

José Manuel Caamaño

# La eutanasia

*Problemas éticos  
al final de la vida humana*

# La eutanasia

José Manuel Caamaño



## Introducción

El final de la vida humana constituye uno de los ámbitos más destacados de la bioética actual y uno de los lugares de reflexión más importantes debido a las enormes problemáticas que suscita en todos los seres humanos y también a la gran variedad de situaciones que normalmente se presentan. Porque es evidente que mientras muchas de las demás cuestiones de interés bioético afectan a un número más o menos reducido o incluso amplio de personas, el final de la vida, queramos o no, nos afecta inevitablemente a todos.

Al inicio del informe de un grupo internacional dirigido por Daniel Callahan desde el Hastings Center sobre *Los fines de la medicina* y presentado en 1995 se decía que “si a los avances en el terreno de la biomedicina se les suman aquellos cambios más amplios experimentados en muchas partes del mundo a partir de las mejoras en el estado de la alimentación, el agua potable, la vivienda y la seguridad, tenemos como resultado una profunda transformación en la vida de los seres humanos. Esta transformación ha cambiado nuestra forma de pensar sobre las antiguas amenazas de la enfermedad y la muerte. También ha cambiado, y no en menor grado, la manera en que las sociedades organizan la prestación de asistencia sanitaria” (2004, 16). Sin embargo, el gran optimismo surgido con el enorme progreso y la gran capacidad de la técnica y la medicina, no ha impedido que surgieran nuevas enfermedades ni que nuestros esfuerzos no hayan tenido el éxito esperado con respecto a muchas de las ya existentes. Las personas siguen padeciendo accidentes que les hacen permanecer inconscientes por un tiempo indefinido, seguimos viendo procesos degenerativos prolongados, enfermedades crónicas o dolorosas y, sobre todo, seguimos sufriendo en medio de tormentos y con frecuencia en una gran soledad las consecuencias dramáticas de afecciones complejas, incluso en sociedades que en muchos casos no son capaces de responder adecuadamente a las necesidades de sus propios miembros cuando se encuentran en situaciones de adversidad. El mismo informe mencionado, al señalar como fines de la medicina la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, nos recordaba que “la muerte sólo se puede posponer, no evitar”, y además “la enfermedad en general no se puede conquistar; sólo se pueden superar algunas enfermedades, que a su vez se verán sustituidas por otras enfermedades en el transcurso de la vida de las personas” (p. 38).

Seguramente hoy las situaciones de dolor y de sufrimiento por las que muchos seres humanos pasan se podrían multiplicar, situaciones que se viven de maneras muy diferentes y que también varían en sus consecuencias. El gran impacto del cáncer nos lo está mostrando con suma claridad. Esto nos hace ver que detrás de toda enfermedad lo que existen son personas concretas que están enfermas, algo que convierte la propia existencia en algo tremendamente complejo y que dificulta la posibilidad de ofrecer soluciones con carácter general que todos pudieran asumir y comprender. Se trata de

situaciones en las cuales se vislumbra con más claridad la vulnerabilidad y la fragilidad humana, la impotencia que tenemos ante ciertas rupturas de nuestro periplo vital, pero en las cuales afloran también más que en ninguna otra ocasión los valores y sentimientos más importantes que conforman nuestra identidad y la pregunta por el sentido mismo de nuestra propia existencia.

Sin duda alguna, la medicina moderna ha supuesto una gran cantidad de elementos positivos para la sociedad y para la vida de las personas, ha provocado la creación de esperanza ante situaciones muy dolorosas y difíciles. Pero también ha provocado una gran fragmentación de las personas en sus enfermedades con la especialización y el tecnicismo, algo que a veces impide ver con claridad el rostro mismo del sujeto sufriente. Gregorio Marañón, en su conocido ensayo *Vocación y ética* decía que “el pecado de los médicos, de unos decenios a esta parte, es en efecto el profesionalismo, el haber abdicado de cuanto tenía nuestra misión de entrañable, de generosa –de sacerdotal, según la consabida frase hecha– para intentar convertirla en una profesión científica, esto es, exacta, como la del ingeniero, o la del arquitecto, o, en cierto modo, la del boticario; pero, además, en una pingüe profesión. El negocio resulta francamente malo para el médico” (1966, 118). La medicina, así como todas las ciencias que tratan del hombre, no pueden perder de vista la dimensión integral del ser humano ni su irreductibilidad a material observable en el laboratorio o en la camilla de un hospital, algo muy necesario para afrontar adecuadamente todos los problemas que su vida suscita y poder ofrecer un aliento de esperanza. El propio Marañón confesaba que las lagunas e inexactitudes de la profesión médica “sólo se pueden disimular con amor” (ib., 119).

La pretensión de la presente obra no es abordar todos esos problemas de la enfermedad humana ni elaborar una ética de la profesión médica, sino sencillamente introducirnos en los conflictos más relevantes en el contexto del final de la vida, tomando como referencia la problemática de la eutanasia y otras prácticas que de una u otra forma guardan relación con ella. Por tanto, a lo largo de las próximas páginas aparecerán muchas cuestiones que seguramente necesitarían abordajes monográficos y que aquí tan sólo podremos apuntar. De ahí que el intento fundamental sea el de ofrecer las herramientas más básicas del final de la vida con el objeto de evitar las confusiones que tan fácilmente se producen y acompañar al lector para que pueda acercarse a los distintos problemas con seguridad pero también con la conciencia de la complejidad que cada situación provoca.

# 1

## El ser humano y la muerte

### 1. Introducción

Cuando alguien analiza con cierto detenimiento los imparable avances científicos, técnicos y médicos producidos en el último siglo, no puede dejar de asombrarse ante la inmensa capacidad que tenemos los seres humanos y que nos sitúa en un lugar privilegiado dentro del Universo. Impone constatar las enormes posibilidades de actuar sobre los seres vivos, sobre sus genes y células, pero también sobre el conjunto de cuanto existe. Cualquiera persona mira con sorpresa la subida de naves al espacio y constata con inquietud las noticias sobre la vida sintética o el Bosón de Higgs. Nadie puede dejar de admirar la potencialidad que tenemos para hacer un mundo mejor, para diagnosticar y curar enfermedades que no hace tanto tiempo serían un simple callejón sin salida. Medicamentos, respiración asistida, nutrición e hidratación artificial, trasplantes..., toda una serie de progresos que han convertido la vida en algo enormemente prologable.

Pero al mismo tiempo casi todos somos conscientes de que, a pesar de ello, seguimos siendo finitos, de que antes o después el partido debe terminar. Por eso, hay algo que la ciencia no ha conseguido y probablemente jamás conseguirá: hacernos inmortales. Escribía Rainer María Rilke que “La muerte es grande, somos los suyos de riante boca. Cuando nos creemos en el centro de la vida, se atreve ella a llorar en nuestro centro”. La muerte es un hecho indubitable. No hay “certeza en esta vida tan incierta que pueda compararse con la certeza de la muerte”, decía Ernst Bloch. Es la mayor característica de nuestra propia condición, la que nos iguala inevitablemente a todos los seres vivos desde nuestro mismo nacimiento: queramos o no queramos nos tenemos que morir. Así lo decía el historiador del siglo XIX Sir A. Palgrave: “en la primera pulsación, cuando las fibras se estremecen y los órganos cobran vida, está el germen de la muerte. Antes de que nuestros miembros cobren forma, está cavada la estrecha tumba en la que serán sepultados” (cit. por Nuland, 1995, 92). “Empezamos a morir con el primer acto de vida”, comentaba Nuland.

Evidentemente no vamos a adentrarnos en las controversias científicas acerca de la “materia muerta” ni sus transformaciones, pero sí nos interesa destacar el hecho mismo de la muerte en su unidad en cuanto hecho biológico y humano o biográfico, algo que es fundamental para muchos de los problemas planteados a la bioética actual en relación con el final de la vida. Dicho de una manera muy clara: los seres humanos somos mortales.

### 2. ¿Qué es la muerte?

¿Qué es la muerte? Parece una obviedad, pero sin embargo es absolutamente necesaria una respuesta precisa, sobre todo por las consecuencias derivadas del hecho de que una persona esté o no muerta. Basta pensar en todo lo relacionado con los enterramientos o inhumaciones, matrimonios, herencias, sucesiones, suspensión de tratamientos o trasplantes. Ahora bien, aunque parece sencillo dar una respuesta a la pregunta sobre qué es la muerte, en realidad ni siempre lo ha sido tanto ni tampoco lo es ahora, sencillamente porque cuanto más nos acercamos a los confines de la vida, sea en su comienzo o sea en su final, más difusas son las fronteras entre la vida y la muerte, así como también más difusos los rasgos que caracterizan el hecho mismo de la vida concreta. Ello complica la tarea de ofrecer respuestas absolutamente ciertas: “los límites que separan la vida de la muerte son, en el mejor de los casos, sombríos y vagos”, escribía Allan Poe.

Una muestra de ello es la gran cantidad de definiciones diferentes que tenemos de la muerte, que lo que hacen es destacar algunos de sus aspectos. En este sentido una de las más completas probablemente sea la de Clouser, Culver y Gert, que la definen como “la cesación permanente, clínicamente observable, del funcionamiento del organismo como un todo, con la pérdida irreversible de la conciencia, tanto del organismo como un todo, como en cualquier parte del organismo” (1997, 259). Con todo, la definición citada no define la muerte como tal, sino que únicamente ofrece unos criterios que permiten determinar si una persona está o no muerta. Se trata de algo importante y sobre lo que enseguida hemos de tratar, pero que refleja ya la dificultad para definir lo que se entiende por muerte, que siempre depende mucho de la perspectiva desde la cual su definición sea abordada. Por eso, en mi opinión, la muerte es sencillamente “ausencia de vida”, sin adentrarnos con ello en las especulaciones y problemas de tipo filosófico o teológico acerca del sentido de la vida o del significado de la muerte. Al decir que la muerte es la ausencia de vida no hacemos más que definir aquello que contrasta con la vida tanto biológica como biográfica, de manera que evitamos adentrarnos en problemas de otra índole.

Pero precisamente aquí radica la cuestión que no podemos eludir y que, en el fondo, constituye ya un problema científico y médico con implicaciones bioéticas, a saber: ¿cuándo hay ausencia de vida? ¿Cuándo podemos decir que una persona está realmente muerta?

### **3. La determinación de la muerte**

En realidad el problema de la determinación de la muerte de un ser vivo no es nada nuevo, especialmente en el caso de los seres humanos. Por eso siempre se han establecido determinados tipos de criterios para saber si una persona estaba o no muerta, pues es obvio que algunas decisiones que se pueden hacer sobre ella pueden tener ya un carácter irreversible y es necesario estar seguros de que está verdaderamente muerta antes de tomarlas (cf. Gracia, 1998, 333ss).

#### *3.1. El criterio tradicional: parada cardiorrespiratoria*

El criterio tradicional utilizado para determinar que una persona estaba muerta era el de “muerte cardiopulmonar”, es decir, la ausencia de respiración y de latido del corazón. La explicación, aunque parezca sencilla, parte de unos presupuestos que han recorrido gran parte del pensamiento occidental. Así, al menos desde la cultura clásica griega, siempre se ha considerado la muerte como un hecho natural que afectaba a todos los seres infralunares, es decir, a aquellos que tenían que pasar necesariamente por un proceso cíclico de generación, desarrollo y corrupción, algo que afectaba también lógicamente a los seres humanos. La muerte era así el punto de llegada de todo este proceso. Pero aquí estaba ya un primer problema: ¿cuál era el órgano propiamente vital o sede fundamental de la vida? Ciertamente, y a pesar de algunas variantes, dicho órgano era el corazón, que junto con los pulmones posibilitaba que un ser vivo pudiera tener pulso. El corazón era la sede de la vida y de muchas más cosas que lo han ido cargando de un enorme simbolismo a lo largo de la historia, incluso hasta el día de hoy. Por ello, si alguien dejaba de respirar y de latir, era evidente que estaba muerto. Por eso no sorprende que incluso en el Medievo un autor como Maimónides llegara a afirmar que “si durante el examen ningún signo de respiración puede ser detectado en la nariz, la víctima debe ser dejada donde se halle, pues ya está muerta”. En ocasiones se utilizaba un espejo para acercarlo a la nariz del cadáver y comprobar así si estaba del todo muerto o no.

Pero resulta que aun así no siempre era tan evidente verificar que la persona estaba del todo muerta, sencillamente porque siendo el corazón el órgano propiamente vital y más importante en la visión clásica del ser humano, existen otras funciones del organismo que tampoco son superfluas, como, por ejemplo, la nutritiva y la intelectual, que probablemente dependieran también de órganos diferentes. De hecho, una de las funciones podría funcionar incluso en ausencia de la otra. Esto es lo que venía a sostener Aristóteles cuando decía que la vida nutritiva, la vida en general, “puede darse sin que se den las otras, mientras que las otras no pueden darse sin ella”. En el fondo, la vida nutritiva es “la potencia primera y más común del alma”, hasta el punto de que no todos los seres tienen, por ejemplo, vida intelectual. Pero aun así la cuestión que esto sugiere es la siguiente: ¿qué ocurre en el ser humano si muere antes el espíritu intelectual que el propiamente vital? ¿Se puede considerar como muerta a una persona si a pesar de no tener pulso y de no respirar sigue teniendo vida intelectual o alguna forma de vida nutritiva? Obviamente todos los autores eran conscientes de que, en realidad, en organismos pluricelulares la muerte de una función conduciría a la muerte de las demás, pero esto no ha estado del todo claro hasta el descubrimiento del sistema nervioso central con sus diferentes estratos evolutivos, que sí hizo ver la conexión ineludible y necesaria entre las diversas funciones del organismo humano, de manera que se pudo constatar que a la desaparición de una determinada función le sucedería en el tiempo la desaparición de todas las demás, con lo cual el resultado final sería la muerte del individuo. En este sentido se supo que no es que hubiera varias muertes, sino una sola muerte que se producía de forma procesual y rápida. Si muere el cerebro o la función intelectual, también necesariamente moriría lo demás, al igual que si muere el corazón, con lo cual la muerte cardiopulmonar era un criterio sólido y válido en todos los casos.

### 3.2. *La incertidumbre de los signos: enterrados vivos*

Pero también aquí se plantea una cuestión: ¿está siempre muerta una persona que deja de respirar y a la cual no le late ya el corazón? ¿Y si resulta que después de un tiempo vuelve a tener pulso? Dicho de una forma radical: ¿se puede estar totalmente seguro de que la persona está muerta cuando es enterrada? ¿Y si, por diversos motivos, no estaba del todo muerta y ha sido enterrada viva? El caso es que a partir del siglo XVIII el criterio de muerte cardiopulmonar empezó a entrar en crisis debido especialmente al surgimiento de obras de algunos anatomistas sobre los “enterrados vivos”, un tema siempre recurrente en toda la literatura sobre el final de la vida. Este fue el caso de la obra de Jean-Jacques Bruhier publicada en 1747 con el título de *Disertación sobre la incertidumbre de los signos de muerte y el abuso de los enterramientos precipitados*, que viene a ser una traducción de otra obra en latín con el mismo título publicada en dos tomos por Winslow entre 1742 y 1745. Es en ella en donde podemos leer la famosa frase “muerte cierta, muerte incierta; es completamente cierto que hemos de morir, pero es incierto saber a veces si alguien está muerto”. Como era de esperar, la obra ponía el dedo en la llaga de un espinoso asunto que siempre causa miedos y temores entre los seres humanos: el espanto de imaginar ser enterrados vivos.

Pero hay que decir que la aparición de esta y otras obras similares no fue casual, pues surgen en un contexto histórico con numerosas guerras en las cuales no eran extraños los enterramientos masivos, comunes y rápidos, sencillamente para evitar descomposiciones y epidemias. A esto se unen ciertas descripciones que algunos autores hacen de rasguños en los ataúdes de cadáveres que habían sido desenterrados, algo que sugiere todo tipo de especulaciones e interpretaciones. Además, parece que se trataba de algo más frecuente en el caso de ahogados y en personas que padecían catalepsia. Evidentemente no es de extrañar que mucha gente tuviera cierta inquietud o incluso miedo, hasta el punto de que en algunos lugares como en Inglaterra hubo personas que pidieron ser enterradas con una campanita o un cascabel atado al dedo para poder llamar la atención en el caso de que una vez enterradas se despertaran.

De hecho, tenemos testimonios y narraciones que nos detallan sucesos históricamente fiables de cómo algunas personas que habían sido diagnosticadas como muertas lograron salvar su vida *in extremis* (Demerson, 2001, 46). Tal es el caso de Diego de Espinosa, cardenal y obispo de Sigüenza además de Presidente del Consejo de Castilla en tiempos de Felipe II, que cuando ya se estaban haciendo los preparativos para embalsamarlo después de sufrir un “parasitismo” que le había dejado como muerto, levantó la mano agarrando el bisturí del cirujano. Curiosamente parece que, más que muerto, se encontraba en un estado de enorme pesadumbre tras una disputa con el Rey. También interesante fue el caso del Papa Inocencio VIII, que, dos años antes de su muerte real, sufrió un síncope que le dejó unas 22 horas enteramente inmóvil, sin pulso ni respiración, de manera que cuando ya estaba empezando el Sacro Colegio de Cardenales con los preparativos de la elección de un nuevo Pontífice, se despertó naturalmente. Todavía más conocido fue el caso de la señora Scott en 1766, que yacente en su ataúd y a punto de ser enterrada el mismo día de su muerte, despertó de su letargo al sentir cómo

unos ladrones pretendían arrancarle la sortija de esmeralda que llevaba en el dedo. Inmediatamente recobró todos sus sentidos y, de hecho, cinco años más tarde daría a luz a su hijo, el famoso novelista Walter Scott. Los casos de este tipo podrían multiplicarse, e incluso el propio Winslow recoge algunos curiosos, como el de una catalepsia perfecta sufrida por un religioso franciscano que consiguieron sacar de su tumba tres o cuatro días después de ser enterrado y que aún seguía vivo aunque con las manos roídas por la desesperación. Evidentemente, el miedo a un enterramiento precipitado posiblemente sea uno de los mayores miedos que podemos tener.

Por eso, lo que vienen a decir autores como Winslow y Bruhier es que los signos de muerte no son absolutos y pueden tener excepciones, al menos el de la muerte cardiopulmonar, de manera que la verdadera muerte no es sino la muerte celular, es decir, la que conlleva la descomposición del cuerpo o la putrefacción. En este sentido también el cirujano Janin de Combe presentó en 1772 su obra titulada *Reflexiones sobre la triste suerte de las personas que bajo una apariencia de muerte fueron enterradas vivas y sobre los medios que conviene poner en uso para prevenir semejante error*. Las críticas que hacen van dirigidas especialmente al abuso de los enterramientos precipitados.

Como es lógico, todas estas publicaciones levantaron no pocos temores entre la gente, con lo cual empezaron a aparecer también obras que de algún modo intentaban contrarrestar y tranquilizar así a todos aquellos que temían ser enterrados vivos llegado el momento. Ese es el intento, por ejemplo, de la obra del cirujano Antoine de Louis titulada *Seis cartas sobre la certidumbre de los signos de muerte*, publicada ya en 1752 en París. Más conocida aún, al menos en España, es la *Instrucción* de 1775 del médico Miguel de Barnades, que constituye una guía de exigencias para enterrar a la persona. “Yo confieso que me horrorizo de sólo pensar tan infeliz y desastrada muerte”, decía. Su idea es que para determinar la muerte de una persona no era suficiente ver el cambio en el color de los ojos, ni la frialdad del cuerpo, ni la parada de la circulación, ni otros signos que hasta entonces eran considerados como evidentes. Lo que él pretendía era asegurar que las personas enterradas estuvieran real y naturalmente muertas, pues no hay “aflicción comparable a la calumniosa situación de las personas enterradas vivas”. Para ello Barnades señalaba dos criterios fundamentales e inequívocos: la “inflexibilidad y tiesura de todo el cuerpo”, y la incipiente “putrefacción total”. De esta manera existe la seguridad de que la persona está absolutamente muerta. Además, a Barnades también le preocupaba que los enterramientos se hicieran de una forma demasiado apresurada, sin dejar pasar un tiempo suficiente. Así decía: “¿qué no se podrá temer de los acelerados entierros de hoy día, cuando no se repara en dar sepultura en el mismo día de la reputada muerte aunque repentina?”. De hecho, es a partir de entonces cuando las legislaciones empiezan a exigir esperar unas 24 horas antes de enterrar al cadáver.

En definitiva, lo que parece evidente es que el criterio de muerte absolutamente seguro es el de la descomposición del cuerpo, la muerte celular. Pero el problema es que ver cómo un cuerpo se descompone es algo a todas luces desagradable para todos los sentidos. De ahí la necesidad de buscar unos determinados criterios fiables que anticipen

el que una persona está muerta antes de ver cómo se descompone. Eso es lo que intenta también el criterio de muerte cardiopulmonar y la espera de un tiempo prudente antes de enterrar a la persona. Aun así, la situación al final de la vida se ha complejizado bastante con el uso de la tecnología y la nueva medicina, hasta el punto de que surgió la necesidad de buscar nuevos criterios que convirtieran el diagnóstico de muerte clínica en algo realmente fiable, cosa que enseguida veremos.

### 3.3. *El problema de las muertes aparentes: “redivivos”*

Antes de seguir y adentrarnos en los criterios de muerte en la actualidad, conviene hacer referencia a un dato presente en mucha literatura sobre el final de la vida y que tampoco suele dejar indiferente a nadie. Se trata de las conocidas como “muertes aparentes”, es decir, el caso de aquellas personas que parece que después de un tiempo “muertas” vuelven otra vez a la vida. Son experiencias recogidas por un gran número de autores a lo largo del siglo XX como Kübler-Ross, Moody, Hampe, etc., que relatan el hecho de personas que han sido diagnosticadas como “clínicamente muertas” y que, sin embargo, parece que vuelven a la vida y pueden contar su experiencia en el más allá: los redivivos. Además, casi todas esas experiencias coinciden en diversos puntos que, por lo demás, no siempre se dan necesariamente en todos los casos. Merece la pena la descripción de una experiencia-modelo relatada por el médico y psiquiatra georgiano Raymond A. Moody:

“Un hombre está muriendo y, cuando llega al punto de mayor agotamiento o dolor físico, oye que su doctor lo declara muerto. Comienza a escuchar un ruido desagradable, un zumbido chillón, y al mismo tiempo siente que se mueve rápidamente por un túnel largo y oscuro. A continuación, se encuentra de repente fuera de su cuerpo físico, pero todavía en el entorno inmediato, viendo su cuerpo desde fuera, como un espectador. Desde esa posición ventajosa observa un intento de resucitarlo y se encuentra en un estado de excitación nerviosa.

Al rato se sosiega y se empieza a acostumbrar a su extraña condición. Se da cuenta de que sigue teniendo un ‘cuerpo’, aunque es de diferente naturaleza y tiene unos poderes distintos a los del cuerpo físico que ha dejado atrás. En seguida empieza a ocurrir algo. Otros vienen a recibirle y ayudarlo. Ve los espíritus de parientes y amigos que ya habían muerto y aparece ante él un espíritu amoroso y cordial que nunca antes había visto –un ser luminoso–. Este ser, sin utilizar el lenguaje, le pide que evalúe su vida y le ayuda mostrándole una panorámica instantánea de los acontecimientos más importantes. En determinado momento se encuentra aproximándose a una especie de barrera o frontera que parece representar el límite entre la vida terrena y la otra. Descubre que debe regresar a la tierra, que el momento de su muerte no ha llegado todavía. Se resiste, pues ha empezado a acostumbrarse a las experiencias de la otra vida y no quiere regresar. Está inundado de intensos sentimientos de alegría, amor y paz. A pesar de su actitud, se reúne con su cuerpo físico y vive.

Trata posteriormente de hablar con los otros, pero le resulta problemático hacerlo, ya que no encuentra palabras humanas adecuadas para describir los episodios sobrenaturales. También tropieza con las burlas de los demás, por lo que deja de hablarles. Pero la experiencia afecta profundamente a su existencia, sobre todo a sus ideas sobre la muerte y a su relación con la vida” (1978, 43-44).

Se trata de experiencias muy numerosas y que, a pesar de sus variantes, coinciden en algunos de sus elementos esenciales, normalmente en la desdramatización que hacen de la muerte. También el teólogo evangélico Johann Christoph Hampe nos narra muchas de ellas, en las que parece que se permite contemplar la muerte “desde dentro”. Señala, fundamentalmente, tres momentos que se repiten: el yo sale del cuerpo, rinde cuentas de sí mismo ante el panorama de su vida y, por último, se abre y ensancha, momento en el cual –dice Hampe– “la liberación parece llegar por medio de tormentos. Si al principio tenía lugar la salida del yo hasta una distancia no lejana, todavía demostrativa de la

ligazón con el cuerpo, y con la revisión del panorama de la vida aún era obligado reelaborar el pasado, en este estadio (tantas veces descrito como la última y extrema felicidad) el horizonte se ensancha y el yo del moribundo se siente elevado, en sentido literal y figurado, a una fluctuante ingravidez. No sólo el mundo, el mismo moribundo se ha transformado y tiende a algo nuevo” (cit. por Küng, 1983, 33). ¿Qué decir de tales experiencias vividas, sentidas y contadas por algunas personas?

En primer lugar cabe recalcar que se trata de experiencias que no se producen únicamente en los casos de personas accidentadas, moribundas o diagnosticadas como clínicamente muertas, sino que están presentes también en otras situaciones distintas. Basta mencionar algunos relatos presentes en la literatura del espiritismo o incluso en el *Libro tibetano de los muertos*. Asimismo también se dan en diversos estados anímicos y psicológicos, especialmente en situaciones de esquizofrenia, después de técnicas de sugestión, o tras la ingesta de alucinógenos que producen una enajenación mental (LSD, mescalina...). Evidentemente el análisis de todos esos fenómenos y otros similares ha de hacerse siempre con la máxima precaución o cautela, porque dependen mucho de la propia situación vital y clínica de la persona afectada. Pero tampoco se puede olvidar el carácter misterioso y ambiguo que rodea todo lo referente a lo que se llama “parapsicológico”, como por ejemplo los intereses de los *medium* muchas veces involucrados o la práctica espiritista de la “güija”, en la cual un vaso se mueve tocando ciertas letras colocadas encima de una mesa y que viene a ser la manera de comunicación con un espíritu que habla a través de ellas. Más allá de lo difícil o de la imposibilidad de verificar que tales mensajes provengan del más allá, lo cierto es que en muchas de esas situaciones no existe sino un proceso mental infraconsciente que cada uno interpreta a su modo. Lo que no se puede perder de vista es que se trata de personas vulnerables por diferentes sucesos que afectan a la totalidad de su organismo y sus dimensiones.

Pero, en segundo lugar, también hay que reconocer que muchas de esas experiencias recogidas reflejan también los deseos, anhelos y aspiraciones del ser humano, la esperanza de un más allá real que trascienda los límites de su sufrimiento y dolor. Se trata de algo que siempre ha estado presente a lo largo de la historia en numerosos relatos literarios de toda índole, y además siempre con ideas concretas sobre la relación entre alma y cuerpo, el juicio divino, la salvación y la condenación, etc. Todos recordamos la *Divina Comedia* de Dante e incluso el clásico mito de Er narrado por Platón en la *República*:

“Er, hijo de Armenio, panfilio de nación, que murió en una guerra y, habiendo sido levantados, diez días después, los cadáveres ya putrefactos, él fue recogido incorrupto y llevado a casa para ser enterrado y, yacente sobre la pira, volvió a la vida a los doce días y contó, así resucitado, lo que había visto allá. Dijo que, después de salir del cuerpo, su alma se había puesto en camino con otras muchas y habían llegado a un lugar maravilloso donde aparecían en la tierra dos aberturas que comunicaban entre sí y otras dos arriba en el cielo, frente a ellas. En mitad había unos jueces que, una vez pronunciados sus juicios, mandaban a los justos que fueran subiendo a través del cielo, por el camino de la derecha, tras haberles colgado por delante un rótulo con lo juzgado; y a los injustos les ordenaban ir hacia abajo por el camino de la izquierda, llevando también, éstos detrás, la señal de todo lo que habían hecho. Y, al adelantarse él, le dijeron que debía ser nuncio de las cosas de allá para los hombres y le invitaron a que oyera y contemplara cuanto había en aquel lugar; y así vio cómo, por una de las aberturas del cielo y otra de la tierra, se marchaban las almas después de juzgadas; y cómo, por una

de las otras dos, salían de la tierra llenas de suciedad y de polvo, mientras por la restante bajaban más almas, limpias, desde el cielo. Y las que iban llegando parecían venir de un largo viaje y, saliendo contentas a la pradera, acampaban como en una gran feria, y todas las que se conocían se saludaban y las que venían de la tierra se informaban de las demás en cuanto a las cosas de allá, y las que venían del cielo, de lo tocante a aquellas otras; y se hacían mutuamente sus relatos, las unas entre gemidos y llantos, recordando cuántas y cuán grandes cosas habían pasado y visto en su viaje subterráneo, que había durado mil años; y las que venían del cielo hablaban de su bienaventuranza y de visiones de indescriptible hermosura” (*República*, XIII, 614b-615a).

Curiosamente la mayor parte de estos relatos recogen experiencias de muerte placentera, pero precisamente existen también otras experiencias marcadas totalmente por la angustia, el dolor y el miedo, algo que también hay que tener presente. En este sentido el médico y psiquiatra alemán Eckart Wiesenhütter recoge algunos casos y concluye diciendo lo siguiente: “otros, especialmente los que padecen intoxicación de hígado o riñón por sustancias no asimiladas, experimentan antes de morir estados somniformes, parecidos a los estados de delirio por ingestión de drogas. Suelen ver, como en algunas pinturas de Vicente van Gogh, gigantescos pájaros negros, ratas o animales del averno, cual vivas encarnaciones de los mensajeros de la muerte. Por regla general, al volver ‘en sí’ y contar sus experiencias, lo hacen llenos de angustia y hastío. Sería una forma de defraudar los deseos del paciente no tratar de desentrañar el significado de estos mensajeros, naturalmente teniendo siempre en cuenta en cada paciente su respectivo estado general y su capacidad de recepción y asimilación” (cit. por Küng, 1983, 41).

Ciertamente no es sencilla la interpretación de cada una de tales narraciones. Lo que sí me parece muy discutible es tomarlas como demostraciones empíricas de una vida ultraterrena, tal y como algunos de los autores referidos pretenden. Probablemente Kübler-Ross sea de las más insistentes en ese sentido, tal y como ella misma afirma en el prefacio al libro de Moody refiriéndose a las preguntas que los distintos testimonios suscitan: “la investigación que el doctor Moody presenta en este libro iluminará muchas de ellas, confirmando al tiempo lo que se nos ha dicho durante dos mil años: que existe vida tras la muerte” (1978, 21). Evidentemente la fe en la resurrección de los muertos así como las especulaciones teológicas acerca de la vida más allá de la muerte, son cuestiones que pertenecen a otro orden de problemas y que requieren una aproximación distinta que no olvide ni su carácter esencialmente oculto ni tampoco su dimensión definitiva. De ahí la importancia de distinguir la revivificación de la resurrección, a Lázaro de Jesús, porque mezclar ambos elementos supone cuanto menos vulnerar el carácter misterioso de la muerte así como la absoluta trascendencia divina y su promesa de salvación. Por eso, posiblemente lo más que se pueda decir de las narraciones de los “redivivos” es que, si bien pudieron ser declarados como “clínicamente” muertos, en realidad no lo estaban “biológicamente”, es decir, no habían muerto realmente sino que tan sólo lo habían hecho desde el punto de vista clínico, pero no natural. Lo que sí han experimentado es una determinada fase de la vida motivada por una situación específica de enfermedad, dolencia y vulnerabilidad, pero no el hecho mismo de morir, sencillamente porque si así fuera jamás nos lo podrían haber contado.

### 3.4. *De la parada cardiorrespiratoria a la muerte encefálica*

Resulta bastante claro, por tanto, que la descomposición orgánica es el criterio absolutamente fiable de que una persona está muerta. Pero no es menos claro que a nadie le gusta ver con sus ojos el espectáculo que eso supone. En ese sentido el criterio de muerte cardiopulmonar tenía un carácter anticipatorio y, con un tiempo prudente de espera, resultaba bastante fiable. El problema es que durante el siglo XX, con la aparición de las Unidades de Cuidados Intensivos y el imparable desarrollo de las técnicas de soporte vital como la respiración, la nutrición y la hidratación, las situaciones empezaron a complicarse todavía más, porque resulta que se pueden suplir casi todas las funciones orgánicas exceptuando el cerebro (cf. Escalante, 1996), incluso cuando existe un profundo daño cerebral irreversible. Es más, en muchas ocasiones se puede reanimar manual o técnicamente a una persona a la que le deja de latir el corazón, cosa que se suele hacer siempre y cuando no exista una contraindicación para ello o no existan órdenes de no reanimación. Por ese motivo el criterio pasó a ser el de muerte cardiopulmonar sin respuesta a maniobras de reanimación espontánea. Si con ello la persona no vuelve a tener latido y respiración, podemos tener la suficiente certeza de que en un breve espacio de tiempo se producirá la muerte del organismo debido a la anoxia de los órganos y de los tejidos corporales, algo para lo que el cerebro es especialmente sensible, de manera que en poco tiempo se producirá la muerte total del encéfalo (Trueba, 2007).

Con todo, las dificultades no terminan ahí, y aquí es donde se vislumbra con más claridad el gran problema que suscita la tecnología en el control que posibilita de las situaciones en el final de la vida. De hecho, una persona puede estar cerebralmente muerta y, sin embargo, su corazón sigue latiendo, lo que no deja de plantear algunos interrogantes de gran interés: ¿se puede considerar como muerto a alguien que se encuentra en estado de coma irreversible o en estado vegetativo permanente? ¿Cuándo se le deben retirar los cuidados? ¿Cuándo se le pueden extraer sus órganos? En este sentido ya en el año 1956, Lofstedt y Von Reis describieron los casos de seis pacientes con ausencia completa de función neurológica, apnea, ausencia de reflejos, hipotensión e hipotermia, además de ausencia de flujo intracraneano demostrado por angiografía, algo también descrito por otros autores por la misma época. Poco más tarde, en el año 1959, los neurólogos franceses Mollaret y Goulon describieron también veintitrés casos de pacientes con daño cerebral masivo y silencio electroencefálico, es decir, casos de pacientes sin ningún signo de actividad cerebral pero que sin embargo continuaban vivos gracias a la ventilación mecánica. Además se comprobó tras la autopsia que tenían una necrosis cerebral total. Denominaron a este estado “coma *depassé*”, lo que la literatura anglosajona interpretaría como “coma irreversible”, aunque la traducción exacta es “más allá del coma” (Centanaro, 2003, 172). Como es evidente, todas estas descripciones, que iban en aumento durante esa época, provocaron una gran confusión a la hora de establecer con seguridad el momento de la muerte de una persona, con lo cual los criterios tenidos por seguros hasta entonces parecían estar tambaleándose.

Esto es lo que llevó a que en el año 1968 un Comité *ad hoc* de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard formulase el primer informe para determinar con

seguridad el “coma irreversible”, es decir, la muerte del cerebro de una persona y, con ello, la muerte clínica de la misma. Se trata de un criterio, el de muerte cerebral, para el que se tienen que cumplir siete condiciones: falta de receptividad y respuesta, ausencia de movimientos observado durante una hora, apnea (tres minutos sin respirador), ausencia de reflejos troncoencefálicos y espinales, EEG isoelectrico, exclusión de hipotermia y depresores del sistema nervioso central, y repetición de todos los test a las veinticuatro horas. Lo que intentaban era certificar que la persona estaba realmente muerta.

A partir de entonces se sucedieron diferentes trabajos en esta misma línea, a lo largo de los cuales se va consolidando el concepto de “muerte encefálica”. Resulta relevante es este sentido el *Acta uniforme sobre la determinación de la muerte*, más conocido como *Estatuto de muerte*, publicado por la President’ Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research en 1981. En dicho texto se precisaba que “un individuo está muerto cuando le ha sobrevenido bien el cese irreversible de todas las funciones respiratoria y circulatoria, o bien, el cese irreversible de todas las funciones cerebrales incluyendo el tronco cerebral”. Dicho de otra manera: una persona con cese irreversible de todas las funciones cardiorrespiratorias o de todo el cerebro, incluyendo el tronco encefálico, está muerta. De manera similar se expresaba también la Academia Americana de Neurología en 1995 en los *Parámetros prácticos para la determinación de la muerte cerebral en adultos*, en donde se decía que “se entiende por muerte cerebral encefálica o neurológica la pérdida irreversible de la función del cerebro y el troncoencefalo”. De esta forma la muerte clínica sería también la muerte encefálica, para lo cual existen unos determinados criterios generalizados y que gran parte de los países del mundo han ido asumiendo, tal y como ha sucedido en España.

Curiosamente en el caso español, aunque no es el único, los criterios de muerte los encontramos formulados en el *Real Decreto 2070/1999 del 30 de diciembre por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos*, concretamente en el artículo 10, en donde se dice que “la muerte del individuo podrá certificarse tras la confirmación del cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias o del cese irreversible de las funciones encefálicas”. Con lo cual se aceptan los dos criterios fundamentales, el de parada cardiorrespiratoria y el de muerte encefálica, para lo cual el Real Decreto añade un apéndice en donde se especifican las condiciones que deben cumplirse en cada uno de los casos.

