

# Breve historia de la eutanasia. Aproximación al concepto

JOSÉ MANUEL CAAMAÑO\*

---

Moralia 35 (2012) 179-211

## RESUMEN:

*La eutanasia ha sido estudiada en muchas publicaciones en las últimas décadas desde diferentes perspectivas, pero en ninguna de ellas existe un adecuado análisis histórico de su significación originaria. Antes bien, se trata de acercamientos muy generales y en muchos casos imprecisos. En este sentido, el presente artículo constituye un novedoso estudio del concepto de eutanasia teniendo en cuenta la significación histórica y contextual que ha tenido en los distintos autores desde la Grecia del siglo V a.C. hasta la actualidad.*

## ABSTRACT:

*Euthanasia has been studied in many publications in recent decades from different perspectives, but there has not yet been an adequate historical analysis of its original meaning. General approaches abound, that in many cases are inaccurate. This paper presents a new approach to the concept of euthanasia, taking into account the historical and contextual significance it has had in different authors throughout history since V century B.C. Greece to the present date.*

PALABRAS CLAVE: Bioética / Eutanasia / Buena muerte / Sufrimiento / Práctica / Final de la vida

## I. INTRODUCCIÓN

En el año 1990 se anunció en España la existencia de un borrador de proyecto de ley sobre la eutanasia que agitó las conciencias de

---

\* Profesor de la Facultad de Teología, Universidad Pontificia Comillas (Madrid)

muchas personas y profesionales de diferentes ámbitos de la vida social, dando lugar a diversas publicaciones, encuestas y opiniones sobre el problema. Por dicho motivo, la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid –dirigida en aquel entonces por el profesor Javier Gafo, S.J. (1936-2001)– decidió dedicar su Quinto Seminario Interdisciplinar al análisis de los aspectos médicos, jurídicos, éticos y teológicos de dicha cuestión. Entre las ponencias, que fueron publicadas posteriormente en la obra *La eutanasia y el arte de morir*, se encuentra un estudio titulado *Historia de la eutanasia*, elaborado por una de las figuras españolas de la bioética más relevantes a nivel internacional como es el profesor Diego Gracia<sup>1</sup>, y que ha supuesto una valiosa aportación al conocimiento de la eutanasia en su vertiente histórica, convirtiéndose en lugar común de referencia sobre la cuestión en nuestra lengua.

La importancia de dicho estudio se vio todavía incrementada por referirse a una problemática cuya vertiente histórica nos resultaba bastante desconocida, algo de lo que el propio autor es consciente. De hecho, no sólo se hizo necesario romper de algún modo con el tabú de la muerte y que surgiera con fuerza la tanatología, sino también que lo que él denomina una revolución “historiográfica” hiciera posible una nueva manera de enfrentarse al estudio de la muerte con el nacimiento de la “historia de las mentalidades”<sup>2</sup>.

Esto es crucial en el análisis que Diego Gracia realiza de la eutanasia, dado que su intención no es hacer la historia del concepto, sino la historia de las mentalidades sobre dicho concepto, o mejor, sobre la muerte, lo que le lleva a distinguir tres formas fundamentales, correspondientes a tres períodos distintos aunque no siempre claramente diferenciados: la eutanasia ritualizadora, la medicalizadora y la autonomizadora.

<sup>1</sup> D. GRACIA, *Historia de la eutanasia* en: J. GAFO (ed.), *La eutanasia y el arte de morir*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1990, 13-32. Dicho artículo sería publicado posteriormente también en otros lugares.

<sup>2</sup> *Ibidem*, 14. Diego Gracia nos describe su objetivo: “combinar la clásica historia de las ideas con los métodos de la moderna historia social, e iniciar así el estudio de los comportamientos humanos básicos”. Tal ha sido también la línea, por ejemplo, de Philippe Ariès.

Ello significa que hay leer el estudio de Diego Gracia teniendo en cuenta un presupuesto del que gran parte de autores que le han seguido no han sido del todo conscientes, y es que tal distinción de formas responde a una determinada manera de vivir la muerte y a las decisiones de las personas sobre ella, no a la significación originaria del concepto tal y como aparece en los autores que lo han utilizado<sup>3</sup>. Y es precisamente ahí donde se sitúa el interés del presente estudio: Analizar la eutanasia y sus avatares históricos hasta la actualidad desde la significación originaria del propio concepto. En este sentido, ambos artículos resultarán complementarios en orden a un mejor conocimiento de un concepto que de constituir un deseo se ha convertido ya en un enorme problema multidisciplinar y humano.

## II. LA EUTANASIA: UN CONCEPTO EN CONTRACCIÓN

En los últimos años se ha publicado mucho sobre cuestiones que afectan al final de la vida. En muchos de estos estudios, existe un apartado dedicado a la perspectiva histórica. Ahora bien, dichos estudios, o bien sintetizan la aportación de Diego Gracia a la que ya nos referimos, o bien suelen ser aproximaciones bastante generales, muy incompletas y en ocasiones incluso erróneas.

Hasta el momento –al menos que yo conozca– no existen en castellano análisis detallados del concepto de eutanasia que atiendan rigurosamente a su significación histórica. Tampoco nosotros pretendemos hacerlo en este lugar de forma exhaustiva, aunque sí señalar los aspectos más destacados que faciliten una visión global del problema, cosa nada fácil debido a que las fuentes originales no siempre resultan accesible en las lenguas modernas, en algunos casos incluso ni siquiera en las originales.

Con todo, en una primera aproximación, podemos afirmar que el concepto de eutanasia (εὐθανασία) –compuesto por los términos

<sup>3</sup> Por ello, hay que tener presente que la aplicación del concepto de eutanasia a muchas de las prácticas realizadas sobre el final de la vida a lo largo de la historia de las culturas constituye una transposición de su significado actual, pero que no responde a su significación originaria y contextual.

griegos *eu y thanasia*<sup>4</sup>— significa literalmente “buena muerte” y ha tenido un proceso de paulatina contracción en su significación original, en el sentido de que ha pasado de referirse a muchas cosas para hacerlo a cada vez menos o incluso a una sola, algo que hoy en día podemos comprobar con facilidad.

Es más, de significar una determinada situación deseada pasó a referirse a una práctica hoy en día cuestionada o cuanto menos discutida. Aun así, el problema a la hora de analizarlo no reside tanto en la búsqueda de su significado etimológico cuanto en la significación real que ha tenido en las muchas ocasiones en que ha sido utilizado, no sólo en una gran variedad de contextos distintos, sino incluso también bajo diferentes formas, como sustantivo, adjetivo, adverbio e incluso como verbo<sup>5</sup>.

La dificultad mayor estriba no tanto en la búsqueda de los textos referentes a la eutanasia —para lo cual los modernos *thesaurus* de griego y latín ofrecen una inestimable ayuda— cuanto la determinación de lo que se consideraba como tal, y la manera de conseguirla. Dicho de otra manera: ¿qué es una *εὐθανασία*? ¿Qué es una buena muerte?

Aunque todo intento de clasificación suele perder la riqueza de los matices, creo posible distinguir, a grandes rasgos, tres sentidos de lo que se ha entendido por eutanasia a lo largo de la historia, correspondientes asimismo a tres períodos suficientemente delimitables. A falta de una mejor denominación y en orden a la claridad, podríamos denominarlos consecutivamente eutanasia *equivoca*, eutanasia *univoca-situacional* y eutanasia *univoca-práctica*. A continuación nos referiremos a cada uno de ellos, dejando al margen, en este lugar, todas las otras prácticas que se han realizado entorno al final de la vida, dado que no responden a la significación originaria de la eutanasia.

<sup>4</sup> El propio Diego Gracia hace un interesante análisis de los conceptos en el capítulo “Salir de la vida” recogido en su obra *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid 2004, 399ss.

<sup>5</sup> F. J. ELIZARI, *Eutanasia* en: ID. (dir.), *10 palabras clave al final de la vida*, Verbo Divino, Estella 2007, 347. Cf. también a este respecto A. J. L. VAN HOFF, *Ancient euthanasia: ‘good death’ and the doctor in the graeco-Roman world*. *Social Science and Medicine* 58 (2004) 975-985.

### III. LA EUTANASIA *EQUIVOCA*: S. V A.C. – S. I D.C.

Al hablar de *equivoca* nos referimos a un período en el cual el concepto de eutanasia tiene una gran pluralidad de significaciones diferentes e irreductibles a ninguna práctica concreta, cosa que refleja bien el amplio abanico de autores que lo utilizan.

Con todas las reservas que siempre hay que hacer en cuestiones históricas, podemos decir con bastante seguridad que el primer escrito conservado en el cual aparece el concepto de eutanasia —en su forma adverbial (*εὐθανάτως*)— es en un fragmento atribuido al poeta cómico griego Cratino en el siglo V a.C., según la referencia recogida en el *Pollucis onomasticorum*<sup>6</sup>, donde, por otra parte, aparece como contrapuesta a la *distanasia* (*ἐδυσθανάτει*)<sup>7</sup>. Su significación, muy común también en otros autores de la comedia griega, es la de morir disfrutando de las cosas buenas de la vida, tales como comer bien, vivir bien, etc. Tal es la línea patente en algunos fragmentos no sólo de Cratino sino también de Menandro<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> K. KASSEL - C. AUSTIN (eds.), *Poetae Comici Graeci*, Vol. IV, Berolino et Novi Eboraci, Berlin 1983, 321.

