (1965). <<

^[54] Esto no es exactamente así, puesto que podemos exigirnos responsabilidades a nosotros mismos. En tal caso, la expresión hará referencia a una división ficticia del individuo en actor y juez de su propia acción. <<

^[1] Jefferson, T.; «The Memoir» (1821), en T. Jefferson, *Memoir*, vol. 1, pág. 125. <<

^[2] Jefferson, T., «Letter to Dr. Samuel Brown», 14 de julio de 1813, en A. Koch y W. Peden (comps.), *The Life and Writings of Thomas Jefferson*, pág. 629. <<

^[3] Stephen, L., *The Science of Ethics*, págs. 391-392. <<

^[4] Mencken, H. L., *The Philosophy of Friedrich Nietzsche*, págs. 226-228. Agradezco a Leo Elliott que llamara mi atención sobre este aspecto. <<

^[5] Nietzsche, F., citado en K. Jaspers, *Nietzsche*, págs. 325, 324. <<

^[6] Richter, W., *The Mad Monarch*, págs. 250-251. <<

^[7] Para detalles adicionales véase T. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry*, págs. 48-53. <<

^[8] Johnson, H. A., «Osler Recomends Chloroform at Sixty», *The Pharos*, n° 59, invierno de 1996, págs. 24-26. Las citas subsiguientes están tomadas de esta obra a no ser que se diga lo contrario. <<

^[9] Osler, W., «The Fixed Period», en W. Osler, *Aequanimitas*, págs. 375-393. <<

^[10] Johnson, H. A., «Osler Recomends Chloroform at Sixty», *The Pharos*, n° 59, invierno de 1996, págs. 24-26. Las citas subsiguientes están tomadas de esta obra a no ser que se diga lo contrario. <<

^[11] Cushing, H., *The Life of Sir William Osler*, vol. 1, pág. 669. <<

^[12] Osler, W., «The Fixed Period», en W. Osler, *Aequanimitas*, pág. 382. <<

^[13] *Ibid.* <<

^[14] Trollope, A., *The Fixed Period*. Para una discusión detallada de la relación de esta novela con las circunstancias actuales, véase K. Boyd, «Euthanasia: Back to the Future», en J. Keown (comp.), *Euthanasia Examined*, págs. 72-82. <<

^[15] Cushing, H., *The Life of Sir William Osler*, vol. 2, pág. 311. <<