En cuanto al diagnóstico de muerte cardiorrespiratoria señala que “se basará en la constatación de forma inequívoca de ausencia de latido cardíaco, demostrado por la ausencia de pulso central o por trazado electrocardiográfico, y de ausencia de respiración espontánea, ambas cosas durante un período no inferior a cinco minutos”. Además “la irreversibilidad del cese de las funciones cardiorrespiratorias se deberá constatar tras el adecuado período de aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada”, dependiendo de la edad y circunstancias. Por último, “en los casos de

temperatura corporal inferior a 32 grados se deberá recalentar el cuerpo antes de poder establecer la irreversibilidad de la parada y por lo tanto el diagnóstico de muerte”.

Y en cuanto al diagnóstico de muerte encefálica se establecen también una serie de criterios tales como la “evidencia clínica o por neuroimagen de lesión destructiva en el sistema nervioso central compatible con la situación de muerte encefálica”, “coma areactivo”, “ausencia de reflejos troncoencefálicos” y de “respuesta cardíaca”, “apnea”, “electroencefalograma o prueba de flujo sanguíneo cerebral” en casos necesarios, etc. A todos los criterios se les añade un tiempo necesario y las peculiaridades de cada situación que se puedan presentar. Además, en el caso de la muerte encefálica de la persona a la que se le van a extraer los órganos “será exigible la existencia de un certificado médico firmado por tres médicos, entre los que debe figurar un neurólogo o neurocirujano y el Jefe de Servicio de la unidad médica donde se encuentre ingresado, o su sustituto. En ningún caso, dichos facultativos podrán formar parte del equipo extractor o trasplantador de los órganos que se extraigan” (art. 10.4).

Lo que todo este debate y evolución en el diagnóstico de muerte nos hace ver es que la determinación de la muerte de una persona no siempre es tan sencilla como en principio pudiera parecer, en especial en los organismos pluricelulares como el ser humano. De hecho, incluso en el criterio de muerte encefálica existen divergencias sobre su carácter absoluto, algo que ciertos casos públicos sobre la recuperación de la conciencia de personas en estado vegetativo permanente han intentado también poner de relieve, a veces con un alto grado de sensacionalismo, dado que en realidad no se trata de personas diagnosticadas como muertas. Por eso existen protocolos distintos y por eso también críticas de algunos autores y comités de ética, como ha sucedido con el Comité danés en 1990. Con todo, se puede decir que a día de hoy existen suficientes datos objetivos que nos permiten asegurar sin temor que una persona está viva o muerta. De hecho, incluso en España se ha elaborado una nueva proposición de ley, la *122/000006 de servicios funerarios*, entre cuyos artículos está el de permitir enterrar a los cadáveres antes de que transcurran 24 horas y evitar así situaciones incómodas. A pesar de ello hay que decir que en la determinación de la muerte, especialmente en el caso de trasplantes, siempre permanece un reducto reservado a la aceptación de los criterios por parte de las personas (cf. Gracia, 1996, 25).

#### **4. Conclusión: de la muerte a la enfermedad**

La vida humana está profundamente marcada por la incertidumbre, incluso hasta en el hecho inevitable de la muerte. Todo ello plantea problemas éticos de no poco calado, que en nuestro tema remiten de forma directa a cuestiones tan delicadas como el cuidado de los pacientes, la posibilidad de la retirada de tratamientos y técnicas de soporte vital, el acompañamiento o los trasplantes, entre otros. De hecho, no es casual que el auge y el momento de más viveza en el debate sobre el diagnóstico de muerte haya coincidido precisamente con el primer trasplante de corazón realizado por Christian Barnard en Capetown (Sudáfrica) en 1967.

A pesar de ello hay algo que no podemos olvidar, y es que la muerte es el resultado

final de un proceso caracterizado por un tiempo más o menos largo de enfermedad. Es curioso, pero, al menos en principio, nadie muere de viejo. Dice Nuland que “en treinta y cinco años de médico en ejercicio nunca he cometido la temeridad de escribir el término ‘vejez’ en un certificado de defunción, porque sé que me devolverían el impreso con una escueta nota de algún funcionario informándome que había vulnerado la ley. En todo el mundo es ilegal morir de viejo” (Nuland, 1995, 57). Sin embargo, él mismo afirma que está convencido de que muchas personas mueren de vejez. Y es cierto, pero también con la vejez sucede algo, aunque sea precisamente por el desgaste de los órganos, que es lo que provoca la muerte. También los viejos mueren por su enfermedad.

Aquí reside algo importante y que remite ya de forma directa a la bioética, y se trata de reflexionar acerca de aquellas situaciones vertebradas por una gran cantidad de enfermedades que se van apropiando poco a poco de la vida de las personas. Porque en realidad el verdadero drama, el auténtico y radical reto de los seres humanos, no es aceptar algo que nos guste o no tendremos que pasar, sino encontrar sentido a situaciones que parece que ya no lo tienen, procurar convertir experiencias vitales de vulnerabilidad en momentos propicios de humanización, en los que más que la muerte, sepamos afrontar y tratar de la mejor manera posible el proceso que conduce a nuestro final en este mundo. De ahí que me parezcan significativas las palabras del propio Nuland:

“No es la muerte, sino la enfermedad, el verdadero enemigo; la enfermedad es la fuerza maligna que exige confrontación. La muerte es el desenlace que se produce al perder la extenuante batalla. Pero incluso en la confrontación con la enfermedad deberíamos ser conscientes de que muchas de las enfermedades de nuestra especie son simples vehículos para el inexorable viaje por el que todos y cada uno volvemos al mismo estado de inexistencia física [...] del que salimos al ser concebidos. Todo triunfo sobre una patología principal, por clamorosa que sea la victoria, es sólo un aplazamiento del inevitable final” (Nuland, 1995, 27).

## 2

# Historia del concepto de eutanasia

### 1. 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 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 prof. Javier Gafo, S.J. (†)– 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 más importantes de la bioética a nivel internacional como es el prof. Diego Gracia (Gracia, 1990), y que ha supuesto una importante 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 ve 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 lo que él denomina, en la línea que lo que ya había hecho Philippe Ariès, una revolución “historiográfica” que hiciera posible una nueva manera de enfrentarse al estudio de la muerte con el nacimiento de la “historia de las mentalidades”, combinando así la clásica historia de las ideas con los métodos de la moderna historia social en el estudio del comportamiento humano. Esto es importante 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, ó mejor, sobre la muerte, y que le lleva a distinguir tres formas fundamentales correspondientes a tres períodos distintos aunque no siempre claramente diferenciados: la eutanasia *ritualizada*, la *medicalizada* y la *autonomizada*.

Ello significa que el estudio de Diego Gracia hay que leerlo 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, pero no a la significación originaria del concepto tal y como aparece en los autores que lo han utilizado. 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. Si esto no se tiene en cuenta caeremos inevitablemente en un anacronismo conceptual. Y es precisamente ahí en donde se sitúa el interés del presente capítulo, analizar la eutanasia y sus avatares históricos hasta la actualidad desde la significación originaria del propio concepto. En este sentido, y aunque luego tendremos ocasión de referirnos a algunas de las prácticas que el propio Diego Gracia recoge, ambos estudios 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.

## **2. La eutanasia: un concepto en contracción**

Hay que reconocer que en los últimos años se ha publicado mucho sobre cuestiones que afectan al final de la vida y que en muchos de esos estudios existe un apartado dedicado a la perspectiva histórica. Ahora bien, también hay que señalar que ó bien dichos estudios sintetizan la aportación de Diego Gracia a la que ya nos referimos, ó bien suelen ser aproximaciones bastante generales, muy incompletas y en ocasiones incluso erróneas, con lo cual 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. Incluso tampoco nosotros pretendemos hacerlo en este lugar, aunque sí señalar los aspectos más destacados que nos faciliten hacernos una visión global del problema, cosa nada fácil debido a que el acceso a las fuentes originales no siempre resulta accesible en las lenguas modernas e incluso ni siquiera en las originales.

Con todo, en una primera aproximación podemos afirmar ya que el concepto de eutanasia –compuesto por los términos griegos *eu* y *thanasía* (Gracia, 2004, 399ss)– 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, como adjetivo, como adverbio e incluso como verbo (Elizari, 2007, 347; Van Hooff, 2004).

A pesar de ello la dificultad más grande 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 para poder conseguirla. Dicho de otra manera: ¿qué es una *euthanasía*? ¿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 distintos pero suficientemente delimitables. A falta de una mejor denominación y en orden a la claridad podríamos denominarlos consecutivamente eutanasia *equivoca*, eutanasia *unívoca-situacional* y eutanasia *unívoca-práctica*. A continuación nos referiremos a cada uno de ellos, dejando al margen, en este lugar, todas las prácticas que se han realizado sobre el final de la vida, dado que no responden a la significación originaria de la eutanasia.

### 3. La eutanasia equívoca: s. V a.C. - s. I d.C.

Al hablar de equívoca 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 (*euthanátōs*)– es en un fragmento atribuido al poeta cómico griego Cratino en el siglo V a.C., al menos según la referencia recogida en el *Pollucis onomasticorum* (Kassel-Austin, 1983, 321). 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 (frag. 23). Curiosamente ya en el fragmento de Cratino la eutanasia aparece como contrapuesta a la distanasia (*edisthanátei*, frag. 454), un concepto que aparece por vez primera también en el siglo V en el *Ión* de Eurípides con el significado de muerte cruel (*Ión*, 1047-1053) y que ha sido 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 aplica a las plantas con el sentido de muerte cruel (*Hist. Plant.*, l. III, cap. X, 3). Este es el sentido más extendido de distanasia hasta el siglo VI d.C., muerte cruel, penosa, aflictiva, dolorosa, etc. (por ejemplo en autores tan diversos como Plutarco, Atenágoras, Flavio Filóstrato, Dión Casio, Galeno, Porfirio Tiro, Eusebio de Cesarea, Gregorio Nacianceno, Temistio, Libanio, Paladio, Silesio, Hesiquio, Juan Filópono y Procopio).

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, 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” (frag. 19). Con todo, no se trata aún de fases sucesivas en el desarrollo de la significación del concepto de eutanasia, de manera que la amplitud y 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 (*Hist.*, XXXII, 4, 3 y V, 38-39). En una ocasión, hablando de Cleomenes, afirma que éste, al no tener confianza de un futuro muy esperanzador, prefería “morir valientemente” (*euthanatēsai*) según el siguiente lema: “pero me niego a morir aquí sin esfuerzo ni

gloria, sino después de una gesta que sepan los hombres futuros” (*Hist.*, V, 38-39).

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 (frag. 601). Esta es la idea repetida en otros muchos autores como Flavio Josefo (*Ant. Jud.*, 6, 3), Aelio Teón (*Progymnasmata*, 110), Clemente de Alejandría (*Stromata*, 5, 62, 2-3), Marco Aurelio Antonino (*Ta eis 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. Con todo es una idea que aparece en otros muchos autores hasta Constantino VII Porfirogéneta en el siglo X, que la considera como la recompensa de los hombres buenos.

También en la traducción bíblica de los LXX aparece el concepto de eutanasia en infinitivo presente activo –*apeuthanatíksein* (2 Mac 6, 27-28)– constituyendo un *hapax legomenon* y 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: “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 (apeuthanatíksein)* por las Leyes venerables y santas”. Se trata de un texto que incluso 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 significación que se ha mantenido 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 euthanasian, bene! Delinque patriam!*” (“¡Bien, pues, tú, que eliges la eutanasia, bien! ¡Abandona la patria!”). Su significación, al igual que en algunos 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 *euthanasia* (esta era, en efecto, la palabra que solía emplear)” (II, 99).

Como vemos, Suetonio no entiende ya la eutanasia en sentido moral, sino como una muerte rápida y sin dolor, es decir, lo que hace es describir una situación deseada para el final de la vida, algo que ha perdurado hasta prácticamente nuestros días. Por eso hay que tener en cuenta que en el texto citado no se habla de ninguna práctica concreta sino, tal y como hemos dicho, simplemente se describe un ideal para salir de la vida.

Por tanto, si nos ceñimos al período que estamos tratando, se pueden extraer ya una serie de conclusiones con respecto a la significación que el concepto de eutanasia ha tenido en todo este tiempo. 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 *eutanasia*. 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, y aunque no resulta sencillo ofrecer una explicación unívoca de lo que se podría entender por eutanasia, sí se pueden señalar cuanto menos algunos de sus sentidos más recurrentes en los distintos autores. Eso es lo que ha hecho Thomas Pottoff en su obra titulada *La eutanasia en la antigüedad*, llegando a recoger hasta cinco maneras fundamentales de poder entenderla, a saber:

- 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.

Lo que hay que tener presente es que, por el momento, la eutanasia en ningún caso designa una práctica concreta, sino que es la descripción de una determinada manera de morir considerada como buena.

#### **4. La eutanasia unívoca-situacional: s. I - s. XVII**

La síntesis anterior nos ha mostrado claramente el pluralismo de significación 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. Por eso era algo deseable por todo el mundo. 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.

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 va a referir casi en exclusiva a la descripción de una muerte suave y

tranquila, perdiendo así todo el pluralismo 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 en su obra *The second book of Francis Bacon of the Proficiency and Advancement of Learning divine et human*. Así se expresaba él en la adaptación y ampliación latina de la misma realizada en 1623 con el título *De dignitate et augmentis scientiarum*:

“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 plácida. 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” (IV, 2).

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 plácidamente. 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 y 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 achacándoles el que no se hayan preocupado demasiado de la conservación de la salud menospreciando la prolongación de la vida al amparo de la incurabilidad natural de muchas enfermedades.

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. Tanto es así que el propio Diego Gracia llega a decir que “en la literatura clásica eutanasia y desahucio son términos correlativos” (Gracia, 1990, 23), con lo cual tampoco para Bacon la eutanasia, a pesar de incluir la mitigación del dolor, significa aún acabar directamente con la vida de una persona.

En relación con esto hay algunos autores que se refieren a un texto 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, cuando ya la vida se convierte en una molestia para ellos y para los demás, les aconseja 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 (Moro, 1999, 134-135). 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 en su original latino, con lo cual desde el punto de vista de la historia del mismo tampoco resulta significativo.

## **5. 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, es cuando empiezan a surgir numerosas obras tituladas, con ligeras variantes, *De euthanasia*, algo que se extiende todavía más a partir del siglo XVIII (Roelcke, 2006). Entre todas ellas resultan paradigmáticas la obra *Oratio de euthanasia naturali* de Paradys en 1794, la tesis doctoral *De euthanasia medica* de Marx en 1826, y la disertación con el mismo título de Stubendorff en 1836.

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, por ello, no es aplicable a las múltiples prácticas realizadas a lo largo de la historia en las diferentes culturas. Incluso aún 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” (Jonsen, 2003, 104-105).

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.

### *5.1. 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 muerte fácil y silenciosa. Pero inmediatamente surge una cuestión: ¿cómo conseguir esa buena muerte? ¿Cómo tener una eutanasia?

Después de lo dicho hasta este momento 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 fuera 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 considera insoportables?

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 (Gafo, 2000, 94-98), cuya 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*, que posteriormente tendría la doble vertiente de directa e indirecta), distinciones muy utilizadas a partir de entonces en la teología moral católica (Higuera, 1986). Incluso 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, lo cual ha sido considerado también moralmente diferente. 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”, en donde el acortamiento de la vida simplemente se tolera, pero no se busca de forma directa.

Aunque no vamos a entrar de momento en 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, a las discrepancias surgidas tras la publicación de la Declaración de la Asociación Médica Americana en 1973, y a la repercusión del llamado Quinlan Case, una joven norteamericana a la que, tras un tiempo conectada a un respirador que la mantenía con vida y después de varias controversias legales, el Tribunal Supremo de New Jersey le reconocería el derecho a morir en paz y con dignidad y, por tanto, a que la desconectarán, aunque seguiría respirando por sí misma viviendo casi diez años más. Se trata de la distinción entre matar (*killing*) y dejar morir (*letting die*), y que nos ha hecho ver la insuficiencia de la filosofía analítica no sólo para distinguir situaciones eutanásicas sino también para resolver conflictos morales.

En efecto, decíamos un poco más arriba que a partir del siglo XVII se introduce la distinción entre la eutanasia activa y pasiva, en cuyo trasfondo se encuentra la distinción entre *acciones* y *omisiones* y, de manera más gráfica, entre *matar* y *dejar morir*. Así decía el texto mencionado de la AMA:

“La terminación intencional de la vida de un ser humano a manos de otro –homicidio por compasión– es contraria a aquello para lo que se encuentra la profesión médica y es contraria a la política de la Asociación Médica Americana. La suspensión del empleo de medios extraordinarios para prolongar la vida del cuerpo cuando existe irrefutable evidencia de que la muerte biológica es inminente, es decisión del paciente y/o su familia inmediata. El consejo y el criterio del médico debe estar a libre disposición del paciente y/o su familia inmediata” (Rachels, 1975, 78-79).

Como puede verse, la Declaración de la AMA es contraria a la eutanasia en su forma de activa y directa, aceptando, por el contrario, el cese de medios extraordinarios. Tal aceptación es lo que algunos autores interpretaron como la legitimación moral de la eutanasia pasiva entendida como “dejar morir”. Este es el caso de James Rachels, que ya en 1975 publicó un artículo en el *New England Journal of Medicine* –publicado de nuevo posteriormente en muchos lugares– titulado *Active and passive euthanasia* en el que realizaba una dura crítica al texto anteriormente transcrito, al menos en lo que se refiere a la diferencia moral que, según Rachels, se le atribuye en la ética médica a la distinción entre “matar” y “dejar morir” y que, a su modo de ver, lleva a que en determinadas situaciones sería permisible cesar un tratamiento y dejar morir al paciente, mientras que nunca sería moralmente permisible una acción directa sobre su vida con el fin de matarle. Por ello, la cuestión que Rachels se plantea es si “matar” es realmente más reprobable que “dejar morir” en “todos los casos”, a lo cual responderá negativamente, de modo que incluso dejar morir podría ser tan inmoral o más que matar directamente a una persona, con lo que la distinción entre la eutanasia activa y pasiva pasaría a ser moralmente irrelevante.

Para justificar su respuesta, Rachels utiliza el método del contraste de casos (la estrategia del contraste), basándose en la comparación de dos casos iguales que varían simplemente en el factor que se pretende examinar, en este caso la diferencia entre matar y dejar morir. De esta forma, la diferencia moral entre la eutanasia activa y la pasiva tendría que existir tan sólo si matar y dejar morir fueran también moralmente diferentes. En caso contrario el resultado no es tan sólo que, en ocasiones, la eutanasia activa y la pasiva sean moralmente equivalentes, sino que incluso la segunda podría ser más reprobable que la primera, es decir, que dejar morir puede ser peor que matar directamente a una persona. Entre los ejemplos que utiliza para defender su argumentación se encuentran el del Síndrome de Down y el conocido como argumento de “la bañera”. En cuanto al primero se trata de un bebé con Síndrome de Down que además padece una obstrucción intestinal, una situación que en algunas ocasiones conduce al rechazo por parte de los padres de la necesaria operación para mantenerlo con vida. Consecuentemente tan sólo existen dos opciones: ó dejar que el niño se deshidrate hasta morir (dejarle morir), ó bien aplicarle una inyección letal que ponga fin a su sufrimiento (es decir, matarle). A su juicio la primera opción sería cruel, mientras la segunda no, aunque es obvio, como él mismo reconoce, que el verdadero drama del caso

se encuentra en el rechazo de una operación que es relativamente sencilla, seguramente debido a que se trata de una persona con Síndrome de Down. En realidad esta fue la situación del conocido caso de Baby Doe en 1983, que daría lugar a una normativa que obligaría a operar en situaciones de ese tipo.

El segundo caso es el de la bañera. Se trata de una situación en la que se dan dos conductas que tan sólo difieren en que en una se mata y en la otra se deja morir, siendo todo lo demás exactamente igual. Los protagonistas son Smith y Jones, que tienen la posibilidad de quedarse con una cuantiosa herencia si a su sobrino de seis años le ocurriera algo. En la primera situación, mientras el niño está en la bañera, Smith entra a hurtadillas en el cuarto de baño y lo ahoga, dejando todo de tal modo que parezca un accidente. En la segunda situación, Jones también entra en el cuarto de baño con la intención de ahogar a su sobrino, pero, justo en el momento de entrar, el niño se resbala, se golpea la cabeza contra la bañera y cae boca abajo en el agua, con lo cual Jones tan sólo se queda a la espera de que efectivamente se ahogue por si fuera necesario sumergirle la cabeza de nuevo en el agua. Finalmente el niño se muere solo, con lo que Jones se queda mirando sin hacer nada. Lo que vemos es que mientras en la primera situación Smith mató al niño, en la segunda Jones lo dejó morir, con lo cual podemos preguntarnos lo siguiente: ¿existe alguna diferencia moral entre la actuación de Smith y la de Jones? Si afirmáramos que existe diferencia en la significación moral de los dos conceptos, habría que decir que la actitud de Smith fue peor que la de Jones. Ahora bien, el propio Rachels sostiene que se produce una equivalencia moral entre las dos conductas, dado que tanto la intención como la finalidad de los protagonistas es exactamente la misma, divergiendo únicamente en que uno mata y el otro deja morir a su sobrino, con lo cual la diferencia no es significativa en este caso. En realidad, ambas conductas son por igual moralmente detestables.

El razonamiento anterior lo aplica también Rachels a aquellas situaciones en las que un médico, por razones humanitarias, deja morir a un paciente en lugar de aplicarle una inyección letal movido por las mismas razones, que es lo que, según él, está presente en la Declaración de la AMA y en la distinta valoración que comúnmente se le da a la eutanasia activa y la pasiva. Incluso, dice él, no es correcto decir que en la eutanasia pasiva no se hace nada, dado que, en realidad, se deja morir al paciente de forma intencionada, lo que tradicionalmente se conoce como “comisión por omisión”. De este modo, aunque la distinción pueda tener diferente repercusión legal, en realidad su valoración moral es exactamente la misma, con lo cual entre matar y dejar morir existe lo que él llama “equivalencia moral”.

Esta visión de Rachels inmediatamente levantó los ánimos de muchos críticos, entre los que destaca Thomas D. Sullivan con un artículo bajo el título *Active and Passive Euthanasia: An Impertinent Distinctions?* A diferencia de Rachels, Sullivan sostiene que el texto de la AMA entraña dos aspectos fundamentales: por un lado el rechazo de poner fin intencionadamente a la vida del paciente y, por otro lado, la permisibilidad de limitar la utilización de medios extraordinarios para mantener la vida. Por tanto, reducir esta visión a la posible diferencia de la significación moral de matar y dejar morir es,

simplemente, evadir el fondo mismo de la problemática. ¿Por qué? En primer lugar porque para la visión tradicional –que es como ahora Sullivan denomina a la que Rachels llamaba convencional– lo que no es permisible es la terminación intencionada de la vida humana, cosa que puede hacerse tanto por medio de una acción como por medio de una omisión. Con lo cual, tanto ahogar a un niño en la bañera, como dejar que se ahogue, son actos moralmente rechazables, dado que la intención es exactamente la misma. La diferencia, por tanto, entre la eutanasia activa y la pasiva no reside simplemente en que en una se mata y en otra se deja morir, sino en las intenciones que subyacen a cada una de las formas de eutanasia.

Por otro lado, Sullivan critica a Rachels que base sus objeciones en la distinción entre eutanasia activa y pasiva –que ni siquiera aparece en el texto de la AMA–, y que, sin embargo, no tenga en cuenta un elemento que sí es esencial en dicha Declaración, y es la diferencia entre medios ordinarios y extraordinarios, de modo que también para la postura tradicional sería obligatorio el uso de los medios ordinarios, mientras que sería opcional el de los extraordinarios. La consecuencia es que en los ejemplos propuestos por Rachels, no sólo sería ordinario operar al niño con Síndrome de Down y obstrucción intestinal, sino también salvar al otro de ahogarse en la bañera.

En último lugar, Sullivan añade un elemento que, de algún modo, intenta responder a lo que para Rachels sería una crueldad de la doctrina convencional, es decir, dejar morir a una persona aun con evidencia de que estemos prolongando su agonía y sufrimiento. A este respecto, Sullivan sostiene que la decisión médica de no prolongar la vida en algunas ocasiones viene motivada por la situación misma del paciente, como podría ser en el caso de un niño con enteritis necrosante fuera de control. La decisión es motivada no por la determinación de matarle, sino por razones distintas. Incluso lo que se hace en este caso no es dejarle morir sin más, sino aliviar su dolor de la mejor forma posible sin someterlo a tratamientos innecesarios. Obviamente el médico sabe que va adelantar la muerte del paciente, pero no se propone el matarlo. Es, dice Sullivan, como cuando me propongo ir en coche al centro. Sé que voy a gastar un poco los neumáticos, pero no voy en coche con la intención de gastarlos. En realidad, lo que se hace en este caso es recurrir al principio del doble efecto, en donde la intención juega un papel fundamental, que en ningún caso será ni gastar las ruedas del coche ni matar a una persona, aun sabiendo que ambas serán consecuencias ineludibles de nuestra forma de actuar. La conclusión es que la tesis de la equivalencia moral entre matar y dejar morir defendida por Rachels es un mero pretexto para legitimar la eutanasia activa, pero que deja intacta, a juicio de Sullivan, la distinción tradicional entre eutanasia activa y pasiva.

Obviamente la respuesta de Rachels no se hizo esperar y poco más tarde escribió un nuevo artículo titulado *More Impertinent Distinctions and a Defense of Active Euthanasia*. Su primera contraobjeción se dirigía a la importancia que Sullivan otorgaba a la intención del agente para la valoración del acto moral, dado que lo que rechazaba era la eutanasia entendida como “terminación deliberada de la vida”. Ahora bien, Rachels propone el siguiente ejemplo:

“Jack visita a su abuela que está enferma y sola, y la entretiene durante la tarde. Él la quiere y su intención es

únicamente animarla. Jill también visita a su abuela, y le procura una tarde animada. Pero a Jill le preocupa el que la vieja señora pronto hará su testamento; Jill quiere estar incluido entre los herederos. Jack sabe que sus visitas podrían influir en la redacción del testamento a su favor, pero eso no entra en su plan. Así, Jack y Jill hacen exactamente lo mismo –ambos pasan una tarde animando a su abuela enferma– y lo que hacen puede traer las mismas consecuencias, influir en el testamento. Pero sus intenciones son muy distintas”.

Como vemos, el acto es exactamente el mismo y las consecuencias también. Con lo cual, la cuestión que Rachels se plantea es la siguiente: ¿se puede decir que Jack actúa bien, mientras que Jill actúa mal? O dicho de otra forma: ¿quién de los dos actúa mejor y quién peor? Obviamente, si tenemos en cuenta solamente el acto, tenemos que decir que no existe diferencia alguna, sino que ambos hacen lo mismo, a saber, acompañar a la abuela, por más que el carácter de Jill nos pueda parecer detestable. La conclusión es que en este caso la intención no es un factor determinante para la valoración del acto en cuestión, sino simplemente para darnos una idea del carácter de los protagonistas. Si este mismo razonamiento lo aplicamos al caso del niño con enteritis necrosante utilizado anteriormente por Sullivan, tendríamos –según Rachels– la misma consecuencia, y es que la intención no es el factor determinante de la valoración del acto, sino que lo determinante estaría en las razones que motivan al médico en su decisión de limitar o no un tratamiento, por ejemplo, el sufrimiento. La conclusión es que “la intención de una persona es relevante para enjuiciar su carácter [...]. Pero la intención no es relevante para determinar si el acto es en sí mismo moralmente correcto. La rectitud del acto debe decidirse sobre la base de las razones objetivas a favor o en contra. Es permisible dejar morir al bebé –según el ejemplo de Sullivan– por el estado de salud del niño y sus posibilidades, no debido a las intenciones de alguien. Así, la visión tradicional se equivoca en este punto”. Por otro lado, una vez rechazada la importancia de la intención para la valoración del acto, Rachels critica también la distinción entre medios ordinarios (de uso obligado) y extraordinarios (de uso voluntario) utilizada tanto en el artículo de Sullivan como en la Declaración de la AMA. Según él, tal diferencia de valoración no resulta demasiado clara, no sólo porque en algunas situaciones se podría rechazar el uso de medios ordinarios, sino también debido a la dificultad de precisar qué es lo que beneficia al paciente o no, o cuándo un tratamiento puede considerarse demasiado costoso. La conclusión es que, además de tratarse de distinciones que no tienen diferencia moral alguna, en nada afectan tampoco a la cuestión que él pretendía discutir, que es la equivalencia moral existente entre matar y dejar morir en la distinción entre eutanasia activa y pasiva.

Las discusiones, lejos de zanjarse, no habían hecho más que empezar, tanto que las publicaciones sobre la posible diferencia moral entre matar y dejar morir se multiplicaron en los años posteriores, algo también motivado por algunos casos ya paradigmáticos como el del Nancy Cruzan. También Sullivan volvería a responder a las objeciones de Rachels, aunque para ello tuvieron que pasar casi quince años. Lo hizo en un breve artículo titulado *Coming to Terms: A Response to Rachels*, en el que simplemente se refiere al papel de la intencionalidad en la terminación de la vida, y a los criterios para la determinación de medios como ordinarios o como extraordinarios. En cuanto a lo segundo simplemente precisa el método para poder determinar cuándo unos

medios serían ordinarios y cuándo no. Y en cuanto a lo primero, además de señalar que, obviamente, las intenciones no siempre se pueden valorar de la misma forma en su relación con el acto, es difícil sostener que no tengan importancia, dado que en la mayoría de los casos sí la tienen y mucha. Además, critica a Rachels el que no distinga la “intención” de la “previsión” de consecuencias, que son cosas muy distintas en el final de la vida, por lo que es algo muy diferente matar a una persona con el objetivo puro de matarla, que limitarle un tratamiento aun previendo que se pueda morir. Con lo cual, según él, el viejo precepto de benevolencia sigue siendo fundamental: “la terminación intencionada de la vida de un ser humano inocente, sea a través de una acción o de una omisión, es incorrecto”.

Llegados a este punto podemos preguntarnos lo siguiente: ¿qué aporta todo este debate acerca de la significación moral entre “matar” y “dejar morir” a la problemática de la eutanasia? En primer lugar nos hace caer en la cuenta de que se trata de debates que se enmarcan en la órbita de la filosofía analítica, con lo cual no responden, en todos los casos, a lo que la distinción entre eutanasia activa y pasiva pretende reflejar. De hecho, el debate entre Rachels y Sullivan puede ser una buena muestra del distinto nivel en el que se mueven las discusiones, así como la insuficiencia de los debates conceptuales para la búsqueda de soluciones a los variopintos problemas morales, lo que no quiere decir que sean irrelevantes. 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, algo que él veía en estos debates de los que formaba parte. De hecho 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 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 (Toulmin, 2007, 109). En este mismo sentido escribe James F. Drane: “la ética médica salvo 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” (Drane, 1978, 89).

Y en segundo lugar cabe señalar que la diferencia conceptual entre matar y dejar morir es una diferencia de lenguaje, por lo que en la afirmación de su distinta significación moral o incluso de su equivalencia habría que tener en cuenta simplemente factores conceptuales, pero ninguno que tenga que ver con elementos ajenos a tal distinción. Esto no ocurre, sin embargo, ni cuando se habla de matar y dejar morir, ni cuando se trata de la diferencia entre eutanasia activa y pasiva, para la cual siempre se tienen en cuenta factores de tipo contextual. 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 definitivas de la valoración del acto moral –que nunca se da en abstracto–, sino elementos al lado de otros que, tal vez,

sean incluso más importantes que las distinciones de tipo conceptual, como pueden ser, además de las intenciones, las circunstancias o la finalidad que se persigue.

### 5.2. *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 multiplicaron de una forma vertiginosa en los últimos tiempos, especialmente con la entrada en escena de las 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 80 y 90 por parte de algunos autores un primer intento de clarificación tomando como base el concepto griego de *thanatos* al que se le añadieron distintos prefijos creando una serie de neologismos con el objetivo de delimitar las fronteras entre unas prácticas y otras. Así, se hablaba de *cacotanasia* para referirse a la clásica 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 de la eutanasia activa indirecta.

En realidad, 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 bastante poco a delimitar las fronteras entre las diferentes situaciones que se presentaban, que cada día estaban siendo más complejas y problemáticas. Además a partir de los años sesenta ha surgido un nuevo concepto, el de “muerte digna”, que ha agitado todavía más los debates y dificultades tanto morales como terminológicos 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 estará salvada. 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 en su misteriosa complejidad.

### 5.3. *Los nuevos contextos para pensar una nueva terminología*

Que la realidad nos desborda lo vemos en prácticamente todos los ámbitos de nuestra vida, pero sucede de una manera particular en los 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, 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 en ocasiones a que la medicina librara una lucha abierta contra la muerte. Daniel Callahan llegó 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” (1996, 94-95).

Sea o no sea exagerada la afirmación de Callahan, lo que es innegable es que si por un lado las habilidades técnicas abrían la esperanza a la solución de muchos problemas que antes conducirían a una muerte segura, por el otro, prometiendo una vida prolongada también daban a cambio una prolongada y mísera agonía. Eso hizo plantear la cuestión de hasta dónde la medicina tendría que llegar y cuándo se tendría que detener. Curiosamente ya en el año 1884 un editorial de la revista *The Boston Medical and Surgical Journal* –que es la predecesora de *The New England Journal of Medicine*– decía lo siguiente: “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?” (Jonsen, 2003, 106).

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 además de salvar numerosas vidas también 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 30, cuya lucha no ha dejado de crecer y extenderse hasta el día de hoy ejerciendo una notable influencia en muchas de las legislaciones de 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”. 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. Esto sucede de manera más clara en el caso 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” (2000, 254).

Además pocas personas mueren ya 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. En España más del 80% de las muertes se producen en el ámbito hospitalario. Ese es el lugar en el que a veces incluso uno tiene que pasar después de muerto y como paso previo al tanatorio, que se ha convertido también en lugar social de encuentro con viejos amigos. Es significativo el hecho de que a muchas personas, más que la muerte misma, les aterrorice el proceso de morir, tanto por lo largo que puede resultar como por la carga institucional y el dramatismo que frecuentemente conlleva.

### *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 y sobre lo cual volveremos posteriormente. 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 (2008, 84). 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 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 (*Quality-Adjusted-Life-Year*). 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 (Gracia, 1990, 28-28). 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.

#### 5.4. *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 en un segundo momento y a partir de un lenguaje común. 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* (Simón Lorda et Al., 2008) 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. De hecho, siendo una propuesta de consenso, me parece que hubiera sido mejor evitar introducir valoraciones de tipo moral. Por eso merece la pena que nos detengamos un momento en señalar las principales prácticas actuales sin entrar en la valoración moral de cada una de ellas, de manera que simplemente haremos un somero recorrido descriptivo para distinguir adecuadamente cada una de las situaciones posibles.

Y la primera práctica a destacar es la eutanasia propiamente dicha, 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.
- 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”.

La eutanasia se identifica, por tanto, con la clásica eutanasia activa directa, que cumple las características de ser activa, directa y voluntaria. 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.

#### **Caso sobre eutanasia: Debbie**

La historia de Debbie es confusa, por ello la adaptaremos a la situación sabiendo que no es lo que sucedió en realidad y que podría tratarse de una persona cualquiera. Debbie era una joven norteamericana de 20 años y con cáncer de ovario. En los últimos días su situación había sufrido un notable empeoramiento. Los vómitos eran constantes, su aspecto físico cada día más demacrado y su sufrimiento cada vez más insoportable. Ni siquiera era capaz ya de respirar o de comer bien y la respuesta a los tratamientos era nula. La muerte se aventuraba ya inevitable. En el último mes había solicitado repetidas veces que le ayudaran a poner fin a su situación que era ya terminal. “Acabemos con esto”, repetía. Su médico hablaba con ella continuamente para asegurar la autenticidad de tal petición, con los familiares e incluso con otros colegas del hospital. Finalmente, accedió a cumplir el deseo de Debbie. Preparó dos jeringuillas, la primera con un sedante y la segunda con una dosis de algo que le produjo la muerte por parada cardiorrespiratoria al poco rato.

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 llamaron “ayuda a la eutanasia” (Gafó, 1999, 47). A diferencia del anterior, ahora estamos ante un concepto nuevo surgido en el ámbito anglosajón, tanto que aún en cualquier *thesaurus* –cuya introducción ha sido muy reciente– aparece como sinónimo de eutanasia e incluso con el mismo significado, casi siempre como “muerte por compasión”, *mercy killing*, o como “provocación de la muerte para evitar sufrimientos”. 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” (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 insoportable, que no tiene porqué 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.

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” (Simón Lorda et al., 2008,

274). 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 la que se suicida, limitándose el papel del médico u otro agente a facilitarle los medios necesarios para ello. 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.