<sup>7</sup> Se trata del fragmento 454: “ἐπιθανάτως ἔχειν, καὶ ὡς Ἡρόδοτος (IX 72,2) ἐδυσθανάτει, οὗ τὸ ἐναντίον εὐθανάτως Κρατῖνος λέγει”. El concepto de *distanasia* aparece por vez primera también en el siglo V en el *Ión* de Eurípides con el significado de muerte cruel [*Ión*, 1047-1053: EURÍPIDES, *Obras completas*, t. IV, Prometeo (trad. de Leconte de Lisle), Prometeo, Valencia 1960]. Con todo, se trata de un concepto muy utilizado en el mundo griego, por ejemplo en Herodoto (*Hist.*, 9, 72), en diversos lugares del Corpus Hipocrático, en Platón (*Resp.*, 406b) e incluso en Teofrasto, que lo refiere a las plantas con el sentido de muerte cruel (*Hist. Plant.*, I. III, cap. X, 3). Su aparición se extenderá incluso hasta el siglo VI d.C., casi siempre con el mismo sentido de muerte cruel, penosa, aflictiva, dolorosa, etc. (por ejemplo en autores tan diversos como Plutarco, Atenágoras, Flavio Filóstrato, Dion Casio, Galeno, Porfirio Tiro, Eusebio de Cesarea, Gregorio Nacianceno, Temistio, Libanio, Paladio, Silesio, Hesiquio, Juan Filópono y Procopio).

<sup>8</sup> Así dice, por ejemplo, el fragmento 23: “ἴδιον ἐπιθυμῶν μόνος μοι θάνατος οὗτος φαίνεται εὐθάνατος, ἔχοντα μολλὰς χολλάδας κείσθαι παχύν, ὑπτιον, μόλις λαλοῦντα καὶ τὸ πνεῦμ' ἔχοντ' ἄνω, ἐσθιοντα καὶ λέγοντα ‘σῆπιμ' ὑπὸ τῆς ἡ δουῆς’”: *Menandri reliquiae selectae*, Clarendon Press, Oxford 1972, 300. De todas formas, es muy frecuente el concepto de eutanasia en la obra de Menandro.

Ahora bien, ya en el propio Menandro, el concepto de eutanasia va sufriendo una transformación que llevará paulatinamente a vincular la idea de buena muerte con la de la perfección moral en la vida<sup>9</sup>, cosa que sucede con meridiana claridad en algunos fragmentos atribuidos a Posidipo en el s. III a.C. En ellos, la eutanasia –normalmente como sustantivo– aparece como lo mejor que se le puede pedir a los dioses, una “muerte dulce” o una “buena muerte”<sup>10</sup>. Con todo, no tenemos aún una tendencia firme en desarrollo de la significación del concepto de eutanasia, de manera que la indefinición y la ambigüedad seguirán presentes en muchos de los autores posteriores. Este es el caso, entre otros, del historiador del s. III a.C. Polibio, que en varias de sus narraciones se refiere a la eutanasia como a una forma noble, digna e incluso valiente de morir<sup>11</sup>.

Será a partir de los fragmentos morales de Crisipo, cuando esa vinculación entre buena muerte y perfección moral se hará plenamente patente, hasta el punto de que para él la eutanasia no es tan sólo la forma más perfecta de morir, sino que la buena muerte es la muerte en perfección, es decir, la muerte tras una vida plenamente realizada<sup>12</sup>. Esta es la idea repetida en otros muchos autores como Flavio Josefo (*Ant. Jud.*, 6, 3), Aelio Teón (*Progymnasmata*, 110)<sup>13</sup>, Clemente de Alejandría (*Stromata*, 5, 62, 2-3)<sup>14</sup>, Marco Aurelio Antonino (*Ta eis*

<sup>9</sup> Cf. A. J. L. VAN HOOFF, *a. c.*, 975-976.

<sup>10</sup> Se trata del fragmento 19: “ὄν τοῖς θεοῖς ἄνθρωπος εὐχεται τυχεῖν, τῆς εὐθανασίας κρεῖττον οὐδὲν εὐχεται” [K. KASSEL - C. AUSTIN (eds.), *Poetae Comici Graeci*, vol. VII, Walter de Gruyter, Berlin, 1983, 571].

<sup>11</sup> Así en POLIBIO, *Historias*, Gredos, Madrid 1983, XXXII, 4, 3. En otro pasaje, hablando de Cleomenes, afirma que éste, al no tener confianza de un futuro muy esperanzador, prefería “morir valientemente” (εὐθανάτῃσαι) según el siguiente lema: “pero me niego a morir aquí sin esfuerzo ni gloria, sino después de una gesta que sepan los hombres futuros” (*Ibidem*, V, 38-39).

<sup>12</sup> Así en el fragmento 601: “εὐγυρεῖν γὰρ εἶναι τὸ μετὰ ποιοῦ γήρωσ διεξάγειν κατ’ ἀρετὴν, εὐθατεῖν δὲ τὸ μετὰ ποιοῦ θανάτου κατ’ ἀρετὴν τελευτᾶν”.

<sup>13</sup> Teón sitúa a la eutanasia entre las cosas dignas de aclamación, como la educación, la amistad, el respeto, la posición política o el ser agraciado con hijos (A. THEON, *Progymnasmata*, 110, 6, Les belles lettres, Paris 2002; Cf. A. J. L. VAN HOOFF, *a. c.*, 976).

<sup>14</sup> Es curioso que Clemente considere la eutanasia como una de las cosas que diferencian al ser humano de Dios y a los animales del ser humano, una

heauton, 10, 36), o incluso por Filón de Alejandría, ya en el s. I d.C., que la incluye entre uno de los más grandes bienes del hombre<sup>15</sup>.

También en la traducción bíblica de los LXX aparece el concepto de eutanasia en infinitivo presente activo –ἀπευθανατίζειν (2 Mac 6, 27-28)– constituyendo un *hapax legomenon*, con el sentido de “muerte noble”. En concreto, el texto se refiere a la entrega de la vida por parte de Eleazar, que deja así un ejemplo a seguir para los jóvenes que mueren como él<sup>16</sup>. Se trata de un texto que citará Orígenes en su *Exhortación al martirio* (cap. 22) para referirse al testimonio que dan de su fe aquellos que mueren noblemente.

Los testimonios anteriores nos ofrecen ya una primera muestra general de la equivocidad que el concepto de eutanasia ha tenido en el mundo griego, un pluralismo de significados que se mantuvo también entre los autores latinos. Curiosamente, y a diferencia de lo que ocurre con otros conceptos, tales autores mantienen y transcriben literalmente la forma griega, con lo cual no encontramos ningún concepto latino que traduzca y concrete el significado de la forma original griega de eutanasia. Es el caso, por ejemplo, de Cicerón, que en una de sus *Cartas a Ático* le dice: “Bene igitur tu, qui εὐθανασίαν, bene! Delinque patriam!”<sup>17</sup>. Su significación, al igual que en algu-

“muerte dulce”. Cf. la traducción de la edición de Ciudad Nueva (Colecc. Fuentes Patrísticas 15), Madrid 2003, 436-439.

<sup>15</sup> FILÓN DE ALEJANDRÍA, *De sacrificiis Abelis et Caini*, 100, (traducción al francés de A. Méasson), Éditions du Cerf, Paris-1966, 154. Como decimos, la misma idea aparece en autores como Vetio (II d.C.), Atenao (II d.C.), Basilio de Cesarea (V d.C.) o Eustatio (V d.C.), aunque el uso del concepto es cada vez más reducido. Es probable que la última vez que aparece en un texto griego sea en un autor del siglo X llamado Constantino VII Porfirogéneta, que la considera como la recompensa de los hombres buenos: “Ὅτι Δυκίσκος κάκιστος ὃ καλῶς κατέστρεψε τὸν βίον, ὥστε τοὺς πλείστους εἰκότως ὄνειδίσειν τῇ τύχῃ διότι τὸ τῶν ἀγαθῶν ἀνδρῶν ἄθλον, τὴν εὐθανασίαν, τοῖς χειρίστοις ἐνίστε περιτίθειν”.

<sup>16</sup> Dice así el texto: “por eso, al entregar ahora la vida con valor me mostraré digno de mi vejez, habiendo dejado a los jóvenes un noble ejemplo de morir animosa y noblemente (ἀπευθανατίζειν) por las Leyes venerables y santas” (subrayado nuestro).

<sup>17</sup> “¡Bien, pues, tú, que eliges la eutanasia, bien! ¡Abandona la patria!”: CICERÓN, *Cartas a Ático*, 415, 3, Gredos, Madrid 1996, 429-430.

nos de los autores anteriormente señalados, es la de una muerte noble y sin cobardía, con lo cual la amplitud de su sentido todavía pervive.

Ahora bien, en el mismo ámbito del estoicismo romano, asistimos a una evolución, en la cual el concepto de eutanasia adquiere una significación un poco más concreta, y cuyo influjo posterior será notable. Es la que aparece en un autor de una enorme relevancia como es el historiador romano Suetonio, que ha pasado a constituir un referente ineludible en esta cuestión. De hecho, gran parte de los estudiosos le señalan como el primero en utilizar el concepto de eutanasia, algo a todas luces erróneo tal y como hemos podido comprobar. El texto en cuestión se encuentra en su narración de la muerte de Augusto en la *Vida de los doce césares* y dice así:

“Alcanzó así una muerte dulce y a la medida de sus deseos, pues casi siempre, cuando oía que alguien había muerto rápidamente y sin dolor, pedía para él y para los suyos una similar εὐθανασία (esta era, en efecto, la palabra que solía emplear)”<sup>18</sup>.

Como vemos, Suetonio no entiende ya la eutanasia en sentido moral, sino como una muerte rápida y sin dolor. El término describe una situación deseada para el final de la vida, y este significado ha perdurado hasta casi nuestros días. El texto citado no habla de ninguna práctica concreta, sino simplemente describe un ideal para salir de la vida.

