

**SOBRE LA «PERSONA».**  
**APROXIMACIÓN A LAS DISCUSIONES EN TORNO AL FINAL DE LA VIDA**  
**Michelle Piperberg**

La investigación se divide en cinco capítulos. El capítulo I tiene por finalidad señalar ciertos antecedentes contextuales previos a la aparición de la bioética y los cambios que introdujo la institucionalización hospitalaria del proceso de morir, profundizando, por un lado, en el modo en que ello afecta a la relación entre el médico (no se incluye en este primer momento a demás personal sanitario) y el enfermo; y, por el otro, en la incidencia que tuvo en el paciente hospitalizado, aludiendo a dos separaciones: (1) el aislamiento de su entorno familiar y (2) la enajenación que experimenta respecto a su propia muerte.

El capítulo II estudia el surgimiento de la bioética y, con ella, la aparición de la «persona», en sentido moral, en medicina. Si, como señala Eric Cassell, la concepción del paciente como «persona» se vincula al advenimiento de la bioética (2009: 45), lo hace mediando dos reivindicaciones: la primera, referente al paciente como *sujeto*, en oposición a una concepción que parecía reducirlo a un mero *objeto* cognoscible; y, la segunda -vinculada a la «minoría de edad» en que el paradigma paternalista había sumido al paciente-, reclama que, en la medida en que el paciente es un sujeto o agente moral, ha de poder tomar decisiones sobre su vida y su salud, y por ende, ha de ser capaz -a su vez- de hacerse *responsable* de tales decisiones. El «respeto a la persona», como resultado de estas dos reivindicaciones, se codifica. Para garantizar que en adelante el paciente no pierde su estatus de persona, se formulan ciertos *derechos* -entre ellos, el derecho a decidir y ser correctamente informado- al tiempo que con el *Informe Belmont* primero y con la obra de Beauchamp y Childress - *Principios de ética biomédica*- después, se postula un *principio de autonomía* cuya finalidad es justamente que, en tanto que sujeto responsable, la persona pueda decidir por sí misma, pueda auto-determinarse. De modo sutil pero recurrente, la bioética anglosajona occidental tiende a identificar el principio de respeto a la persona con el

principio de respeto a la autonomía, al entender ambas nociones como legítimamente intercambiables. Así, la propuesta de una medicina centrada en la persona (*person-centred*) deriva rápidamente en un nuevo paradigma médico que gira en torno al principio de autonomía (*autonomy-centred*). Como señalan los autores Ferrer y Álvarez, el principio de respeto por las personas se concibe en el *Informe Belmont* en clave netamente autonomista, y es esta interpretación la que van a recoger posteriormente Beauchamp y Childress. (Ferrer, 2003: 124) Ello se explica en parte porque como afirma Howard Brody: «la historia del surgimiento de la ética médica como un tema especial de estudio [bioética] en los últimos 15 años es, en muchos aspectos, la historia de la preocupación por la autonomía del paciente [...]». (1985: 380) Además, la adopción del principio de respeto a la autonomía de las personas resulta perfectamente lógica dada la coherencia de dicho principio con la teoría liberal dominante en los Estados Unidos por aquel entonces. Según Daniel Callahan: «la bioética surge con un programa intelectual totalmente compatible con el liberalismo.» (1993: s8)

El capítulo III se propone estudiar dos de estas propuestas liberales que centran sus argumentos sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en la autonomía de la persona, en su decisión individual de morir. De un lado, el utilitarismo singeriano y la importancia de las preferencias personales, del otro, un liberalismo moderado que a partir de la teoría de Ronald Dworkin propone un replanteamiento sobre el valor intrínseco de la vida humana, como modo de superar la disyuntiva que se plantea entre un posicionamiento religioso conservador -a favor de la inviolabilidad de la vida- y uno utilitarista que parte de una valoración cualitativa de la misma. En este capítulo se intenta explicar el vínculo que existe entre una concepción de la «persona», la manera en que se define la *autonomía* y el modo en cómo se interpreta el *valor de la vida humana*. La autonomía aparece, en ambos enfoques, como un elemento definitorio de aquello que da valor a una vida, a la vez que como un rasgo esencial de la persona. De estas interpretaciones, se desprende el argumento de que las decisiones sobre el proceso de morir son, en realidad, un asunto que solo compete a la esfera individual de las creencias, preferencias y valores morales. Y en este sentido, sobre la decisión individual de morir, los demás o el estado poco tienen que decir.

Esta concepción de la persona en términos individualistas será, sin embargo, puesta a prueba en el capítulo IV por las críticas comunitaristas y la teoría feminista, para concluir que un análisis del contexto y una discusión en términos de filosofía política son inevitables. Las críticas introducidas desde posiciones comunitaristas (Alasdair MacIntyre, Michael Sandel...) o desde la bioética feminista (Margaret O.

Little, Susan Sherwin...) resultan fundamentales para la discusión, y si bien ambas teorías suelen distanciarse en varios aspectos, comparten el cuestionamiento a una concepción *individualista* de la persona y de la autonomía, que introduce un dualismo, es decir, un desdoblamiento del ser humano (cuerpo-persona), que impide una comprensión del mismo como una totalidad, a la vez que considera que el entorno comunitario y social y las particularidades situacionales de la persona son elementos externos a la misma. Considerar al paciente como persona, conlleva garantizar ciertos derechos y su autonomía, pero la cuestión que se plantea es si no debería incluirse también algún elemento que permita poner de relieve sus *necesidades* en tanto que ser *vulnerable* y *social*. Definir la persona de modo no fragmentado, supone pensar en un individuo humano corpóreo y pensante, racional y sensible, autónomo, dependiente y relacional. La motivación de este capítulo es, por consiguiente, recuperar un concepto de persona no fragmentado para ver en qué medida ofrece argumentos diferentes de los que aporta una teoría centrada en el respeto a la autonomía en los debates bioéticos contemporáneos sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.

El capítulo V reflexiona, por último, sobre el caso de personas que ya no pueden decidir, concretamente personas que se encuentran atrapadas en este espacio indefinido que es el Estado Vegetativo Permanente (EVP). El análisis gira en torno a la pregunta sobre ¿cuándo se considera que una *persona* ha muerto? O, dicho de otro modo, si han de ser consideradas «personas» (en el particular sentido del término estudiado en los capítulos III y IV) los pacientes en EVP. En este último capítulo también se retoman elementos mencionados en el capítulo I sobre el criterio utilizado para definir la muerte y los problemas que se derivan de una excesiva medicalización del proceso de morir.