La controversia en torno al suicidio asistido tuvo su máximo esplendor en los años noventa, sobre todo por la repercusión pública de los cuestionables métodos del ex-patólogo de Michigan Jack Kevorkian, popularmente conocido como el “Doctor Muerte”. Su fascinación ya juvenil por los cadáveres humanos –de los cuales realizaba transfusiones de sangre a vivos– le llevó a preocuparse de una manera casi obsesiva por todo lo rodeado con la muerte y la manera de conseguirla. Para ello creó la llamada “máquina de la muerte” o “máquina del suicidio asistido”, la *Mercitrón* –como él mismo la llamaba, aunque algunos prefiriesen el nombre de *Thanatron*–, un laborioso aparato compuesto por tres tubos, cada uno con una sustancia determinada, que se inyectaban a la persona que deseaba morir para que ella misma pudiera darle a un botón y de este modo poner fin a su vida.

El propio Kevorkian describe así la idea del funcionamiento de su ingenioso invento: “practicaría una venopunción en el paciente e iniciaría un goteo intravenoso de una solución salina normal. Luego, en el momento que el paciente escogiera, pondría en marcha un ECG de control al tiempo que él o ella pulsaría un interruptor muy sensible que activaría un mecanismo especial que llevaría a cabo varias funciones. Las tres primeras serían simultáneas: la detención del goteo salino, el comienzo de la rápida introducción de una gran dosis de tiopental a través de un tubo conectado a la misma aguja intravenosa y, finalmente, la activación de un reloj automático. Sesenta segundos más tarde, el reloj pondría en marcha una rápida infusión de solución concentrada de cloruro de potasio que fluiría junto con el tiopental a través de la misma aguja intravenosa. El reloj habría desconectado también el dispositivo, pero las soluciones continuarían fluyendo. Como consecuencia de esto, el paciente caerá en un coma profundo al cabo de entre veinte y treinta segundos a causa de la solución de tiopental, el cloruro de potasio habrá paralizado el músculo cardíaco en varios minutos. En efecto, entonces, el paciente sufrirá un ataque cardíaco sin dolor durante un profundo sueño. Con toda probabilidad, la muerte se habrá producido entre tres y seis minutos después de la activación del dispositivo y el cese del latido cardíaco será verificado por el registro del ECG” (1993, 243). Tan sólo faltaba probar si realmente la máquina del suicidio funcionaba. La primera petición a la que Kevorkian respondería afirmativamente sería la de la señora Janet Adkins, una mujer de Oregón enferma de Alzheimer que no deseaba sufrir el deterioro personal y familiar que la evolución de la enfermedad conllevaría. A las 14’30 del 4 de junio de 1990 fallecía en la vieja camioneta del “doctor muerte” aparcada en una zona alquilada de un camping de Michigan. Era la primera de unas 130 muertes más que se le han imputado a Kevorkian, algunas de ellas relatadas en su obra y grabadas en vídeo.

Tales prácticas, que le han llevado a la retirada de su licencia médica, eran realmente controvertidas desde muchos puntos de vista. No es extraño que llegara a convertir el final de la vida de muchas personas en objeto de innumerables parodias televisivas: “pruébela una vez y no se arrepentirá”, decía algún anuncio irónico. Él mismo se publicitaba en periódicos y en otros medios de comunicación del siguiente modo: “Consejo sobre la muerte: ¿está alguien de su familia terminalmente enfermo? ¿Desea él o ella morir, y con dignidad? Llame a médico especialista”, o “Médico especialista: para los enfermos terminales que elijan la muerte con dignidad”. Todo ello llevaría a iniciar un contencioso legal del que siempre salía victorioso, dado que la ley de Michigan no contemplaba el suicidio asistido. Después de un largo proceso, en el que incluso el Estado norteamericano tuvo que modificar la ley, Kevorkian sería finalmente condenado a una pena de entre 10 a 25 años, de los cuales cumpliría ocho por buen comportamiento y un delicado estado de salud. En el año 2007 fue liberado y desde entonces continuó su lucha a favor de la eutanasia y del suicidio asistido –propugnando por el *medicidío positivo* y la *obiatria*–, como candidato independiente al congreso de Míchigan, aunque dijo que no volvería a incumplir la ley. Falleció el año 2011.

Hay que tener en cuenta que las personas que acudían a Kevorkian eran muy numerosas, seguramente invadidas por un gran sufrimiento y situaciones de verdadera desesperación. Ahora bien, ello no quita que los métodos utilizados vulgarizaran cuestiones hacia las cuales todos somos especialmente sensibles y en cuyo tratamiento es imprescindible una delicadeza extrema. No es extraño por ello que otros autores, incluso defensores del suicidio asistido, criticaran con rotundidad la manera en que el Doctor Muerte aplicaba su famosa máquina. Éste es el caso de Timothy E. Quill, profesor de Medicina y Psiquiatría en la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester en EE.UU., cuya postura, teniendo también un amplio rechazo inicial, era sin embargo mucho más respetada. Sus críticas a Kevorkian en cuanto a la forma y al fondo no se hicieron esperar. Según él, hay que estar muy seguros de la decisión del enfermo teniendo en cuenta que se trata de algo muy personal y definitivo y, por tanto “el deseo de morir debe ser visto como un grito de auxilio, cuyo significado ha de descubrirse en cada caso”, para lo cual es necesario algo más que una conversación de dos horas con el paciente. De hecho, prácticamente ninguno de los médicos de las personas a las que Kevorkian ayudó a morir estaba de acuerdo con el procedimiento.

El propio Dr. Quill narró en 1991 el caso de una persona a la que él mismo había facilitado los medios necesarios para ayudarla a morir, el caso “Diane”, una mujer con leucemia mielomonocítica grave de la que Quill era su médico y que había acompañado a lo largo de su enfermedad. Ante la inexistencia de un tratamiento efectivo con una mínima esperanza de recuperación, Diane pediría insistentemente –en plena conservación de sus facultades y después de ser revisada por más de veinte especialistas– que, ante la inminencia de una muerte próxima se le facilitase lo necesario para poder morir y no sufrir de este modo durante los pocos días que aún le podrían quedar de vida. Poco después, en el año 1992, Quill publicaba en el *New England Journal of Medicine* y en colaboración con C. K. Cassell y D. E. Meier un artículo con el

título *Care of the hopelessly ill: proposed clinical criteria for physician-assisted suicide* en el cual abogaban por el suicidio asistido ofreciendo unos criterios para su realización.

La idea de los autores es que, siendo fundamental el cuidado de los pacientes y su atención en el final de la vida, pueden darse aún casos en los cuales tales cuidados no alivian todos los sufrimientos, situaciones en las que pueden preferir morir antes de seguir viviendo en las dolorosas circunstancias que la enfermedad les impone, momento en el cual los médicos no pueden dejar solos a sus pacientes. Recordemos que muchas de las personas que acudían a Kevorkian dejaban ya de tener a su médico al lado, que era quien las conocía y con quien tenían una especial relación de confianza. Esto no significa en ningún caso aceptar la eutanasia activa. Dicen ellos: “nuestro objetivo es proponer un criterio clínico que permita a los médicos responder adecuadamente a los pacientes incurables que de una forma responsable les pidan ayuda para terminar con su vida. Nosotros apoyamos la legalización de este tipo de suicidio, pero no de ningún tipo de eutanasia activa [...]. El suicidio médicamente asistido no debe ser visto nunca como un sustituto de cualquier otro tipo de cuidados cuyos objetivos sean hacer más agradable la existencia del paciente [...]. Cuando un enfermo incurable pide que le ayuden a morir de este modo, creemos que los médicos tienen la obligación de investigar la petición a fondo y, en determinadas circunstancias, considerar cuidadosamente el hacer una excepción a la prohibición de ayudar a morir” (cit. por Gracia, 1996, 278-279).

Según ellos esto se ha hecho con frecuencia a lo largo de la historia y probablemente se sigue haciendo aunque no se haga público. El deber del médico, cuando no hay posibilidad de curar, es permanecer al lado de su paciente y ayudarlo a sufrir lo menos posible, incluso facilitándole de forma excepcional los medios para que pueda morir más fácilmente. Lo que quieren decir es que la asistencia al suicidio, aunque deba estar penalizada, debería despenalizarse en casos muy específicos y excepcionales, dado que, al fin y al cabo, sí existe una colaboración de un tercero, aunque mínima, en el acto suicida, que consiste básicamente el facilitar las sustancias para que la persona enferma pueda poner fin a su vida. Los criterios propuestos por estos autores para realizar un suicidio asistido los recogería el propio Timothy E. Quill en una obra publicada en 1993 bajo el título *Death and Dignity* (1993, 161-164). Son los siguientes:

1. El paciente deberá, por su propia voluntad y por su propia iniciativa, solicitar de manera clara y reiterada que prefiere morir antes que seguir viviendo.
2. El paciente no debe tener alterada su capacidad de juicio.
3. El paciente deberá encontrarse en una condición de incurabilidad con un severo, implacable e intolerable sufrimiento.
4. El médico debe asegurarse de que el sufrimiento del paciente y su petición no son el resultado de un inadecuado cuidado asistencial.
5. El suicidio médicamente asistido sólo podrá efectuarse en el contexto de una relación significativa entre el médico y el paciente.
6. Es necesario consultar con otro médico experimentado.
7. Es necesario una clara documentación que respalde cada condición.

Se trata simplemente de unos criterios clínicos bastante rigurosos que lo que intentan es asegurar que las peticiones son realizadas con seguridad y no fruto de una enfermedad mental o de una asistencia inadecuada. Con todo, “el deseo de morir debe ser visto como

un grito de auxilio cuyo significado ha de descubrirse en cada caso”, pero teniendo en cuenta que “desear la muerte puede ser algo completamente racional cuando uno tiene que hacer frente a la desintegración continua e irreversible y a la humillación que trae consigo una enfermedad incurable que sólo puede acabar con la muerte” (Quill, 1996, 32-33). No es extraño, por tanto, que aunque no mayoritariamente, la propuesta de estos autores tuviera más aceptación y que pasara a estar en la base de varias legislaciones actuales.

#### **Caso sobre suicidio asistido: Ramón Sampredo**

Ramón era un marinero gallego de una pequeña aldea coruñesa perteneciente al municipio de Porto do Son. Un fatídico día, en la playa, se lanzó al agua desde una roca justo en el momento de resaca marítima golpeándose fuertemente en la arena. Tenía 25 años y el impacto le dejaría tetrapléjico para el resto de su vida. A partir de entonces se convertiría, según sus propias palabras, en “una cabeza viva pegada a un cuerpo muerto”. Era un hombre inteligente, capaz, competente, apasionado de la música clásica y que incluso se las ingenió para diseñar un invento con el cual podía escribir. “Cartas desde el infierno” es el expresivo título de su emblemática obra. Aun así, y a pesar de estar bien atendido por su familia, Ramón no quería seguir viviendo, prefería la muerte antes de una vida en esa situación de dependencia que a él le causaba un gran sufrimiento. Lo único que necesitaba era que alguien le facilitara los medios para que él mismo pudiera poner fin a su existencia, para suicidarse. Las leyes y los tribunales internacionales rechazaron una y otra vez su solicitud, por lo que él mismo se las ingenió para conseguir, en colaboración con varias personas, la necesaria dosis de cianuro potásico que, finalmente, alguien puso a su disposición en un vaso con una pajita para que él mismo pudiera ingerirla. Ramón acercó sus labios al vaso y bebió su contenido. Era el 12 de enero de 1998 cuando después de casi 30 años postrado en una cama, Ramón cumplía con su deseo de morir en un piso de Boiro.

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 aparición muy reciente y que, de hecho, no tiene paralelos en casi ningún otro idioma, hasta el punto de que 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” (Simón Lorda et al., 2008, 276). Por tanto, tiene varias peculiaridades que la diferencian tanto de la eutanasia como de otras prácticas muy próximas como el rechazo de tratamiento. 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. Dicho de otra manera: cuando se retiran las medidas terapéuticas en estos contextos se

sabe que la consecuencia última será la muerte de la persona. La segunda es que se trata de una decisión basada, normalmente, en criterios estrictamente médicos tales como la indicación, no indicación, contraindicación, efectividad y pronóstico, aunque se requiera para ello el consentimiento del paciente. Y la tercera es que el objetivo es evitar una situación de obstinación terapéutica, en donde por mantener la vida biológica se corra el riesgo de deshumanizar la fase final de la misma.

En el fondo 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 incluso en la posible valoración moral de esta práctica existan 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. Por ello algunos autores prefieren usar el concepto de “adecuación del esfuerzo terapéutico” (Martino - Monleón, 2009, 10), o “limitación de técnicas de soporte vital”.

#### **Caso de Limitación de Esfuerzo Terapéutico: Karen A. Quinlan**

Karen era una joven de Pennsylvania que había sido adoptada por la familia Quinlan cuando tenía tan solo cuatro meses de vida. Simpática, sociable, deportista y con éxito entre los chicos, el 14 de abril de 1975, estando un poco deprimida, tomó varios tranquilizantes y se fue a un bar en donde se estaba celebrando el cumpleaños de un amigo. Parece ser que la ginebra con tónica, mezclada con los tranquilizantes que había tomado, empezó a hacerle efecto en su “cabeza”. Sus amigos la llevaron a casa y allí mismo perdió la consciencia sin posibilidad de reanimación. En el hospital la conectaron a un respirador que la mantenía con vida desde entonces, en una situación cada día más difícil de asumir para los padres, sin hablar, sin moverse y llegando a pesar tan sólo unos veintiocho kilos. Estaba en un estado –decían los médicos– en el cual “tenía graves lesiones corticales y no podría volver a una vida consciente” y en el cual, sin embargo, parecía sentir algún dolor y reaccionar levemente a algún estímulo. El padre, en su fuero interno, admitía haber puesto ya a Karen “en las manos benévolas y amorosas del señor” y, en comunión con su esposa e incluso con su párroco, pedían que la desconectasen para dejarla morir en paz, cosa que la dirección del hospital les negó por razones éticas y legales, de igual modo que lo hizo la primera de las sentencias en su contra diciendo que “éste no es un tribunal de amor o de compasión, sino un tribunal de la ley” y que “no es posible cortar una vida porque la persona sea desagradable a la vista”. Finalmente, después de recurrir al Tribunal Supremo de New Jersey, la sentencia salió favorable a la desconexión reconociendo el derecho de Karen a “morir en paz y con dignidad”. Era el 31 de marzo de 1976 y, sorprendentemente, Karen viviría diez años más respirando por sí misma.

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 consciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas 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” (Simón Lorda et al., 2008, 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.

La sedación 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 y, 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. Por tanto, mientras 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.

#### **Caso de Sedación: Carmen**

Carmen era una mujer activa, que había educado sola a sus tres hijos de manera intachable. Vivía con uno de ellos en un gran piso de una gran ciudad. Hace dos años le diagnosticaron un cáncer de pulmón: “tranquila, otros han salido”, decían sus médicos. Al principio todo iba bien, pero las cosas empezaron a complicarse. La quimioterapia no respondía adecuadamente y la metástasis era cada vez más extensa llegando incluso hasta los huesos. Tenía 55 años y cada día era un poco más consciente de la gravedad de su estado. “¿Voy a morir?”, preguntó. “No sabemos lo que va a pasar”, contestaron. Era otra forma de decir que la muerte era ya inevitable y ella lo comprendió perfectamente. “Al menos no permitáis que sufra”, suplicó. Hablaron con ella, le explicaron el procedimiento, se despidió de sus hijos, y cuando llegó el momento preciso con una angustia ya insoportable pidió a los médicos que se lo hicieran. La sedaron para que no sufriera y a las pocas horas Carmen murió.

Para terminar hay que decir una palabra también sobre otra práctica o situación que puede presentarse al final de la vida de las personas y que tampoco deja de tener problemas. Se trata del *rechazo de tratamiento*. De hecho, en el artículo segundo de la Ley española 41/2002 del 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, se dice que “todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los

casos determinados en la Ley; su negativa al tratamiento constará por escrito”. En realidad se trata de un derecho reconocido por las distintas declaraciones y leyes a nivel internacional: toda persona capaz y competente tiene derecho a negarse a un tratamiento sabiendo las consecuencias que ello pueda producir. Aunque en cierto sentido esta práctica pueda tener algunos puntos en común con la limitación del esfuerzo terapéutico, posee también algunas características peculiares que la hacen notablemente diferente. Desde este derecho se ha argumentado en el caso de la española Inmaculada Echevarría para pedir la desconexión del respirador que la mantenía con vida.

Si bien la limitación del esfuerzo terapéutico se realiza normalmente en situaciones en donde la esperanza de vida o de retorno a una vida consciente es muy baja, el rechazo de tratamiento puede solicitarse en cualquier situación, siendo un ejercicio de la autonomía del paciente, bien actual o bien a través de las instrucciones previas. El fundamento es, por tanto, el derecho que uno tiene a negarse a recibir un tratamiento por los motivos que considere oportunos aunque fueran necesarios para seguir viviendo, como puede ser en el caso de necesitar un trasplante de corazón.

En principio, al menos desde un punto de vista jurídico, nada hay que pueda impedir el ejercicio de tal derecho, de igual modo que no se puede impedir que alguien se suicide o lleve una huelga de hambre hasta sus últimas consecuencias, por mucho que las connotaciones morales de este rechazo del tratamiento puedan ser relevantes en unos u otros casos y situaciones.

El problema se plantea, sobre todo, en el caso paradigmático de los Testigos de Jehová a la hora de rechazar transfusiones de sangre por motivos religiosos (cf. Ridley, 1999, 469-472). No es nuestro interés adentrarnos aquí en los fundamentos ni en el análisis del movimiento desde que fuera iniciado por Charles Taze Russell entre los años 70 y 80 del siglo XIX ni en los vaivenes de la organización durante los cambios en su presidencia hasta la actualidad, algo que no deja de ser motivo de enormes controversias (Izquierdo, 2004; Hébert, 1977). Pero, sin duda, una de sus más conocidas marcas de identidad reside en el rechazo del consumo de sangre, tanto humana como animal, algo que incluso afecta a su manera de consumir carne. Curiosamente se trata de una norma que no existe desde el inicio del movimiento, sino que fue incorporada bajo la presidencia del juez Rutherford en los años 40 del siglo XX (seguramente en 1945), el gran responsable de gran parte de su estructura actual.

Para ello se basan en una determinada interpretación de textos bíblicos en los cuales se prohíbe literalmente alimentarse de sangre, dado que en realidad se considera que es la sede de la vida. Así se dice en Gn 9, 4: “no habéis de comer la carne con su alma, es decir, con su sangre”, dado que la sangre era para los antiguos la sede del alma o de la vida del animal, que estaba reservada tan sólo a los dioses. De ahí, por ejemplo, que se utilizara en algunos sacrificios en diversas religiones tanto monoteístas como politeístas. Esta misma idea se repite en otros textos del Antiguo Testamento uniéndola a la idea de la expiación (cf. Lev 17) hasta el punto de considerar que comer un animal sin extraerle la sangre es causa de impureza. En el Nuevo Testamento –que elimina los sacrificios de sangre en los altares– se pondrá la abstinencia de sangre entre aquellas cosas que deben

realizar los que se convierten a Dios. En Hech 15, 28 se dice que “sigan absteniéndose de cosas sacrificadas a los ídolos, y de sangre, y de cosas estranguladas y de fornicación”. Paradójicamente, al mismo tiempo, la sangre se considera en otros pasajes bíblicos un medio para la salvación, tal como aparece en la Última Cena: “quien come mi carne y bebe mi sangre tendrá vida eterna” (Jn 6, 53ss).

Aunque los textos bíblicos podrían multiplicarse, y aunque la lectura literal de los mismos realizada por los Testigos de Jehová pueda ser cuestionable desde los nuevos métodos de investigación bíblica –como cuestionable es también científicamente alguna de las advertencias que hacen acerca de los peligros de las transfusiones basándose en la incertidumbre de algunas de ellas o en la transmisión de enfermedades–, se trata de una postura merecedora de todo el respeto posible y que, por tanto, hay que tener presente (cf. Pérez et al., 2006). Al fin y cabo es un derecho reconocido y no se puede obligar a nadie a un tratamiento en contra de su voluntad, aunque sea por motivos religiosos. Lo que se debe es asegurar que la denegación sea fruto de una decisión personal y libre, y no una consecuencia de la presión grupal sobre el paciente. Además los Testigos de Jehová defienden el uso de terapias alternativas o sin sangre, algo muy costoso y difícil de generalizar.

El problema se plantea en los casos de menores e incapacitados, dado que necesitan que otras personas, sean padres o tutores, decidan por ellas. En esos casos lo habitual es recurrir al dictamen de un juez que es quien dictamina si se debe realizar o no la transfusión –teniendo en cuenta también la posibilidad de encontrarse ante un “menor maduro”–, algo posible en los hospitales públicos, pero no demasiado claro en los centros pertenecientes a los propios Testigos de Jehová en los cuales se hace lo que ellos mismos “creen” que deben hacer. La situación es extremadamente delicada, ya que lo que puede estar en juego es la vida de un niño, es decir, de una persona que, en este caso, puede ser simplemente una “víctima” de las creencias religiosas de sus padres. Realmente es muy difícil realizar una valoración moral de tal decisión no siendo mi intención juzgar las creencias o la fe de determinadas personas, aunque más difícil todavía se me hace pensar en una religión que antepone una determinada interpretación cuestionable de la Escritura a la posibilidad de mantener una vida con una simple transfusión sanguínea, una vida que es un don de Dios y una responsabilidad humana. Quizá no quede otra posibilidad más que buscar alternativas a nuestro alcance que de algún modo procuren evitar situaciones en las cuales las convicciones religiosas entren tan en conflicto con la propia vida que, en realidad, terminen por acabar precisamente con la vida de aquellos que habrían de ser los futuros sujetos religiosos.

Al margen de estos casos fronterizos, el rechazo de tratamiento tan sólo tiene el límite jurídico en las situaciones en las que tal rechazo pueda constituir un peligro para la salud pública, en las cuales se puede obligar al enfermo a someterse al necesario tratamiento con el fin de evitar contagios y otros efectos de su enfermedad sobre el conjunto de la población.

**Caso sobre rechazo  
de tratamiento: Hannah Jones**

El 12 de noviembre de 2008 los medios de comunicación se hacían eco de un caso que reavivó la problemática acerca de la posibilidad del rechazo de tratamiento y de la capacidad de los menores para tomar decisiones sobre su vida y su muerte. Hannah era una niña británica de trece años que padecía una extraña leucemia desde los cinco. Prácticamente su vida se ha desarrollado entre su casa y las salas de un hospital. Después de un fuerte tratamiento de quimioterapia que le provocó una severa cardiopatía, la vida de Hannah ya no aguanta mucho más. Ni siquiera puede cumplir su sueño de visitar Disneylandia porque ninguna compañía quiere asegurar una vida tan precaria. Tan sólo le queda una posibilidad arriesgada e incierta, un trasplante de corazón. Es probable que no sobreviva, incluso que la leucemia se avive o que haya que volver a realizarle otro trasplante más tarde. Hannah dijo “¡basta!”. Su deseo es pasar los últimos momentos que le quedan en su casa de Marden al lado de su familia. Está cansada de hospitales, de inseguridades, de sufrir por algo que probablemente no tenga solución. Sus padres la apoyan y los médicos le dan la razón considerando que se trata de una “menor madura” y, por tanto, capaz de tomar una decisión que comprende perfectamente.

## **6. Conclusión: la imposibilidad de conceptualizar 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 hemos recogido las más importantes 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 en gran parte de su evolución histórica. En este sentido nuestro objetivo ha sido meramente histórico y conceptual, algo previo y necesario para poder elaborar también una determinada valoración moral acerca de cada una de las prácticas y situaciones, que tan sólo desde estos presupuestos será posible de manera adecuada.

Con todo, hay que reconocer que la realidad suele ser más compleja que los conceptos con los cuales intentamos abarcarla, hasta el punto de 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 Echevarría..., 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. 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 dejar de ser más que eso, conceptos con los cuales intentamos clarificar situaciones, pero detrás de las cuales no hay que olvidar que existen personas frecuentemente desesperadas por un sufrimiento difícil de soportar y en gran parte de los casos imposible de comprender.

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, son convenciones 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 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 los que nos importan y que todos los esfuerzos con las técnicas a nuestro alcance intentan una única cosa, que no es sino procurar que tengan el mejor proceso de muerte posible.

### 3

## Ritos de muerte y ritos para morir

### 1. Introducción

Decía Laín Entralgo que la muerte es un hecho, que puede ser un acto, y que da lugar a un evento. Hemos visto ya sus dos primeras formas, pero merece la pena referirse también a la muerte como evento que resulta evidentemente de su carácter de hecho y, en muchos casos, de su conversión en un acto. Para ello conviene recordar que la evolución histórica del concepto de eutanasia lo que nos hizo ver fue que su referencia a una práctica concreta sobre la vida de una persona es de origen bastante reciente. En sentido estricto, la eutanasia se ha referido, prácticamente siempre, a una situación deseada para el final de la vida, pero no a una práctica ni acción destinada a terminar con ella. En cualquier caso describía una situación deseada pero no directamente buscada. No siempre ha sido resultado de un acto. Esto no significa que no hayan existido prácticas encaminadas a terminar de forma directa con la vida de las personas en determinadas situaciones, sino sencillamente que tales prácticas en ningún caso fueron denominadas con el concepto de eutanasia. De esta manera, vincular la eutanasia a tales prácticas no es más que un anacronismo que, por ello, no responde a la significación originaria de dicho concepto.

A pesar de eso no se puede negar que todas las culturas en todos los tiempos han buscado siempre de algún modo la mejor manera para dejar este mundo. Se trata, indudablemente, de una aspiración fundamental de los seres humanos, pasar por el tramo final de la vida de la mejor manera posible, dejando los asuntos materiales y espirituales arreglados, así como morir de la manera menos dolorosa. Curiosamente, no ha sido extraño que en muchas ocasiones hubiera una búsqueda directa de la muerte, especialmente cuando se trataba ya de algo inevitable. Ahora bien, se trata de prácticas que, propiamente hablando, no se pueden calificar de eutanasia en su propio contexto, aunque sí estaban encaminadas a buscar directamente la muerte o a calmar el dolor.

### 2. Los ritos de paso para la muerte: el ars moriendi

Ciertamente la muerte y todo su proceso siempre ha sido un hecho de especial relevancia en el transcurso de la vida de las personas, un hecho para el que hay que prepararse de algún modo con tiempo suficiente, pues es obvio que desde que tenemos uso de razón sabemos que antes o después tendremos que cruzar ese umbral de consecuencias desconocidas, el de la muerte. En realidad, toda la vida está vertebrada por momentos más o menos delimitados cuya importancia tenemos la necesidad antropológica de significar de alguna manera a través de ritos y costumbres que se han ido afianzando en

todas las culturas. Pasa con el nacimiento, la pubertad, el matrimonio, las relaciones sexuales..., y, por supuesto, también con la muerte, con la peculiaridad de que ella es ya un camino sin retorno o un viaje hacia algo siempre desconocido.

Eso es lo que pretenden los llamados “ritos de paso” (Gennep, 1986), significar de algún modo el tránsito a una nueva vida o a una forma de existencia diferente, un cambio ontológico incluso o una conversión radical. Ahora bien, en su referencia a la muerte estos ritos adquieren un carácter muy peculiar no sólo por el dramático hecho en sí, sino también por la introducción de elementos ajenos al propio proceso de morir y que pasan a centrar gran parte de la intencionalidad de tales ritos como, por ejemplo, la concepción de la muerte, el enterramiento, el funeral, el duelo, la inmortalidad, la reencarnación o la resurrección. Por eso la mayoría de testimonios conservados y algunos aún vigentes, se refieren expresamente a cómo colocar al cadáver, cómo velarlo, cómo transportarlo, dónde enterrarlo, qué oraciones rezar..., una variedad sin fin de ritos que tienen como función conseguir que la persona muerta descanse verdaderamente en paz y se salve para la eternidad.

El historiador francés Philippe Ariès ofrece abundantes testimonios en este sentido, de los que quizá nos resulte más conocido el caso de la extremaunción por ser prácticamente la versión más límite del sacramento católico de la “unción de enfermos”. Pero, sin duda, la literatura medieval sobre prácticas y ritos en la fase final de la vida es numerosa. El propio Ariès, en referencia a las novelas de la *Mesa Redonda*, describe algunos ejemplos significativos de semejante ritualismo: “cuando Lancelot, herido, extraviado, se da cuenta, en el bosque desierto, de que ha ‘perdido hasta el poder sobre su cuerpo’, cree que va a morir. ¿Qué es lo que pasa entonces? Gestos que le vienen dictados por las antiguas costumbres, gestos rituales que hay que hacer cuando uno se va a morir. Se desprende de sus armas y se acuesta en el suelo: debiera estar en el lecho —‘yaciendo enfermo en el lecho’, repetirán durante varios siglos los testamentos—. Extiende sus brazos en cruz —eso no es lo habitual—. Mas he aquí la costumbre: estar echado de tal suerte que su cabeza quede orientada hacia oriente, hacia Jerusalén” (Ariès, 2000, 28). Curiosamente muchos liturgistas prescribían que el moribundo se colocara de espaldas, mientras que los judíos se volvían hacia la pared.

Con todo, y aun siendo importante, el rito no se limitaba a la posición del moribundo, sino especialmente a la búsqueda de una muerte en paz. De ahí su fuerte carácter religioso en la mayor parte de los casos. También en este sentido resulta significativa la narración de *La Chanson de Roland* de finales del siglo XI, en la cual el protagonista ya moribundo se lamenta por su vida, por sus pecados y por todo el mal que ha podido hacer para, en el momento final, hablar a solas con Dios en una plegaria de dos partes, la culpa (que luego será el *confiteor*) y la encomendación (la *commendatione animae*): “Siente Roldán que la muerte arrebatara todo su cuerpo: de su cabeza descende hasta el corazón [...]. Débil e insistentemente, golpea su pecho, diciendo su acto de contrición. Por sus pecados, tiende hacia Dios su guante [...]. Roldán siente que ha llegado su última hora. Está recostado sobre un abrupto altozano, con el rostro vuelto hacia España. Con una de sus manos se golpea el pecho: —¡Dios, por tu gracia, *mea culpa* por todos los

pecados, grandes y leves, que cometí desde el día de mi nacimiento hasta éste, en que me ves aquí postrado! [...]. Golpea su pecho e invoca la gracia de Dios: —¡Padre verdadero, que jamás dijo mentira, Tú que resucitaste a Lázaro de entre los muertos, Tú que salvaste a Daniel de los leones, salva también mi alma de todos los peligros, por los pecados que cometí en mi vida!” (CLCCIV-CLCCVI).

En realidad se trata simplemente de un ejemplo de casos habituales en los que, a pesar de las variantes, se solía repetir el mismo esquema culminado con una absolución final. Eran ceremonias públicas, organizadas, sin un carácter demasiado dramático en sí mismo, y que tenían como objetivo que el muerto pudiera descansar en paz. En este sentido resulta muy interesante toda la literatura medieval acerca del *ars moriendi* y que, en la mayoría de los casos, no son sino preparaciones para morir y poder encontrarse definitivamente con Dios, por lo cual siempre se trata de ritos impregnados de un fuerte ritualismo religioso. Resulta especialmente conocida la obra anónima impresa en el siglo XV en Renania titulada precisamente *Ars bene moriendi*, así como la de Erasmo de Rotterdam *Preparación y aparejo para bien morir* o la más reciente de Alfonso María de Ligorio con el título de *Preparación para la muerte*, que recogen una multitud de reflexiones y oraciones cuyo objetivo último es conseguir una muerte en paz. Con lo cual hay que decir que no se trata de técnicas para morir, sino de intentos de favorecer un encuentro personal con quien da sentido a la tragedia de un hecho inevitable. Se trata de textos que con diferentes matices recorren prácticamente toda la tradición occidental y cristiana.

### **3. La existencia de ritos para morir**

Pero además de los testimonios conservados referentes a los ritos de paso o al *ars moriendi* y que tenían como finalidad esencial buscar la muerte en paz y, al mismo tiempo, evitar que los vivos pudieran tener interferencias “extrañas” en medio de sus vidas, existen también numerosos datos que atestiguan el hecho de cómo gran parte de las culturas procuraron que los moribundos pasaran por el tramo final de su existencia de la manera más apacible posible, especialmente cuando ya se trataba de un camino a todas luces irreversible. Se trata de prácticas mezcladas de elementos religiosos, mágicos y hasta esotéricos, pero que tienen en común un fuerte sentimiento de piedad hacia la persona enferma o anciana, a la que se procuraba ayudar para que pudiera tener también una buena muerte, al menos según las diferentes comprensiones culturales que existen de ella (Reverte, 1983, 101-107).

Ciertamente algunas de estas prácticas rozan la extravagancia, al menos cuando las valoramos desde nuestro propio contexto, pero ello no significa que su función última no fuera la de mostrar piedad hacia el moribundo y hacerle pasar el tramo final de su vida de la forma considerada como adecuada. Lo que sí es necesario es no extraerlas precisamente del ámbito preciso en el que adquieren su sentido más pleno. Aquí tiene su cabida, por ejemplo, el hecho de que algunas tribus indígenas de América, África y Oceanía, cuando un hombre llegaba a anciano y ya no podía valerse por sí mismo, sus familiares le llevaran en una hamaca a un lugar apartado de la selva, lo acostaran entre

dos árboles con algo de bebida y alimentos, y volvieran a recogerlo unos seis meses más tarde cuando ya no quedaban sino los huesos limpiados por los insectos, que además posibilitaba el desprendimiento de la carne y con ello la desaparición de los malos espíritus. El último paso, dependiendo del lugar, era colorear los huesos y enterrarlos con una ceremonia festiva.

Se trata de una práctica que no es excepcional. De hecho, también entre los esquimales se hacía algo parecido, con la diferencia de que el moribundo moría o congelado o devorado por algún oso que luego tendrían que cazar para así cerrar el ciclo. Algo todavía más extraño es el caso de los *battaki* de Sumatra, en donde cuando el padre estaba moribundo invitaba a sus hijos y familiares a comer de su carne, tras lo cual le subían a un árbol para que se dejara caer, rematarle y comérselo directamente. Entre algunas tribus como la de los indios *cuevas* del Panamá era costumbre que cuando el anciano enfermo o el demente era desahuciado por el chamán, es decir, cuando ya la muerte era inevitable en poco tiempo, solicitaba al brujo que le administrase una dosis de una hierba venenosa llamada *ina nusu* para terminar ya definitivamente con su vida. Conviene recalcar que todas esas y otras prácticas bastante sorprendentes estaban siempre rodeadas de elementos ajenos al propio proceso de morir, pero que sin embargo intervienen notablemente en el mismo. De ahí que todas ellas vayan acompañadas de un fuerte ritualismo que no sólo rodea al moribundo y su última etapa de la vida, sino también el tiempo inmediatamente posterior. La presencia de elementos religiosos, ritos, ceremonias, coloración de los huesos antes de enterrarlos, comidas, etc., forman parte, según las distintas comprensiones de la vida y de la muerte, de cada una de tales prácticas.

Resulta también de un gran interés la constatación de la existencia en algunos países de América Central y del Sur de una figura que se conoce con el nombre del “despenador” o “despenadora”, que representa de alguna manera una institución creada ya en tiempos prehispánicos pero que según parece aún perdura clandestina y silenciosamente en diversos lugares del mundo rural, sobre todo en Argentina, Chile, Paraguay o Bolivia. Se trata de una persona, hombre o mujer, que tiene como función terminar también con la vida y los dolores de aquellas personas vencidas por su enfermedad. El caso típico es que una vez que se llama al despenador, este entra en la habitación del enfermo, la familia se retira, y entonces realiza una serie de prácticas que ponen fin a la vida y a los sufrimientos del enfermo. Aunque la técnica precisa pueda variar de un lugar a otro, lo más común, como en Argentina o Chile, es que el despenador coloque al moribundo en posición de decúbito prono (boca abajo) para a continuación colocarle la rodilla en la espalda, cogerle con una mano las piernas, con la otra el mentón, e iniciar un movimiento de aproximación con el cual le va rompiendo algunas vértebras para terminar dando un golpe brusco que acaba ya definitivamente con su vida. Una vez muerto le da la vuelta y tras hacerle la señal de la cruz acompañada de algunas oraciones se lo entrega a sus familiares para que le entierren. Quien lo solicita puede ser el propio enfermo o incluso la familia. De hecho, en algunas ocasiones son los propios hijos del moribundo quienes ejercen de despenadores, algo que suele darse entre

los *bororos* del Matto Grosso, aunque aquí el procedimiento es algo diferente y también macabro, dado que se ahoga al moribundo en una charca y se deja macerar un tiempo para que luego sea más fácil separar los huesos de la carne y limpiarlos, colorearlos y enterrarlos en una urna de cerámica. Incluso en algunos lugares del Perú y Bolivia el moribundo es estrangulado con una cuerda. No es extraño que se trate de prácticas ocultas y que se produzcan especialmente en aquellos lugares que es más fácil que pasen desapercibidas como en el ámbito rural y la selva.

Para lo que nos interesa hay que decir que tales prácticas nada tienen que ver con lo que hoy denominamos eutanasia. Aun así se trata de procedimientos extravagantes que tienen como objetivo acabar con la vida de moribundos más o menos próximos a la muerte y que, en el fondo, también revisten un sentido de piedad hacia la persona que está sufriendo. Es significativo el hecho de que se trate de prácticas siempre rodeadas de elementos religiosos o supersticiosos, que reflejan muy bien la diversidad de concepciones de la vida y, especialmente, de la muerte de las personas.