Se pueden extraer ya una serie de conclusiones con respecto a la significación que el concepto de eutanasia ha tenido durante este período. La primera de ellas es la gran frecuencia con la cual es utilizado en una gran variedad de situaciones y contextos. La segunda es la generalización de su deseo, la aspiración común a la εὐθανασία. Y, en tercer lugar y más importante, la pluralidad de su significación así como su paulatina restricción en el transcurrir de los siglos.

En este sentido, se pueden señalar algunos de sus sentidos más recurrentes en los distintos autores. Thomas Pottoff, en su obra titulada *La eutanasia en la antigüedad*, ha recogido cinco maneras fundamentales de entenderla, a saber:

<sup>18</sup> Suetonio, *Vida de los doce césares*, II, 99, Gredos (traducc. de Rosa M<sup>a</sup> Agudo), Madrid 1992, 284 (la obra está fechada entre los años 119 y 123 d.C.).

- 1) Como una muerte oportuna, es decir, en su momento;
- 2) Como una muerte después de una vida individual plena o bien realizada;
- 3) Como una muerte recta o digna en cuanto asumida y serena, es decir, un dejarse morir como algo propio de esta vida (uno de los ideales estoicos);
- 4) Como una muerte gloriosa u honrosa, tal como la entendía Cicerón y que también aparece en algunos epitafios de guerrilleros caídos por causas nobles; y
- 5) Como una muerte suave y tranquila, sin sufrimiento, como aparece en la narración de Suetonio.

Por el momento, la eutanasia no designa en ningún caso una práctica concreta, sino que es la descripción de una determinada manera de morir considerada como buena.

#### IV. LA EUTANASIA UNÍVOCA-SITUACIONAL (S. I – S. XVII)

La síntesis anterior nos ha mostrado claramente el pluralismo de significados del concepto de eutanasia entre los autores griegos y latinos, así como la imposibilidad de entenderla como una determinada práctica sobre la vida de una persona para poner fin a la misma y acabar de ese modo con sufrimientos innecesarios o intolerables. Dicho de otra manera: la eutanasia nunca se identificó entre los siglos V a.C. y I d.C. con una práctica concreta sobre la vida de alguien, sino que describía una situación considerada precisamente como buena muerte<sup>19</sup>. Por eso era algo deseable por todo el mundo.

<sup>19</sup> Esto no quita que existieran muchas actuaciones directas encaminadas a buscar la muerte de personas enfermas y moribundas. Lo que hay que tener en cuenta es que dichas actuaciones nunca fueron calificadas de eutanasia en su contexto originario. Ahí se enmarcarían muchas de las prácticas recogidas por J. M. REVERTE, *Las fronteras de la medicina. Límites éticos, científicos y jurídicos*, Díaz de Santos, Madrid 1983. También Diego Gracia recoge algunas en *Historia de la eutanasia*, 17-18. Cf. también G. PELLICIA, *L'eutanasia nella storia* en: P. BERETTA (ed.), *Morire sì, ma quando?*, Edizioni Paoline, Milano 1977, 81

Con todo, ya dijimos que el concepto de eutanasia va sufriendo un paulatino proceso de contracción y reducción de su significación, hasta el punto de que a partir del siglo I –a pesar de lo poco que aparece– se impone ya el sentido que le daba Suetonio, es decir, la eutanasia se refiere casi en exclusiva a la descripción de una muerte suave y tranquila, perdiendo así toda la polisemia que había tenido anteriormente. Este es el sentido que adquiere en la recuperación del concepto realizada por Francis Bacon en el año 1605 tras varios siglos de ausencia. Así se expresaba él en su obra *De dignitate et augmentis scientiarum*<sup>20</sup>:

“Estimo ser oficio del médico no sólo restaurar la salud, sino también mitigar los dolores y tormentos de las enfermedades: y no sólo cuando esta mitigación del dolor, como de cualquier otro síntoma peligroso, ayuda y conduce a la recuperación, sino también cuando, habiéndose esfumado toda esperanza de recuperación, sirve solo para conseguir una salida de la vida más dulce y placida. Pues no es pequeña felicidad (que el mismo Cesar Augusto pedía para sí) esta ‘Eutanasia’; esta fue especialmente notada en la muerte de Antonino Pío, que no pareció que se muriera, sino que fue a modo de un adormecimiento dulce y placentero [...]. Pero en nuestros tiempos, los médicos hacen cuestión de escrúpulo y religión el estar junto al paciente cuando ha sido desahuciado; siendo así que, a mi juicio, si no quieren faltar a su oficio e incluso a la humanidad, deben adquirir las habilidades y prestar atención a cómo puede el moribundo dejar la vida más fácil y silenciosamente. A esta parte la llamamos investigación sobre la ‘Eutanasia externa’ (para distinguirla de la Eutanasia que mira a la preparación del alma) y la incluimos entre las cosas deseadas”<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> La primera versión del texto apareció en inglés en 1605 con el título *The second book of Francis Bacon of the Proficiency and Advancement of Learning divine et human*, trabajo que sería incorporado en el 1623 a la versión latina ampliada y revisada por el propio Bacon con el título *De dignitate et augmentis scientiarum* (a ella corresponde el texto reproducido arriba). Cf. M. CUYÁS, *Eutanasia. Reflexiones éticas y morales en: AAVV, Eutanasia y derecho a morir-I*, Institut Borja de Bioètica, Barcelona 1991, 3-4.

<sup>21</sup> La traducción utilizada es la citada por Diego Gracia con ligeras modificaciones (cf. D. GRACIA, *Historia de la eutanasia*, 24). Dado las variaciones de

El texto de Bacon representa así un lugar destacado en la evolución del concepto, especialmente por tres motivos fundamentales. El primero de ellos es porque, como ya dijimos, la eutanasia –que él llama “externa”– se reduce claramente a una muerte suave y tranquila, con lo cual su significación es unívoca. En segundo lugar, porque parece que tal suavidad y tranquilidad describiría una situación en la que el enfermo muere sin dolor ni sufrimiento, es decir, dulce y placidamente. Y, en tercer lugar, porque además de situar la eutanasia en un contexto médico, reduce la tarea del mismo a procurarla en situaciones de terminalidad, es decir, en aquellos enfermos desahuciados que, por tanto, no presentan ya esperanza alguna de recuperación. De hecho, Bacon no sólo es un firme defensor de la vida y del mantenimiento de la salud, sino que hace una dura crítica a los médicos acusándoles de preocuparse poco por la conservación de la salud y la prolongación de la vida, al amparo de la supuesta incurabilidad natural de muchas enfermedades<sup>22</sup>.

De este modo, la eutanasia describe una situación deseada e incluso buscada, en la cual el enfermo muere sin dolor ni sufrimiento cuando la recuperación ya no es posible. Diego Gracia afirma que

las diferentes traducciones reproducimos el original: “*Etiam plane cenfeo ad officium Medici pertinere, non tantum ut Sanitatem restituat, verum etiam ut dolores et cruciatus Morborum mitiget: Neque id ipsum solummodo, cum illa mitigatio Doloris, veluti Symptomatis periculosi, ad convalescentiam faciat et conducat, imo vero cum abjecta prorfus omni sanitatis spe, Excessum tantum praebeat e vita magis lenem et placidum. Siquidem non parva est felicitatis pars, (quam sibi tantopore precari solebat Augustus Caesar) illa ‘Euthanasia’; Quae etiam observata est in Excessu Antonini Pii, quando non tam Mori videretur, quam dulci et alto sopore excipi [...]. At nostris temporibus, Medicis quasi Religio est, egrotis, postquam deplorati sint; affidere, ubi meo iudicio, si officio suo atque adeo humanitati ipsi deesse nolint, et artem ediscere, et diligentiam praestare deberent, qua animam agentes, facilius et mitius e vita demigrent. Hanc autem partem, inquisitionem de ‘Euthanasia exteriori’ (ad differentiam ejus ‘Euthanasiae’, quae animae praeparationem respicit) appellamus, eamque inter Desiderata reponimus” (F. BACON, *De dignitate et augmentis scientiarum*, IV, 2, Bibliopolae Veneti, Lugani 1763, 258-259). Es de destacar la importancia de la preparación espiritual para la muerte, que muestra la concepción holística de los aspectos corporales y psicológicos de la persona.*

<sup>22</sup> F. BACON, *o. c.*, 251-257.

“en la literatura clásica eutanasia y desahucio son términos correlativos”<sup>23</sup>. Para Bacon, la eutanasia, a pesar de incluir la mitigación del dolor, no significa aún acabar directamente con la vida de una persona.

En relación al texto de Bacon, hay algunos autores que se refieren a un pasaje de *Utopía* de Tomás Moro, terminado en el 1516, en el que hablando de los utópicos dice que cuidan con mucho afecto a los enfermos y que, cuando ya la vida se convierte en una molestia para ellos y para los demás, les aconsejan que no rechacen la muerte, de forma que, o bien se dejan morir de inanición, o bien se les libra de la vida mientras duermen, siempre de forma voluntaria<sup>24</sup>. Ciertamente, aunque el texto refleja una determinada manera de acercarse a la muerte e incluso la descripción se asemeja en algunas cosas a lo que hoy se entiende como eutanasia, en realidad Tomás Moro ni siquiera llega a utilizar este concepto<sup>25</sup>, con lo cual, desde el punto de vista de la historia del mismo, no resulta significativo.

## V. LA EUTANASIA UNÍVOCA-PRÁCTICA (S. XVII - S. XXI)

A partir del siglo XVII, el concepto de eutanasia empieza a formar parte del acervo lingüístico común, al menos para moralistas y médicos. De hecho, empiezan a surgir numerosas obras tituladas, con ligeras variantes, *De eutanasia*. Esta tendencia se extiende todavía más a partir del siglo XVIII<sup>26</sup>. Entre todas ellas, resultan paradigmáticas la obra *Oratio de euthanasia naturali* de Paradys en 1794<sup>27</sup>, la

<sup>23</sup> D. GRACIA, *Historia de la eutanasia*, o. c., 23.

<sup>24</sup> T. MORO, *Utopía*, Espasa-Calpe (traducc. de P. Voltes), Madrid 1999, 134-135.

<sup>25</sup> Nos referimos a su versión original latina. Curiosamente algunas traducciones castellanas utilizan el concepto de eutanasia o añaden frases inexistentes en el original, algo difícil de explicar.

<sup>26</sup> Cf. V. ROELCKE, “*Ars moriendi*” und “*euthanasia medica*”: *Zur Neukonfiguration und ärztlichen Aneignung normative Vorstellungen über den “guten Tod” um 1800*, en: AA. VV., *Sterben und Tod bei Heinrich von Kleist und in seinem historischen Kontext*, Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2006, 29-44 (especialmente la nota 10, en donde menciona algunas de las obras del s. XVIII con ese título).

<sup>27</sup> N. PARADYS, *Oratio de euthanasia naturali et quid ad eam conciliandum medicina valeat*, Lugdunum, Leyden 1974.

tesis doctoral *De euthanasia medica* de Marx en 1826<sup>28</sup>, y la disertación con el mismo título de Stubendorff en 1836<sup>29</sup>.

En cualquier caso, lo que las diferentes obras nos muestran es que, desde el punto de vista de la historia del concepto, la significación de la eutanasia como una práctica concreta sobre el final de la vida de una persona para acabar con ella es algo muy reciente y que no es aplicable a las múltiples prácticas realizadas a lo largo de la historia en las diferentes culturas.

Aun en 1826, el médico alemán ya mencionado K. F. Marx hablaba de “esa ciencia, la eutanasia, que frena los rasgos agresivos de la enfermedad, alivia el dolor y propicia la mayor serenidad en la hora suprema e ineludible... (pero nunca) debería estarle permitido al médico, inducido ya por el reclamo de otras personas, ya por su propio sentido piadoso, cesar la penosa condición de un paciente y acelerar su muerte a propósito y deliberadamente”<sup>30</sup>.

Ahora bien, lo cierto es que a partir del siglo XVII la eutanasia se va a ir refiriendo en la mayor parte de los autores a una práctica concreta y bien precisa, aunque al mismo tiempo surgen distinciones que la diversifican dependiendo del contexto y, especialmente, de la intención con la cual se realiza. Es el momento en el que se empieza a hablar de eutanasia activa y pasiva.

### 1. La distinción entre eutanasia activa y pasiva

La eutanasia es una muerte suave y tranquila. Esta era la definición de Suetonio actualizada ligeramente por Bacon como una muer-

<sup>28</sup> K. F. MARX, *De euthanasia medica*, Prolusio Academica, Gottingae 1826.

<sup>29</sup> I. STUBENDORFF, *De euthanasia medica*, Dorpati Libonorum, Tartu 1836 (puede comprobarse como el propio Stubendorff se sirve de las obras mencionadas anteriormente, además de mencionar otras con títulos parecidos). También se pueden ver algunos trabajos más breves sobre la eutanasia aparecidos en diversas revistas durante en siglo XIX y XX en A. R. JONSEN, *Ética de la Eutanasia*: Humanitas. Humanidades médicas 1 (2003) 112 (nota 16).

<sup>30</sup> K. F. MARX, *Medical Euthanasia*: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 7 (1972) 404-416: cit. por A. R. JONSEN, *Ética de la eutanasia*, o. c., 104-105.

te fácil y silenciosa. Pero inmediatamente surge una cuestión: ¿Cómo conseguir esa buena muerte? ¿Cómo tener una eutanasia?

Se podría decir que la eutanasia se ha referido básicamente a dos situaciones fundamentales: o bien a la acción de paliar el sufrimiento de una persona para que pueda morir en paz, o bien a la no intervención cuando su proceso de muerte es ya irreversible. Pero ¿qué sucede si además la propia persona pide que se termine con su propia vida, porque ya no desea seguir sufriendo? ¿Se puede llamar también eutanasia a la acción encaminada a terminar con la vida de una persona enferma que ya no desea vivir en unas condiciones que considere insostenibles?

Evidentemente, cada situación es diferente y la valoración moral que recibe también ha sido muy distinta. Por ello, ya a partir del siglo XVII surgirá la distinción entre la eutanasia activa (en su doble forma de directa e indirecta) y la eutanasia pasiva<sup>31</sup>. La diferencia reside no sólo en la práctica misma, sino sobre todo en la intención y finalidad que se pretende, que es el punto central de la distinta valoración moral que recibe. En el fondo es la "intención del agente" la que permite diferenciar las distintas maneras de entender la eutanasia.

Ahora bien, hay que tener en cuenta que siendo nuevos los conceptos, no lo son tanto las prácticas que con ellos se designan. De hecho, ya desde la concepción naturalista griega —especialmente la hipocrática— los médicos debían abstenerse de tratar a aquellos pacientes vencidos por la enfermedad e incluso en ocasiones procurar aliviar sus sufrimientos en el trance final de la vida, aunque con ello se les causara la muerte. En el primer caso, estaríamos ante lo que a partir de ahora se va a denominar *eutanasia pasiva* (o *negativa*) y en el segundo ante una *eutanasia activa* (o *positiva*)<sup>32</sup>, distinciones muy utilizadas a partir de entonces en la Teología moral católica<sup>33</sup>. Inclu-

<sup>31</sup> Cf. J. GAFO, *10 palabras clave en Bioética*, Verbo Divino, Estella 2000, 94-98.

<sup>32</sup> En este segundo caso habría que precisar que es activa indirecta, dado que la intención es calmar el dolor. Si la intención fuera matar a la persona estaríamos hablando de una eutanasia activa directa.

<sup>33</sup> Cf. G. HIGUERA, *Eutanasia: precisiones terminológicas*, en: J. GAFO (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1986, 141-152 (por otro lado, la mayoría de los moralistas católicos se

so se empezaría a distinguir también la eutanasia *voluntaria* —cuando era deseada por el enfermo— de la *involuntaria* —cuando era contra su voluntad (que en realidad calificaríamos como homicidio)—, que aún habría que distinguir de la *no voluntaria*, es decir, de aquella en la que no existe constancia de la voluntad del enfermo.

Hay que notar que mientras la eutanasia pasiva se identifica con el tradicional desahucio, en donde el paciente muere como consecuencia inevitable de la enfermedad, en la eutanasia activa existe una actuación sobre la vida del enfermo, algo que puede hacerse de dos maneras, bien directa o bien indirectamente. Así, en la eutanasia activa directa la intención es acabar con la vida de la persona que lo desea y de esa manera terminar también con sus sufrimientos. Por el contrario, en la eutanasia activa indirecta la intención es mitigar el dolor, aunque ello conlleve un acortamiento de la vida. Es una aplicación de lo que tradicionalmente se dio en llamar "principio del doble efecto" o "voluntario indirecto"<sup>34</sup>, en donde el acortamiento de la vida simplemente se tolera, pero no se busca de forma directa.

Aunque no vamos a entrar en ello, por no referirnos en este lugar a las cuestiones referentes a la moralidad de cada práctica concreta, sí merece la pena señalar que las distintas formas de eutanasia dieron lugar además a una distinción de gran interés y que ha sido motivo de una gran controversia entre los años 70 y 80 del siglo pasado, a raíz de algunas publicaciones sobre el aborto<sup>35</sup>, a las discrepancias

refieren a tales distinciones, muy presentes aún en textos recientes del Magisterio Eclesiástico).

<sup>34</sup> Para una aproximación general cf. S. PRIVITERA, *Principios morales tradicionales*, en: F. COMPAGNONI - G. PIANA - S. PRIVITERA (dirs.), *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas (adaptación de la edición española a cargo de M. Vidal), Madrid 1992, 1478-1479 (todo el artículo merece ser leído, pp. 1474-1482); R. A. MCCORMICK, *El principio del doble efecto*: Concilium 120 (1976) 564-582.

<sup>35</sup> Por ejemplo, el artículo de J. J. THOMSON, *A Defense of Abortion*: Philosophy and Public Affairs 1 (1971) 47-66, en donde legitima algunas prácticas abortivas simplemente por ser la aplicación del dejar morir y no de matar. Recientemente ha aparecido una nueva revisión del argumento de Thomson realizada por A. TUPA, *Killing, Letting Die, and the Morality of Abortion*: Journal of Applied Philosophy 1 (2009) 1-26.

surgidas tras la publicación de la Declaración de la Asociación Médica Americana en 1973<sup>36</sup>, y a la repercusión del llamado Quinlan Case<sup>37</sup>. Se trata de la distinción entre matar (*killing*) y dejar morir (*letting die*)<sup>38</sup>, y que nos ha hecho ver la insuficiencia de la filosofía analítica no sólo para distinguir situaciones eutanásicas, sino también para resolver conflictos morales<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> El texto se reelabora en 1977 y está en HOUSE OF DELEGATES, *Proceedings of the House of Delegates*, AMA, California 1977, 110. Los únicos cambios con respecto al texto de 1973 están en que aquí se añade el concepto de "eutanasia" al lado de "mercy killing" y se sustituye la referencia a la AMA por una generalización referida a los valores humanos. Con lo cual, para lo que nos interesa, tales cambios no afectan en absoluto a la polémica suscitada.