#### **4. La excepcionalidad de algunos testimonios**

Al referirnos en este capítulo a las prácticas desarrolladas a lo largo de la historia en las diversas culturas y en las cuáles sí ha existido una búsqueda directa de la muerte, no podemos dejar de mencionar tampoco algunas que han tenido también una cierta presencia en determinados contextos y que parecen poner en cuestión el principio generalmente admitido del deber de conservar la vida. En este sentido merecen destacarse algunos testimonios procedentes de la antigua Grecia y que también han estado presentes en el mundo romano o en el Estoicismo. Se trata de prácticas que no sólo justifican la ayuda para morir en el caso de aquellas personas vencidas por la enfermedad, sino también el infanticidio en determinados casos concretos. De hecho, el gran historiador de la medicina clásica Ludwig Edelstein llegó a la conclusión de que “a lo largo de la antigüedad mucha gente prefirió la muerte voluntaria a la agonía interminable... [...] numerosos médicos suministraban en realidad a sus pacientes el veneno que solicitaban” (cit. por Jonsen, 2003, 104). Es paradigmática en ese sentido la obra de Séneca y otros autores del mundo estoico, cuya valoración no puede hacerse precisamente desvinculada de los presupuestos filosóficos que le sirven de sustento ni tampoco del contexto de la enfermedad y el dolor en los que las diversas situaciones se enmarcan.

De más interés nos resultan algunos de los testimonios del mundo griego descritos, entre otros, por Platón y Aristóteles. En cuando a este último y en relación a lo que llamamos infanticidio, decía lo siguiente: “en cuanto a la exposición y crianza de los hijos, debe existir una ley que prohíba criar a ninguno defectuoso” (*Política*, 1335b). Y, en cuanto a Platón, escribía: “en los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro, [Asclepio] no intentó prolongar la desdichada vida de los enfermos por medio de dietas, que incluyeran evacuaciones e infusiones graduales, ni hacerles procrear hijos semejantes a ellos” (*República*, 407d). Con lo cual comprobamos que se trata de autores que afirman la legitimidad tanto de eliminar a niños con algunas

deformaciones como dejar morir a aquellas personas sin esperanza de recuperación. Se trata de testimonios que no son excepcionales pero que sin embargo sí resultan curiosos, especialmente por tratarse de autores que no sólo estaban en contra del homicidio, sino que también afirmaban el deber de conservar la vida por tratarse de un bien social y, por ello, rechazaban incluso el suicidio. ¿A qué se debe, por tanto, estos testimonios? ¿Qué sentido tienen?

Evidentemente no es aquí el lugar de adentrarnos en las concepciones filosóficas y políticas de la Grecia clásica, pero sí es necesario rescatar algunos de sus presupuestos fundamentales, pues es lógico que las afirmaciones señaladas no se pueden interpretar al margen de la concepción griega del ser humano, la polis y la enfermedad. De hecho cabe recordar que el suicidio ha estado rechazado precisamente, entre otras cosas, por considerar que la vida es también un bien social, de manera que cuando uno se suicida está privando a la sociedad de su contribución, es decir, se produce un abandono o una dejación de la necesaria participación en el bien común social. De ahí también que el ideal haya estado en aquellas personas jóvenes, bien constituidas, con fuerza y sanas, que es la manera para que su contribución, incluso en el caso de guerras, pueda ser óptima, cosa que no puede hacer alguien enfermo o deforme, cuyas vidas podían ser incluso un problema para el propio bien de la polis.

Pero más interesante aún a este respecto es la concepción del ser humano y de las prácticas terapéuticas presentes ya en la filosofía presocrática e incluso en la medicina jónica y que heredará el mundo griego y también la medicina hipocrática (Lain, 1961; 2003). En el fondo, existe una visión de la naturaleza que determina de algún modo también la legitimidad moral de algunas prácticas sobre la vida, y que queda ya expresada en la conocida sentencia de Demócrito: “el hombre, mundo pequeño, *mikrós kosmos*”, es decir, la *physis* del hombre, su naturaleza, es como una copia abreviada de todo el universo. Esto es interesante porque constituye el principio de la medicina fisiológica *sensu stricto* que tiene en Alcmeón de Crotona a uno de sus principales representantes. Para él la salud se sostiene en el equilibrio de las potencias: lo húmedo y lo seco, lo frío y lo cálido, lo amargo y lo dulce..., de manera que el predominio de una u otra traerá como consecuencia la aparición de la enfermedad (*nosos*). Por eso mismo la etiología, la semiología y la nosología son consideradas estrictamente desde el punto de vista de la pura naturaleza del hombre, desde su dimensión sensible y corporal, de forma que la *tekhne iatriké* se fundamenta en la ciencia de la naturaleza, en el equilibrio y desequilibrio de las *dynámeis* en las que se realiza la *physis* del hombre. Es obvio que el mejor sanador tenga que ser precisamente el que mejor conozca la consistencia natural de la enfermedad y pueda desde ahí restaurar el orden de la *physis* humana.

A esto hay que añadir algo también importante, y se trata de la vinculación que existe entre el orden de la naturaleza y la búsqueda de la felicidad, de la *eudaimonía*, algo a lo que todos por naturaleza tendemos. El problema es que cuando surge el desequilibrio, cuando el orden natural se altera y aparece la enfermedad, también puede llegar a modificarse e incluso perderse esa tendencia natural a ser felices, a realizar lo que esencialmente o por naturaleza se está llamado a ser, con lo cual en estos casos

especialmente dramáticos tanto el suicidio como la muerte por compasión pueden tener cabida y dejar de ser inmorales, cuando de otra forma estarían absolutamente prohibidos por alterar no sólo el orden natural y el deber de conservación, sino también el orden de la convivencia, el orden de la *polis*. Desde tales presupuestos es desde los que se pueden entender algunos de los testimonios que tenemos, como por ejemplo el texto de Plutarco presente en su narración de la vida del legislador espartano Licurgo: “al recién nacido no estaba autorizado su progenitor para criarlo, sino que, cogiéndolo, debía llevarlo a cierto lugar llamado *léschē*, en donde, sentados los más ancianos de los miembros de la tribu, examinan al pequeño y, si era robusto y fuerte, daban orden de criarlo [...]; pero si esmirriado e informe, lo enviaban hacia las llamadas ‘Apótetas’, un lugar barrancoso por el Taígeto, en base al principio de que, ni para uno mismo ni para la ciudad, vale la pena que viva lo que, desde el preciso instante de su nacimiento, no está bien dotado de salud ni de fuerza. De ahí que tampoco lavaran las mujeres a sus críos con agua, sino con vino, haciendo así la prueba de su mezcla, pues se dice que ceden los cuerpos epilépticos y enfermizos sufriendo convulsiones al contacto con el vino puro, mientras los sanos adquieren defensas y fortalecen su constitución” (*Vida de Licurgo* 16, 1-3).

También desde la misma óptica cabe analizar la actitud médica ante ciertas enfermedades y las prácticas que se debían realizar en relación con ellas. De hecho, tanto en la obra platónica, como en el *Corpus Hippocraticum* –en cuyo *Juramento* además se prohíbe al médico matar al enfermo con fármacos–, las enfermedades se interpretan como desórdenes de la *physis*, de tal manera que si bien toda afección morbosa es un evento indeseable y aflictivo tanto para el enfermo como para el médico –un accidente en la vida biológica y psicosocial–, sus causas y consecuencias pueden ser bien distintas. Algunas veces la enfermedad está determinada por una forzosidad invencible de la naturaleza (*kath’anánken*), mientras que otras se debe a lo que en ésta es azar y contingencia (*katà tyken*), de tal manera que mientras las segundas pueden tener solución, en las primeras la naturaleza debe seguir su curso y contra ellas nada se puede hacer. En el tratado hipocrático de las *Epidemias* se llega a decir que “las naturalezas son los médicos de las enfermedades” (1, VI, s.5), es decir, la naturaleza hace siempre lo que debe hacer y contra ella todo esfuerzo es vano. Curiosamente aquí es donde hunde sus raíces la clásica doctrina de la *vis medicatrix* o de la fuerza curativa de la naturaleza (Laín, 2003, 108). La consecuencia para la práctica la extrae el escrito del mismo corpus hipocrático titulado *Sobre la ciencia médica*: “voy a definir lo que considero que es la medicina: el apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y el no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina”. Su influjo no sólo ha sido enorme, sino que a veces llegó a radicalizarse hasta ensalzar a quienes se suicidaban para evitar sufrir cuando ya no existía esperanza de recuperación, algo que aparece posteriormente sobre todo en autores estoicos como Séneca: “No se puede decidir de forma general si hemos de anticiparnos a la muerte o aguardar su venida, en el caso de que una violencia externa nos conmine con ella; existen diversas circunstancias que pueden decidirnos por una u otra alternativa. Si se nos da opción entre una muerte

dolorosa y otra sencilla y apacible, ¿por qué no escoger esta última? Del mismo modo que elegiré la nave en que navegar y la casa en que habitar, así también la muerte con que salir de la vida” (*Epístolas morales a Lucilio*, Libro VIII, epístola 70, 11).

## 5. Conclusión

Hemos visto en este breve capítulo algunas prácticas excepcionales que de alguna manera han justificado una acción directa destinada a terminar con la vida de algunas personas en situaciones muy concretas, casi siempre moribundos y por tanto próximos a la muerte. Con todo, hay que insistir en que tales acciones no sólo no se han denominado como eutanásicas, sino que además únicamente son comprensibles y correctamente interpretadas dentro de los contextos culturales, políticos, filosóficos y religiosos que les sirvieron de sustento. La eutanasia, tradicionalmente hablando, ha definido una determinada situación, pero no una práctica concreta, algo que sólo ha pasado a lo largo de la Modernidad.

Tampoco se puede negar que en contextos en los cuales las alternativas a la hora de morir son mínimas y, en cualquier caso, existen pocas posibilidades de recuperación, es bastante evidente que cualquier persona desearía morir rápido y sin dolor antes que hacerlo lenta y dolorosamente. Así se entiende incluso la justificación moral que siempre se le ha dado a algunas prácticas bien conocidas, como rematar a los heridos de guerra que estaban en agonía y cuyas posibilidades de curación eran inexistentes. De hecho, se ha denominado como “misericordia” al puñal corto y afilado que se utilizaba para hacerlo y “tiro de gracia” a aquel fusilamiento con que se eliminaba la vida de quien estaba sufriendo (Reverte, 1983, 101). En el fondo, el motivo último era la piedad hacia la persona para que dejara ya de sufrir inútilmente.

Con lo cual, todos los ritos y procedimientos utilizados hay que entenderlos en su globalidad y con la certeza de que su intención última era la misericordia y la compasión hacia quien ya no tenía posibilidad de seguir viviendo. Por eso se puede decir que la regla general ha sido el deber de conservar la vida y el *primum non nocere* de la ética médica tradicional, es decir, no aplicar tratamientos que o son perjudiciales para el enfermo o prolongan su agonía innecesariamente, sin por ello no tener presentes otros aspectos socioculturales y religiosos que también siempre han tenido su importancia en todo lo que rodea el proceso de muerte.

Ahora bien, el contexto del final de la vida ha cambiado considerablemente, de manera especial en lugares técnicamente avanzados en los que la esperanza de vida es muy alta y la tecnología se utiliza de forma masiva prolongando situaciones extremas durante mucho tiempo. Como dijimos en el capítulo anterior, eso ha modificado también el concepto mismo de eutanasia y ha introducido numerosos problemas nuevos de tipo médico, ético, jurídico y religioso, lo que obliga necesariamente a una diferente valoración moral de cada una de las posibilidades a nuestro alcance.

**1. Introducción**

La vida es uno de los derechos fundamentales reconocidos en todas las declaraciones nacionales e internacionales. Es más, la vida es el derecho esencial previo y necesario para cualquier otro tipo de derechos. Aparece en el artículo tercero de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, en el artículo 15 de la *Constitución española* y en prácticamente todas las legislaciones dentro y fuera de nuestro país. Por tanto, se puede decir que, al menos en principio, nadie duda del reconocimiento y de la necesidad de proteger un derecho tan fundante, a pesar de algunas normativas y prácticas que en algunos países frecuentemente lo ponen en cuestión, incluido en la necesaria vinculación que puede tener con otros derechos que al fin y cabo vienen a proteger la vida y la dignidad de todo ser humano. En este sentido, no es nuestra competencia adentrarnos aquí en el debate siempre actual sobre prácticas como el aborto o la pena de muerte entre otras, a pesar de tratarse de problemas de una gran relevancia social y moral.

La cuestión que sí nos afecta en este lugar es la siguiente: la vida es un derecho, pero ¿es también un deber? ¿Existe correlativamente también un derecho a la muerte? Ciertamente la cuestión no es en nada baladí y se trata de algo de una gran relevancia porque afecta ya directamente a las reivindicaciones de algunas personas y colectivos para que la sociedad reconozca en su legislación un derecho a morir que no deja de tener problemas, muchas veces bajo la consigna de que la propia vida es un derecho pero no debería ser una obligación. En este sentido, en el *Manifiesto sobre la eutanasia* firmado por más de cuarenta personalidades de la cultura en 1974 y publicado por la revista *The Humanist* se decía lo siguiente: “Afirmamos que es inmoral aceptar o imponer el sufrimiento. Creemos en el valor y en la dignidad del individuo; eso implica que se le deje libre de decidir racionalmente sobre su propia suerte [...]. Es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida en vida contra su deseo, y que se le rehúse la deseada liberación cuando su vida ha perdido toda dignidad, belleza, significado y perspectiva de futuro”.

Evidentemente creemos que es inmoral imponer el sufrimiento y creemos también en el valor y en la dignidad de todo individuo pese a sus circunstancias concretas. Ahora bien, el problema no es ya sólo el significado que a tales expresiones podamos dar y que más adelante retomaremos, sino si la eliminación de la vida es una expresión de su realización concreta, es decir: ¿es el derecho a la disponibilidad de la vida expresión de su valor y dignidad? ¿Es precisamente defender el valor y la dignidad de cada individuo reconocer su derecho a morir? Aún más, porque no se puede olvidar que la reivindicación del derecho a la muerte incluye el deber jurídico que debe tener la

sociedad para proteger precisamente la realización de semejante derecho. Es decir, si la eutanasia se convierte en derecho, como sucede con la vida, el Estado tendría la obligación de proteger y de velar para que ese derecho se cumpla. Repetimos: ¿existe un derecho a morir?

## 2. Las asociaciones del derecho a morir

Antes de analizar la situación jurídica de las problemáticas del final de la vida, conviene referirse por un momento a los movimientos de presión que desde hace décadas están detrás alimentando y avivando la legalización o la despenalización de la eutanasia y otras prácticas relacionadas con ella. Nos referimos a los movimientos y asociaciones que de forma genérica podemos denominar del “derecho a morir”.

Evidentemente tales movimientos hay que entenderlos desde el nuevo contexto surgido especialmente a lo largo del siglo XX y que, como dijimos, ha cambiado notablemente la manera de afrontar el final de la vida, especialmente por la gran capacidad tecnológica de controlar y prolongar situaciones que en otro tiempo no tenían más salida que la muerte. Afortunadamente el progreso tecnológico tiene unas posibilidades positivas que nunca podremos agradecer lo suficiente. Las técnicas de diagnóstico y, particularmente, la capacidad terapéutica o curativa son hoy una señal inequívoca. Las técnicas de soporte vital, los trasplantes, la farmacología..., toda una serie de innovaciones que han contribuido con seguridad a una vida mejor para muchas personas en diferentes lugares.

Pero, al mismo tiempo, como ocurre con todas nuestras capacidades y descubrimientos, hay que reconocer que también el progreso técnico y médico tiene un elevado componente de ambigüedad que no podemos eludir, porque posibilitando prolongar por mucho tiempo la vida biológica, también puede y de hecho tiene el riesgo de crear situaciones de gran sufrimiento para el enfermo y sus familias. Dicho de otra manera: intentando prolongar la vida existe el riesgo de prolongar también la agonía. Ciertamente existen criterios que no se pueden dejar de lado, pero lo cierto es que frecuentemente las situaciones no son en nada demasiado claras y las decisiones que se deben tomar resultan muy complejas, también por el hecho de que en todas ellas hay que contar con la posibilidad de una incertidumbre en la que muchas decisiones médicas y morales se mueven.

Con todo, la mentalidad positivista de una confianza ciega en la ciencia ha impregnado también el ámbito de la medicina en algunos momentos, favoreciendo la creación de situaciones verdaderamente inquietantes. Laín Entralgo escribía hace años que “en el gobierno técnico del mundo todo me es en principio posible; si no hoy, mañana’, piensa el hombre de nuestros días; la idea helénica de la *anánke physeos* (forzosidad o fatalidad inexorable de ciertas determinaciones de la naturaleza) y la idea medieval de la *necessitas absoluta* (versión cristiana de aquella) parecen haberse esfumado durante nuestro siglo. Ejemplo: el hombre actual no admite que en principio haya enfermedades incurables o mortales ‘por necesidad’” (2003, 552). El poder de la ciencia y la técnica ha generado una confianza que Laín llega a denominar “mítica” y

para la que no cabe resignarse ante dolencias y trastornos que es preciso controlar sea como sea, a veces bajo la capa del imperativo tecnológico, pero que corre el riesgo extremo de caer en las manos de la obstinación terapéutica. De hecho, se puede decir que el germen primero de las asociaciones del derecho a morir está precisamente en evitar los abusos en el uso de la tecnología en aquellas personas a las que simplemente se les prolonga la agonía, aunque con el paso del tiempo han ido introduciendo y dando cada vez más importancia a la autonomía de las decisiones de los sujetos para terminar reclamando el derecho a morir, especialmente la eutanasia y el suicidio asistido. Por eso también hay que tener presente la vinculación que existe entre estas asociaciones y todo el movimiento que se ha ido cristalizando en los documentos sobre los derechos de los enfermos y de la autonomía de los pacientes. De ahí que su origen y su paulatina extensión se haya producido a lo largo del siglo XX.

En efecto, las asociaciones del derecho a morir empezaron su andadura especialmente en la década de los años 30 del siglo pasado, cuando se constituyó en Gran Bretaña la denominada “The Voluntary Euthanasia Legislation Society” (VES), en concreto en 1935, y que durante un tiempo pasaría a llamarse EXIT. Se trata de una asociación que ha tenido una gran repercusión no sólo por contar entre sus filas con personalidades de renombre como Huxley o el escritor Arthur Koestler, sino también porque fue la primera en llevar a la Cámara de los Lores una iniciativa para legalizar la eutanasia, algo que tuvo poco éxito.

Poco después, en 1938, surge también en Estados Unidos la “The Euthanasia Society of America” (ESA), conocida por ser la primera en solicitar que la *Declaración Universal de Derechos Humanos* contemplara el derecho a morir, cosa que no sucedió. De esta asociación nacería el “Euthanasia Educational Fund” en 1967, en cuyo marco se sugiere ya la elaboración de lo que se llamará *testamento vital*.

A partir de aquí el número de asociaciones empieza a dispararse. En los años 1972 y 1973 surgen otras dos también en Estados Unidos, la “American Euthanasia Foundation” (AEF) y la “Concern for Dying” (CFD). Y en 1980 el matrimonio Hamphry-Wickett funda la “Hemlock Society” (HS), que ha sido una de las principales impulsoras de la llamada *Death with Dignity Act* de Oregón a la cual nos referiremos más adelante.

En las últimas décadas el movimiento de asociaciones para defender el derecho a morir no ha dejado de crecer, hasta el punto de que, a pesar de existir ciertas divergencias entre unas y otras, muy pronto sintieron ya la necesidad de agruparse y de apoyarse entre ellas a la hora de luchar por sus objetivos. Para ello organizaron distintos encuentros a nivel internacional, de los cuales el primero fue ya en 1976 en Tokio y el segundo dos años más tarde en San Francisco. Más importante ha sido el tercero celebrado en 1980 en Oxford, sencillamente porque es cuando crean la *World Federation of Right-to-Die Societies* con Sydney Rossof como primer presidente. Se trata de una Federación Internacional a la que se han ido afiliando numerosas asociaciones de los diversos lugares del mundo. En el momento actual cuenta con unas cuarenta de más de 28 países. Sus estatutos fueron ratificados en su cuarta conferencia internacional celebrada en Melbourne en 1982, tras la cual se celebraron ya algunas más.

Sus principales tareas son de información sobre cuestiones relacionadas con la eutanasia, favorecer la cooperación entre asociaciones, celebrar congresos y conferencias relacionadas con la muerte y el derecho a morir, y proporcionar asistencia a aquellos que desean formar nuevas asociaciones con sus mismos objetivos. Se puede decir que, en el fondo, todas las asociaciones tienen en común afirmar y defender el derecho de los enfermos al respeto a su autonomía y a su capacidad de decidir morir si así lo desean.

Este movimiento general pro-eutanasia ha llegado también a España a partir de los años 80 del pasado siglo, cuando la llamada “Asociación del Derecho a Morir Dignamente” (ADMD) solicitó su inscripción como asociación. Tras una primera denegación en noviembre de 1984 por parte Ministerio del Interior argumentando que sus fines contravenían el Código de Deontología Médica, de reconocida utilidad profesional y pública para el ejercicio profesional de la medicina incurriendo en el delito de inducción al suicidio, sería finalmente reconocida en diciembre de ese mismo año tras recurrir y potenciar un importante movimiento de presión. Su presidente honorífico es Salvador Pániker. Su objetivo fundamental es el de promover el derecho de toda persona a disponer de su cuerpo y de su vida, eligiendo libremente los medios y el momento de poner fin a la misma: “para la ADMD la disponibilidad de la propia vida, la facultad para decidir sobre el propio devenir y su finalización sin sujetarse a opiniones o directrices ajenas a su voluntad es un bien innegociable reconocido como un valor supremo en la Constitución, comprendido por tanto dentro del marco de las libertades y derechos democráticos. Esta posición, absolutamente respetuosa con la libertad de cada individuo, está respaldada desde hace años por una mayoría de ciudadanos, empezando ahora a llegar a algunas instancias institucionales”. En sus propios estatutos señala como fin principal “promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla, y defender el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a, llegado el momento, morir pacíficamente y sin sufrimientos, si éste es su deseo expreso” (a. 2). A partir de entonces la asociación ha ido creciendo y estableciendo delegaciones en distintos lugares de España. También ha elaborado un documento de *Voluntades anticipadas* o *Testamento vital* adaptado a cada comunidad autónoma.

#### **Testamento vital de la ADMD (Madrid)**

Yo \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ Mayor de edad, \_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

En plenitud de mis facultades, libremente y tras una adecuada reflexión, declaro:

Que no deseo para mí una vida dependiente en la que necesite la ayuda de otras personas para realizar las “actividades básicas de la vida diaria” (vestirme, usar el servicio, comer...).

Que si llego a una situación en la que no sea capaz de expresarme personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento<sup>1</sup> que me haga dependiente de los demás de forma irreversible, es mi voluntad clara e inequívoca no vivir en esas circunstancias y que se me permita morir con dignidad, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas:

1. Rechazo todo tratamiento que contribuya a prolongar mi vida: técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos) o alimentación por sonda o gastrostomía, solicitando una limitación del esfuerzo terapéutico que sea respetuosa con mi voluntad.

2. Solicito unos cuidados paliativos adecuados al final de la vida, que se me administren los fármacos que alivien mi sufrimiento, especialmente –aun en el caso de que pueda acortar mi vida– una sedación paliativa que me procure una muerte serena.

3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante eutanasia activa, es mi voluntad morir de forma rápida e indolora de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

De acuerdo con la Ley designo como mi **REPRESENTANTE** a:

Nombre \_\_\_\_\_ DNI. \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### TESTIGOS<sup>2</sup>:

1. Nombre \_\_\_\_\_ DNI. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ DNI. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_ DNI. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Lo que hago constar en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo.:

<sup>1</sup> Daño cerebral, demencias, tumores, enfermedades crónicas o degenerativas, estados vegetativos, accidentes cerebrovasculares o cualquier otro padecimiento grave e irreversible.

<sup>2</sup> Mayores de edad con plena capacidad de obrar, al menos dos sin relación de parentesco ni vínculo patrimonial, declaran que el otorgante de este documento es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en su presencia.

### 3. El final de la vida en el derecho comparado

Hay muchos factores que influyeron en la reivindicación del derecho a morir y en su reconocimiento jurídico por parte de algunos países del mundo. Pero tampoco hay duda de la enorme importancia que las distintas asociaciones –haciéndose más visibles en casos paradigmáticos– han tenido en esa reivindicación e incluso de forma directa en algunos de los cambios jurídicos producidos hasta el momento.

Con todo, hay que decir que su presión no siempre ha tenido el éxito que esperaban, al menos hasta hace algunos años, algo que ha ido cambiando en las últimas décadas. De hecho, ya mencionamos la iniciativa de la VES cuando en 1936 llevó a la Cámara de los Lores británica un proyecto de ley a favor de la eutanasia y que, sin embargo, fue rechazado. Algo similar ocurrió también con otro proyecto presentado en Nebraska ese mismo año (cf. Elizari, 2002, 214ss; 2008). Aun así, la discusión jurídica no era tampoco estrictamente nueva cuando surgió la primera de las asociaciones del derecho a morir. Curiosamente ya en 1906 dos estados norteamericanos, Ohio y Iowa, despenalizaron la eutanasia, aunque la ley sólo estuvo en vigor durante un año. Algo similar ocurrió en la Unión Soviética en 1922, con la diferencia de que en este caso la ley se abolió a los seis meses de su aprobación. Evidentemente las leyes desarrolladas durante el nazismo alemán tienen una explicación distinta, y lo cierto es que no sólo supusieron un freno temporal para otras iniciativas, sino que además alertaron contra las posibles consecuencias a las que leyes de este tipo nos pueden llevar. En cualquier caso el debate jurídico sobre el derecho a morir no tardaría en reavivarse de nuevo.

En 1947 se discute también un nuevo proyecto de ley en Nueva York y en 1950 otro en Reino Unido, ambos sin éxito. En este último país, impulsado por Lord Raglan, volvería a presentarse otro proyecto en 1969 solicitando la eutanasia en caso de “un trastorno o enfermedad incurable, y que probablemente le cause sufrimiento intenso y le haga incapaz de existencia racional”, pero también sería finalmente rechazado, algo que volvería a ocurrir con otra iniciativa de 1973. Idéntico final tuvo también un proyecto presentado ese mismo año en Oregón. Aunque no fueron las únicas se puede decir que, una tras otra, las diferentes iniciativas en diversos lugares corrieron la misma suerte.

Pero aun así el movimiento a favor de la eutanasia no cesó en su empeño y su avance se fue haciendo cada vez más imparable. En 1976, bajo la influencia de la *Carta de los derechos de los enfermos* de 1972 y del caso de Karen Ann Quinlan de 1975, se aprueba ya en California la *Natural Death Act*, que sin ser un texto sobre la eutanasia no deja de ser importante en relación con ella. Se trata de un documento en el que, por primera vez en un texto legal, se reconoce la necesidad de tener en cuenta el “testamento vital” (González-Morán, 2006, 880ss). Por tanto, y aunque rechaza la eutanasia, se afirma que “las personas adultas tienen el derecho fundamental de controlar las decisiones en relación con el cuidado médico que se les pueda prestar, incluyendo la decisión de que no se les apliquen, o se les retiren, las medidas que mantienen su vida en casos de una situación terminal”. La consecuencia es que “las leyes del Estado de California reconocerán el derecho de una persona adulta a dar unas directrices por escrito dando instrucciones a su médico sobre la no aplicación o la retirada de procedimientos que pueden mantener su vida en el caso de una situación terminal”.

En esa misma línea se presentó en Italia en 1984 el conocido como *Proyecto Fortuna*, y en 1999 se discutió en Francia la *Proposición de Ley relativa al derecho de vivir su muerte* presentada por Henri Caillavet, Senador y Presidente de la asociación francesa “Derecho a una muerte digna”. Anteriormente, en 1976, ya había presentado un proyecto sobre lo que él mismo llamaba eutanasia pasiva mediante el uso de morfina. En cualquier caso todos ellos fueron rechazados (Romeo, 1996, 222-223). Las iniciativas se multiplicaron en diversos lugares como en el cantón suizo de Zúrich (1977), Canadá (1983), Alemania (1986) o New Jersey (1987), aunque ninguna de ellas proliferó por aquel entonces. Incluso la Comisión del Parlamento Europeo sobre medio ambiente, salud pública y protección de los consumidores aprobó en 1991 una resolución que incluía la eutanasia, pero tampoco tuvo éxito. Un caso curioso fue el de los Territorios del Norte de Australia: en septiembre de 1996 entró en vigor la ley *Rights of the Terminally Ill Act* que había sido aprobada el 16 de junio de 1995, y en la cual se aceptaba la eutanasia con unos criterios bastantes estrictos, pero, sin embargo, dicha ley sería derogada por el Senado Federal australiano el 25 de marzo de 1997, es decir, unos seis meses después de su entrada en vigor.

Ahora bien, en realidad se trataba simplemente de una cuestión de tiempo, de manera que incluso ya a partir de los años noventa los intentos de legalizar o despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido se van multiplicando hasta el día de hoy, de manera que algunas de las iniciativas empiezan a tener cierto éxito a pesar de que siguen teniendo un

carácter excepcional. Merece la pena referirse a los casos más paradigmáticos (cf. Tomás-Valiente, 2005).

### 3.1. *El caso de Suiza: suicidio asistido*

La situación suiza no sólo es la más antigua, sino también una de las más peculiares (Elizari, 2008, 387). En realidad, aunque algunos autores hacen remontar su normativa en esta materia a un documento aprobado el 23 de julio de 1918 por el Consejo Federal de Suiza, el texto clave es el Código Penal aprobado el 21 de diciembre de 1937 por la Asamblea Federal de la Confederación Suiza, y que entró en vigor el 1 de enero de 1942. En su artículo 115 sobre el indicio y la asistencia al suicidio dice lo siguiente: “Aquel que, impulsado por un motivo egoísta, incite a una persona a cometer suicidio o le preste asistencia en su voluntad de suicidarse, si el suicidio se ha consumado o intentado, será penado con prisión de cinco años a lo sumo, o con una sanción pecuniaria”. Se trata de un texto breve y que no entra en demasiados detalles, cosa que sí haría la directiva aprobada el 25 de noviembre de 2004 por la Academia Suiza de Ciencias Médicas titulada *Prise en charge des patients en fin de vie*, que en su apartado 4 menciona tres condiciones: la proximidad a la muerte, el fracaso de otras alternativas, y la capacidad reflexiva del paciente así como su deseo repetido de morir sin presiones externas, algo que debe ser consultado con una tercera persona que no tiene por qué ser un médico.

En cualquier caso, la ley suiza despenaliza el suicidio asistido con algunas peculiaridades que conviene señalar: la primera es que el Código Penal no menciona los requisitos, a pesar de que sí lo hace el documento de la Academia mencionado, pero que no es un documento legal o normativo. En ese sentido el único requisito es la falta de interés egoísta. En segundo lugar destaca también que el suicidio asistido no está limitado al ámbito médico, es decir, podría realizar la asistencia una persona distinta. Y, en último lugar, la ley permite que residentes de otros países puedan acudir a Suiza para ser asistidos en su suicidio, lo que ha favorecido el auge del “turismo suicida”. Es ya bien conocida la asociación *Dignitas* fundada en 1998 con sede en el cantón de Zürich, entre cuyos objetivos está la ayuda al suicidio, y a la que acuden personas enfermas desde diferentes lugares del mundo, especialmente desde Alemania. Ellos se encargan de realizar todos los trámites, conseguir con receta la sustancia para el suicidio, acomodar el lugar dentro de la asociación, grabar el suicidio para las pruebas, llamar a la policía con el juez una vez realizado el suicidio, etc.; se trata de algo que está ya muy protocolizado y funciona con una gran normalidad legal. Recientemente se ha reavivado el debate acerca de si limitar la aplicación de la ley a residentes en Suiza y evitar el turismo suicida, aunque de momento no hubo cambios.

### 3.2. *Oregón: suicidio médicamente asistido*

Oregón es también un caso excepcional. Ya hemos mencionado con anterioridad la gran repercusión pública y mediática que en los Estados Unidos habían tenido algunas prácticas controvertidas como las de Jack Kevorkian o incluso las confesiones de Timothy Quill reconociendo su participación en algún suicidio. Aun así hay que decir

que si bien la sociedad norteamericana ha sido por lo general muy reticente a la eutanasia, no lo ha sido tanto hacia el suicidio asistido, lo que no significa que lo hayan aceptado en masa. Pero quizá el influjo de ciertos casos y la presión de las asociaciones del derecho a morir como la *Hemlock Society* –impulsora de algunas iniciativas legales– también hayan tenido mucho peso. En cualquier caso y tras el rechazo generalizado de propuestas en Washington y California, Oregón fue el primer Estado norteamericano en dar un paso en el reconocimiento del derecho a morir. Se produjo cuando en un referéndum de noviembre de 1994 se aprobó una iniciativa que culminaría el 27 de octubre de 1997 con la aprobación de la *The Oregon Death with Dignity Act*, tras unos años de controversias acerca de su constitucionalidad y de su posible repercusión social.

Con ella Oregón despenalizaba el “suicidio médicamente asistido”, y estableciendo unos criterios similares a los señalados por Timothy Quill (1993, 161ss). Los principales son los siguientes: *a)* mayoría de edad del solicitante; *b)* ser una persona capaz; *c)* ser residente de Oregón; *d)* tener una enfermedad terminal con un pronóstico inferior a seis meses de vida, para lo cual se requieren comprobaciones previas; *e)* y voluntariedad para la prescripción de la sustancia letal, que debe ser por escrito, firmada por el paciente y confirmada con al menos dos personas además de su médico, las cuales se tienen que asegurar de la capacidad y la voluntariedad de la decisión. Al menos una de esas personas no puede ser familiar del solicitante.

Con esa ley se abría una nueva puerta a la entrada del suicidio médicamente asistido en Estados Unidos, algo que ya se ha extendido a otros Estados. El más rápido ha sido el de Washington, que en noviembre de 2008 aprobaba con un 50% de apoyo la *The Washington Death with Dignity Act* para su entrada en vigor en marzo de 2009. Se trata de una ley similar a la de Oregón y que también acepta el suicidio médicamente asistido. En realidad se trata de un camino en el que ya se han adentrado algunos Estados más e incluso también Canadá, aunque por el momento siguen sin éxito. Es curioso el caso del Estado de Montana porque el 5 de diciembre de 2008 un juez dictaminó, en un caso de demanda de un enfermo terminal, que los pacientes en esa situación tenían derecho a la libre determinación para que se les facilitaran sustancias letales. Un año después la Corte Suprema de Montana, sin decir que era legal, dijo que no había ley que lo prohibiese.

### 3.3. *Holanda: eutanasia y suicidio médicamente asistido*

Holanda es uno de los casos más paradigmáticos en este problema, que además ha suscitado una gran cantidad de debates y controversias reflejada en una inabarcable bibliografía. Se trata del primer país en el mundo en el que tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido son legales (Simón - Couceiro, 1996).

En realidad el problema se remonta a años atrás cuando empiezan a aparecer algunas publicaciones sobre la materia y, especialmente, tras la reavivación del debate social producida en 1973 por el caso de la médica Gertrude Postma, una mujer juzgada por ayudar a morir a su madre ciega, sorda, y dependiente, agravada aún más tras sufrir un infarto cerebral. En su veredicto, el Juzgado de Leeuwarden sostuvo que no había alternativa y que, en esa situación, la eutanasia podía estar justificada por cumplir las

siguientes condiciones: enfermedad incurable, petición del paciente, sufrimiento insoportable y que fuera realizada por un médico. Finalmente Gertrude Postma sería condenada a una pena simbólica.

Pero el problema es que bajo tales condiciones podrían justificarse casi todo tipo de prácticas eutanásicas, lo que no ha dejado de generar confusión y controversia desde entonces, tanto desde el punto de vista legal, como por el gran número de muertes que se estaban produciendo como resultado de eutanasias en condiciones tampoco exentas de controversias. Este fue el motivo por el que se empezaron a elaborar una serie de informes con el objeto de llegar hasta el fondo de los problemas. Quizá el más conocido sea el realizado por una comisión bajo la presidencia del profesor Rummelink –el comúnmente llamado *Informe Rummelink*– y que llamó la atención sobre muchas irregularidades que se estaban cometiendo.

Es entonces cuando se produce algo curioso, y se trata de que a raíz del informe citado el gobierno holandés decide realizar una propuesta de modificación del *Acta de Defunción*, con el objeto de que en ella se incluyese una notificación oficial de las muertes por eutanasia o por suicidio asistido, convirtiendo de este modo las dos prácticas en actos públicos para evitar criptotanasias (eutanasias ocultas) y estableciendo también los criterios para realizarlos. Esto ocurre ya en 1994, con la peculiaridad de que al mismo tiempo ambas prácticas seguían prohibidas en el Código Penal.