<sup>37</sup> Recordemos que Karen era una joven de Pennsylvania que había sido adoptada por la familia Quinlan cuando tenía tan sólo cuatro meses de vida. En abril de 1975, cuando había cumplido 21 años y debido a la confluencia de varios factores, sufrió un desmayo que la dejaría, desde entonces, atada a un respirador que la mantenía con vida. Tras varias discusiones legales y morales, el 31 de marzo de 1976 el Tribunal Supremo de New Jersey dictaría una sentencia favorable a la desconexión. Sorprendentemente, Karen siguió respirando por sí misma unos diez años más. El caso fue importante por muchos motivos, entre los que podemos señalar la repercusión en el problema del diagnóstico de muerte y en el uso de técnicas de soporte vital, así como en las órdenes de no reanimación. Puede verse toda la discusión jurídica y moral tomando como punto de partida este caso la tesis doctoral de D. E. HENKE, *Artificially assisted hydration and nutrition from Karen Quinlan to Nancy Cruzan to the present: an historical analysis of the decision to provide or withhold/withdraw sustenance from PVS patients in Catholic moral theology and medical practice in the United States*, Academia Alfonsiana, Roma 2004. Es clásico ya también en el estudio de este caso C. E. KOOP, *The Right to Live; The Right to Die*, Tyndale House Publishers, Wheaton 1976, 102-111.

<sup>38</sup> Aunque muchos autores se han referido a esta polémica, son representativos los artículos de J. Rachels y Th. D. Sullivan. Algunos de sus trabajos están publicados en castellano y recogidos en R. M. BAIRD - S. E. ROSENBAUM, (eds.), *Eutanasia: los dilemas morales*, Alcor, Madrid 1992.

<sup>39</sup> En el fondo, eso es por lo que Stephen Toulmin llamó la atención sobre los límites de una ética encerrada en debates metaéticos o en cuestiones demasiado abstractas, especialmente desde los años sesenta. Toulmin formó parte activa de tales debates, pero su perspectiva cambió, sobre todo, a raíz de su participación en los trabajos de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research entre los años 1974 y 1978, cuando los

Además, en la distinción entre la eutanasia activa y pasiva existen también factores contextuales que en las distinciones del lenguaje no se tienen suficientemente en cuenta. De hecho, en la prohibición de matar se incluye siempre la intencionalidad (no matar deliberadamente), y en la eutanasia activa no sólo se incluye la acción sino también la omisión intencionada (comisión por omisión) y otros elementos como el sufrimiento de una persona. De ahí que tales distinciones, siendo importantes, no pueden ser nunca definitorias de la valoración del acto moral —que nunca se da en abstracto—, sino elementos al lado de otros que, tal vez, sean incluso más relevantes que las distinciones de tipo conceptual, como pueden ser, además de las intenciones, las circunstancias o la finalidad que se persigue<sup>40</sup>.

casos y situaciones particulares le hicieron caer en la cuenta de la distancia existente entre los debates racionales y la realidad de los problemas morales. Por eso afirma: "Whatever the future may bring, however, these 20 years of interaction with medicine, law, and the other professions have had spectacular and irreversible effects on the methods and content of philosophical ethics. By reintroducing into ethical debate the vexed topics raised by *particular cases*, they have obliged philosophers to address once again the Aristotelean problems of *practical reasoning*, which had been on the sidelines for too long. In this sense, we may indeed say that, during the last 20 years, medicine has 'saved the life of ethics', and that it has given back to ethics a seriousness and human relevance which it had seemed—at least, in the writings of the interwar years—to have lost for good" S. TOULMIN, *How Medicine Saved the Life of Ethics* en: N. S. JECKER - A. R. JONSEN - R. A. PEARLMAN (eds.), *Bioethics: an introduction to the History, Methods, and Practice*, Jones and Bartlett Publishers, London 2007, 109 (el original es de 1982). En este mismo sentido, escribe James F. Drane: "la ética médica salvó a la ética, en cuanto que reflexionó seriamente sobre lo lícito y lo ilícito en íntimo contacto con los problemas reales [...]. Puso a la ética de nuevo en contacto con la vida y con la gente que necesitaba ayuda para enfrentarse con aquélla" J. F. DRANE, *La bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influjo en España*, en: J. GAFO (ed.), *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1978, 89.

<sup>40</sup> Cf. D. GRACIA, *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid 2004, 413-420. De hecho, en el informe de la Comisión Presidencial de EEUU publicado en 1983 se concluye afirmando lo siguiente: "In sum, then, actions that lead to death are likely to be serious wrongs, while many omissions in the medical context are quite acceptable. *Yet this is not a fixed moral assessment based on the mere descriptive difference between acts and omissions*, but a generalization from experience that rests on such factors as

## 2. Un nuevo intento de clarificación conceptual a finales del siglo XX

La eutanasia pasa a referirse ya, por tanto, a una práctica muy concreta con diferentes variantes y posibilidades dependiendo de las intenciones, de los medios utilizados e incluso del contexto. El problema es que las posibilidades al final de la vida se han multiplicado de una forma vertiginosa en los últimos tiempos, especialmente con la entrada en escena de diversas técnicas tanto terapéuticas como paliativas y de soporte vital. Ello provocó que la terminología introducida en el siglo XVII no reflejara de manera precisa todas las posibilidades que se podrían plantear en la práctica clínica y en la fase final de la vida humana, algo que resulta enormemente importante tanto por su posible diferente valoración moral como por sus también diferentes repercusiones sociales y jurídicas.

De hecho, se produjo ya entre los años 1980 y 90 un primer intento de clarificación, tomando como base el concepto griego de *thantos* al que se le añadieron distintos prefijos creando una serie de neologismos con el objetivo de delimitar las fronteras entre unas prácticas y otras<sup>41</sup>. Así, se hablaba de *cacotanasia* para referirse a la clásica

whether the decision reflects the pursuit of the *patient's ends and values*, whether the health care providers have fulfilled their *duties*, and whether the risk of death has been appropriately considered" (PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*, Library of Congress, Washington 1983, 68; cursivas nuestras).

<sup>41</sup> Cf. la aproximación general a los conceptos y neologismos en G. HIGUERA, *Eutanasia: precisiones terminológicas*, en: J. GAFO (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1986, 141-152. Ya con anterioridad había tratado el tema desde una perspectiva más específica en G. HIGUERA, *Distanasia y moral*: *Sal Terrae* 57 (1969) 54-70. Cf. también, entre otros, E. SÁNCHEZ JIMÉNEZ, *La eutanasia ante la moral y el derecho*, Universidad de Sevilla, Sevilla 1999, 24-45; J. M. SERRANO RUÍZ-CALDERÓN, *La eutanasia*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2007, 87-209 (en las pp. 143-153 recoge además diversas definiciones de la eutanasia); E. LÓPEZ AZPIARTE, *Ética y vida. Desafíos actuales*, San Pablo, Madrid 1990, 222-224; M. VIDAL, *Moral de actitudes II-1º. Moral de la persona y Bioética teológica*, Perpetuo Socorro, Madrid 1991, 500-517; J. GAFO, *La eutanasia. El derecho a una*

ca eutanasia involuntaria, de *distanasia* para referirse al mantenimiento técnico y abusivo de la vida biológica cuando no existe esperanza alguna de curación (obstinación terapéutica), de *ortotanasia* para referirse a una muerte correcta o en su debido momento biológico, *criptotanasia* para referirse a la realización encubierta de la eutanasia, *adistanasia* para referirse a la clásica eutanasia pasiva, y *eutanasia* para referirse a la descrita como eutanasia activa, distinguiendo aún dentro de ella la realizada de forma directa e indirecta<sup>42</sup>.

Se puede decir que tales neologismos no consiguieron una implantación generalizada, no ya sólo por la complejidad de su conceptualización y su escasa divulgación, sino también porque contribuían poco a delimitar las fronteras entre las diferentes situaciones que se presentaban, cada día más complejas y problemáticas. Además, a partir de los años sesenta había surgido un nuevo concepto, el de "muerte digna", que agitaba todavía más los debates y dificultades tanto morales como terminológicas al final de la vida humana. No en vano la muerte digna ha pasado a ser el reclamo tanto para defensores como para oponentes de la eutanasia.

Por todo ello, y reconociendo el valor de los nuevos conceptos, también resulta obligado señalar sus límites, algo de lo que probablemente ninguna terminología se salve. Al fin y al cabo se trata de convenciones culturales del lenguaje con el que pretendemos poner bases comunes para poder entendernos, pero sabiendo que frecuentemente la realidad nos desborda con su misteriosa complejidad.

## 3. Los nuevos contextos para pensar una nueva terminología

Que la realidad nos desborde lo vemos en prácticamente todos los ámbitos de nuestra vida, pero sucede de una manera particular en los

*muerte humana*, Temas de hoy, Madrid 1989, 51-64; J. GAFO, *Bioética teológica*, Desclée de Brouwer-Universidad Pontificia Comillas, Madrid 2003, 257-261.

<sup>42</sup> Conviene matizar que tal terminología no fue utilizada por todos los autores y convivió también con otras clasificaciones distintas aunque similares en algunos de sus aspectos, tal y como se refleja en la bibliografía mencionada en la nota anterior.

problemas relacionados con su final, haciendo difícil distinguir una situación eutanásica de otra que no lo es. En ello han contribuido diversos factores que, de manera muy sintética podemos reducir a tres: a) la nueva medicina y la prolongación de la vida, b) la tabuización de la muerte y la medicalización del morir y c) el reclamo de la autonomía de los pacientes.

a. *La nueva medicina y la prolongación de la vida:*

Tanto la forma de vida como los grandes avances producidos en medicina durante el último siglo han permitido retrasar la muerte hasta extremos no hace mucho insospechados, al menos en las culturas técnicamente más avanzadas<sup>43</sup>, que es en las que la eutanasia constituye un problema. La muerte se puede posponer supliendo prácticamente de forma artificial la mayoría de las funciones vitales, algo que ha llevado a Daniel Callahan a decir que “la medicina y la muerte no se llevan muy bien y, ciertamente, no es una exageración hablar de guerra abierta entre la medicina y la muerte”<sup>44</sup>.