Como es lógico, y ante los inmensos vacíos legales, Holanda decidió afrontar el problema en una ley que fue aprobada en el año 2000 por la Asamblea Nacional, en el 2001 por el Senado, y que entró en vigor el 1 de abril de 2002. Se trata de la *Ley para examinar los procedimientos de eutanasia y de suicidio asistido y en la que se modifica el Código Penal y la normativa sobre inhumación e incineración*, más conocida como *Ley de terminación de la vida y de ayuda al suicidio* (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*). En ella se despenaliza finalmente tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido modificando el artículo 293 del Código Penal.

En cuanto a los criterios mencionados en el artículo segundo de la ley conviene mencionar los siguientes: *a)* Petición voluntaria y bien fundada del paciente; *b)* Sufrimiento insoportable; *c)* Informar al paciente de la situación y sus perspectivas; *d)* Consultar con un médico independiente que debe analizar al paciente y reflejar por escrito su opinión; *e)* Ofrecer los cuidados adecuados. Curiosamente en el texto de la ley no aparece el concepto de eutanasia, sino el de “poner fin a la vida” o algún otro equivalente. Además se sitúa exclusivamente en el contexto médico, algo que también la diferencia de la ley suiza.

Ahora bien, se trata de una ley que también tiene otra peculiaridad, y se refiere al problema de la edad para solicitar la eutanasia o el suicidio asistido. En este sentido se contemplan tres condiciones: *a)* Puede solicitarla cualquier persona mayor de 18 años; *b)* Puede solicitarla también cualquier persona entre los 16 y 18 años, con la condición de que sus padres o tutores legales estén de algún modo implicados en la decisión; *c)* Finalmente pueden solicitarla también personas entre los 12 y los 16 años siempre y cuando entiendan la decisión y den su consentimiento, pero necesitan la autorización de

sus padres o tutores. En definitiva, con diversos matices, la ley permite ambas prácticas a partir de los 12 años, e incluso contempla la elaboración de un documento de voluntades anticipadas a partir de los 16 años.

Ciertamente la ley holandesa no ha estado nunca exenta de problemas y controversias. Incluso llegó a decirse en algunos medios que un número considerable de ancianos se había trasladado a vivir a Alemania por miedo a que se les practicara la eutanasia sin su consentimiento cuando se encontrasen en una situación de incapacidad o por presiones. Para evitar estas situaciones se publica cada año un informe recogiendo los datos existentes sobre las solicitudes presentadas y la manera en la que se da solución a cada una de ellas. El último de ellos, publicado el 11 de julio de 2012 por la revista *The Lancet* no refleja que actualmente se estén produciendo abusos, lo cual no significa tampoco la legitimidad moral de la ley aunque la conclusión de quienes elaboraron el informe diga que se hace de forma transparente. El mayor número de muertes se produce por sedaciones.

El último episodio de la problemática situación holandesa llegó cuando en 2005 se difundió el llamado *Protocolo de Groninga* elaborado desde 2001 por distintos expertos, especialmente los pediatras Eduard Verhagen y Pieter Sauer bajo el auspicio del Ministerio Fiscal. Se trata de una guía elaborada en el hospital de Groningen para actuar en casos de recién nacidos con enfermedades graves, anomalías y con un sufrimiento incontrolable, pero con el que, en el fondo, se regula la eutanasia en esas situaciones concretas dentro del marco de la ley anteriormente mencionada. En él se incluirían a tres grupos de niños: 1) Aquellos bebés que se prevé que morirían poco después del nacimiento; 2) Bebés que necesitarían de cuidados intensivos y que tendrían poca calidad de vida por tener daños cerebrales o algunos físicos. Tanto en este caso como en el anterior la retirada de nutrición e hidratación no se contempla como eutanasia, sino como muerte natural; 3) Bebés con poca esperanza de vida o con un sufrimiento incontrolable, como por ejemplo los niños con espina bífida.

Evidentemente la práctica, realizada en complicidad silenciosa entre personal sanitario, familiares, jueces y políticos, no ha dejado de ser cuestionable haciendo muy visible el riesgo de la pendiente resbaladiza, pues en el fondo lo que se cometen son infanticidios, sean por los motivos que sean, aunque normalmente se trate de casos de niños con anomalías que no han sido abortados en su fase prenatal.

### 3.4. *Bélgica: la eutanasia*

La situación belga también es otro caso excepcional y curioso. Su recorrido ha sido más corto que en casos anteriores, aunque no menos intenso, pues empezó estrictamente con unas discusiones sobre la eutanasia en el Senado en 1997, tras las cuales el comité consultivo de bioética y algunas comisiones presentaron sus informes y propuestas. Finalmente, y tras más de 80 reuniones, la *Ley relativa a la eutanasia (Loi relative à l'euthanasie)* se promulgó el 28 de mayo de 2002 entrando en vigor en septiembre de ese mismo año. El promotor y principal redactor de la ley, el senador socialista Philippe Mahoux, afirmaba lo siguiente: “discutimos sobre este tema en Bélgica desde hace

muchos años. Ha sido objeto de un largo debate en el Senado con intervenciones de médicos, personal, filósofos, representantes de la sociedad. Las sesiones han sido televisadas para informar a la opinión pública”.

Sea como fuere el proceso, el caso es que ley permite la eutanasia para mayores de edad o para menores emancipados que la soliciten repetida y voluntariamente y sean capaces para ello. Además, en su artículo 3, se precisa que el paciente debe encontrarse en una situación médica irreparable y sin esperanza que le provoca un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable que no puede calmarse y que se debe a una afección accidental o patológica grave e incurable. Por lo demás las condiciones no difieren demasiado del caso holandés, aunque sí son algo más estrictas, incluso en cuanto al papel del médico. Algo más curioso es el hecho de que los solicitantes no tengan que ser necesariamente belgas ni siquiera residir en Bélgica, aunque sí es necesario ser tratado por un médico belga.

También hay que destacar en relación con el proceso de despenalización de la eutanasia en Bélgica, el correlativo desarrollo legal de los cuidados paliativos en ese país. De hecho, la *Ley relativa a los cuidados paliativos* se aprobó el 14 de junio de 2002 entrando en vigor el 5 de noviembre de ese mismo año, algo que no ha sucedido en otros lugares.

Un caso similar es el de Luxemburgo, que, tras una breve polémica por la negativa del Duque Henri a sancionar la nueva ley y que obligó a introducir algunos cambios en sus competencias, aprobó finalmente el 16 de marzo de 2009 la *Ley sobre la reglamentación de los cuidados paliativos, la eutanasia y la ayuda al suicidio* (*Législation réglementant les soins palliatifs ainsi que l'euthanasie et l'assistance au suicide*). La diferencia con el caso belga es que Luxemburgo permite claramente el suicidio asistido.

### 3.5. Colombia y Alemania: ambigüedad en las prácticas

Colombia y Alemania son también casos excepcionales, especialmente por la ambigüedad de sus legislaciones y prácticas. En cuanto a Alemania se trata de un caso extraño, pues si bien la eutanasia está prohibida y en cierto sentido no ha dejado de ser un tema tabú desde la época del Tercer Reich, no así el suicidio asistido. De hecho tanto la colaboración como la cooperación o la inducción al suicidio ajeno no son delitos, hasta el punto de que, según el artículo 216 del Código Penal, la conducta sancionable sería el homicidio a petición, esto es, el caso en el que el tercero no se limita a ayudar a otra persona a quitarse la vida, sino que es él quien directamente le pone fin, pero parece ser que ni la sociedad ni la profesión médica alemanas perciben que existe una despenalización del suicidio asistido y ni siquiera es práctica corriente (Rey, 2008, 441). Evidentemente Alemania no se puede entender sin todo su recorrido histórico y las leyes promulgadas durante el nazismo.

La situación de Colombia también ha sido extraña y está aún en proceso de llegar a una solución. Su Código Penal de 1980 castigaba la muerte por piedad en el artículo 326, pero curiosamente dicho artículo fue declarado inconstitucional por el Tribunal

Constitucional en 1997, que llegó a calificar el homicidio piadoso de “derecho fundamental” (sent. C-239/97), siempre y cuando se tratase de un enfermo terminal que así lo haya pedido. Evidentemente con ello se producía una clara contradicción entre dicha sentencia y la situación legal vigente, lo que obligó a un nuevo replanteamiento de la problemática. Así, ya en el año 2000 se promulgó un nuevo Código Penal que entraría en vigor en julio de 2001, y según el cual se castigaba finalmente tanto el homicidio piadoso como la inducción y la ayuda al suicidio. El problema es que el texto constitucional siempre prevalece sobre las leyes, con lo cual la situación no dejaba con ello de ser ambigua. De hecho, en octubre de 2008 se llevó a la Cámara de Representantes para su discusión el *Proyecto de Ley 44 /2008 por la cual se reglamentan las prácticas de la eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia, el servicio de cuidados paliativos y se dictan otras disposiciones*. Tras varios años de debate y discusión, recientemente ha sido llevado de nuevo, impulsado por el senador Armando Benedetti, un nuevo proyecto de ley llamado *Terminación de la vida de una forma digna y humana y asistencia al suicidio* y que ya ha pasado el primer trámite al ser aprobado recientemente por el Congreso. El próximo paso será el Senado, que previsiblemente ocurra dentro de poco tiempo. Con ella quedarían autorizadas legalmente en Colombia tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido.

### 3.6. *La extensión de las prácticas en la legislación*

Ciertamente las leyes despenalizadoras de la eutanasia y del suicidio (medicamente) asistido han ido en aumento durante los últimos años, a pesar de las variantes tanto en sus formulaciones como en sus aplicaciones concretas. Al mismo tiempo también se han regularizado otras situaciones que se dan al final de la vida como la limitación del esfuerzo terapéutico. En este sentido es reciente el caso de México e incluso la situación española a la que enseguida nos referiremos.

Con todo, esto no quiere decir que todas las iniciativas presentadas hayan tenido éxito. Resulta llamativo, por ejemplo, el caso de Italia con las restricciones que introdujo el Primer Ministro Silvio Berlusconi a raíz del caso de Eluana Englaro. Su objetivo era aprobar un decreto que impidiera su desconexión, un decreto que el Presidente de la República italiana Giorgio Napolitano se negó a firmar. En dicho decreto, titulado *Disposiciones en materia de alianza terapéutica, consentimiento informado y declaración anticipada de tratamiento (Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento)* se afirmaba que “la nutrición y la hidratación, en las diversas formas en que la ciencia y la tecnología pueden proporcionar al paciente, son formas de apoyo vital y fisiológicamente diseñadas para aliviar el sufrimiento hasta el final de la vida. No pueden ser objeto de declaraciones anticipadas del tratamiento” (art. 3.5). Finalmente, tras sortear por otros medios la negativa de Napolitano, Berlusconi consiguió sacar adelante su decreto-ley en el año 2010, pero Eluana se moriría ya antes durante la controversia suscitada.

También llamativo es el caso de Francia, cuya polémica sobre el final de la vida también se ha avivado en los últimos años debido a algunos casos con bastante

repercusión mediática como el de Vincent Humbert. Por ese motivo el Senado francés aprobó ya el 12 de abril de 2005 la *Ley de los Derechos de los enfermos y final de la vida (Loi n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie)* más popularmente conocida como *Proposición Leonetti* por ser él el principal redactor del informe que está en la base del texto legal. En ella se regulan algunos de los derechos de los enfermos pero sin aceptar ni la eutanasia ni el suicidio asistido. Asimismo se rechaza la obstinación terapéutica permitiendo el cese de medidas desproporcionadas cuando tienen el riesgo de prolongar la agonía. También se reconoce el derecho a negarse a un tratamiento según unos determinados criterios estipulados por la propia ley. En realidad, la *Proposición Leonetti* no hacía más que precisar algunos aspectos ya presentes de algún modo en el Código de Salud Pública francés del año 2002. Con todo, el debate volvería a surgir en 2008 a raíz esta vez del caso de Chantal Sébire, pero de nuevo el gobierno francés no cedió a las presiones. Es más, lo que se hizo fue ratificar la ley del 2005 introduciendo algunas modificaciones en el Código Penal, con lo cual la situación hasta el momento no ha cambiado, siendo las últimas modificaciones del año 2012. Ahora bien, el debate se ha vuelto a reabrir recientemente y es muy posible que sí se introduzcan ya algunos cambios en su legislación, posiblemente hacia la despenalización del suicidio (¿médicamente?) asistido. De hecho, el 17 de julio de 2012 el Presidente de la República francesa François Hollande encargó un informe sobre el final de la vida a una comisión presidida por el profesor Didier Sicard, que le fue entregada el 18 de diciembre de ese mismo año con el título *Pensar solidariamente el final de la vida (Penser solidairement la fin de vie)*. En ella se hace un recorrido por los principales problemas que suscita el final de la vida y se propone mejorar especialmente los cuidados paliativos y la sedación paliativa en fase terminal, así como despenalizar el suicidio asistido en algunos casos concretos. En todas ellas enfatiza la importancia de proteger la autonomía de los pacientes. Lo que parece que no se acepta sería la eutanasia.

#### **4. El final de la vida en el derecho español**

##### *4.1. Introducción: antecedentes de la situación*

Lo primero que hay que decir es que en España están prohibidas por ley tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Con todo, esto no significa que no existan movimientos de presión que desde hace años reivindican y proponen iniciativas con el objeto de conseguir un cambio normativo, algo que por el momento no ha sucedido. Tal vez uno de los momentos álgidos del debate fuera el suscitado a raíz del caso de Ramón Sampederro en el año 1997-98, una polémica que se reabrió de nuevo con el estreno de la película ganadora de un Óscar titulada *Mar adentro* del 2004. Además, se trata de un caso que hizo muy visible la presión ejercida por la ADMD.

Ciertamente España ha sido muy reticente a aceptar prácticas demasiado permisivas en relación con la disposición de la vida. De hecho, incluso el suicidio estuvo penalizado hasta no hace demasiado tiempo. Basta recordar uno de los textos legales más significativos y cuya influencia ha sido enorme dentro y fuera de nuestras fronteras. Se trata del *Libro de las leyes*, más conocido como *Código de las Siete Partidas*, redactado

en el siglo XIII bajo el reinado de Alfonso X, aunque parece ser que su entrada en vigor se produjo en tiempos de Alfonso XI. En su ley XXIV del primer título de la Partida VI de la versión del texto de 1807 se penalizan expresamente tanto el suicidio como el intento de suicidio. Incluso el homicidio y el suicidio llegan a estar equiparados. Normalmente las penas eran la confiscación de sus bienes. Tales disposiciones se trasladaron a distintos textos legales e incluso estuvieron presentes también en el Derecho Canónico, hasta el punto de que aún en el Código de 1917 se les niega sepultura eclesiástica a los suicidas (c. 2350), a no ser que antes de morir mostrasen algún signo de arrepentimiento (c. 1240). Aunque las prácticas concretas podrían tener variantes e incluso suavizaciones, las disposiciones de las *Partidas* estuvieron presentes de manera general hasta principios del siglo XIX (cf. Martín, 1982, 9-11). De hecho en el Código Penal de 1822 ya no aparece condenado el suicidio, aunque en el de 1834 sí se establece una pena de 6 a 8 años de obras públicas para los intentos frustrados. En 1848 desaparece definitivamente del Código Penal. Curiosamente en este último el suicidio, aunque no constituye un delito, sí es considerado como inmoral. Lo que sí se penaliza expresamente es tanto la ayuda al suicidio como la cooperación directa al mismo, es decir, la eutanasia, aunque las penas nunca han sido demasiado duras. Por último hay que destacar que el suicidio ha desaparecido también del nuevo Código de Derecho Canónico.

#### 4.2. *El derecho a la vida en la Constitución española*

En cualquier caso, lo que sí se afirma cada vez con más claridad y rotundidad en la legislación española es el derecho a la vida, a pesar de los problemas surgidos en la interpretación del mismo. Esto es lo que aparece en el artículo 15 de la *Constitución española* de 1979: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”. En ese texto, que constituye el marco de toda la legislación española, no se reconoce en ningún lado de forma explícita el “derecho a la muerte” o a la “disponibilidad de la propia vida”. Tampoco se concreta el significado que el derecho a la vida debe tener en el ordenamiento jurídico. Pero, y aquí se encuentra uno de los problemas de toda la discusión jurídica actual, la *Constitución* contiene otros tres artículos que para algunos autores abren la puerta también al reconocimiento constitucional del derecho a la muerte mediante la eutanasia o el suicidio asistido. Se trata de los artículos 1, 10 y 16, cuya armonización con el derecho a la vida ha dado lugar a las más variadas interpretaciones.

En el artículo 1.1 se dice que “España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”. En el 10.1 se afirma que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”. Y en el 16.1 que “se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus

manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la Ley”. ¿Significa esto, implícitamente, el reconocimiento también del derecho a la disponibilidad de la vida?

Como decíamos se trata de una pregunta que ha originado numerosos debates en las últimas décadas y cuya respuesta no parece sencilla. A ello se añade el problema suscitado por el artículo 9.2 de la *Constitución* en el que se afirma que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad sean reales y efectivas”. De esta manera el derecho a la eutanasia o al suicidio asistido se ha relacionado con el derecho a la vida pero también con el derecho a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, y al deber del Estado de velar por la protección y realización de tales derechos (cf. Álvarez, 2002, 172ss). Dicho de otra manera: si uno es libre para suicidarse, ¿por qué el Estado no ha de velar para que también pueda hacerlo una persona que por razón de su situación de enfermedad no puede hacerlo sin ayuda? ¿No es el Estado el garante de que también la libertad de esas personas pueda realizarse cuando se encuentran impedidas por su enfermedad? ¿No es el derecho a morir una aplicación del derecho a la libertad que el Estado debe proteger?

Ciertamente las opiniones son variadas, pero resulta obvio que es el Tribunal Constitucional quien tiene la compleja tarea de interpretar en último término el alcance de tales afirmaciones para su adecuado reflejo también en las leyes. No es nuestra intención hacer un recorrido minucioso por todas sus declaraciones ni por la jurisprudencia de los últimos años, pero sí merece la pena referirse a algunas de las afirmaciones fundamentales que el Tribunal Constitucional ha hecho en relación con nuestra problemática. En ese sentido se decía en la *Sentencia 53/1985 del 11 de abril* que “el derecho a la vida garantizado y reconocido en el artículo 15 CE es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional –la vida humana– y constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible” (f.j. 3). Aun así el Tribunal Constitucional también reconoce que se deben tener en cuenta las situaciones en las que aparecen conflictos y que pueden provocar choques con algunas de las prohibiciones penales. En realidad, hay que decir que la sentencia se refiere al problema del aborto y no al de la eutanasia, aunque son importantes los principios fundamentales que aporta.

Más interesante ha sido la conocida *Sentencia TC 120/1990 del 27 de junio* sobre la huelga de hambre que varios miembros del GRAPO habían iniciado a finales de 1989. En ella el Ministerio Fiscal no sólo recoge el argumento expuesto ya en la sentencia anteriormente mencionada de 1985, sino que además afirma que el derecho a la vida incluye tanto la obligación negativa general de no lesionarlo como la obligación positiva del Estado de contribuir a su mantenimiento. La conclusión es que “el ciudadano tiene libertad para decidir voluntariamente su propia muerte por un acto propio, pero no existe un derecho a la muerte que supondría la disponibilidad condicionada del derecho a la vida. Reconocer el derecho a la muerte significaría la licitud de la renuncia de los recurrentes a los derechos fundamentales y concretamente al derecho fundamental que es

presupuesto de los demás (de existir un derecho al suicidio, no estaría penado el auxilio o la inducción al mismo, art. 409 del Código Penal), sin que tampoco esté legitimada la disponibilidad parcial de derecho como lo prueba la sanción penal de determinadas autolesiones. De ahí que no sea lícito, ni indirectamente siquiera, contribuir a la muerte de quienes, como los internos en ayuno voluntario implícitamente renuncian a vivir. La Administración penitenciaria no puede por ello cooperar con su omisión a que se produzca ese resultado, porque entonces podría darse la estructura de los delitos de comisión por omisión”. De esta manera la sentencia se pronunciaba a favor de la alimentación forzosa de los presos del GRAPO por estar, en ese momento, bajo la tutela del Estado, que tiene el deber de proteger el derecho fundamental a la vida. De ahí que concluya diciendo que “no es posible admitir que la *Constitución* garantice en su art. 15 el derecho a la propia muerte y, por consiguiente, carece de apoyo constitucional la pretensión de que la asistencia médica coactiva es contraria a ese derecho constitucionalmente inexistente”. Se trata de una sentencia, continuada en otras posteriores, que ha dado lugar a muchas discrepancias, pero que, para lo que nos interesa, viene a reafirmar la no existencia en la *Constitución española* de un derecho a morir, que es uno de los problemas que está detrás de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido.

En definitiva, lo que se puede decir desde el punto de vista constitucional es que el derecho a la vida implica el deber de favorecer ese derecho así como su protección por parte del Estado, pero no implica el derecho a la muerte, de forma que uno mismo puede renunciar al derecho a la vida, pero lo que no puede es exigir que se proteja algo que en realidad no existe como sucede en el caso del derecho a morir. Para que así fuera habría, en todo caso, que modificar o incluir un nuevo artículo en la propia *Constitución* (Álvarez, 2002, 196ss). Asimismo resulta muy discutible que el derecho a la libertad de conciencia pueda ser aplicado a esta cuestión, tal y como el mismo Tribunal Constitucional ha reconocido, especialmente en los casos de necesitar segundas o terceras personas, sencillamente por el hecho de que la libertad se refiere al derecho de defender y expresar determinadas ideas o pensamientos dentro del orden público, cosa que el Estado sí debe proteger, pero con la condición de que exista sujeto para el ejercicio mismo de semejante derecho.

#### 4.3. *La eutanasia y el suicidio asistido en el Código Penal de 1995*

La *Constitución española* no reconoce el derecho a la muerte. En el fondo el tema es, por tanto, el del derecho a la “disponibilidad de la propia vida” y, en este sentido, resulta interesante el paso dado en la *Ley 14/1986 del 25 de abril general de sanidad*. Como decíamos anteriormente, la *Constitución* es el marco establecido o la norma suprema de todo el ordenamiento jurídico, con lo cual ninguna ley podría, en principio, legalizar algo que la propia *Constitución* no permite, al menos no sin antes modificar el texto constitucional. Esto es lo que sucede también en el caso de la eutanasia o del suicidio asistido. Por eso se trata de prácticas que tampoco la *Ley de Sanidad* contempla, llegando únicamente a reconocer el derecho del paciente a “negarse al tratamiento [...]

debiendo para ello solicitar el alta voluntaria” (art. 10.9), algo explicitado también en las diferentes directivas autonómicas posteriores. En ningún caso se aceptan las prácticas a las que nos hemos referido.

Esto es lo que refleja también el *Código Penal* del 23 de noviembre de 1995 en su artículo 143, que dice lo siguiente:

1. “El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte”.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.

Como vemos, aunque no utiliza ni el concepto de eutanasia ni el de suicidio asistido, ambos aparecen penalizados según las definiciones que a cada una le hemos venido dando. Además establece diversas formas de auxilio al suicidio cuya responsabilidad penal también es distinta, fundamentalmente la inducción y la cooperación necesaria para la realización del suicidio. En realidad, el *Código Penal* no hace sino poner en forma de ley y establecer el castigo de las prácticas no contempladas dentro de la *Constitución* y que serían vulneraciones del derecho fundamental a la vida. Hay que recalcar que lo que se condena son aquellos actos destinados a acabar directamente con la vida de una persona, no los que tienen por objeto calmar su dolor. En ese sentido cabe mencionar también la obligación del deber de socorro contemplado en los artículos 195 y 196 del *Código Penal*. Tal es la situación legal española hasta el momento presente.

#### 4.4. *La ley de la autonomía de los pacientes: rechazo de tratamiento e instrucciones previas*

Aunque la ley española rechace la eutanasia y el suicidio asistido, ello no significa que defienda el deber de mantener la vida biológica a toda costa y en todos los casos. Sencillamente rechaza aquellos actos necesarios para acabar con la vida de una persona, a pesar de los atenuantes de cada caso particular. De hecho, aunque ya hemos mencionado la *Ley de Sanidad*, es importante referirse también a la *Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. En ella se reconoce, entre otras cosas, el rechazo de tratamiento (art. 2.4) en términos muy similares a los de la *Ley de sanidad*. Se trata de algo que forma parte del respeto a la autonomía de los pacientes, siempre y cuando estén informados de su situación, de las consecuencias de sus decisiones, y siempre que además sean capaces para dar su consentimiento en las formas estipuladas para ello. Por eso se trata también del consentimiento por representación y sus condiciones.

Tal vez el punto más delicado a este respecto sea el referente a los casos en los que el paciente es menor de edad. La ley afirma que en tales casos, en los cuales el paciente

menor no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo dará el representante legal después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Ahora bien, “cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación” (art. 9.3.c). En los casos en los que la actuación conlleve un grave riesgo, “los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente” (id.). El problema, por tanto, que esto suscita, es el de determinar el grado de madurez del paciente menor, cosa nada fácil de dilucidar en muchas ocasiones.

Por último, para evitar otras situaciones complejas en las que la persona mayor de edad no esté en condiciones de dar su consentimiento, la ley dispone también la posibilidad de elaborar un documento de “instrucciones previas” (art. 11) a través de las cuales pueda manifestar los cuidados y tratamientos deseados al final de su vida además del destino de su cuerpo y órganos, instrucciones que “no serán aplicadas si son contrarias al ordenamiento jurídico y a la “*lex artis*”, ni tampoco si no se corresponden con el supuesto de hecho de que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas, para lo cual todo deberá tener constancia en la historia clínica del paciente.

Se trata de algo que ya había sido establecido en el año 2000 en Cataluña con el nombre de *Documento de Voluntades Anticipadas* y que asumieron también otras comunidades autónomas en el marco de sus competencias específicas. Años después sería objeto de un tratamiento concreto en el *Real Decreto 124/2007 del 2 de febrero por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal*. En el fondo, su intento es que se respete la autonomía del enfermo cuando éste ya no sea capaz de decidir por causa de su enfermedad, de manera que se puede decir que es una consecuencia lógica del desarrollo del principio de autonomía en la bioética contemporánea y especialmente en el ámbito de las decisiones sanitarias.

El origen de los así llamados testamentos vitales o documentos de instrucciones previas está en los *living will* estadounidenses, es decir, en los problemas surgidos fundamentalmente en las unidades de cuidados intensivos en donde las personas afectadas ya no podían expresar su voluntad acerca de los tratamientos y medidas que querían que se les aplicaran, lo que en ocasiones puede dar lugar a conflictos entre personal sanitario, abogados e incluso entre las propias familias, con lo cual estos documentos tienen la intención de que se cumplan los deseos del propio enfermo en el momento de firmarlo más allá de las preferencias de los demás y dentro del sistema jurídico vigente en cada lugar. No vamos a entrar aquí en las disputas sobre el nombre y la forma, algo que podría ser objeto de un estudio más pormenorizado, aunque conviene mencionar simplemente que a veces se distinguen los testamentos vitales en cuanto textos más o menos canónicos o generales y establecidos y las instrucciones previas con un carácter más personalizado al ser la propia persona quien lo elabora en un momento preciso. Con todo hay que decir que aún falta mucho por avanzar en este tipo de

documentos para que se conviertan en algo verdaderamente útil y reflejen en la mejor medida posible los valores, creencias y deseos de las personas que deciden hacerlo, algo que probablemente podría eliminar algunos de los conflictos surgidos. De ahí la necesidad de seguir trabajando en su concreción, en sus objetivos precisos y en la sensibilización para hacerlos, de forma que sea un elemento más de humanización en el final de la vida de las personas.

#### 4.5. *Limitación del esfuerzo terapéutico y sedación terminal*

Ahora bien, en las distintas formulaciones del más comúnmente denominado *Testamento vital* se explicitan aquellos medios o recursos que una persona desea que le apliquen o le dejen de aplicar en determinado momento, entre ellas la posibilidad de limitar o suspender un tratamiento. En este sentido las leyes no son demasiado explícitas, lo que ha provocado un cierto desconcierto en casos de gran repercusión mediática reciente, como el de Inmaculada Echevarría, justificado en su día más desde el rechazo de tratamiento que desde la limitación del esfuerzo terapéutico. Nos referimos de manera especial a la posibilidad de retirar la nutrición o la hidratación artificial –necesaria para vivir– si el paciente así lo desea, esté o no consciente. En este sentido resulta de interés el *Código de Ética y Deontología Médica* que en el año 1999 publicó la Organización Médica Colegial, y que en su artículo 27 dice lo siguiente:

1. “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aun cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.
2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.
3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.

Se trata de prácticas que la ley no penaliza, pero sobre las que tampoco existe una regulación específica y precisa. De ahí que este texto refleje, en realidad, lo que ha sido la práctica común durante todo este tiempo. Además, se ha añadido un nuevo problema suscitado a raíz del gran revuelo mediático y político producido durante el año 2005 en el Hospital Severo Ochoa de Leganés en relación con las sedaciones terminales en el servicio de urgencias. Curiosamente será difícil que los ciudadanos sepamos la verdad de lo ocurrido. Lo único que en este momento se puede decir de manera objetiva es que si por un lado las muertes han descendido desde entonces (y que puede ser explicado por

varias causas), por el otro el doctor Luis Montes, entonces coordinador del servicio y actualmente Presidente Federal de la ADMD, no ha sido condenado y su caso fue cerrado, aunque también es verdad que se han producido algunos problemas con las historias clínicas de los pacientes y una gran politización de todo el conflicto, algo que hará difícil saber exactamente la verdad de todo lo sucedido.

Todo ello llevó a que algunos organismos y Comunidades autónomas españolas tomaran la iniciativa y elaboraran declaraciones y leyes con el objetivo de facilitar una solución precisa ante esas complejas situaciones no demasiado clarificadas en las leyes. Destacan en este sentido, en primer lugar, tanto el nuevo *Código de Deontología Médica* del año 2011 como la *Guía ética en cuidados paliativos*, ambos de la Organización Médica Colegial, además de otras iniciativas suyas. También en relación con la sedación resultan de gran interés la declaración del año 2009 titulada *Ética de la sedación en la agonía* del Consejo General de Colegios de Médicos, y la *Guía de sedación paliativa* publicada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (más conocida como SECPAL) con la Organización Médica Colegial en el año 2011. Hay que destacar que la SECPAL ya ha elaborado diversos textos sobre esta materia en los últimos años. En realidad lo que pretenden es procurar que las sedaciones cumplan el fin para el que están diseñadas y que se ajusten a los protocolos para su aplicación evitando los posibles abusos.

En segundo lugar hay que hacer mención también de algunas legislaciones elaboradas por diversas Comunidades autónomas en los últimos años. La primera de ellas es la de Andalucía, que el 8 de abril de 2010 aprobó la *Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte*. Con ella se abriría un camino que ya ha sido seguido por otras comunidades autónomas como Navarra, que aprobó la *Ley foral 8/2011 del 24 de marzo de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*, y Aragón con su *Ley 10/2011 del 24 de marzo de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte*. En el fondo lo que pretenden estas leyes es garantizar la autonomía de las decisiones en el final de la vida, especialmente en los casos de sedación, rechazo de tratamiento y limitación del esfuerzo terapéutico. Además se trata de algo que se intentó también a nivel nacional con el Gobierno de Rodríguez Zapatero. De hecho, estaba ya elaborado y en proceso de aprobación el *Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida* [BOC-Proyectos de Ley 132-1 (17-6-2011)], pero finalmente, al producirse el cambio en el Gobierno, no tuvieron tiempo para sacarlo adelante.

## **5. Conclusión: el futuro de la eutanasia y del suicidio asistido en España**

No se puede dejar de mencionar que también en España se ha producido un ligero avance en todo lo relacionado con los cuidados paliativos, al menos en teoría, aunque se trata de un camino en el que aún queda mucho por hacer. De hecho, parece una contradicción propugnar por la eutanasia y el suicidio asistido si antes no se afrontan aquellos problemas relacionados con el cuidado de las personas en la etapa final de sus

vidas, sabiendo además que los avances en la mejora de los cuidados paliativos tienen una incidencia considerable en la reducción de peticiones de suicidios. En este sentido hay que hacer una mención especial al *Plan Nacional de Cuidados Paliativos* aprobado en el año 2000, cuyo objetivo fundamental es el de “garantizar a los pacientes en fase terminal los cuidados paliativos en cualquier lugar, circunstancias o situación, dentro de las diferentes estructuras de la red sanitaria, de forma que éstos reciban la asistencia sanitaria, el apoyo psicológico y la ayuda social que precisen sin distinción de tipo de enfermedad ni ámbito de atención”. Se trata de una vía que no ha dejado de desarrollarse a partir de entonces a pesar de sus problemas. Uno de los avances significativos se produjo también con la aprobación de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Lamentablemente la ley no está siendo aplicada en toda su amplitud, lo que es una muestra de que no es suficiente con aprobar leyes cuando no hay voluntad política para llevarlas adelante, especialmente en situaciones de dificultad económica como la que vivimos.

Ahora bien, no se puede negar que en todo este tiempo no han dejado de existir presiones de grupos y movimientos con la intención de cambiar la legislación española. Así, ya en 1991 un grupo de personas publicaron el *Manifiesto a favor de la disponibilidad de la propia vida*, y poco después la *Propuesta alternativa al tratamiento jurídico de las conductas de terceros relativas a la disponibilidad de la propia vida* (Montes, 2012, 22 y 53), que aunque no tuvieron demasiado éxito sí influyeron en la redacción del Código Penal. También hay que referirse a algunas iniciativas defendidas especialmente desde Cataluña: en el año 2003 el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho del Parque Científico de Barcelona publicó el *Documento-declaración sobre la eutanasia*, en el 2005 el Instituto Borja de Bioética de la Universidad Ramón Llull la declaración *Hacia una posible despenalización de la eutanasia*, en 2006 el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña su *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, y la ADMD hizo público no hace mucho el *Manifiesto Santander por una muerte digna*, además de otras iniciativas y cursos que viene realizando sobre este tema en los últimos años.

También se han producido algunas iniciativas legales en esta línea. Curiosamente, cuando el Gobierno socialista ganó las elecciones en 2004, una de las promesas que llevaba en su programa electoral era, precisamente, promover “la creación de una Comisión en el Congreso de los Diputados que permita debatir sobre el derecho a la eutanasia y a una muerte digna, los aspectos relativos a su despenalización, el derecho a recibir cuidados paliativos y el desarrollo de tratamientos de dolor”. Finalmente no se hizo porque, según dijeron, no existía el suficiente consenso social.

En realidad ya en 1998, tras el impacto del caso de Ramón Sampederro, se había creado en el Senado una Comisión Especial de estudio sobre la eutanasia, dando lugar a unas 120 intervenciones de personas de diferentes países y religiones. Su resultado fue el de encargar una encuesta al CIS que determinara la opinión de los médicos sobre la eutanasia, publicada finalmente en el año 2002. Entretanto diversos partidos políticos,

fundamentalmente de izquierdas, presentaron al Congreso algunas propuestas para despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido. La última ha sido la *Proposición de Ley 122/000051 sobre la disponibilidad de la propia vida (Orgánica)* presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana –Izquierda Unida– Iniciativa per Catalunya Verds el 22 de abril de 2008. Hasta el momento ninguna de ellas ha tenido éxito.

¿Significa esto que el debate está cerrado? Hay quien dijo que si el siglo XX había sido el del aborto, el XXI sería el de la eutanasia en España. En mi opinión el debate en este momento está entre paréntesis, especialmente debido a la urgencia de otros problemas en los que está sumergido el país. Pero esto no significa que ya no exista. Los movimientos de presión no han dejado de reivindicar sus propuestas y seguramente lo seguirán haciendo en el futuro, aunque tengan que pasar algunos años. Además, como ya ha ocurrido, no dejarán de aparecer casos mediáticos especialmente oportunos para conmover a la sociedad y utilizarlos para la consecución de los objetivos deseados. Ahora bien, me parece muy oportuno recordar lo que Daniel Callahan dijo hace ya varios años: “una vez que una sociedad permite que una persona quite la vida a otra, basándose en sus mutuos criterios privados de lo que es una vida digna, no puede existir una forma segura para contener el virus mortal así introducido. Irá a donde quiera” (1991, 16). Por ello, lo que sí me parece deseable es que se avance todo lo posible para conseguir mejorar la situación de las personas en situación de vulnerabilidad, especialmente en la fase final de su vida.