Sea o no sea exagerada la afirmación de Callahan, lo que es innegable es que si por un lado las posibilidades técnicas abren la esperanza a la solución de muchos problemas que antes habrían conducido a una muerte segura, por el otro, una vida prolongada conlleva también una prolongada y mísera agonía.

Esto ha hecho plantear la cuestión de hasta dónde la medicina tendría que llegar y cuándo tendría que detenerse. Ya en el año 1884, un editorial de la revista *The Boston Medical and Surgical Journal* —predecesora de *The New England Journal of Medicine*— decía lo siguiente:

<sup>43</sup> Cf. una síntesis de los principales avances en A. R. JONSEN, *o. c.*, 105-106. Con más detalle en su obra *A short History of Medical Ethics*, Oxford University Press, New York 2000 (recientemente traducido al castellano como *Breve historia de la ética médica*, San Pablo-Universidad Pontificia Comillas, Madrid 2011).

<sup>44</sup> D. CALLAHAN, *El problemático sueño de la vida: en busca de una muerte tranquila*, en: AA. VV., *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Fundación Ciencias de la Salud, Madrid 1996, 94-95.

“Sospechamos que pocos médicos han escapado a la sugerencia de mantenerse pasivamente al margen y abandonar cualquier intento de prolongar una vida que se ha convertido en un tormento para su dueño en un caso desahuciado de sufrimiento prolongado. ¿No debería un hombre en tales circunstancias abandonar la lucha, suprimir el estimulante, y dejar a la naturaleza exhausta cesar en paz...? ¿No llegará un día en que sea un deber, por el interés de los supervivientes, detener una lucha que sólo prolonga una batalla inútil e imposible?”<sup>45</sup>.

La situación se agudiza todavía más con la implantación y el uso generalizado de las técnicas de soporte vital durante el siglo XX, así como la posibilidad de los trasplantes de órganos, respiradores artificiales, máquinas de diálisis, etc., que su bien salvan numerosas vidas, condenan a otras a una muerte muy lenta. De hecho, en esta ambigüedad del progreso técnico se enmarca el nacimiento de las diferentes asociaciones del derecho a morir a partir de los años 1930, cuya lucha no ha dejado de crecer y extenderse hasta el día de hoy, ejerciendo una notable influencia en muchas de las legislaciones sobre cuestiones referentes al final de la vida.

b. *La tabuización de la muerte y la medicalización del morir:*

Prácticamente todo el mundo es consciente de que ha cambiado la manera de acercarse a la muerte y el influjo que ello tiene en los problemas relacionados con el final de la vida. Resultan ya clásicos los estudios del historiador francés Philippe Ariès y su análisis del paso de una “muerte amaestrada” a lo que denomina “muerte salvaje”, “invertida” o “escamoteada”<sup>46</sup>. De ser un hecho asumido como parte natural de la vida, como algo familiar para lo que las personas se preparaban solucionando sus asuntos materiales y espirituales, la gente hoy desea morir a hurtadillas, rápida y silenciosamente, por la noche y sin darse cuenta, de forma oculta. Esta forma de afrontar la

<sup>45</sup> Cit. por A. R. JONSEN, *Ética de la eutanasia, o. c.*, 106.

<sup>46</sup> Se han recogido diversos trabajos suyos para publicarlos en una obra traducida al castellano como *Historia de la muerte en occidente*, Acantilado, Barcelona 2000.

muerte forma parte hoy de la educación de los niños, sobre los cuales Ariès dice algo significativo:

“Hoy en día a los niños se les inicia desde la más tierna infancia en la fisiología del amor y del nacimiento, pero, cuando dejan de ver a su abuelo y les preguntan la causa, en Francia se les responde que se ha ido de viaje muy lejos, y en Inglaterra que está descansando en un bello jardín en el que crece la madre-selva. Ya no son los niños los que vienen de la cigüeña, sino los muertos los que desaparecen entre las flores”<sup>47</sup>.

Además ya nadie muere en su propio hogar, ese lugar en el que se nace y se pasan los momentos más importantes de la vida, sino sobre todo en los hospitales y con frecuencia solos, rodeados de instrumental y de personas desconocidas. Ese es el lugar por el que a veces uno tiene que pasar incluso después de muerto y como paso previo al tanatorio, que se ha convertido también en lugar de encuentro con viejos amigos. Es significativo que a muchas personas, más que la muerte misma, les aterrorice el proceso de morir, frecuentemente institucionalizado, dramático y largo.

#### c. El reclamo de la autonomía en las decisiones:

La autonomía es un valor que ha llegado tarde al mundo de la bioética, pero que se ha convertido ya en su santo y seña, algo que también en el final de la vida se manifiesta de una forma muy clara. No vamos a referirnos a todos los antecedentes históricos, filosóficos y teológicos que han influido en ello, pero lo cierto es que la autonomía como derecho ha inundado todo lo que tiene que ver con la salud y la enfermedad de las personas: “sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su mente, el individuo es soberano”, escribía Stuart Mill<sup>48</sup>. La autonomía, en cuanto capacidad de decidir, es uno de los elementos definitorios de las diferentes prácticas sobre el final de la vida humana y está detrás de gran parte de las leyes que afectan a la misma, como todas las Cartas de Derechos de los enfermos, las Leyes de

<sup>47</sup> *Ibidem*, 254.

<sup>48</sup> J. S. MILL, *Sobre la libertad*, Tecnos, Madrid 2008, 84.

autonomía de los pacientes, el Consentimiento informado y los diferentes textos comúnmente llamados de Testamento vital.

Además el derecho a la autonomía ha hecho entrar en escena también el problema de la calidad de vida con todos los indicadores hoy en uso, en especial los denominados QALYs<sup>49</sup>. Evidentemente la calidad de vida no es nada fácil de valorar por las distintas dimensiones objetivas y subjetivas a las que afecta, pero ha traído como consecuencia el que para muchas personas sea preferible morir que vivir en unas condiciones de expropiación corporal que consideran como inaceptable e insoportable<sup>50</sup>. Dicho de otra manera: la capacidad técnica para poder actuar sobre la vida, ha visto nacer también el reclamo de las personas para decidir cuándo y cómo morir, algo que está teniendo una repercusión enorme en la conceptualización de prácticas en torno a la eutanasia.

#### 4. La eutanasia en el siglo XXI: precisiones terminológicas actuales

Los factores generales anteriormente mencionados cambiaron en gran medida nuestra manera de plantear los problemas del final de la vida y provocaron que los diferentes tipos de situaciones relacionadas con la eutanasia no fueran fácilmente delimitables. Esto motivó que muchos autores optaran por introducir una nueva terminología – no siempre del todo coincidente– más centrada en el tipo de práctica concreta que en factores ajenos al propio hecho en sí. De esta manera, no sólo se facilitaba la diferenciación médica y legal, sino que también se neutralizaba la significación moral de las prácticas más controvertidas, algo que sólo tiene sentido como un segundo momento y a partir de un lenguaje común.

<sup>49</sup> Son las siglas de *Quality-Adjusted-Life-Year*. (Años de vida ajustados por la calidad)

<sup>50</sup> Cf. D. GRACIA, *Historia de la eutanasia*, o. c., 27-28. Recordemos la frase de Ramón Sampédro tan rotunda para expresar su situación de sufrimiento: “soy una cabeza viva pegada a un cuerpo muerto”. Cf. M. SÁNCHEZ, *Calidad de vida*, en: J. GARCÍA FÉREZ - F. J. ALARCOS (eds.), *10 palabras clave en humanizar la salud*, Verbo Divino, Estella 2002, 341-369.

Esto es lo que se ha intentado en el documento titulado *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras*<sup>51</sup> realizado por un grupo reducido de autores, pero suscrito por otros muchos del ámbito español. En mi opinión, se trata de un texto valioso en la delimitación de las distintas prácticas y situaciones posibles, más allá de algunos matices concretos y de lo cuestionable que pueda resultar en la valoración moral de cada una de las situaciones mencionadas<sup>52</sup>.

Por lo que a nuestro interés respecta, merece la pena referirnos a la eutanasia, cuya significación ya no tiene nada que ver con la que ha tenido a lo largo de la historia. Ahora la eutanasia se reduce definitivamente a una práctica concreta, que es “la actuación directa sobre la vida de una persona con el fin de acabar con ella a petición de ésta para así poner fin a unos sufrimientos que considera insoportables”. Merece la pena señalar las condiciones que el documento *Ética y muerte digna* señala:

- “Producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata.

<sup>51</sup> P. SIMÓN LORDA - I. M. BARRIO CANTALEJO - F. J. ALARCOS MARTÍNEZ - J. BARBERO GUTIÉRREZ - A. COUCEIRO - P. HERNANDO ROBLES, *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras*: Revista de Calidad Asistencial 23 (2008) 271-285. En lo que sigue asumiremos tal clasificación y definición de los conceptos aquí propuesta, señalando al mismo tiempo los matices o dificultades que consideremos oportunos. Con todo, ya con anterioridad se han dado varios intentos de consenso también en otros lugares, y en este sentido destaca el realizado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, que ya distinguía claramente la eutanasia del suicidio asistido y de la sedación. Cf. EAPC, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*: Palliative Medicine 17 (2003) 97-101, en especial 98-99. Algo similar hizo el Institut Borja de Bioètica en su documento *Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Declaración del IBB (Universidad Ramón Llull)*: Bioètica & Debat 39 (2005) 1, que consta de un glosario terminológico (pp. 6-7).