## 5

### El final de la vida desde la perspectiva teológica

#### 1. Introducción

La muerte es un hecho universal que afecta a todos los seres vivos. Ninguno puede escapar de las garras de su inevitabilidad. Se trata del desenlace final de todo aquello que tiene un comienzo, el hecho indiscutible de su propia condición. Pero, paradójicamente, siendo la muerte la característica radical de igualdad entre los seres, sin embargo es lo que a más distancia pone a unos de otros, una de sus principales señales de diferenciación, especialmente en el caso del ser humano. De hecho, es él el único que puede “realmente” vivirla por ser el único que puede ser absolutamente consciente de ella y decidir la manera de afrontarla. Paul-Louis Landsberg escribía que “no sólo poseo la evidencia de que hay que morir *una vez*, es decir, una vez alcanzado ese punto límite de la muerte natural, sino que poseo también la evidencia de que estoy inmediatamente ante la posibilidad real de la muerte, en cada instante de mi vida, *hoy y siempre*” (1995, 27). En ese sentido la muerte para el ser humano ya no es sólo un hecho, sino también un acontecimiento revestido de sentido, es la presencia ausente que envuelve cada instante de la vida. El teólogo alemán Karl Rahner llegó a decir que “el animal muere menos ‘mortalmente’ que nosotros”, precisamente porque ya en nuestra vida nos hacemos de algún modo inmortales y “es tan mortal para nosotros el morir y la apariencia de ocaso que allí amenaza y que nunca puede penetrarse” (1998, 503). La muerte es uno de los grandes interrogantes lanzados a la vida humana, el mayor de los misterios ante el cual los seres humanos se confrontan directamente con el mal y la finitud. Desconcierta siempre por sus paradojas y contradicciones, pues siendo lo más natural no deja de ser lo más violento, y siendo lo más obvio se convierte en lo más incomprensible. El Concilio Vaticano II, en su constitución *Gaudium et spes* decía que “el enigma de la condición humana alcanza su vértice en presencia de la muerte” (GS 18).

Pero además de ser un hecho en último término incomprensible, la muerte y el proceso de morir se interpreta y se vive de diferente manera dependiendo de la perspectiva desde la cual se afronte. En este sentido la teología no sólo ha proporcionado siempre una determinada manera de comprender la muerte, sino también unos presupuestos que permiten vivir el proceso final de la vida de una forma peculiar, lo cual no implica que tenga en todos los casos que ser única y distinta con respecto a otras perspectivas particulares. En cualquier caso, y al igual que ocurre en gran parte de situaciones de vulnerabilidad y sufrimiento, las religiones y sus diferentes concreciones históricas siempre han sido elementos fundamentales en las proximidades de la muerte y todo lo que ella conlleva para la vida tanto de quien se va a morir como de aquellas

personas más o menos cercanas al propio moribundo. Dicho de otra manera: la perspectiva religiosa ofrece siempre una manera precisa de afrontar la muerte y el proceso mismo del morir.

Evidentemente, y a pesar del interés que puedan suscitar otras comprensiones del ser humano y la vida, nos centraremos en este lugar en la aportación de la teología cristiana y católica a las problemáticas que rodean el final de la vida humana. Con todo, las similitudes entre las religiones en esta temática son mayores que sus discrepancias, con lo cual, a pesar de sustentarse en presupuestos diferentes, muchas de las consecuencias concretas podrían ser incluso perfectamente extensibles de unas a otras, algo que facilita nuestro propósito.

## **2. La diferencia teológica y cristiana en el final de la vida**

La muerte ha ocupado un lugar muy importante en el conjunto de la teología cristiana. Es el “último enemigo” de nuestro decurso vital que sólo Dios puede vencer (1Cor 15, 26). Karl Rahner llegó a decir que “el cristianismo es la religión que conoce la muerte de un hombre como el suceso más fundamental de la historia de la salvación y de la historia universal” (1973, 818ss). Precisamente ahí se encuentra su carácter esencialmente paradójico, dado que siendo el símbolo más evidente de la finitud de nuestra condición, es sin embargo el tránsito a una vida más allá de los límites impuestos por la existencia mundana. Sólo a través de ella existe algo verdaderamente definitivo.

En ese sentido, la teología cristiana supera la naturalización que el positivismo cientifista ha hecho de la muerte al interpretarla como la simple disolución en los procesos naturales o en la corriente de la vida universal. Por el contrario, la teología ha considerado la muerte como el lugar a través del cual la vida adquiere todo su sentido, a pesar de revestir un carácter ciertamente oculto en su mayor parte. La muerte no es una mera disolución, sino auténtica consumación de la vida.

Ahora bien, como ya dijimos, no nos preocupa en este lugar tanto la muerte y su comprensión, cuanto el proceso de morir y los múltiples problemas que dicho proceso encierra. Pero aun así hay que tener presente que todas las afirmaciones que sobre ello se puedan hacer sólo tienen sentido desde los presupuestos teológicos que las sustentan, algo absolutamente necesario para una correcta interpretación de los textos magisteriales sobre estas materias, y en donde cobran una especial relevancia los conceptos de creación, revelación y salvación/resurrección, que vertebran de algún modo las consecuencias que se puedan extraer para una toma de postura sobre el final de la vida y nuestra responsabilidad hacia ella. La vida es creación de Dios, está sustentada por Él, y es Él mismo el único que puede salvarla. Es un don que, en último término, sólo a Dios pertenece. Sobre tales afirmaciones se ha elaborado a lo largo del tiempo la postura de la Iglesia ante las problemáticas del final de la vida.

En el fondo eso es lo que queda reflejado y sintetizado en el número 2258 del *Catecismo de la Iglesia Católica* de 1992 al tratar del quinto Mandamiento: “*la vida humana ha de ser tenida como sagrada*, porque desde su inicio es fruto de la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único

fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente”. Incluso un poco más adelante, en el número 2280 y hablando del suicidio, se afirma que “cada cual es responsable de su vida delante de Dios que se la ha dado. Él sigue siendo su soberano Dueño. Nosotros estamos obligados a recibirla con gratitud y a conservarla para su honor y para la salvación de nuestras almas. Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No disponemos de ella”. En realidad, aunque se trate de textos recientes, vienen a recoger lo esencial de la posición cristiana ante la vida humana a lo largo de la historia, a pesar de las dificultades surgidas en algunas ocasiones a raíz de las posibles situaciones de conflicto. De hecho siempre se han buscado salidas a esas posibles situaciones que podrían surgir en el transcurso de la vida. Incluso el precepto de “no matar” se entendió como “no matar deliberadamente” o “no matar al inocente”, lo que ya introduce un matiz importante en el deber de respetar la vida siempre. Algo similar ha ocurrido también con la introducción de los criterios de la guerra justa, la distinción que enseguida veremos entre medios ordinarios y extraordinarios, o el recurso al conocido como “principio del doble efecto”. Con todo, se puede decir que las discrepancias siempre han sido minoritarias y que, en cualquier caso, la comprensión teológica de la vida humana en cuanto creada por Dios, dependiente de su Creador y llamada a la comunión con Él, constituye la base de las afirmaciones acerca del *valor fundante* de la vida y el deber que el ser humano tiene de respetarla siempre.

Es desde aquí desde donde cabe entender, por un lado, la sacralidad de la vida humana tantas veces afirmada y, por el otro, la obligación de la conservación de la vida presente en la tradición cristiana, dado que, en último término, la vida es un don de Dios que tan sólo a Él pertenece. No extraña, por ello, no sólo la cristianización del precepto del “no matar”, sino incluso el rechazo prácticamente unánime de todo aquello que atentara de alguna forma contra la vida, sea cual fuere su estado de desarrollo y aún con leves variantes en la interpretación del quinto mandamiento según las distintas escuelas teológicas. El principio general ha sido la inviolabilidad de la vida humana, dado que tan sólo Dios es el único Señor de la vida y de la muerte. Tal principio ha sido aplicado también a las decisiones al final de la vida, momento en el que el cristianismo siempre ha tenido además un papel destacado por su asistencia espiritual y por la atención prestada a los enfermos y moribundos.

### **3. La respuesta teológica en la historia**

#### *3.1. El mensaje de Jesús y los problemas de su inculturación*

Como acabamos de señalar, sobre la base de la fe en la creación (la vida como don de Dios), revelación (Dios manifestándose y sustentando la vida) y resurrección (la muerte no tiene la última palabra), la teología cristiana ha ido elaborando unas consecuencias prácticas que conformaron una determinada toma de postura ante situaciones especialmente conflictivas a la hora de vivir la muerte y lo que a ella rodea. También hay que decir que la esperanza, como no podía ser de otra manera, condiciona la forma de actuar ante situaciones delicadas en el transcurso de la vida, tanto en su origen como en

su final. Merece la pena señalar brevemente algunos elementos claves de la historia del cristianismo en esta materia.

Lo primero que hay que decir es que el cristianismo nació en un momento preciso y en un contexto determinado en el cual comenzó su difusión no sin dificultades. Fue preciso un duro proceso de inculturación que se ha ido repitiendo a lo largo de los siglos (Gafo, 1990, 113ss). Dicha inculturación constituye un proceso complejo cuyo intento es el de verter críticamente el mensaje religioso en medio de una cultura ajena o profana con el objetivo, en este caso, de evangelizarla o convertirla a una cosmovisión cristiana. Esto es lo que intentó el cristianismo nacido de la persona de Jesús de Nazaret, pero lo hizo de una forma peculiar que conviene tener en cuenta, porque, al menos en las cuestiones morales, no pretendió abolir o eliminar ni suplantar valores positivos existentes y que, por tanto, parecían buenos para el ser humano y con ello también para el proyecto de Dios sobre él. Antes bien, lo que el primer cristianismo realizó fue un análisis crítico de ciertas posturas y actitudes para determinar en qué medida se podían ajustar o no a la voluntad de Dios, reinterpretando cristianamente aquello que podía ser considerado como bueno y cuestionando o combatiendo todo lo que podría resultar un impedimento para la realización humana y la justicia. En realidad esto se hizo siempre, y para ello basta pensar en un precepto de tanta importancia como el de “no matar”, que aparece sin duda como un mandato de Yahvé en el Sinaí, pero que sin embargo estaba presente ya en otras religiones, bajo el nombre de otros dioses, y también en culturas diferentes. Es un precepto común, universal, moral, más allá de las motivaciones o presupuestos en los cuales se sustente y que también el cristianismo asumió como algo que refleja la voluntad de Dios. Esto no significa negar el innegable papel que las religiones y especialmente el cristianismo ha tenido en el descubrimiento de valores fundamentales para la humanidad.

Sin duda alguna uno de los movimientos más importantes con el que el cristianismo se tuvo que confrontar desde sus primeros momentos fue el estoicismo, con el cual forjó una estrecha relación en muchos aspectos. Su diálogo con él refleja tanto la aceptación de algunas de sus propuestas como también la distancia crítica o frontal ante muchas de sus afirmaciones, y por eso constituye una muestra clara de inculturación crítica. Aun así el estoicismo fue un movimiento complejo que, en general, se ha entendido bastante bien con el cristianismo. Es ya dato conocido, por ejemplo, que Pablo de Tarso, en sus exhortaciones morales a los cristianos, reproduce fragmentos literales de las llamadas “tablas estoicas”, que son una especie de códigos de buena conducta a seguir para llevar una vida moralmente buena. Evidentemente tanto san Pablo como el cristianismo primitivo no asumieron tales códigos por ser estoicos, sino porque consideraron que se trataba de una recopilación de virtudes y normas morales que podían hacer mejores a las personas y, con ello, como algo querido por Dios. Lo mismo ha ocurrido con la ética sexual o con la asunción de un concepto tan clave de la moral fundamental cristiana como es el de “ley natural”. Del mismo modo también se han rechazado siempre elementos que podrían parecer incompatibles con una comprensión cristiana de la vida.

En cualquier caso este proceso de inculturación afectó muy directamente a toda la

moral cristiana, algo que sucede también en los problemas referentes al final de la vida humana. Es cierto que el concepto de eutanasia como tal es ajeno al mundo bíblico, aunque aparezca una vez en la traducción de los LXX en referencia a la muerte de Eleazar. Pero, a pesar de ello, la Escritura nos aporta suficientes elementos para la configuración de un *ethos* general sobre el valor de la vida humana que tiene incidencia en muchas de las problemáticas actuales, incluso en la cuestión concreta de la eutanasia, a pesar de las dificultades de su concreción en las situaciones particulares. Ahora bien, siendo la eutanasia algo ajeno al universo bíblico, no lo era tanto con respecto al medio cultural en el que ese universo se fue haciendo presente cada vez con mayor intensidad. De hecho, algunas de las culturas en las cuales el cristianismo realizó su primer intento de inculturación aceptaban o toleraban prácticas relacionadas con el significado actual que hoy damos a la eutanasia, es decir, que aceptaban la posibilidad de terminar directamente con la vida de algunas personas por diferentes motivos, por deformidades, por incurabilidad, para evitar sufrimientos inútiles, etc. Tal era la postura de algunos movimientos procedentes ya del mundo griego e incluso del propio estoicismo. Basta recordar que muchos de los autores estoicos llegan a considerar el suicidio una alternativa heroica contra una existencia gravosa y sin sentido. Séneca es, sin duda, uno de los representantes más claros: “el sabio se separará de la vida por motivos bien fundados: para salvar a la patria o a los amigos, pero igualmente cuando está agobiado por dolores demasiado crueles, en caso de mutilaciones o de una enfermedad incurable”. Y continúa: “no se dará muerte si se trata de una enfermedad que puede ser curada y no daña el alma; no se matará por los dolores, sino cuando el dolor impida todo aquello por lo que se vive [...]; prefiero matarme a ver cómo se pierden las fuerzas y cómo se está muerto en vida”.

Sin embargo, en este punto concreto volvemos a encontrar un claro ejemplo de inculturación crítica, en donde el cristianismo se distancia enormemente de algunas afirmaciones y posturas mantenidas por autores estoicos. Se trata de algo debido simplemente a que el cristianismo ha considerado siempre el matar como algo incompatible con sus presupuestos fundamentales derivados de la comprensión bíblica del ser humano y la vida. Dicho brevemente: toda vida es creada por Dios y, por tanto, sólo a Dios pertenece; el ser humano es su administrador, pero únicamente Dios puede disponer de ella absolutamente. De esta manera, el precepto de no matar, unido además al valor otorgado a la asunción del sufrimiento como forma de identificación con el de Jesús en la cruz, se convertiría en fundamental para la moral cristiana a lo largo de su historia, que no hizo sino aplicarlo a todas las situaciones tanto del origen como del final de la vida humana. El cristianismo se opone así frontalmente a la práctica de la eutanasia entendida como terminación deliberada de la vida. En cambio, propone un enorme respeto hacia los más vulnerables, hacia los ancianos y desvalidos, y una actitud de solidaridad hacia aquellos que están sufriendo, hasta el punto de que el enfermo es considerado como una persona cuya atención debe ser privilegiada: “todo lo que hicisteis a uno de estos mis hermanos más pequeños, me lo hicisteis a mí” (Mt 25, 40).

De hecho, aunque en muchos lugares del judaísmo se marginaba a los leprosos, nunca

se planteaba la posibilidad de su eliminación. Era una práctica radicalmente incompatible también con el mensaje de Jesús, algo reflejado tanto en su propia vida como en la actitud de sus primeros seguidores. Lactancio llegará a decir que los enfermos “son inútiles para los hombres, pero son útiles para Dios que les conserva la vida, que les da el Espíritu y les concede la salud”. Esto es lo que se ha mantenido en toda la tradición cristiana, de la que no se puede obviar la gran labor asistencial realizada por numerosas personas e instituciones con enfermos y moribundos. Al mismo tiempo, también se ha sostenido que la vida no es un valor absoluto, sino dependiente en último término de Dios. De ahí el gran valor del martirio y de la aceptación pacífica de un destino que acaba por ser implacable.

### 3.2. *La distinción entre medios ordinarios y extraordinarios*

La vida ha sido considerada a lo largo de la tradición cristiana un bien esencial que es necesario proteger y conservar. Tal ha sido el principio general que ha regido las diferentes problemáticas que a lo largo del tiempo podían surgir. Por ello, y a pesar de ligeras discrepancias, no es de extrañar el rechazo prácticamente unánime que se produjo de prácticas como el aborto, el suicidio o cualquier otra acción destinada a terminar de forma directa con la vida de un ser humano inocente. Al mismo tiempo, la legitimación que se ha hecho de la pena de muerte, la guerra justa o la legítima defensa, ponen también en evidencia que siendo un valor esencial y fundante, la vida no es sin embargo un valor absoluto, de manera que en determinados casos podría ceder ante otro valor por criterios de fe o de justicia.

En la problemática concreta del final de la vida humana también ha sido unánime el principio general de conservación de la vida. De hecho, retomando una larga tradición, Tomás de Aquino añade al argumento religioso (la vida pertenece a Dios) otros dos argumentos: la vida es un bien social para la comunidad y existe un deber natural de autoconservación. En este sentido, el recurso a ciertos principios como el de totalidad o el del doble efecto en nada cuestionaban la validez permanente del principio general, dado que tanto la intención como incluso la práctica misma no buscaban una eliminación directa del ser humano inocente.

La situación empezó a complicarse ya especialmente a partir del siglo XVI, un momento en el cual el panorama del final de la vida empieza a ser cada vez más confuso y complejo debido a las nuevas posibilidades de actuar sobre el cuerpo humano y a la paulatina mejora de los métodos de anestesia. Ciertamente los problemas no eran del todo nuevos, pero sí la dimensión de lo que estos planteaban.

En este sentido hay que notar que ya el propio Tomás de Aquino, en la *Suma Teológica*, y partiendo del presupuesto básico de la obligación de preservar la vida (*Sth.*, c. 64, a. 5), llega a decir lo siguiente: “es innato y natural en cada hombre amar la propia vida y lo que a ella se ordena, pero de un *modo debido*, es decir, no amándolo como fin, sino como medio de que nos servimos para el fin último” (*STh.*, c. 126, a. 1). Es un texto en el que Tomás de Aquino parece que relativiza ese deber moral de conservar la vida a toda costa, dado que es un medio del que nos servimos para el fin último. En realidad, lo

que viene a decir es que la vida constituye un valor fundamental pero no un valor absoluto, de forma que hay que aferrarse a ella pero de un “modo debido” (*debito modo*), es decir, sabiendo que hay valores superiores que pueden primar en determinado momento en la búsqueda del fin último, como puede ser la justicia o el amor a Dios, la bienaventuranza. La dificultad estriba, por tanto, en determinar cuáles son los elementos que sobrepasan o no ese “debido modo” en la conservación de la vida, cosa que el Aquinate no precisó a lo largo de su obra, aunque tampoco resulta sencillo aplicarlo a la cuestión que estamos tratando.

Por ello, se puede decir que serían los autores vinculados a la Escuela de Salamanca quienes trataron de precisar las situaciones en las cuáles la persona debe preservar la vida y en cuáles esa obligación pueda cesar, sobre todo debido a la aparición de “medicamentos” y prácticas quirúrgicas que permiten realizar amputaciones para alargar la vida y a las discusiones en torno a la cuestión de la antropofagia practicada en algunas de las nuevas culturas conocidas (recordemos que en 1492 Cristóbal Colón llega a América). Asimismo, no hay que olvidar la influencia también de los nuevos avances en medicina debido a la publicación de obras como *De humani corporis fabrica* de Vesalius en 1542 sobre anatomía, los avances de Harvey con su teoría de la circulación, o la descripción de las enfermedades de Sydenham en sus *Observationes medicae* (1676). Es a este respecto por lo que se va introduciendo la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios –que no todos utilizan sino que se va incorporando a partir del siglo XVI de la mano de autores como el dominico D. Báñez–, considerando normalmente los primeros obligatorios y los segundos moralmente opcionales.

Daniel A. Cronin, en su tesis doctoral titulada *The moral law in regard to the ordinary and extraordinary means of conserving life*, ha sintetizado los criterios que permiten a los autores vinculados a la escuela salmantina y posteriores distinguir unos medios de otros, criterios que irían a través de los siglos posteriores conformando la doctrina tradicional acerca del uso de los diversos medios.

### 3.2.1. *Criterios de los medios ordinarios*

De este modo, para que los medios fueran considerados como ordinarios y, por tanto, moralmente obligatorios, tenían que cumplir los siguientes criterios (Cronin, 1958, 98-126):

#### a) *Spes salutis*

(Esperanza de salud), es decir, que un medio es ordinario siempre y cuando ofrezca la esperanza de que se recobre la salud, de que el beneficio, por tanto, sea lo bastante significativo como para que merezca la pena utilizar el medio necesario. Dice Francisco de Vitoria: “respecto del que tuviera la certeza moral de recobrar la salud tomando una medicina o de morir no tomándola, no parece que se le pudiera excusar de pecado mortal si no la tomaba, puesto que al mismo farmacéutico o a otro se les condena a pecado si no la proporciona a su prójimo enfermo, como quiera que la medicina está de suyo ordenada por la naturaleza a la salud. *No siendo este caso, es apenas posible saber*

con certeza el pecado. De ahí que no se debe condenar a pecado mortal a los que decidieron no tomar medicinas” (*De la templanza*, 1). Nótese las dudas aún de Vitoria, que además se refiere aquí al empleo de medicinas exclusivamente, no a la ingesta de comida, cosa que considera, en referencia a la esperanza de curación, tan grave como matarse. No en vano, unas líneas antes del mismo pasaje dice que “no comer sería matarse, en tanto que no tomar la medicina sería sencillamente no oponerse a la muerte que amenaza por otro lado”. En la reelección *Del Homicidio* ya será más explícito diciendo que “el enfermo que no tiene esperanza de sanar, aunque hubiera alguna extraordinaria y costosa medicina que le alargara la vida algunas horas, y aun días, no tiene obligación de comprarla, sino que es suficiente que emplee los remedios ordinarios”. También suele mencionarse a este respecto el ejemplo utilizado por De Lugo en el que un hombre condenado a la hoguera se encuentra rodeado de llamas y tiene un cubo de agua con el que poder sofocar algunas pero no todas, de forma que alargaría un poco su vida aunque de todos modos acabaría quemado. La cuestión es: ¿estaría obligado a utilizar el agua para sofocar las llamas que pueda aun sabiendo que de todos modos moriría poco después? Y la respuesta de De Lugo es negativa, dado que el beneficio es mínimo y quizá no haga sino alargar aún más su dolor.

b) *Media communia*

(Medios comunes): se trata de aquellos medios que son usados habitualmente en situaciones similares. Es curioso el caso que emplea Vitoria en este sentido. Dice él que “nadie está obligado, para conservar su vida, a abandonar la patria porque el clima es frío o por otras causas semejantes aconsejadas por los médicos” (*Del homicidio*, 9), aun a sabiendas de que ello prolongaría su vida, ya que exceden la solicitud normal de la mayoría de las personas. De igual modo tampoco una persona, para alargar la vida, tiene que dejar de tomar alimentos u otras cosas que emplean la generalidad de las personas, como por ejemplo el vino: “no está obligado nadie a privarse del vino para vivir más” (ib., 13). Dice más adelante: “si alguno utiliza alimentos que emplea la generalidad y en cantidad suficiente para conservar la salud, aunque advierta que por esto se le acortará notablemente la vida, no peca” (ib., 14).

c) *Secundum proportionem status*

(Según la proporción del estado): se refiere a la obligación de usar aquellos medios que no sobrepasan el estado social, económico o de vida de una persona, es decir, aquellos que son proporcionales a su estatus y no le dejan en situaciones comprometidas. Por eso afirma Vitoria que “en caso de necesidad nadie está obligado a dar toda su fortuna para comprar una medicina” (ib., 11). Es también clásico el ejemplo del novicio utilizado por De Lugo. La pregunta que él se formula es la siguiente: si un novicio de una orden religiosa se pone enfermo y sabe que puede curarse si vuelve al “mundo” o con su familia porque dispondría de más medios, ¿está obligado a hacerlo?, ¿debería abandonar el monasterio y la vida religiosa para salvar su vida? Y la respuesta es que no, dado que, en ese momento, usaría los mismos medios que otra persona en ese mismo estado de

vida religiosa, es decir, que los medios comunes son en referencia al estado de vida del propio enfermo.

d) *Media non difficilia*

(Medios no difíciles): se refiere a la obligatoriedad del uso de aquellos medios que no conllevan demasiada dificultad física o psicológica al usarlos, es decir, que para que el medio sea ordinario puede causar alguna dificultad, pero no una dificultad extrema sino moderada, de forma que los conceptos de “dificultad” y “medios ordinarios” no resultan ser excluyentes. Vitoria dice que “si es tanto el decaimiento de ánimo y tan debilitada está la virtud apetitiva que no puede el enfermo tomar alimento sin grande trabajo y dolor, se considera que hay cierta imposibilidad y, por consiguiente, se excusa al menos de pecado mortal, sobre todo cuando hay poca o ninguna esperanza de curación” (*De la templanza*, 1008). Otros autores suelen usar más bien el ejemplo de la amputación, que normalmente consideran como extraordinaria debido al excesivo dolor que causa al enfermo. Hay que tener en cuenta que nos estamos refiriendo a una época en la cual no existían las modernas formas de anestesia.

e) *Media facilia*

(Medios fáciles): se trata simplemente del reverso de la moneda del criterio anterior y que no se refiere a la obligatoriedad de aquellos medios que simplemente no conllevan dolor alguno, sino a los medios cuyo uso es “razonable”, dado que cualquier medio para la recuperación de una persona puede comportar siempre alguna dificultad.

3.2.2. *Criterios de los medios extraordinarios*

Por otro lado, Cronin señala también los criterios que habría que tener en cuenta para que un medio fuera considerado como extraordinario y, por tanto, moralmente opcional, y que no vienen a ser sino complementarios de los anteriores. Se trata de los siguientes:

a) *Quaedam impossibilitas*

(Cierta imposibilidad): lo que viene a decir es que uno está siempre obligado a conservar su vida, pero las circunstancias pueden hacer que esa obligación cese en un momento determinado por diversas imposibilidades, sean físicas, psicológicas o incluso morales, de forma que el precepto positivo de la autoconservación prima *semper*, pero no *pro semper*, ya que nadie está obligado a lo imposible (*nemo ad impossibile tenetur*).

b) *Summus labor y Media nimis dura*

(Mucho esfuerzo y medios bastante duros): aunque por ley natural todos están obligados a conservar la vida, hay algunos medios que por su dificultad pueden acarrear cierta imposibilidad moral para ser usados, con lo cual estaría justificado prescindir de ellos. Uno de los ejemplos clásicos es el de realizar un largo viaje para buscar un lugar más saludable, cosa a la que nadie está obligado a hacer. Cronin cita también el ejemplo utilizado por Zalba que dice que un hombre no está obligado a una operación muy

peligrosa o a una convalecencia que le conlleve un gran gravamen.

c) *Quidam cruciatus e Ingens dolor*

(Muchos tormentos y enorme dolor): hay dolores que pueden ser relativamente fáciles de soportar debido al uso de determinados analgésicos. Sin embargo, en el período al que nos estamos refiriendo todavía la analgesia no estaba lo suficientemente desarrollada, con lo cual había ciertos dolores que podían causar una gran imposibilidad, de forma que aquellos medios que los provocasen podían ser considerados como extraordinarios. Es el caso frecuentemente citado de la amputación de un miembro, que, en la época pre-anestésica, causa tanto dolor que uno no está obligado a realizarla por salvar su vida.

d) *Sumptus extraordinarius, Media pretiosa y Media exquisita*

(Costo extraordinario, medios valiosos y medios exquisitos): se refiere al uso de aquellos medios que por ser demasiado costosos no se está obligado a utilizar. Se trata de un criterio frecuentemente utilizado por los diversos autores, de forma que no se está obligado a utilizar medios que puedan dejar al enfermo o a su familia en una situación económica demasiado complicada. Es el reverso del criterio de *secundum proportionem status*.

e) *Vehemens horror*

(Horror severo): es el último de los criterios a tener en cuenta para considerar a un medio como extraordinario y engloba dos elementos emotivos, el intenso miedo y la repugnancia. El miedo hace que el ser humano escape del peligro, y en ciertas ocasiones puede incluso bloquear su capacidad de decidir o hacer cosas. Así, pueden existir algunos procedimientos que provocan tanto miedo que constituyen realmente una imposibilidad moral de usarlos, de modo que pasarían a ser medios extraordinarios. Se trata, obviamente, de un miedo excesivo y bien fundado que de ninguna forma podría ser eliminado. Lo mismo ocurre con la utilización de algunos medios que pueden resultar repugnantes. Es el caso de las doncellas que no están dispuestas a someterse a tratamientos médicos de un doctor varón debido a su sentido del pudor, algo para ellas repugnante e insoportable, lo que también constituye una imposibilidad moral.

En definitiva, es necesario tener en cuenta el contexto en el cual fueron surgiendo los distintos criterios y ejemplos propuestos por los autores, dado que la situación ha cambiado notablemente debido a los avances técnicos y médicos que hacen inoperantes algunos de esos criterios en la actualidad, lo que no invalida la importancia del deber moral de conservar la vida en cuanto valor fundamental y fundante sin por ello no tener en cuenta las situaciones particulares en las cuales éste deber pueda ceder. Con todo, y aunque tales distinciones sean difícilmente aplicables a las complejas situaciones del mundo actual, sí contribuyen de algún modo a la configuración de una actitud global ante el uso y abuso de recursos a nuestro alcance.

El problema es que, como ya hemos dicho en varias ocasiones, los avances y cambios de los tres últimos siglos dibujaron un panorama totalmente nuevo con, por un lado, la

mejora de técnicas como la anestesia, el tratamiento del dolor o las posibilidades de prolongación de la vida y, por el otro, el surgimiento de una nueva sensibilidad caracterizada por la libertad y la autonomía de las personas, un panorama que situó a la Teología moral y a la Iglesia Católica ante realidades y problemas a los que no estaba acostumbrada y con los cuales se tuvo que enfrentar. Eso es lo que intentaron las distintas declaraciones magisteriales durante las últimas décadas, de las que merece la pena referirse a las más importantes para nuestra problemática.

#### **4. El Magisterio Pontificio de la Iglesia Católica ante el final de la vida**

##### *4.1. Las primeras tomas de postura oficiales*

En el recorrido por la toma de postura de la Iglesia Católica ante las problemáticas surgidas al final de la vida tiene un papel destacado la figura del Papa Pío XII, que de alguna forma pone ya los cimientos de la doctrina posterior acerca de estas cuestiones. De hecho, el 27 de diciembre de 1940 y bajo su Pontificado, el Santo Oficio publicaba un documento con una clara alusión al nazismo y a las teorías de las vidas carentes de valor vital, en donde se rechazaba matar directamente a personas con discapacidades. El texto dice así: “*Pregunta*: si es lícito, por orden de la autoridad pública, matar directamente a aquellos que, aunque no hayan cometido ningún delito merecedor de muerte, sin embargo, a causa de defectos físicos o psíquicos, ya no pueden ser útiles a la nación, y se considere más bien que le son una carga y un obstáculo para su vigor y su fuerza. *Respuesta (confirmada por el Sumo Pontífice el 2 de diciembre)*: No, porque esto es contrario al derecho natural y al derecho divino positivo” (DZH, 3790).

En realidad, la constante será un rechazo absoluto de la eutanasia activa directa en cualquier circunstancia, incluso cuando su finalidad sea el alivio del sufrimiento. De hecho, tal fue el principio general de todas las declaraciones del propio Pío XII con respecto a la eutanasia, como por ejemplo su Alocución dirigida a la Unión Italiana Médico-Biológica de San Lucas el 12 de noviembre de 1944: “Dios es el único Señor de la vida de un hombre no reo de delito punible con la pena de muerte... Nadie en el mundo, ninguna persona particular, ninguna potestad humana puede autorizar a la directa destrucción de ésta”.

Ahora bien, no se puede olvidar que Pío XII tuvo que afrontar también uno de los problemas que ya desde el siglo XIX tenía grandes implicaciones morales, como era la mejora y aplicación de la analgesia quirúrgica. De hecho, el Presidente del Comité organizador del IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología Piero Mazzoni, le hizo varias preguntas acerca de las implicaciones religiosas y morales de la analgesia y, por tanto, acerca del uso de los analgésicos para mitigar el dolor. En concreto las preguntas recogidas en el discurso que les dirigió Pío XII el 24 de febrero de 1957, eran las siguientes:

1. “¿Hay obligación moral general de rechazar la analgesia y aceptar el dolor físico por espíritu de fe?”
2. La privación de la conciencia y del uso de las facultades superiores, provocada por los narcóticos, ¿es compatible con el espíritu del Evangelio?
3. ¿Es lícito el empleo de narcóticos, si hay para ello una indicación clínica, en los moribundos o enfermos en

peligro de muerte? ¿Pueden ser utilizados, aunque la atenuación del dolor lleve consigo un probable acortamiento de la vida?”.

Aunque Pío XII va detallando su posición acerca del valor cristiano del sufrimiento y matizando al detalle su respuesta a cada una de las cuestiones –realizando además un recorrido por los principales avances de la analgesia–, la toma de postura general queda bien sintetizada en uno de los párrafos más importantes del propio discurso al responder a la segunda de las preguntas:

“Si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo alguno causal directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas (como sería el caso, si la supresión del dolor no se pudiese obtener sino mediante el acortamiento de la vida), y si, por lo contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte el alivio de los dolores y por otra la abreviación de la vida, entonces es lícita; aún habría que ver si entre esos dos efectos existe una proporción razonable y si las ventajas del uno compensan los inconvenientes del otro. Importa también, ante todo, preguntarse si el estado actual de la ciencia no permite obtener el mismo resultado empleando otros medios, y luego no traspasar en el uso del narcótico los límites de lo prácticamente necesario”.

La conclusión es que el uso de los analgésicos es lícito “si no hay otros medios y si, dadas las circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales”. El texto finaliza diciendo que “el heroísmo cristiano no obliga, al menos de manera general, a rechazar una narcosis, por otra parte justificada, ni aun al acercarse la muerte; todo depende de las circunstancias concretas. La resolución más perfecta y más heroica puede darse lo mismo admitiendo que rechazando la narcosis”. Es un texto, por tanto, en el que se acepta la clásica eutanasia activa indirecta basándose en el principio del doble efecto, es decir, la administración de sedantes para calmar el dolor aun sabiendo que ello acortará la vida.

Tal es la línea que sigue también poco después cuando el 24 de noviembre de 1957 contesta con un nuevo discurso –esta vez al Instituto Italiano de Genética Gregorio Méndel– a varias cuestiones relacionadas con la reanimación que le plantea Bruno Haid, el Jefe de la Sección de Anestesia de la Clínica Quirúrgica Universitaria de Innsbruck. La primera de estas cuestiones era la siguiente: “El anesthesiólogo, ¿tiene el derecho o incluso está obligado en todos los casos de inconsciencia profunda, hasta en aquellos completamente desesperados, a juicio de un médico competente, de utilizar los aparatos de respiración artificial, aun contra la voluntad de la familia?”. Para responder Pío XII recurre a la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios, con lo cual el uso de los primeros sería obligatorio. Ahora bien, “como estas formas de tratamiento –dice él– sobrepasan los medios ordinarios a los que se está obligado a recurrir, no se puede sostener que sea obligatorio emplearlos y, en consecuencia, dar la autorización del médico. [...] en cuanto al deber propio e independiente de la familia, no obliga habitualmente más que al empleo de medios ordinarios. [...] la interrupción de las tentativas de reanimación no es nunca más que indirectamente causa de la paralización de la vida y es preciso aplicar en este caso el principio del doble efecto”. Se trata en este caso de la aceptación de la clásica eutanasia pasiva.

La segunda de las cuestiones que se le planteaba era la siguiente: “¿puede el médico retirar el aparato respiratorio antes de que se produzca la paralización definitiva de la

circulación?”. Y la respuesta es, de nuevo, que sí lo puede hacer, aunque dice también que se debe mantener con vida al enfermo hasta que reciba la extremaunción.

Y, por último, la tercera de las cuestiones se refería a la determinación del momento en que se debe declarar a la persona como muerta tanto *de facto* como *de iure*, a lo que Pío XII responde que esa es una cuestión técnica y científica que no se puede extraer de ningún principio moral o religioso y, por tanto, no es competencia de la Iglesia el resolverla.

En cualquier caso lo que vemos es que Pío XII pone ya las bases de la que posteriormente será la doctrina de la Iglesia Católica sobre las problemáticas en torno al final de la vida, aunque sin duda alguna la variedad de situaciones surgidas y la mayor complejidad en las mismas exigirán nuevos matices y tomas de postura en algunos puntos específicos.

#### 4.2. Juan Pablo II: la Declaración *Iura et Bona* y una *Quaestio disputata*

Tanto el CVII como Pablo VI se oponen radicalmente a todo aquello que atente contra la vida humana, como es el caso concreto de la eutanasia o el suicidio, que el Concilio llega a calificar de “lacras que afectan a la civilización humana” (GS 27). De Pablo VI destaca su Carta del 25 de enero de 1978 –firmada por el Secretario de Estado el Cardenal Villot– al Congreso Mundial de la Federación Internacional de las Asociaciones Médicas Católicas celebrado en Bombay entre el 29 de enero y el 1 de febrero de 1978, y en la que recoge la doctrina de los medios ordinarios y extraordinarios. Ahora bien, además de las múltiples declaraciones aisladas, no hay duda de que el documento de referencia fundamental de la Iglesia Católica en el que se refleja su postura con respecto a los problemas del final de la vida humana es el publicado por la Congregación para la Doctrina de la Fe en los primeros años del Pontificado de Juan Pablo II y titulado *Declaración “Iura et Bona” sobre la eutanasia*, concretamente del 5 de mayo de 1980. Este es el documento que constituye la base fundamental de la postura católica hasta el momento presente, del que merece la pena rescatar sus aportaciones más importantes.

Ya al principio del documento se empieza haciendo una valoración general sobre el valor de la vida humana que “es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social”. Se trata de un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable, con lo cual “nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente”. Tanto el homicidio como incluso el suicidio son, por ello, inaceptables. A partir de esta premisa general el documento va sacando las consecuencias para los problemas planteados en el final de la vida humana, advirtiendo además de la ambigüedad que pueden presentar las peticiones de eutanasia, que “son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto”. Cabe anotar que en el apartado segundo la *Declaración* empieza definiendo la eutanasia como la “acción u 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”. Vemos, por tanto, que en la misma definición magisterial puede haber no sólo la eutanasia activa directa, sino incluso la eutanasia pasiva. Lo fundamental reside en la

intención. Por lo demás, la *Declaración* lo que hace es sistematizar de algún modo lo que ya desde Pío XII era la posición Católica en las distintas situaciones y que podemos sintetizar en varios puntos:

1. Se rechaza la posibilidad de la eutanasia activa directa, dado que, según lo ya dicho, “nada ni nadie puede autorizar la muerte de un enfermo inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante”; “nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros”.

2. Aunque se reconoce el valor salvífico del sufrimiento, “no sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado”, por lo cual se repite la aceptación de la posibilidad de utilizar analgésicos aunque acorten la vida, dado que la intención es calmar el dolor y no provocar la muerte. Se acepta, por tanto, la eutanasia activa indirecta o la ahora llamada “sedación terminal” en circunstancias muy específicas.

3. La terminología de medios ordinarios y extraordinarios –que “puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia”– se cambia por la de medios “proporcionados” y “desproporcionados”, dado que así se tiene más en cuenta la situación global del enfermo, sus circunstancias, y no sólo las medidas técnicas utilizadas. Así, basándose en esta nueva distinción se acepta que se puedan utilizar procedimientos que aún estén en fase experimental y tengan cierto riesgo, siempre y cuando el paciente dé su consentimiento, siendo “lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos”.

4. Basándose en la distinción anterior, en la *Declaración* se rechaza también la “obstinación terapéutica” advirtiendo “de un tecnicismo que corre el peligro de hacerse abusivo”. Por eso, “es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer” y que sean proporcionados al estado del paciente. Eso no equivale al suicidio, sino que no es más que aceptar algo tan esencial de la condición humana como es el hecho mismo de tener que morir. Por ello “es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia”, lo que no significa renunciar a prestar los cuidados normales debidos al enfermo.

En definitiva, la *Declaración “Iura et bona”*, rechazando frontalmente la eutanasia activa directa, deja abiertas otras posibilidades advirtiendo de la importancia que tiene la atención a los enfermos en la última fase de sus vidas, aunque también, sabiendo la dificultad de aplicación de los principios morales en los casos particulares, afirma que “tomar decisiones corresponderá en último análisis a la conciencia del enfermo o de las personas cualificadas para hablar en su nombre, o incluso de los médicos, a la luz de las obligaciones morales y de los distintos aspectos del caso”.

Hay que notar que este texto de la Congregación para la Doctrina de la Fe fue elaborado en un momento muy concreto, de manera que desde entonces han surgido aún nuevas problemáticas con las cuales el Magisterio más reciente se ha tenido que confrontar y que en esta *Declaración* no quedaban lo suficientemente clarificadas, con la

consiguiente confusión en la aplicación de la doctrina. Esto es lo que ha sucedido recientemente con respecto a la alimentación e hidratación artificiales. Dicho de otro modo, ¿hasta cuándo hay que alimentar e hidratar a un paciente en estado vegetativo? En referencia a esto y a raíz de algunos casos especialmente relevantes por su aparición en todos los medios de comunicación, la Conferencia Episcopal Estadounidense planteó dos cuestiones de gran interés a la Congregación para la Doctrina de la Fe, que respondería el 1 de agosto de 2007 en un documento titulado *Respuesta a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales*.

La primera de las cuestiones realizadas era la siguiente: “¿Es moralmente obligatorio suministrar alimento y agua (por vías naturales o artificiales) al paciente en ‘estado vegetativo’, a menos que estos alimentos no puedan ser asimilados por el cuerpo del paciente o no se le puedan suministrar sin causar una notable molestia física?” Y la respuesta es que sí, dado que para el Magisterio se trata de algo ordinario y proporcionado en el contexto actual para la conservación de la vida. Dicho de otro modo: no se puede dejar a una persona morir de inanición y deshidratación. Se trata de técnicas de cuidado, y no meramente terapéuticas.

Y la segunda cuestión decía lo siguiente: “Si la nutrición y la hidratación se suministran por vías artificiales a un paciente en ‘estado vegetativo permanente’, ¿pueden ser interrumpidos cuando los médicos competentes juzgan con certeza moral que el paciente jamás recuperará la consciencia?” Y la respuesta en este caso es que no, dado que un paciente en ese estado sigue siendo una persona con dignidad, a la cual se le deben tantos cuidados como a los demás.

Ahora bien, siendo éste el principio general, la respuesta de la Congregación romana va acompañada de un *Artículo de comentario* en el cual añade una precisión que reviste una importancia notable y que por ello merece la pena reproducir:

“Al afirmar que suministrar alimento y agua es, *en principio*, moralmente obligatorio, la Congregación para la Doctrina de la Fe no excluye que, en alguna región muy aislada o extremadamente pobre, la alimentación e hidratación artificiales puede que no sean físicamente posibles, entonces *ad impossibilia nemo tenetur*, aunque permanece la obligación de ofrecer los cuidados mínimos disponibles y de buscar, si es posible, los medios necesarios para un adecuado mantenimiento vital. Tampoco se excluye que, debido a complicaciones sobrevenidas, el paciente no pueda asimilar alimentos y líquidos, resultando totalmente inútil suministrárselos. Finalmente, no se descarta la posibilidad de que, en algún caso raro, la alimentación e hidratación artificiales puedan implicar para el paciente una carga excesiva o una notable molestia física vinculada, por ejemplo, a complicaciones en el uso del instrumental empleado.

Estos casos excepcionales nada quitan, sin embargo, al criterio ético general, según el cual la suministración de agua y alimento, incluso cuando hay que hacerlo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida y no un *tratamiento terapéutico*. Por lo tanto, hay que considerarlo *ordinario y proporcionado*, incluso cuando el ‘estado vegetativo’ se prolongue”.

Lo que viene a decir es que siendo obligatorio, los contextos precisos e incluso la situación del enfermo, pueden hacer que el principio general de alimentar e hidratar ceda, como podría suceder en los casos de enfermos terminales en situación de agonía que van a morir de forma inminente. Ahora bien, ello en nada cambia la valoración general con respecto a la eutanasia, que sigue siendo totalmente rechazada.

Con lo dicho queda ya reflejada la toma de postura de la Iglesia Católica, algo que

Juan Pablo II reafirmó en sus numerosas intervenciones, encíclicas y pronunciamientos. Cabe recordar que fue el Papa que probablemente más llamamientos públicos hizo para la defensa de la vida humana en todas sus fases y que además bajo su pontificado se publicó el *Catecismo de la Iglesia Católica* de 1992, en donde se realiza una síntesis de la doctrina precedente (concretamente en los nn. 2276-2283). Poco antes, el 9 de diciembre del 2000, la Academia Pontificia para la Vida había publicado un documento titulado *Respetar la dignidad del moribundo. Consideraciones éticas sobre la eutanasia* en el cual además de criticar la absolutez concedida a la autonomía de las decisiones, se refiere a las incapacidades que con frecuencia tenemos los “sanos” para cuidar a las personas que solicitan la eutanasia, de modo que no es de extrañar que “las posibles *peticiones de muerte* por parte de personas que sufren gravemente, como demuestran las encuestas realizadas entre los pacientes y los testimonios de clínicos cercanos a las situaciones de los moribundos, casi siempre constituyen la *manifestación extrema* de una apremiante solicitud del paciente que quiere recibir más atención y cercanía humana, además de cuidados adecuados, ambos elementos que actualmente a veces faltan en los hospitales”. Además es interesante señalar el análisis que Juan Pablo II hizo del valor salvífico del sufrimiento en la Carta Apostólica *Salvifici doloris* del 11 de febrero de 1984, algo de lo cual dio testimonio vital a lo largo de sus últimos momentos antes de morir.

Pero también son de gran interés las encíclicas *Veritatis splendor* de agosto de 1993 y *Evangelium vitae* de marzo de 1995. En esta última reafirma lo ya dicho sobre la eutanasia diciendo que “es una grave violación de la ley de Dios” (EV 65) e insertándola además entre aquellos elementos que contribuyen a la creación de una estructura de pecado como es la “cultura de la muerte” (EV 12): “Encontramos una trágica expresión de todo esto en la difusión de la *eutanasia*, encubierta y subrepticia, practicada abiertamente o incluso legalizada. Esta, más que por una presunta piedad ante el dolor del paciente, es justificada a veces por razones utilitarias, de cara a evitar gastos innecesarios demasiado costosos para la sociedad. Se propone así la eliminación de los recién nacidos malformados, de los minusválidos graves, de los impedidos, de los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes, y de los enfermos terminales” (EV 15). La valoración es tajante: “*confirmando que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios*, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal” (EV 65). Curiosamente añade algo que no deja de ser interesante y que muestra muy bien la vinculación de los criterios de muerte con la problemática de la donación de órganos: “No nos es lícito callar ante otras formas más engañosas, pero no menos graves o reales, de eutanasia. Estas podrían producirse cuando, por ejemplo, para aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante, se procede a la extracción de los órganos sin respetar los criterios objetivos y adecuados que certifican la muerte del donante” (EV 15).

Y en cuanto a *Veritatis splendor* lo que hace Juan Pablo II es introducir la eutanasia

entre los “actos intrínsecamente malos” junto al aborto o al homicidio, es decir, entre aquellos actos que son malos “siempre y por sí mismos por su objeto independientemente de las ulteriores intenciones de quien actúa y de las circunstancias” (VS 80). Con lo cual no existe ningún factor que pueda convertir en bueno un acto que en sí mismo es malo en virtud de su objeto.

#### 4.3. *Los textos de Benedicto XVI y Francisco*

Aunque Benedicto XVI no se ha pronunciado de manera extensa y monográfica acerca de las cuestiones referentes al final de la vida, a lo largo de su labor eclesial en los distintos cargos que ha desempeñado sí ha alertado en diversas ocasiones sobre los peligros del “cientifismo”, que de alguna manera repercute también en los problemas a los cuales nos estamos refiriendo. Tal mentalidad tiende a convertir al ser humano en un mero objeto del conocimiento experimental dejando a un lado dimensiones que también son fundamentales, al menos desde una visión cristiana de la realidad, y que hay que tener en cuenta para no dejarse llevar por un individualismo que desvirtúa la esencia misma de esa realidad humana, algo que se ve muy claro en el problema de la eutanasia. En realidad, Benedicto XVI sigue la línea de sus predecesores, aunque presta una especial atención a los problemas de la relación entre derecho y moral, sobre todo en los casos de la aprobación de lo que se consideran leyes injustas. Merece la pena indicar algunas de sus intervenciones.

Siendo aún Prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe, el 24 de noviembre de 2002, Joseph Ratzinger firmaba una *Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política* en la que afirmaba que “la conciencia cristiana bien formada no permite a nadie favorecer con el propio voto la realización de un programa político o la aprobación de una ley particular que contengan propuestas alternativas o contrarias a los contenidos fundamentales de la fe y la moral” (n. 4). De tal modo que al constituir las verdades de la fe una unidad inseparable –continúa diciendo un poco más adelante del mismo número– “cuando la acción política tiene que ver con principios morales que no admiten derogaciones, excepciones o compromiso alguno, es cuando el empeño de los católicos se hace más evidente y cargado de responsabilidad. Ante estas *exigencias éticas fundamentales e irrenunciables*, en efecto, los creyentes deben saber que está en juego la esencia del orden moral, que concierne al bien integral de la persona. Este es el caso de las leyes civiles en materia de *aborto y eutanasia* (que no hay que confundir con la renuncia al *ensañamiento terapéutico*, que es moralmente legítima), que deben tutelar el derecho primario a la vida desde de su concepción hasta su término natural”. Con lo cual queda claro que la CDF rechaza la posibilidad de que un católico preste su apoyo a una ley que vulnere el derecho básico a la vida como sería en el caso de la eutanasia.

En la misma línea, en el verano de 2004, enviaba una carta al Arzobispo de Washington Theodore McCarrick y al Presidente de la Conferencia Episcopal de Estados Unidos Wilton Gregory con el título *Worthiness to Receive Holy Communion. General Principles*, en la cual decía que “la Iglesia enseña que el aborto o la eutanasia son

pecados graves”, de modo que no está permitido a los cristianos colaborar o participar en una campaña de aprobación de unas leyes que son “intrínsecamente injustas”. Al mismo tiempo, Ratzinger recuerda que si bien en el tema de la pena de muerte o de la guerra caben discrepancias con el Papa, no así en estas cuestiones, siendo motivo suficiente para que le sea negada la comunión, dado que apoyando una campaña a favor del aborto o de la eutanasia “un católico sería culpable de cooperación formal al mal e indigno de presentarse a la Sagrada Comunión [...]”. Ahora bien, concluye diciendo que “cuando un católico no comparte la posición a favor del aborto o de la eutanasia de un candidato pero le vota por otras razones, se considera una cooperación material remota, que sólo puede ser permitida si se dan razones proporcionales”. Lo complicado será, en tal caso, determinar estas razones, que obviamente se entiende que serían para evitar males mayores o una mayor permisividad de la ley.

Ya como Papa, Benedicto XVI tiene una serie de discursos en los cuales sí hace referencia a las distintas problemáticas aunque sea de forma casi marginal y en la misma línea precedente. Así, en el discurso a los participantes en la XXII Conferencia Internacional del Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud el 17 de noviembre de 2007, y partiendo del presupuesto de que “la vida humana en cada una de sus fases es digna del máximo respeto”, afirma que lo es aún más en ciertos aspectos “cuando está marcada por la ancianidad y la enfermedad”, de modo que es el momento en el que se precisa aún un extremo cuidado y atención hacia el enfermo, siendo “justo que se recurra también, cuando sea necesario, a la utilización de cuidados paliativos que, aunque no pueden curar, permiten aliviar los dolores que se derivan de la enfermedad”, sin por ello incurrir en ningún tipo de eutanasia.

En otro discurso del 20 de octubre de 2008 al Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Cirugía, Benedicto XVI insiste en la necesidad de cumplir los que considera como tres objetivos fundamentales de la profesión médica y Quirúrgica: “curar a la persona enferma o al menos intentar influir de forma eficaz en la evolución de la enfermedad; aliviar los síntomas dolorosos que la acompañan, sobre todo cuando está en fase avanzada; y cuidar de la persona enferma en todas sus expectativas humanas”. Esto implica no abandonar al enfermo cuando los resultados son negativos, sino acompañarlo y procurar que viva lo que le reste con la máxima calidad de vida posible, pero siendo realistas incluso a la hora de elaborar un plan terapéutico: “un plan que puede llevar a intervenciones audaces para salvar la vida o a la decisión de contentarse con los medios ordinarios que ofrece la medicina”.

En realidad, aunque con frecuencia realizó referencias aisladas aunque rotundas contra la eutanasia (por ejemplo en *Caritas un veritate*, 28), merece la pena recoger, por último, un discurso del 7 de noviembre de 2008 –esta vez dirigido a los participantes en un Congreso Internacional sobre la Donación de Órganos organizado por la Academia Pontificia para la Vida– que resulta también de interés para este tema. En él, hablando del trasplante de órganos, Benedicto XVI señala que tan sólo es moralmente aceptable si no se pone en serio peligro la salud o la propia identidad y siempre que sea realice “por un motivo moralmente válido y proporcionado”, constituyendo así además una

demostración de generosidad y solidaridad. Ahora bien, para poder realizar una extracción de órganos ha de constatarse con seguridad la “muerte real” del “cadáver”, algo de gran interés debido a las posibles manipulaciones que podrían darse de los criterios de muerte para obtener órganos. El principio de nuevo es el rechazo de cualquier forma de eutanasia activa y directa.

Hasta el momento el papa Francisco no ha tenido pronunciamientos relevantes sobre la eutanasia, aunque sí se ha posicionado con claridad en varias intervenciones hacia la defensa de la vida en toda circunstancia concreta, especialmente de los más desfavorecidos, continuando así la línea de sus predecesores. Al mismo tiempo conviene recordar sus muchas manifestaciones contra la eutanasia durante los años que estuvo de Arzobispo en Buenos Aires.

## **5. La aportación de la Conferencia Episcopal Española**

Además de los documentos publicados por los diversos Pontífices y organismos vaticanos, también gran parte de los obispos de todo el mundo han ido elaborando textos que tratan algunas de las problemáticas que hacen referencia al final de la vida humana, constituyendo así un magisterio prácticamente inabarcable. Por nuestro contexto merece la pena que señalemos los más importantes elaborados por la Conferencia Episcopal Española y sus organismos concretos.

Así, el 15 de abril de 1986, la Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe publicaba la *Nota sobre la eutanasia* en la cual, tras señalar los distintos factores que intervienen en las discusiones actuales de la eutanasia, hacía una referencia a las dificultades que tiene nuestra cultura para asumir la muerte en cuanto hecho que pertenece a la propia condición humana. Desde aquí se rechaza la “obstinación terapéutica” dado que “el enfermo necesita muchas más cosas que la aplicación de terapias médicas sofisticadas”. Por ello se refiere de manera reiterada a la necesidad de acompañar a los enfermos en su fase final, pero nunca se puede aceptar la moralidad de una práctica eutanásica, que además, según el texto de la Comisión, puede dañar seriamente la imagen social del médico. Finalmente, desde una perspectiva puramente teológica y cristiana, el documento afirma la importancia de la vida humana en cuanto que es un don de Dios, aunque reconoce también –tomando como modelo al propio Jesús de Nazaret– que “siendo un valor fundamental, no es el valor absoluto y supremo”.

El segundo documento de interés es el publicado en octubre de 1992 por la Subcomisión Episcopal para la Familia y la Defensa de la Vida con el título *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, en el cual –en forma de preguntas y respuestas– se aplica la doctrina de la Iglesia a prácticamente todas las cuestiones que de algún modo tocan el final de la vida humana y se va dando respuesta incluso a las posibles concepciones divergentes en esta materia. En realidad, sin aportar nada novedoso, sí cabe destacar su carácter didáctico.

Más importante es el tercero de los documentos publicado por la Comisión Permanente de la CEE el 19 de febrero de 1998 y titulado *La eutanasia es inmoral y*

*antisocial*, un texto motivado por el debate público suscitado en España a raíz del caso de Ramón Sampederro. En él se rechaza con gran dureza el individualismo presente en las actitudes favorables a la eutanasia que llevan a decir que “mi vida es mía; nadie me puede decir lo que tengo que hacer con ella” (n. 7). Además de la importancia que se concede al hecho de las presiones que una posible legalización o despenalización de la eutanasia pueda ejercer sobre enfermos y ancianos, es de destacar también en este documento el punto referente a la resonancia o repercusión social que la eutanasia genera: “si ninguna propiedad (de bienes o de cosas) deja de tener una referencia social y transpersonal, menos aún la vida, que no es una propiedad cualquiera. Concebir la vida como un objeto de ‘uso y abuso’ por parte de su ‘propietario’ es llevar a un extremo casi ridículo el mezquino sentido burgués de la propiedad privada [...]” (n. 9). Por lo demás, el texto no es sino una nueva reafirmación de la doctrina católica en este punto.

Y el cuarto documento que merece la pena mencionar es la reciente *Declaración con motivo del “Proyecto de Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el Proceso Final de la Vida”* de la Comisión Permanente del 22 de junio de 2011, a raíz de la elaboración de dicho proyecto por el Partido Socialista que en ese momento estaba en el Gobierno. Es un texto interesante por su crítica de la mentalidad autonomista que se percibe tras el nuevo Proyecto y por sus advertencias ante la posibilidad de legalizar la eutanasia, aunque pueda ser de forma encubierta. Estas son las críticas más importantes que hace al Proyecto de Ley: “1) El Proyecto pretende dar expresión a un nuevo enfoque legal que supere un enfoque asistencialista y dé paso a otro basado en el reconocimiento de los derechos de la persona en el contexto de las nuevas situaciones creadas por los avances de la medicina. Pero no lo consigue. 2) No logra garantizar, como desea, la dignidad y los derechos de las personas en el proceso del final de su vida temporal, sino que deja puertas abiertas a la legalización de conductas eutanásicas, que lesionarían gravemente los derechos de la persona a que su dignidad y su vida sean respetadas. 3) El erróneo tratamiento del derecho fundamental de libertad religiosa supone un retroceso respecto de la legislación vigente. 4) Ni siquiera se alude al derecho a la objeción de conciencia, que debería reconocerse y garantizarse al personal sanitario. 5) La indefinición y la ambigüedad de los planteamientos lastran el Proyecto en su conjunto, de modo que, de ser aprobado, conduciría a una situación en la que los derechos de la persona en el campo del que se trata estarían peor tutelados que con la legislación actual” (n. 35).

Finalmente es de destacar el *Testamento Vital* –añadido también como Apéndice al documento anterior– que la CEE hizo público a través de la Comisión de Pastoral Sanitaria, un documento en el cual se expresan con claridad las actitudes del creyente en relación con el final de la vida y con su propia muerte. En realidad, constituye además una síntesis apretada de toda la doctrina católica en donde rechazando la eutanasia, se acepta que no se creen situaciones desproporcionadas o de “ensañamiento terapéutico” y que se utilicen los medios necesarios para paliar los sufrimientos si fuera necesario, repitiendo además que la vida es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Es un documento, a mi modo de ver, excelente y que luego habrá que

aplicar en las situaciones concretas, que suelen ser siempre mucho más complejas que cualquier teoría sobre ellas. Al lado de toda esta documentación no hay que olvidar tampoco todas las campañas que la CEE ha promovido en defensa de la vida y, en este caso, en contra de la eutanasia. La última lleva como lema “Toda una vida para ser vivida”.

### **Testamento vital de la CEE**

A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario:

Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe, pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados; que no se me aplique la eutanasia (ningún acto u omisión que por su naturaleza y en su intención me cause la muerte) y que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos.

Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana, también por medio de los sacramentos.

Suscribo esta declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Designo para velar por el cumplimiento de esta voluntad, cuando yo mismo no pueda hacerlo, a.....

Faculto a esta misma persona para que, en este supuesto, pueda tomar en mi nombre, las decisiones pertinentes. Para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Nombre y apellidos:

Firma:

Lugar y fecha:

## **6. La crítica del Magisterio de la Iglesia al argumento de la autonomía**

Aunque en el siguiente capítulo nos referiremos con más detenimiento a la autonomía como uno de los principales argumentos utilizados en los debates sobre el final de la vida, merece la pena referirse en este lugar a la crítica que el Magisterio de la Iglesia ha realizado a algunas de sus comprensiones y que están influyendo notablemente en la reivindicación del derecho a morir, especialmente en los casos de la eutanasia y del suicidio asistido.

Las consideraciones anteriores nos han permitido ver ya la convicción cristiana del valor de la vida humana en cuanto creada por Dios y, con ello, el deber que el ser humano tiene de respetarla siempre: “sólo Dios es el señor (dueño) de la vida y de la muerte”. Desde tal presupuesto se rechaza cualquier acción que conduzca de forma directa a la eliminación de un ser humano inocente, sea cual sea la fase de su desarrollo o la situación de su vida, pues la dignidad humana permanece inalterada.

Por ello no es de extrañar que en prácticamente todos los documentos de los distintos organismos se realice una crítica a los intentos que basándose en el reclamo de los derechos de las personas pretenden legalizar prácticas que atentan contra el derecho

básico a la vida, como es el caso de la eutanasia. De hecho ya la *Declaración “Iura et bona” sobre la eutanasia* empezaba diciendo que “los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. A este respecto, el Concilio Ecuménico Vaticano II ha reafirmado solemnemente la dignidad excelente de la persona humana y de modo particular su derecho a la vida. Por ello ha denunciado los crímenes contra la vida, como ‘homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado’”. En el fondo, la reivindicación del derecho a morir no es tan sólo el fruto del cambio global con respecto a la valoración social del dolor y la calidad de vida, sino que se debe también a algo quizá más importante como es la introducción de una mentalidad autonomista que considera la eutanasia como una expresión –cuando no la culminante– de la libertad individual.

En este sentido, y aunque las declaraciones magisteriales son abundantes, es probable que nadie se expresara con tanta rotundidad como Juan Pablo II en la ya mencionada encíclica *Evangelium vitae*, hasta el punto de que llega a hablar de una actitud prometeica del hombre “que, de este modo, se cree señor de la vida y de la muerte porque decide sobre ellas” (n. 15). Es importante notar que el Papa reconoce que el sufrimiento y otras circunstancias pueden atenuar la culpabilidad subjetiva de una acción eutanásica, pero recalca que el problema en realidad va más allá, dado que “está también en el plano cultural, social y político, donde presenta su aspecto más subversivo e inquietante en la tendencia, cada vez más frecuente, a interpretar estos delitos contra la vida como *legítimas expresiones de la libertad individual, que deben reconocerse y ser protegidas como verdaderos y propios derechos*” (n. 18). De esta manera se incurre en la contradicción de, por un lado, defender los derechos del ser humano cuando, por el otro, se niegan en la práctica al eliminar al propio sujeto. Es una libertad individualista que exaltando de modo absoluto al sujeto acaba por destruirse a sí misma. La consecuencia no es tan sólo ya la emancipación de la tradición, de la autoridad e incluso de la verdad objetiva común, sino la aparición de una autonomía absoluta negadora de valores esenciales de la vida social y de los otros seres humanos, dado que en realidad es también la libertad de los más fuertes contra los más débiles. La conclusión de Juan Pablo II es contundente:

“Entonces *todo es pactable, todo es negociable*: incluso el primero de los derechos fundamentales, el de la vida”. “Reivindicar el derecho al aborto, al infanticidio, a la eutanasia, y reconocerlo legalmente, significa atribuir a la libertad humana un *significado perverso e inicuo*: el de un *poder absoluto sobre los demás y contra los demás*. Pero ésta es la muerte de la verdadera libertad: ‘En verdad, en verdad os digo: todo el que comete pecado es un esclavo’ (Jn 8, 34)” (EV 20).

Como vemos la comprensión de una determinada idea de la autonomía reducida a la simple libertad para decidir, es un argumento que para el Magisterio de la Iglesia está en la matriz ideológica de la que denomina como “cultura de la muerte”. De hecho, ya con anterioridad la Academia Pontificia para la Vida en su documento *Respetar la dignidad del moribundo. Consideraciones éticas sobre la eutanasia* (9-12-2000) y refiriéndose expresamente a la legalización de la eutanasia en Holanda, afirmaba que al lado de la

convicción más o menos explícita de la insoportabilidad e inutilidad del dolor, el principal argumento para su justificación había sido “el *principio de autonomía* del sujeto, que tendría derecho a disponer, de manera absoluta, de su propia vida”. Con lo cual, de nuevo, el argumento de la autonomía en cuanto libertad de elección individual, se volvería otra vez contra sí mismo. Por ello continúa diciendo el documento que “la autonomía personal tiene como primer presupuesto el hecho de *estar vivos* y exige la responsabilidad del individuo, que es *libre para* hacer el bien según la verdad; sólo llegará a afirmarse a sí mismo, sin contradicciones, reconociendo (también en una perspectiva puramente racional) que ha recibido *como don* su vida, de la que, por consiguiente, no es ‘amo absoluto’; en definitiva, suprimir la vida significa destruir las raíces mismas de la libertad y de la autonomía de la persona”. En realidad la autodeterminación absoluta acaba por destruir la autonomía y al propio ser humano. Incluso Benedicto XVI, en su discurso del 20 de octubre de 2008 al Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Cirugía dijo que “es innegable que hay que respetar la autodeterminación del paciente, pero sin olvidar que la exaltación individualista de la autonomía acaba por llevar a una lectura no realista, y ciertamente empobrecida, de la realidad humana”.

Especialmente clara y contundente ha sido también en este sentido la posición manifestada por el Episcopado español en sus respectivos documentos, que en repetidas ocasiones se ha referido a la influencia de una determinada idea de la autonomía en la aceptación y petición de la eutanasia. Ahora bien, si ya en la *Nota sobre la Eutanasia* de 1986 incluía la absolutización de la libertad junto a la secularización y la crisis de valores como factores influyentes en la eutanasia y en el derecho a la disponibilidad de la propia vida (cf. n. 1), sus críticas más explícitas las encontramos en el texto de 1998 *La eutanasia es inmoral y antisocial* y en su reciente *Declaración con motivo del “Proyecto de Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el Proceso Final de su Vida”* de 2011.

En el primero de ellos señala que uno de los motivos de la aceptación de la eutanasia se debe al “extendido individualismo y de la consiguiente mala comprensión de la libertad como una mera capacidad de decidir cualquier cosa con tal de que el individuo la juzgue necesaria o conveniente. ‘Mi vida es mía: nadie puede decirme lo que tengo que hacer con ella’. ‘Tengo derecho a vivir, pero no se me puede obligar a vivir’” (n. 7). Bajo este derecho, a veces camuflado de “muerte digna” se reclama en realidad el derecho a matarse, lo que denota un egocentrismo mortal en donde los individuos se erigen “en falsos ‘dioses’ dispuestos a decidir sobre su vida y sobre la de los demás” (n. 7). A esto se une además, según el texto de la CEE, el argumento extendido de la *calidad de vida*, pero entendido como vida sin dolor e incluso como simple ocasión de disfrutar, de modo que el resultado serían justificaciones del siguiente tipo: “‘yo decido cuándo mi vida no merece ya la pena’ o ‘a nadie se le puede obligar a vivir una vida sin calidad’” (n. 8).

Y el segundo de los documentos, además de retomar el argumento ya mencionado de la “calidad de vida” en su reducción al bienestar o a criterios materiales y utilitaristas,

elabora una crítica radical de la concepción autonomista que está detrás de los intentos de legalización de la eutanasia, algo que aunque el referido Proyecto de Ley rechaza de forma declarada, acaba por aceptar en su desarrollo debido a la concepción absoluta que otorga a la autonomía de la persona (n. 21). Esto es lo que lleva –según el episcopado español– a reducir la autonomía a la “mera capacidad de realizar los propios deseos, [sin referencias al bien objetivo]” (n. 7), hasta el punto de que desde aquí el suicidio se convierte en un acto heroico y la eutanasia como un acto de la “elección del individuo sobre lo suyo” (n. 7).

En realidad lo que vemos es que detrás del reclamo del derecho a morir existe según el Magisterio una visión reduccionista de la autonomía moral humana reducida a la simple libertad de elección. De hecho, en múltiples ocasiones parece existir una contraposición entre la afirmación cristiana de la santidad de la vida y la defensa de la autonomía de las personas, algo que desembocaría en un conflicto de muy difícil cuando no imposible solución. En este sentido es interesante mencionar un texto del 2 de septiembre de 2004 que constituye una propuesta conjunta de la Iglesia Anglicana y la Conferencia Episcopal Católica de Inglaterra sobre *El problema de la eutanasia* y que dedica uno de sus apartados a esta cuestión. La propuesta se hace eco del conflicto que algunos ven entre la afirmación del carácter especial que los cristianos otorgan a la vida concedida por Dios y el derecho que el ser humano tiene a determinar su muerte, afirmando que se trata de un contraste que es objeto de una presentación falsa, dado que ninguna de las dos iglesias defiende el mantenimiento de la vida a toda costa durante el máximo tiempo posible (n. 11). Ahora bien, el documento recalca que el derecho a la autonomía personal no puede ser considerado de forma absoluta y que debe ser limitado, “de forma que los seres humanos puedan vivir juntos en una armonía razonable” (n. 12), es decir, que la autonomía personal es un derecho siempre y cuando presuponga otros valores morales como es el del respeto por la vida humana.

Estos y otros textos manifiestan la preocupación que el Magisterio de la Iglesia tiene por el uso del argumento de la autonomía en las decisiones sobre el final de la vida, sobre todo cuando la libertad para decidir se pone como contraargumento de la santidad de la vida y su pertenencia última a Dios. En el fondo, lo que se produce es una distorsión del sentido de la autonomía moral humana al situar la libertad para decidir sobre la vida en un nivel por encima del propio sujeto a que esa libertad hace referencia. Con ello el Magisterio no dice que no haya razones para desear poner fin a la propia vida ni que a veces tales razones no sean importantes. Lo que sí sostiene es que la defensa y el derecho a la autonomía no constituye una de ellas, dado que es en realidad el presupuesto de cualquier otro tipo de derecho.

## **7. Conclusión**

Hemos visto a lo largo de este capítulo las aportaciones más importantes del magisterio católico a las problemáticas del final de la vida. Con todo, se puede decir que prácticamente todas las grandes religiones e incluso las distintas iglesias cristianas se sitúan en la misma línea, a pesar de ligeras variantes que también se pueden encontrar,

especialmente en las cuestiones más fronterizas (cf. Torre, 2011). A pesar de ello sí existe un rechazo generalizado de la eutanasia y una revalorización del sufrimiento y de su carácter salvífico. Lo que resulta indudable es que para la gran mayoría de las religiones la vida es considerada un bien esencial que es preciso cuidar en todas sus fases, especialmente en aquellos momentos de mayor debilidad y vulnerabilidad. La vida es un valor fundante que reviste el carácter de sagrada por ser fruto de la acción creadora de Dios y llamada a la comunión definitiva con Él. Pero al mismo tiempo no es un valor absoluto, dado que depende en último término de Aquel que la sustenta y le da su sentido pleno.

Desde esos presupuestos el Magisterio eclesial ha ido dando respuesta a los diferentes problemas que han ido surgiendo en el final de la vida, con la preocupación de que la dignidad de cada ser humano quedara salvaguardada siempre, incluso en situaciones extremas en las cuales necesita una mayor protección. Se trata, por tanto, de una postura moral, equilibrada, que tiene como punto central de referencia al propio ser humano más allá de las posibles limitaciones que la enfermedad le pueda imponer. En este sentido merece la pena recalcar que las distintas valoraciones realizadas van siempre dirigidas a prácticas y acciones concretas, no a las personas que en situaciones vertebradas por el dolor las realizan. De hecho, el bioeticista católico Javier Gafo, en respuesta a una pregunta que le realizaron sobre si el Dios en quien él creía acogería en su seno a Ramón Sampredo, contestó que confiaba en que sí, a pesar de que consideraba que se había equivocado en su decisión, sencillamente porque el amor de Dios es más grande que todos nuestros errores, sobre todo en situaciones difíciles de comprender del todo. En su coloquio *sobre la vida* con el profesor Ignazio Marino publicado por el semanario *L'espresso* el 21 de abril de 2006, el Cardenal Carlo María Martini decía lo siguiente: “nunca puede ser aprobada la acción de alguien que induce la muerte de otro, especialmente si es un médico, cuyo objetivo es la vida del enfermo, no la muerte. Pero tampoco yo quisiera condenar a esas personas que llevan a cabo tal acción a petición de una persona impedida hasta ese extremo y guiadas por un puro sentimiento del altruismo, ni a quienes en condiciones desastrosas, físicas y psicológicas, piden esto para sí mismos”. Si bien las acciones humanas son frecuentemente difíciles de valorar o juzgar en contextos de normalidad, más lo son todavía al ser realizadas en situaciones específicas de vulnerabilidad, cosa que ocurre especialmente al tratar el final de la vida humana. Las palabras de Martini condensan magistralmente las grandes dificultades que generan la enfermedad y el dolor así como la enorme complejidad a la hora de elaborar juicios de valor sobre conductas vertebradas por la fragilidad de la condición humana presente sobre todo en la fase final de nuestras propias vidas. Recientemente decía también Benedicto XVI en una de sus audiencias que “Dios perdona a los hombres incluso cuando se equivoquen de camino”. La obligación fundamental que tenemos es atender y cuidar a esas personas, haciendo que el final de la vida no pierda también su carácter como lugar de humanización.

Por último, hay algo importante a lo que también conviene hacer referencia, y es la manera que tenemos de hablar de Dios en relación con nuestras problemáticas concretas,

dado que frecuentemente es fuente de malentendidos o incluso de distorsiones de la imagen misma de Dios, algo que en la problemática de la eutanasia o del suicidio se percibe con suma claridad. La pregunta que está en el fondo es la siguiente: ¿qué queremos decir con la afirmación de que Dios es el único Señor de la vida y que el ser humano es un mero administrador? (cf. *Evangelium vitae* 39). Se trata de una cuestión importante para la moral y que, aunque aquí no podamos verlo, la remite ineludiblemente a sus propios presupuestos teológico-dogmáticos, dado que de las imágenes que se tengan de Dios y de su relación con la creación se derivan respuestas muy diferentes.

Me parece interesante en este sentido la crítica realizada por Eugen Drewermann a los argumentos que la Teología moral ha utilizado contra la presunta voluntariedad del acto suicida, también aplicables en la cuestión de la eutanasia. Dice él: “Ordinariamente se argumenta que sólo Dios es el dueño de la vida, el único con derecho a determinar la manera y el momento de la muerte. El hombre acata el derecho divino cuando se doblega humildemente a recibir la muerte de manos de su creador. Este argumento se emplea a menudo para estigmatizar el suicidio como un empecatado querer-ser-como-Dios” (1997, 126).