<sup>52</sup> A mi modo de ver el documento, siendo sobre el uso correcto de las palabras, se extralimita en sus objetivos, algo que deberían haber evitado en la búsqueda del consenso. Probablemente, existieran también otros motivos que justificaron tal opción.

- Se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad.
- En un contexto de sufrimiento, entendido como “dolor total”, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo mediante cuidados paliativos.
- Son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa<sup>53</sup>.

La eutanasia se identifica, por tanto, con la clásica eutanasia activa directa, que cumple las características de ser activa, directa y voluntaria<sup>54</sup>. Además se reduce a un contexto de “dolor total”, lo cual la distingue de otras prácticas relacionadas con ella. Podría discutirse si la definición debería contemplar la reducción a un contexto de terminalidad y si debe ser realmente un profesional de la salud quien debe hacerla por su repercusión sobre el *ethos* médico. En cualquier caso, para lo que a nosotros nos interesa, es preciso destacar que la intención es acabar con la vida de la persona que lo pide, con lo cual la eutanasia ya no describe una salida deseable para el final de la vida, sino una solución desesperada ante una situación insoportable.

Al lado de la eutanasia, existen otras prácticas y situaciones muy próximas a ella y a las que merece la pena referirse. Es el caso del denominado “suicidio asistido”, que incluso algunos han llamado “ayuda a la eutanasia”<sup>55</sup>. A diferencia del anterior, ahora estamos

<sup>53</sup> P. SIMÓN LORDA ET AL., *a. c.*, 274.

<sup>54</sup> Algunos autores consideran también como eutanasia ciertas omisiones, con lo cual se puede complicar un poco la clarificación. Así ocurría, por ejemplo, en la definición del Comité de Ética de la SECPAL dada en un documento del 2002 (SECPAL, *Declaración sobre la eutanasia*: Medicina Paliativa 1 (2002) 37-40 (la definición está en el artículo 3.1). Igual ocurre con la definición del Magisterio de la Iglesia Católica formulada, entre otros lugares, en la *Declaración “Iura et Bona” sobre la eutanasia* de la Congregación para la Doctrina de la Fe (1980): “Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados”.

<sup>55</sup> Por ejemplo J. GAFO, *Eutanasia y ayuda al suicidio. “Mis recuerdos de Ramón Sampedro”*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1999, 47. Cf. una visión

ante un concepto nuevo, surgido en el ámbito anglosajón, tanto que en los *thesaurus* aparece como sinónimo de eutanasia, casi siempre como “muerte por compasión” (*mercy killing*), o como “provocación de la muerte para evitar sufrimientos”<sup>56</sup>. Ahora bien, a diferencia de la eutanasia, ahora la transitividad del acto queda reducida a su mínima expresión, de modo que el suicidio asistido se puede definir como “la actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz y con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee”<sup>57</sup>.

general del suicidio asistido en J. JÚDEZ, *Suicidio médicamente asistido*: Medicina Clínica 13 (2005) 498-503. Del mismo autor *Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado*: Anales del sistema sanitario de Navarra 3 (2007) 137-161.

<sup>56</sup> Con todo, hay que tener en cuenta que nos estamos refiriendo al suicidio y, por tanto, a lo que ya Durkheim definía en su clásica obra “todo acto de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (E. DURKHEIM, *El suicidio*, Schapire Editor, Buenos Aires 1971, 14). Prescindiendo de la tipología que Durkheim hace del suicidio y de sus componentes patológicos y psicológicos que no afectan a este contexto — dado que “competencia” y “capacidad” se vuelven fundamentales tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido—, la peculiaridad ahora es que el suicidio es asistido, es decir, el enfermo necesita la ayuda de alguien para poder suicidarse. El motivo suele ser un sufrimiento insostenible, que no tiene por qué ser físico, sino debido a encontrarse en una situación de incurabilidad como, por ejemplo, en lesiones medulares o paraplejas que incapacitan a la persona para valerse por sí misma. Es el caso bien conocido en España de Ramón Sampederro.

<sup>57</sup> P. SIMÓN LORDA ET AL., *a. c.*, 274. En realidad, según tal definición, sería “suicidio médicamente asistido”, que es como estos autores lo definen. Es curioso notar cómo el concepto de suicidio asistido proviene de la tradición liberal y autonomista, es decir, de la que protege el derecho que la persona tiene sobre su propio cuerpo. De ahí que las propuestas a favor del suicidio asistido tuvieran más aceptación que las de la eutanasia [cf. D. GRACIA, *Eutanasia: estado de la cuestión*, en: S. URRACA (ed.), *Eutanasia hoy: un debate abierto*, Noesis, Madrid 1996, 277]. El debate más encendido sobre el suicidio asistido

Por tanto, la diferencia fundamental con respecto a la eutanasia está en que mientras en ésta es otra persona quien causa la muerte directamente, en el suicidio asistido es la propia persona quien se quita la vida, limitándose el papel del médico u otro agente a facilitar los medios necesarios para ello<sup>58</sup>. Sea como fuere, tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido la intención es la misma, a saber, terminar con la vida de la persona que así lo desea.

Probablemente las dos prácticas que acabamos de mencionar sean las más controvertidas desde el punto de vista mediático. Ahora bien, existen otras prácticas que tradicionalmente constituían una determinada forma de eutanasia y que, en la práctica, son verdaderamente las más relevantes. Es el caso de la conocida como *limitación del esfuerzo terapéutico* y de la *sedación paliativa*. En cuanto a la primera se trata de una actualización de la clásica eutanasia pasiva, aunque el concepto ahora utilizado intenta precisar de manera más adecuada la situación a la cual se refiere. En realidad se trata de un concepto de

tuvo lugar a partir de los años 1990 debido a la repercusión pública del expatólogo de Michigan Jack Kevorkian y su “Mercitrón”, más popularmente conocida “máquina de la muerte” (cf. sus propios testimonios en J. KEVORKIAN, *La buena muerte*, Grijalbo, Barcelona 1993; él mismo describe el mecanismo en la p. 243). Las reacciones de la clase médica ante sus controvertidos métodos no se hicieron esperar, siendo la más conocida la de Quill, Cassel y Meier, que además propusieron unos criterios de aplicación del suicidio asistido que luego estarían en la base de varias legislaciones posteriores [cf. T. E. QUILL - C. K. CASSEL - D. E. MEIER, *Care of the hopelessly ill: proposed clinical criteria for physician-assisted suicide*: New England Journal of Medicine 327 (1992) 1380-1384; T. E. QUILL, *Death and dignity*, Norton & Company, New York 1993, especialmente 161-164]. Después de varios conflictos legales, Kevorkian fue condenado a una pena de entre 10 y 20 años, de los cuales cumplió ocho por buen comportamiento y un delicado estado de salud. En el 2007, salió de la cárcel y continuó su lucha a favor del suicidio asistido y la eutanasia como candidato independiente al congreso de Michigan, aunque dijo que no volvería a incumplir la ley. Falleció en el año 2011.

<sup>58</sup> No faltan autores que no ven diferencias entre ambas como, por ejemplo, N. DIXON, *On the Difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia*: Hastings Center Report 5 (1998) 25-29. Ahora bien, cabe notar que estamos diferenciando prácticas que no son iguales, lo que no quiere decir que no puedan tener idéntica valoración moral, lo cual es ya un problema distinto, como también el autor reconoce.

aparición muy reciente y que, de hecho, no tiene paralelos en casi ningún otro idioma<sup>59</sup>. En inglés, por ejemplo, suele hablarse de *withdraw* (retirar) y de *withhold* (no iniciar), pero no de limitación del esfuerzo terapéutico. Por ello, la precisión de su significado no resulta demasiado sencilla. Aun así, podríamos definirla como “retirar [...] o no iniciar [...] medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima”<sup>60</sup>.

La *limitación del esfuerzo terapéutico* tiene varias peculiaridades que la diferencian tanto de la eutanasia como de otras prácticas muy próximas como el rechazo de tratamiento<sup>61</sup>. La primera de ellas es que con la limitación, la muerte no se busca, sino que simplemente se permite, lo que no significa que la intención de fondo sea distinta, dado que al fin y al cabo se puede predecir casi con seguridad el efecto último del no inicio o retirada del tratamiento. La segunda es que se trata de una decisión basada, normalmente, en criterios estrictos

<sup>59</sup> Cf. D. GRACIA, *La limitación del esfuerzo terapéutico: lo que nos enseña la historia*, en: J. DE LA TORRE (ed.), *La limitación del esfuerzo terapéutico*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid 2006, 49-50. En general, tanto no iniciar como retirar un tratamiento suelen aparecer como formas de eutanasia pasiva.

<sup>60</sup> P. SIMÓN LORDA ET AL., *a. c.*, 276.

<sup>61</sup> En el rechazo de tratamiento, la decisión recae exclusivamente sobre el paciente y es un ejercicio de la autonomía de la persona para tomar decisiones que afectan a su cuerpo y a su salud. Prácticamente todas las declaraciones y leyes a nivel nacional e internacional reconocen tal derecho, con el único límite del peligro para la salud pública o en situaciones de emergencia. El caso más paradigmático es el de los testigos de Jehová y su negativa a las transfusiones de sangre. El problema se plantea, sobre todo, en los casos de menores e incapacitados, cuya solución no siempre es sencilla. Cf. D. T. RIDLEY, *Jehovah's Witnesses' refusal of blood: obedience to Scripture and religious conscience*: *Journal of Medical Ethics* 25 (1999) 469-472; A. PÉREZ - E. GREDILLA - J. DE VICENTE - J. GARCÍA - F. REINOSO, *Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento*: *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 53 (2006) 31-41.

tamente médicos<sup>62</sup>, aunque se requiera para ello el consentimiento del paciente. Y la tercera es que el objetivo es evitar una situación de obstinación terapéutica<sup>63</sup>, en donde por mantener la vida biológica se corra el riesgo de deshumanizar la fase final de la misma.

Hay que tener presente que la limitación del esfuerzo terapéutico, en su sentido más estricto y a pesar de la diferencia de situaciones que se puedan presentar, es una práctica destinada a no alargar la vida biológica del paciente creando situaciones desproporcionadas a su estado global y posibilitando que la persona muera en paz. De ahí que en la valoración moral de esta práctica existen más elementos a tener en cuenta que la simple diferencia entre matar y dejar morir, y de ahí también que quizá el concepto de limitación no sea el más adecuado para referirse a ella, dado que al fin y al cabo lo que se produce es una reordenación de los medios utilizados para atender al enfermo y en ningún caso se deja a la fuerza de la enfermedad el control total sobre el final de la vida, algo a todas luces demasiado cruel<sup>64</sup>.

Y la otra práctica a la que nos referíamos es la llamada *sedación paliativa*, que a diferencia de las anteriores se puede definir como “la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas

<sup>62</sup> Criterios tales como la indicación, no indicación, contraindicación o efectividad y no efectividad de los tratamientos, y de ahí la importancia también del pronóstico. El concepto de futilidad se popularizó en los 80 en un artículo de B. LO - A. R. JONSEN, *Clinical decisions to limit treatment*: *Annals of Internal Medicine* 93 (1980) 764-768. Cf. los problemas de la futilidad y su evolución desde entonces en J. P. BURNS - R. D. TRUOG, *Futility. A concept in evolution*: *Chest* 132 (2007) 1987-1993. Cf. también D. GRACIA, *La limitación del esfuerzo terapéutico: lo que nos enseña la historia*, *a. c.*, 49-72.

<sup>63</sup> Cf. P. SIMÓN LORDA ET AL., *a. c.*, 276.

<sup>64</sup> De hecho algunos autores prefieren otra terminología como, por ejemplo, “adecuar el esfuerzo terapéutico”. Es el caso de R. MARTINO ALBA - M. MONLEÓN LUQUE, *Limitar el esfuerzo terapéutico: un término poco apropiado*: *Revista de medicina paliativa* 1 (2009) 10, donde dicen: “Lo que realizamos es una ‘adecuación dinámica de medidas en función de los objetivos definidos para cada paciente’, y que son cambiantes a lo largo del tiempo”.

pertinaces que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante”<sup>65</sup>. Por tanto, tiene al menos dos rasgos esenciales que también la distinguen de otro tipo de prácticas. El primero es que la finalidad es la paliación o eliminación de síntomas, no la búsqueda de la muerte, que viene a ser el efecto secundario tolerado, pero no buscado directamente. Por ello, la sedación paliativa (sobre todo en su forma terminal) guarda un estrecho paralelismo con la clásica eutanasia activa indirecta, que se basa en el principio del doble efecto. Y el segundo es que intenta eliminar síntomas refractarios a cualquier otro tratamiento, es decir, que se trataría del último recurso para la eliminación de síntomas en ausencia de otros medios que no acortan la vida tanto como la sedación<sup>66</sup>. Por tanto, mientras

<sup>65</sup> P. SIMÓN LORDA ET AL., *a. c.*, 278. En realidad habría que distinguir la “sedación paliativa” de la “sedación terminal”, aunque la única diferencia reside en la proximidad de la muerte. Así lo precisa la SECPAL en el apartado primero de su documento sobre los *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos* del año 2002: la sedación paliativa es “la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”, mientras que la terminal es “la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”. Por tanto, la sedación terminal es un tipo de sedación paliativa que se utiliza en fase de agonía. No en vano también se suele llamar sedación en agonía [Medicina Paliativa 1 (2002) 41-46]. Cf. J. PORTA, *Aspectos clínicos de la Sedación en Cuidados Paliativos*, en: AA. VV., *Ética y sedación al final de la vida*, Fundació Víctor Grífols, Barcelona 2003, 9-28; para los aspectos conceptuales y prácticos cf. A. COUCEIRO VIDAL - J. M. NÚÑEZ OLARTE, *Orientaciones para la sedación del enfermo terminal*: Medicina Paliativa 3 (2001) 138-143 (en especial para las definiciones pp. 138-139). Con todo cabe señalar que tal diferencia es considerada por algunos autores como un mero eufemismo. Así M. P. BATTIN, *Terminal sedation: pulling the sheet over our eyes*: Hastings Center Report 5 (2008) 28.

<sup>66</sup> Cf. todos estos aspectos con más detalle en el completo y magnífico estudio de F. J. ELIZARI, *Sedación terminal. Corrección médica / aceptabilidad éti-*

en la eutanasia existe una búsqueda directa de la muerte para así terminar con unos sufrimientos que se consideran insoportables, en la sedación, la finalidad es calmar tales sufrimientos, aunque para ello se tolere un acortamiento indirecto de la vida del paciente, con lo cual tanto el *finis operis* como el *finis operantis* es el mismo, aliviar el dolor<sup>67</sup>.

## VI. CONCLUSIÓN: LA IMPOSIBILIDAD DE CONCEPTUAR LA REALIDAD

Evidentemente existen otras prácticas que rodean el final de la vida humana y que también son de una gran importancia. A pesar de ello, creo que he recogido las principales o al menos las que hoy resultan más problemáticas, de modo que queda claramente de manifiesto el cambio producido en el concepto de eutanasia a partir de la modernidad y que ya nada tiene que ver con la significación integral que había tenido durante gran parte de su evolución histórica. En este sentido, nuestro objetivo ha sido meramente histórico y conceptual, algo previo y necesario para poder elaborar una determinada valoración moral acerca de cada una de las prácticas y situaciones.

*ca*: Moralia 32 (2009) 405-442. Es interesante su análisis del reciente documento del Royal Dutch Medical Association titulado *Guideline for Palliative Sedation*, sobre todo por la cautela del mismo en algunos puntos, cuando se trata de un trabajo en cuyo contexto están despenalizados tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Por lo demás, tanto el consentimiento como la situación de proximidad de la muerte son requisitos bastante comunes con respecto también a la eutanasia, aunque no faltan autores a los cuales les parecería también oportuno su aplicación a situaciones en las cuales no exista esta proximidad de la muerte. Tal es el caso de Cellarius, que aboga por la que él llama “early terminal sedation” [V. CELLARIUS, *Terminal Sedation and the ‘imminence condition’*: Journal of Medical Ethics 34 (2008) 69-72].

<sup>67</sup> Ciertamente en España la sedación paliativa adquirió una mala prensa a raíz del caso del hospital Severo Ochoa de Leganés. A pesar de ello hay que decir que la sedación es una práctica fundamental en la humanización del proceso de muerte y que lo que cabe es exigir que se haga de manera adecuada. Para ello existen protocolos de actuación en donde teniendo en cuenta los síntomas se formulan de manera precisa los medios a utilizar y sus cantidades precisas.

Con todo, hay que reconocer que la realidad suele ser más compleja que los conceptos con los cuales intentamos abarcarla, hasta el punto que —como suele decirse— con frecuencia supera a la ficción. Las situaciones reales podrían multiplicarse y cada una de ellas seguramente tendría sus peculiares matices: Karen Ann Quinlan, Terry Schiavo, Arthur Koestler, Hirohito, Nancy Cruzan, Baby Doe, Baby Fae, Baby M., Welby, Vincent Humbert, Chantal Sébire, Eluana Englaro, Diane, Craig Ewert, Ramón Sampederro, Inmaculada Etxebarria..., y un sinfín de nombres difícilmente abarcables en los límites de un simple concepto. Incluso alguno de esos casos difícilmente podrían englobarse en los conceptos descritos, dado que las fronteras entre uno y otro con frecuencia son difusas y es preciso tener en cuenta muchos factores aquí ausentes, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el pronóstico y el conjunto de circunstancias e intenciones que rodean al propio enfermo y a aquellos que están a su lado en esos momentos.

Me resulta significativo en este sentido que el médico alemán y principal representante de la medicina antropológica de la Escuela de Heidelberg Viktor von Weizsäcker, dijera que “sólo una medicina que valore al hombre y no el hecho de la vida es una medicina digna de tal nombre; ella debe trascender el hecho biológico”<sup>68</sup>. Se trata de algo esencial de la humanización del final de la vida de las personas y que nos hace pensar también en algo fundamental, a saber: que los conceptos no dejan de ser más que eso, conceptos con los cuales intentamos clarificar situaciones, pero no hay que olvidar que detrás de ellas existen personas frecuentemente desesperadas por un sufrimiento difícil de soportar y en gran parte de los casos imposible de comprender. Al fin y al cabo —en palabras de Juan Pablo II— “el hombre, en su sufrimiento, es un misterio intangible” (*Salvifici doloris*, 4).

A pesar de ello y de todas las limitaciones que supone encasillar la realidad, los conceptos son el medio de que disponemos para entendernos y ponernos de acuerdo, y habrá que seguir pensando la manera de clarificar lo mejor posible las prácticas y situaciones a nuestro alcance para, de este modo, no sólo solucionar las dudas en

<sup>68</sup> V. VON WEIZSÄCKER, *Eutanasia y experimentación humana*: Archivos de psiquiatría 70 (2007) 252.

los aspectos legales, médicos o morales, sino sobre todo para procurar que sean los propios enfermos quienes en situación de debilidad sientan que realmente son ellos quienes nos importan y que todos los esfuerzos que realizamos con las técnicas a nuestro alcance intentan una única cosa: procurar que tengan el mejor proceso de muerte posible.