Tal argumentación resulta a juicio de Drewermann nada convincente cuanto menos por dos motivos fundamentales. Por un lado, porque su estructura lógica presenta la relación entre el hombre y Dios en términos voluntaristas y autoritarios y, por el otro, porque pretende explicar las causas de la muerte como el resultado de una disposición divina especial. Por ello su valoración final resulta de una enorme contundencia:

“Teológicamente es razonable considerar la vida humana como querida por Dios, de una manera general, desde el nacimiento hasta la muerte; pero se raya en el absurdo cuando se relacionan detalladamente las casualidades fácticas del origen de cada individuo con un designio positivo de la voluntad creadora de Dios. El que reconoce a Dios como su padre y creador, habla del fundamento existencial de su vida, no de las causas biológicas, que son de cabo a rabo contingentes. Y lo mismo ocurre con el hecho y las circunstancias del morir. Es sencillamente absurdo afirmar, con los ojos puestos en las causas externas de la muerte, que Dios ha llamado a sí a un hombre, salvo que se vuelva a una mundovisión donde el rayo, los terremotos, las inundaciones, el plutonismo o la pestilencia son juicios de Dios. No hay que engañarse: en el decurso de millones de años colisionan, en el universo, vías lácteas enteras con miles de millones de soles... ¿No puede ser un ‘error’ la vida de galaxias enteras? En el plano de los hechos exteriores, los hombres mueren tan azarosamente como nacen y la única voluntad directamente eficaz de su muerte tiene que ser la suya propia. El que admite estas premisas teológicas, o simplemente filosóficas, no pasará por alto los innumerables tipos de muerte que hay, completamente absurdos, crueles a juicio humano, indignantes, escandalosamente injustos, descalabrados, vergonzantes, y que son incompatibles con algún designio particular de un Dios bondadoso y sabio” (ib., 126-128).

A mi modo de ver la crítica de Drewermann contiene algunos elementos que no se pueden pasar fácilmente por alto. En primer lugar es importante no equiparar la idea de la autonomía moral con el concepto de autonomía referido a las causas del desarrollo del mundo en sus diferentes esferas. El propio Drewermann critica a la Teología moral la confusión de ámbitos a los cuales la autonomía se refiere. Ahora bien, cabe tener en cuenta que si la afirmación de que Dios es el único señor de la vida y el único con derecho a quitarla conlleva una comprensión autoritaria del mismo, igualmente la afirmación de la autonomía en cuanto derecho que el ser humano tiene de disponer de su

vida frente a Él tropezaría también con similar antropomorfismo, bien es cierto que ahora con una visión autoritaria no ya de Dios, sino del hombre frente a Él, es decir, al fin y al cabo se trataría de una relación de confrontación entre dos seres iguales. Y, en segundo lugar, me parece importante notar el acierto de Drewermann en su advertencia contra ciertas imágenes de Dios resultantes de su frecuente e inconsciente introducción en el sistema de causas intramundanas, algo que para la Teología moral puede resultar nefasto, sobre todo cuando la soberanía de Dios se lleva acríticamente hasta la deducción de normas morales concretas o se confronta con la libertad que el ser humano tiene para decidir en cuestiones fronterizas de su vida.

Ahora bien, hay que señalar que la crítica de Drewermann es demasiado genérica y tampoco responde con exactitud a la postura mantenida por la teología católica. A mi modo de ver se olvida de algo fundamental, y es el carácter analógico que tienen las afirmaciones que sobre Dios podemos hacer. Eso es lo que ocurre en la oración, en la especulación y, por supuesto, también en las determinaciones concretas que de la fe en Dios se derivan para la moral cristiana. Dios no es el rival del hombre, no es su enfrente categorial como decía Rahner, sino que es el ser y el hacia dónde de la libertad humana, es el presupuesto, el fondo y la raíz de toda nuestra vida, la meta hacia la cual toda ella está dirigida. Por ello, que Dios sea el único señor de la vida y su soberano absoluto no significa que el ser humano no tenga sobre sí el peso y la responsabilidad de hacerse cargo de ella, sino justamente todo lo contrario. Únicamente cuando las personas toman conciencia de que la vida es un don que se le encomienda adquieren también conciencia del deber que tienen hacia ella, de la responsabilidad que supone llevar a plenitud un regalo en cualquier caso inmerecido.

## 6.

# Enfermedad y sufrimiento humano en el final de la vida

## 1. Introducción

Hemos visto en los capítulos precedentes algunas de las problemáticas más importantes que se plantean en el final de la vida humana. Nuestro interés ha sido el de clarificar las situaciones y los conceptos con los cuales las designamos, algo esencial para poder realizar también valoraciones morales sobre cada una de ellas. De ahí que hayan sido unos capítulos eminentemente descriptivos.

Pero al mismo tiempo hemos adelantando ya en el capítulo precedente, al exponer la toma de postura del Magisterio de la Iglesia Católica, algunas indicaciones de tipo moral sobre las prácticas más significativas, con lo cual ya hemos establecido la orientación general de nuestra propia perspectiva. Aun así, no podemos finalizar este ensayo sin una profundización de carácter más constructivo y personal sobre el final de la vida humana y sobre las situaciones en las que muchas personas se encuentran en esa etapa tan decisiva de su recorrido mundano, especialmente cuando se trata de un último viaje vertebrado por grandes dosis de dolor, sufrimiento y vulnerabilidad, y en donde frecuentemente la teoría parece enfrentarse radicalmente con la dureza de la realidad. En el fondo, nuestro intento no es sino el de profundizar en las orientaciones sugeridas por la declaración *Iura et bona*, y en ese sentido tampoco presentaremos una gran originalidad con respecto a lo ya dicho, sino que sencillamente intentaremos situar la perspectiva general en las problemáticas de nuestros días.

Y ciertamente no resulta nada fácil decir palabras oportunas sobre situaciones que siempre están vertebradas por dosis más o menos grandes de sufrimiento o incluso de dolor. Ello se debe, entre otras cosas, a que detrás de las enfermedades lo que existen son enfermos, y detrás de las situaciones se esconden personas en muchos casos desesperadas por vivir presas de algo no buscado ni deseado y de lo cual ya no pueden escapar. Decía Karl Jaspers que “los sanos no pueden entender a los enfermos. Sin quererlo, enjuician la vida, el comportamiento, el rendimiento de los enfermos como si estuvieran sanos. No comprenden lo que su rendimiento significa de auténtico tesón en lucha contra la debilidad [...]. No caen en la cuenta de lo que vale, porque no saben lo que cuesta” (1969, 209). Por eso es tan importante no sólo ser cautelosos al enjuiciar ciertos actos realizados en momentos de especial vulnerabilidad en donde la libertad humana está tan condicionada, sino también tener la suficiente humanidad de realizar el esfuerzo de ponerse en el lugar del otro, compartir su sufrimiento y ser signos de esperanza cuando amenaza tan radicalmente la sombra del sinsentido. He de reconocer que en la elaboración del presente capítulo tuve presentes no sólo los datos y teorías publicadas en diversas obras, sino que además intenté conocer de primera mano

situaciones concretas por las que pasan muchas personas y familias en esta etapa de la vida, y de ahí que tenga también un cierto carácter experiencial, dado que tuve como objetivo que lo ideal de la teoría no encubriese lo real de la práctica, pues estoy convencido de que la única manera de solucionar los problemas no es ocultándolos sino afrontándolos en su más radical dramatismo, a pesar de las dificultades que eso supone y de los conflictos que siempre genera.

## **2. Los factores que influyen en los problemas del final de la vida**

Ya hemos dicho que la muerte y la forma de morir han cambiado sustancialmente en los últimos siglos debido a diversos factores. Todo ello ha motivado el nacimiento de algunas posturas frecuentemente enfrentadas y que, como en otros ámbitos de la vida, se pueden englobar bajo el signo de los pro-vida (*pro-life*) y de los pro-elección (*pro-choice*). Si los primeros rechazan y condenan todo acto encaminado a terminar con la vida como la eutanasia o el suicidio asistido, los segundos defienden el derecho de las personas para elegir cuándo y cómo morir si así lo desean, algo que se expresaría también en la legalización de las prácticas que acabamos de mencionar. A mi modo de ver, y sin descartar la validez o importancia de algunos de los supuestos de ambas posturas, me parece que el planteamiento de los problemas del final de la vida debería trascender este choque frontal e ideológico, sencillamente por el hecho de que, como dijimos, tras cada una de las situaciones existen personas en estado de vulnerabilidad y necesitadas de auxilio, y es a cada una de ellas a la que es preciso dar una respuesta adecuada y no condicionada, algo que los enfrentamientos entre la penalización y la legalización no favorecen en modo alguno. Dicho de otra forma: más que de negro o blanco, el final de la vida se viste normalmente de gris, pues en cada situación concreta existen muchos valores y problemas que hay que tener presentes sin olvidar la centralidad que siempre debe tener la persona afectada.

Por ello, y aunque ciertamente se puede hablar de argumentos a favor y en contra del derecho a morir (cf. Torre, 2012, 205ss; Marcos, 2012, 177ss), me parece más oportuno tener en cuenta los factores que intervienen en cada una de las posturas y que están en el fondo de todo el debate producido en las últimas décadas sobre esta materia. De hecho, de su interpretación depende gran parte –cuando no totalmente– de la valoración moral de cada una de las prácticas que hemos mencionado en su momento, desde la eutanasia y el suicidio asistido hasta la limitación del esfuerzo terapéutico, la sedación, etc.

En este sentido, el filósofo y bioeticista Dan W. Brock, profesor en la Universidad de Harvard, escribía en su artículo titulado *Eutanasia activa voluntaria*, que los dos valores fundamentales de las decisiones al final de la vida son la autodeterminación o autonomía de las personas y el bienestar individual (1992, 10). Me parece que con ello recoge los dos factores más importantes del final de la vida y de cuya interpretación y concepción dependen gran parte de las posturas existentes: la autonomía de las personas y el bienestar, que es inseparable de la comprensión del sufrimiento y la enfermedad. Es cierto que existen otros muchos factores, pero en el fondo me parece que son los dos elementos que acaban por estar en el centro de gran parte de los debates producidos en la

actualidad, a pesar de que cada uno de ellos se despliegue en múltiples direcciones e integre también otros elementos que tampoco dejan de ser importantes, como todo lo relacionado con la justicia, la dignidad, la verdad, el cuidado, la compasión, la amistad, la fragilidad, etc., valores que de una u otra manera recorren siempre el último viaje de la vida humana. En cualquier caso, tanto la autonomía como el bienestar son argumentos sin los cuales no se podrían entender gran parte de los problemas que afectan al final de la vida, y de ahí que merezca la pena dedicarles un apartado a cada uno de ellos.

### **3. La importancia de la autonomía en el final de la vida**

#### *3.1. Autonomía y derecho a morir*

Se puede decir que la autonomía de las personas es un descubrimiento reciente que, sin embargo, caracteriza ya todas las problemáticas que tienen que ver con la vida humana, hasta el punto de que ha llegado a suplantar de alguna forma a una moral tradicional vertebrada fundamentalmente por el paternalismo, la beneficencia y el naturalismo. En ese sentido la autonomía tiene también un carácter de “revancha” frente a una moral heterónomamente configurada. Ahora bien, si por un lado la autonomía ha adquirido una importancia decisiva en la generalidad de la ética y de la vida social, por el otro “donde ha ocupado especial incidencia dicho desarrollo del principio de autonomía es en el ámbito de la asistencia sanitaria”, dado que se trata de un ámbito en el que las elecciones se refieren también a “los tratamientos y cuidados médicos y, en el mismo sentido, la *elección en el proceso de morir*” (Montalvo, 2009, 66). El derecho a elegir cómo y cuándo morir es el punto de partida en torno al cual giran las discusiones actuales acerca de la moralidad o no de la eutanasia, del suicidio asistido y de las diversas problemáticas afines en situaciones límite del final de la vida de las personas. De ahí también que “el interés actual por la eutanasia se debe a que nuestra época ha introducido un nuevo factor en la reflexión sobre ese tema: la autonomía de los pacientes” (Gracia, 1990, 27).

De hecho, el principio del respeto por las personas afirmado en el *Belmont Report* de 1979 se ha concretado, básicamente, en el principio de la autonomía para tomar decisiones que afectan a su vida y a su muerte, al tiempo que se ha ido situando paulatinamente como el *primus inter pares* de los demás principios recogidos en dicho informe, sobre todo porque guarda una estrecha relación con elementos tan nucleares del ser humano como son la libertad, la integridad, la voluntad o la conciencia (Childress, 1990, 12). No en vano se puede incluso afirmar que la reciente aparición de la historia de la ética médica en cuanto objeto de estudio es, en cierto sentido, la historia del descubrimiento de la autonomía del paciente para tomar decisiones que afectan a su vida y a su muerte, y por ello, en gran medida, “la bioética es precisamente el aterrizaje de la idea de autonomía moral en el mundo de la medicina” (Simón, 2000, 83).

Este nuevo descubrimiento tiene una amplia repercusión en el ámbito jurídico y sanitario, dado que constituye la superación definitiva del paternalismo que ha regido la praxis médica a lo largo de los siglos, de modo que el problema que hoy se plantea es si existe la posibilidad de legitimar moralmente los deseos que una persona tiene de morir y pide ayuda para hacerlo. El problema reside en la concepción de la autonomía que

reside tras el reclamo del derecho a morir, y que se refiere básicamente a la libertad individual para decidir sobre cuestiones que afectan de manera definitiva a la vida de las personas. De ahí que algunos autores sostengan que se trata de una visión de la autonomía que intenta liberarse de las convenciones sociales y del medio, siendo así una mera ilusión y el olvido de su condición finita (Gordillo, 2008, 239ss).

### 3.2. *La autonomía en la bioética: apunte general*

De hecho, la mayor parte de obras sobre cuestiones bioéticas suelen dedicar uno de sus apartados al principio de la autonomía. Quizá este sea incluso el punto más interesante de la conocida obra de Beauchamp y Childress titulada *Principles of Biomedical Ethics* (2001), que centra gran parte de su atención en la “elección autónoma”, es decir, en el gobierno de sí mismo, y no tanto en la capacidad, dado que también puede ocurrir que personas autónomas no puedan realizar actos autónomos y viceversa. Por eso dicen ellos que para que una elección sea autónoma tiene que cumplir tres condiciones en función de sus agentes: ser intencionada, con conocimiento suficiente y estar libre de influencias externas. De tales condiciones únicamente la intención no admite grados. Ahora bien, ellos mismos reconocen que la autoridad o la comunidad no son incompatibles con la autonomía, dado que pueden formular reglas o códigos que las personas asumen como propias, y toda persona tiene derecho además a ser respetado como ser autónomo, a que se le respete su derecho a tener opciones propias y a elegir y realizar acciones basadas en sus valores y creencias.

Por tanto, para Beauchamp y Childress el principio de respeto a la autonomía puede formularse negativa y positivamente. Negativamente significa que “*las acciones autónomas no deben estar sujetas al control por otros*” y, positivamente, significa un “trato respetuoso en el manejo de la información y en el fomento de toma de decisiones autónomas” (p. 64). Esta es la visión de la autonomía que ha impregnado desde hace años la mayor parte de ámbitos de la vida de las personas, sobre todo en aquellos relacionados con la salud y las decisiones sanitarias, hasta el punto de que la autonomía, entendida como elección individual, llega a ser considerada ya la orden suprema de la moralidad, con toda la reducción que eso supone en la propia concepción de las personas y su existencia dependiente en momentos específicos de enfermedad.

En este sentido, ya en la introducción de su gran obra sobre la fundamentación de la bioética, Diego Gracia realiza una magnífica síntesis de lo que él entiende como los dos grandes paradigmas de la historia de occidente, señalando el núcleo fundamental en donde se refleja la novedad esencial del segundo con respecto al primero y que, en el fondo, no es sino la aparición de la nueva idea de la “autonomía” (1989, 15-17). Esto es importante no sólo en cuanto a la nueva visión del sujeto y su libertad individual, sino también en cuanto a la superación del paternalismo médico que habría caracterizado toda la relación médico-enfermo a lo largo de la historia, hasta el punto de que hacia mediados del siglo XX “la relación médica ha pasado [...] a basarse en el principio de autonomía y de libertad de todos los sujetos implicados en ella, los médicos, los enfermos, etc.” (ib., 17). El médico ha dejado de ser el único monarca absoluto de la

salud y la enfermedad, al mismo tiempo que el enfermo ha dejado de ser un mero súbdito para convertirse en el protagonista de su vida y de su muerte. Como era de esperar, tal cambio dio un giro radical al problema de la eutanasia y de todas aquellas prácticas sanitarias que afectan a la vida y muerte de los seres humanos.

La autonomía de las personas se ha convertido en la base y fundamento de todas las decisiones que tienen que ver con la vida. Por eso la autonomía moral se suele entender ya como la capacidad de decisión que una persona tiene sin coacciones externas ni manipulaciones. Ahora bien, no es difícil ver en ello la fractura provocada en esta comprensión de la autonomía moral, que reside en la desvinculación producida entre la libertad de decisión o la autonomía para decidir y la autonomía entendida como dimensión estructural de la condición humana, de la cual la autonomía de la decisión no es más que una mera expresión o su realización más visible, constituyendo su perversión más simple cuando no sólo se la desvincula sino que incluso se llega a sustituir a la auténtica autonomía moral y, con ello, al propio ser humano. Al mismo tiempo se trata de una autonomía cerrada y solipsista, en donde la alteridad y la apertura hacia los demás permanece en un muy segundo plano e incluso a veces sencillamente desaparece. Por eso es muy importante tener presente que la autonomía incluye, por un lado, la totalidad de los elementos que forman la identidad del sujeto (sus convicciones, sus valores y sus deseos) pero, por otro lado, también la ineludible alteridad que le constituye, su necesidad de los otros, su apertura, la necesidad del cuidado y el compromiso de la sociedad para ofrecerles condiciones de vida aceptables.

### 3.3. *De la common law estadounidense a los derechos de los pacientes*

Ciertamente el protagonismo que el paciente ha adquirido en las decisiones sobre su muerte comienza a ser verdaderamente visible tan sólo a partir de mediados del siglo XX. De hecho, aun en los tradicionales códigos de ética médica, el enfermo se encuentra en una situación de sometimiento al criterio del médico, que es quien tiene el conocimiento y el poder de tomar las decisiones que mejor le corresponderían. De hecho, de los siete principios señalados por Bird como presentes en los códigos de ética médica a lo largo de la historia y que él llama “Tao Principles of Medical Ethics”, los tres últimos –derecho a la verdad, al consentimiento y a morir con dignidad– serían un descubrimiento de los códigos más recientes. Los demás serían el *primum non nocere*, la santidad de la vida, el alivio del sufrimiento y la santidad de la relación médico-enfermo, que son los más vigentes desde los escritos hipocráticos hasta los códigos surgidos a partir de mediados del siglo XX (Penhall, 1973, 8ss). Por eso se puede decir que el proceso general de cambio social y de revalorización del sujeto producido durante los últimos siglos se ejemplifica en el ámbito sanitario actual “en potenciar la autonomía del enfermo frente al secular paternalismo médico” (Gracia, 1986, 44). Y por ello también la máxima expresión de la nueva mentalidad autonomista “ha sido el movimiento de derechos del enfermo, que de algún modo puede considerarse como una especificación del movimiento general de defensa del consumidor y, en última instancia, como el mayor logro en la lucha por la autonomía del enfermo frente al paternalismo médico”

(ib., 44). Dicho de otra manera: la introducción del sujeto en el quehacer médico ha sido la consecuencia inevitable de una previa “rebelión del sujeto” (Weizsäcker).

Esta llegada tardía de la autonomía al ámbito de las decisiones sobre la vida humana en el ámbito sanitario no es nada sencillo de explicar, aunque, y a pesar de los límites de la perspectiva obtenida hasta nuestros días, es imprescindible señalar la enorme influencia de la tradición jurídica norteamericana en sentencias relacionadas con la agresión (*battery*) y la mala praxis médica o negligencia (*negligence*). Su influencia ha sido decisiva, por el ejemplo, en el nacimiento del “consentimiento informado”, que constituye uno de los elementos más importantes de los derechos de los pacientes. Por ello no es descabellado afirmar que gran parte del mérito de la revalorización de la autonomía personal en las decisiones sobre la vida humana se debe al complejo universo del *common law* estadounidense, que constituye el sustrato jurídico de la lucha por la consecución de los derechos de los enfermos, cosa que se ve de una forma muy evidente al analizar los precedentes legales subyacentes a la formulación del “consentimiento informado”, que se considera “el primero y principal de los derechos de los pacientes” (Gracia, 1988, 49).

Ciertamente los casos jurídicos en esta línea son numerosos. Aunque hay quien señala como precedente la sentencia del caso *Slater contra Baker and Stapleton* de 1767, parece que en realidad su influencia ha sido escasa, aunque sí existen numerosas sentencias argumentando tanto desde el concepto de “battery” como desde la “negligence”. Merece la pena enumerar al menos las más importantes: 1) *Schloendorff contra Society of New York Hospitals de 1914*: es la famosa sentencia del juez Cardozo, en donde por vez primera se habla del derecho a la autodeterminación del paciente y no sólo de la mala práctica médica en casos quirúrgicos. 2) *Salgo contra Leland Stanford Jr. University Board of Trustees de 1957*: en ella aparece por vez primera el concepto de “Informed Consent”. 3) *Truman contra Thomas de 1980*: es importante porque recoge, de algún modo, todo lo dicho en sentencias anteriores en relación a los criterios para que el consentimiento sea informado y enmarca definitivamente la falta de consentimiento dentro de la “negligence”, aunque muy modificada por la influencia de la “battery”, es decir, por la búsqueda del equilibrio en el respeto de la autonomía.

La puerta de entrada de la autonomía en las decisiones sanitarias tiene, por tanto, una de sus primeras cristalizaciones en la consolidación jurídica del consentimiento informado, especialmente a partir de los años sesenta del siglo pasado, cuando empiezan a aflorar documentos acerca de los derechos de los enfermos. Por ello la afirmación de la autonomía como un derecho surge también como reacción no sólo al paternalismo médico, sino a los abusos e intromisiones sobre la esfera privada del individuo sin su autorización. De ahí que hayan sido tan importantes los diferentes códigos reguladores de la experimentación con seres humanos como el *Código de Nürember*, la *Declaración de Helsinki*, la *Declaración de Manila* o el *Informe Belmont* y, por supuesto, las cartas de los derechos de los pacientes, sobre todo a partir de que la American Hospital Association (AHA) aprobara la que es considerada ya la referente en la materia, la *Patient's Bill of Rights* de 1973, que, en realidad, no es sino una aplicación de la nueva

comprensión de la autonomía de las personas. Curiosamente su proceso de elaboración fue rápido, y tiene su antecedente más directo en una lista de derechos elaborada en 1970 por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales. Poco después, en 1973, la AHA aprobó la *Patient's Bill of Rights*, que aunque era libre de adoptarse, el Departamento de Sanidad de los EE.UU. se la recomendó a hospitales e instituciones, de modo que su importancia ha ido poco a poco en aumento. De hecho, en 1976, también la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó la *Recomendación 779 sobre derechos de los enfermos y moribundos* elaborada por su Comisión de Salud y Asuntos Sociales y en donde se invita a los diversos Estados a comprometerse con la defensa de los diferentes derechos de los pacientes. Igualmente importante –además de otros documentos elaborados, por ejemplo, desde la OMS– ha sido también el conocido como *Convenio de Oviedo* de 1997 (aunque en España no entró en vigor hasta el 2000), en el cual tuvo un importante papel el español Marcelo Palacios. Se puede decir que contra el paternalismo médico tradicional se ha rebelado la autodeterminación del paciente actual. De ahí la conclusión de Diego Gracia:

“Con la aparición de los códigos de derechos de los enfermos en torno al principio del consentimiento informado, el desarrollo del principio de autonomía llega a su máxima expresión. Poco a poco, mediante la progresiva definición de las figuras jurídicas de la malpráctica, la agresión y la negligencia, el paciente va recobrando su propia autonomía, secuestrada durante siglos y siglos por el paternalismo médico. El principio del consentimiento informado es la expresión máxima de esa recuperación de la autonomía” (Gracia, 1988, 51).

De hecho, casi todos los documentos de ética médica o bioética vinculan estrechamente la autonomía y el consentimiento informado, como ocurre en la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* aprobada por la UNESCO el 19 de octubre de 2005. Es interesante su artículo 5: “Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses” (el artículo 6 tratará, precisamente, del consentimiento informado).

Con ello se abría ya el camino para la entrada de la autonomía también en las cuestiones referentes al final de la vida, primero como posibilidad para rechazar un tratamiento y posteriormente como derecho a controlar la muerte. Para ello han sido importantes dos informes elaborados por la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. El primero, de 1982, se titula *Making Health Care Decisions*, y trata del valor de la autodeterminación, aunque más bien en referencia al consentimiento informado; así, el principio de autodeterminación llega a ser considerado como la base del punto de vista de la Comisión. Más importante es aún el segundo documento publicado en 1983 con el título *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*, que se refiere ya directamente al final de la vida humana, en concreto a la posibilidad de rechazar las técnicas de soporte vital a través incluso de las voluntades anticipadas o las órdenes de no reanimación. Ello queda

incluido en el derecho de autonomía, que siempre permanece en tensión con respecto a la beneficencia. En esta misma línea es interesante señalar también la inclusión de la autonomía en los *Principios de ética médica europea* aprobados el 6 de enero de 1987 en la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, cuyo artículo 12 dice lo siguiente: “la medicina implica en toda circunstancia el respeto constante por la vida, por la autonomía moral y por la libertad de elección del paciente”. Con todo, también hay que tener presente que su aplicación se limita al uso de analgésicos para tratar el dolor y a la negativa para someterse a medios extraordinarios, algo que va en la línea de posteriores declaraciones de diferentes organismos internacionales como el propio Consejo de Europa.

### 3.4. *La llegada de la autonomía al ámbito sanitario español*

De una forma diferente y también con distintas formulaciones y características, el lenguaje sobre los derechos de los pacientes se va a ir consolidando también en España, aunque para ello se necesitase un largo recorrido que va desde los años sesenta hasta mediados de la década de los ochenta. Ello se debe, en gran medida, a un contexto político en el que “los españoles han tenido que aprender antes a verse como *ciudadanos* con derechos que a entenderse como *pacientes* con derechos” (Simón, 2000, 92). De ahí que “una peculiaridad del proceso de elaboración de la *Carta de derechos de los pacientes* es que no ha llegado como resultado de la presión reivindicativa directa de los ciudadanos, sino como evolución y despliegue del propio proceso democrático”, lo que ha supuesto un ligero retraso con respecto a otros países. Por eso, y a pesar de algunos antecedentes que más bien rozan lo anecdótico (Escrihuela, 1985), o incluso al texto mismo de la *Constitución española* de 1978, habrá que esperar hasta que la *Ley General de Sanidad* de 1986 introduzca de una forma clara en España el nuevo lenguaje de derechos de los enfermos, empezando así un proceso que ya no tendría marcha atrás. Ello queda plasmado en el artículo décimo de dicha ley, conocido popularmente como el código o la *carta de derechos de los pacientes*, cuya formulación del consentimiento informado constituirá un paso esencial de la introducción de la autonomía en las decisiones sanitarias. Es necesario tener en cuenta cómo, a pesar de los límites de dicho código, “la sanidad española toma con él partido por el movimiento de derechos de los enfermos, y por tanto por un modelo autonomista de sanidad, frente al viejo modelo paternalista” (Gracia, 1989, 181). A pesar de eso ni en la *Ley de sanidad* ni en anteriores documentos se afirma aún el derecho a morir con dignidad, aunque toda esta evolución no es sino un posible camino hacia ello.

Ese fue un paso necesario y de una gran importancia para que los derechos de los pacientes pasasen a un primer plano, de modo que el enfermo no fuera simplemente un agente pasivo en manos de decisiones médicas. Laín Entralgo llegó a decir que “el paciente, en efecto, va a protestar contra el hecho de que, siendo él ‘persona’, ‘sujeto’ dotado de inteligencia, intimidad y libertad, se le trate técnicamente cuando está enfermo como puro ‘objeto’” (1983, 224). De esa forma, la autonomía va adquiriendo ya una importante relevancia jurídica, cosa que tendrá su culminación en la aprobación de la

*Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, al igual que en sus posteriores desarrollos autonómicos. Así dice en su artículo primero: “La dignidad de la persona humana, el *respeto a la autonomía de su voluntad* y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica” (cursiva nuestra). Cabe tener en cuenta que en esta ley la autonomía llega hasta el derecho a rechazar un tratamiento o a pedir su limitación, pero no al derecho a pedir la eutanasia o el suicidio asistido. De hecho, tales son algunos de los límites, por ejemplo, de una de las aplicaciones del principio de autonomía como pueden ser las instrucciones previas, contempladas también en el artículo 11 de la ley señalada y desarrolladas con posterioridad en el *Real Decreto 124/2007 del 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal*. Hay que decir que también las instrucciones previas constituyen una expresión privilegiada del respeto por la autonomía de las personas y, en ese sentido, son dos elementos intrínsecamente relacionados. Así lo dice Federico de Montalvo: “si el consentimiento informado constituyó un cambio en dicha relación [médico-paciente] de manera que el principio de beneficencia y mejor interés del paciente que presidía la misma quedó sustituido, o al menos superado, por el principio de autonomía, las instrucciones previas constituyen un avance más de dicho principio. La dignidad personal del paciente y el respeto a su autonomía y responsabilidad le confieren el derecho de, una vez recibida la información, decidir sobre su propio tratamiento y cuidados” (2009, 67).

De todos modos el camino queda así definitivamente abierto y, a partir de ahora, la autonomía del paciente está ya en el primer plano de todas las decisiones sanitarias al final de la vida humana –exceptuando los límites impuestos por el Código Penal–, cosa que las recientes leyes sobre la atención al final de la vida ya mencionadas en capítulos anteriores nos han hecho ver, dado que en el fondo no intentan sino proteger la autonomía del enfermo entendida como el derecho a decidir qué hacer en determinadas situaciones, identificando además este derecho con el respeto a su dignidad. En cualquier caso, tal visión de la autonomía constituye la puerta de crecientes demandas a favor de la eutanasia o del suicidio asistido.

### *3.5. La autonomía como libertad para decidir: valor fundamental del final de la vida*

El filósofo Alasdair MacIntyre constataba que “el concepto de derechos fue generado para servir a un conjunto de propósitos, como parte de la invención social del agente moral autónomo” (2004, 97). Sea como fuere el caso es que la autonomía de las personas es una gran conquista de la modernidad que ha culminado ahora en el ámbito de la salud. Por eso llegados a este punto, creo que puede constatarse como un dato objetivo que la autonomía moral fue haciendo una paulatina inclusión en el ámbito sanitario hasta el punto de que hoy constituye ya uno de los principales argumentos del reclamo de las personas para pedir el derecho a morir, reduciéndola así a la simple capacidad y libertad

de decisión. No en vano Albert R. Jonsen sostiene que la libertad está hoy en el corazón mismo de los problemas éticos (2006, 671). Como síntesis de todo ese proceso, merece la pena reproducir un texto de Federico de Montalvo:

“La aparición de la autonomía de la voluntad del paciente en el mundo sanitario ha sido gradual y, en este sentido, se establece la siguiente evolución del consentimiento en la relación médico-paciente: inicialmente, se parte de lo que se pudiera denominar ‘*consentimiento implícito*’. El médico puede estimar que hay consentimiento al tratamiento por el mero hecho de que el paciente acuda a él. No es necesario que el médico obtenga del paciente ningún consentimiento verbal o escrito [...].

Con posterioridad, se evoluciona hacia lo que se denomina ‘*consentimiento racional*’. El paciente tiene derecho a recibir información y a decidir sobre el tratamiento, siempre que lo haga de manera racional. El término racional se identifica con la protección del derecho a la salud, por lo que si el paciente no actúa de forma tal que proteja su derecho a la salud, el médico debe decidir por él.

Finalmente, se alcanza la idea de consentimiento informado en su formulación actual, en el sentido de que el paciente debe recibir toda la información disponible y actuar conforme a su criterio personal” (2009, 71).

La autonomía de la voluntad se ha llegado a identificar con el derecho a “actuar conforme al criterio personal”. Tal es la síntesis de lo que hoy se entiende por autonomía de la voluntad en la generalidad de los debates bioéticos que giran en torno a los problemas del final de la vida humana. De hecho, incluso el Comité consultivo de bioética de Cataluña define el principio de autonomía de la siguiente manera: “se entiende por autonomía la capacidad para escoger libremente, entre diferentes opciones, la forma en que queremos vivir. El ejercicio de esta autonomía, que da un sentido único y genuino a nuestra vida, incluye la forma en que queremos que sea el final. Por lo tanto, cuando se niega la posibilidad de decidir sobre el final de nuestra vida, se priva de autonomía” (2006, 94). Tanto es así que el derecho al consentimiento informado, al igual que el derecho a la muerte, constituyen los ejemplos más claros del triunfo de la autonomía en la bioética actual, hasta el punto de que la elección del paciente se ha convertido en el dogma central de la práctica clínica. La decisión libre del paciente es el principio, el centro y el final de todas las actuaciones médicas que pretendan ser morales, desligando así la autonomía de cualquier fundamento ajeno a la determinación libre de la propia voluntad e incluso de otros valores que tampoco deberían dejar de ser importantes.

Esto resulta más que evidente al tratar de todas aquellas prácticas que nos sitúan ante el último confin de la vida, en donde parece que ya más que la muerte lo que preocupa es la pérdida de control sobre el propio proceso de morir. El respeto a la autonomía de la persona no abarca ya tan sólo el derecho a no tener interferencias sobre la vida privada o a forjarse un proyecto de vida personal, sino también a la libertad para decidir sobre los tratamientos médicos que uno reciba o incluso el derecho a poder decidir el final de la vida. Tal es la idea, entre otros, de Helga Kuhse: “El respeto hacia la autonomía del paciente y hacia cómo este entiende lo que es el bienestar es lo que hoy en día sirve de guía a la hora de tomar decisiones cuando lo que está en juego es negarse a un tratamiento y esta negativa está reconocida por la ley [...]. El respeto a la autonomía, según mi punto de vista, debería también servir de guía cuando se trata de administrar cuidados paliativos que potencialmente acortan la vida y cuando hablamos de practicar la eutanasia” (1999, 275). Incluso, en esta misma línea, algunos autores abogan ya por lo

que denominan “autonomotanasia”: “es preciso llegar al reconocimiento de la *autonomotanasia*, neologismo que me permito introducir para poner de relieve que falta todavía el reconocimiento de algo esencial: el derecho inalienable del hombre –y no sólo del enfermo o del anciano– a elegir autónomamente las condiciones y circunstancias de su propia muerte” (Rubio, 1992, 297). La autonomía se ha convertido en simple autodeterminación, tanto sobre la clase de vida que uno quiere vivir y la persona que desea ser, como sobre los deseos que quiere cumplir, más allá de imposiciones ajenas a su voluntad. Así de clarividente lo expresa Diego Gracia:

“Vivimos en la época de los derechos humanos y, prácticamente, acabamos de descubrir que entre éstos está el derecho a decidir –dentro de ciertos límites, claro– sobre las intervenciones que se realizan en el propio cuerpo, esto es, sobre la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte. En el ámbito de la salud y la enfermedad, el de la clásica relación médico-enfermo, esto se conoce hoy con el nombre de ‘derecho al consentimiento informado’; en el de la vida y la muerte, con el de ‘derecho a la propia muerte’” (1990, 27).

Evidentemente hay que reconocer que esta revalorización de la autonomía tiene consecuencias muy positivas no sólo en la totalidad de la vida sino también en las problemáticas de su etapa final, pues es un signo de respeto a la dignidad de las personas y a sus convicciones, pero también supone ciertas reducciones en cuanto que con frecuencia deriva en una visión excesivamente cerrada y en donde no resulta fácil armonizarla con otros valores también importantes y que no podemos olvidar, dado que forman parte también de la propia condición humana, como es su intrínseca dependencia de los demás, algo que adquiere una visibilidad muy clara en la última fase de la vida.

#### **4. Bienestar, enfermedad y sufrimiento en el final de la vida**

##### *4.1. Autonomía y bienestar: salud y enfermedad*

Decíamos que el segundo de los factores que ha adquirido una gran relevancia en los problemas del final de la vida es el bienestar individual y la concepción del sufrimiento humano, algo íntimamente relacionado también con la visión de la propia autonomía de las personas. De hecho, Diego Gracia ha señalado la influencia que la introducción de la autonomía tuvo en la comprensión de la salud y la enfermedad, algo que en los problemas del final de la vida se percibe con suma claridad. Su idea es que la salud ya no puede ser considerada sencillamente como la mera “ausencia de enfermedad” ni como “silencio de los órganos” como la denominaba Bichat, sino más bien como “capacidad de apropiación y posesión del cuerpo” (Gracia, 1990, 27ss). ¿Qué significa esto?

Se ha hecho popularmente conocida ya la definición que de la salud ha ofrecido la OMS en 1948 y que ha repetido en documentos posteriores: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. A pesar de su enorme influencia en las décadas siguientes, hay que reconocer también que se trata de una definición que no ha estado exenta de críticas, simplemente debido al hecho de situar la salud en un nivel al que probablemente nadie nunca podrá llegar (cf. Engelhardt, 2000). Desde esa perspectiva se puede decir que, al menos en cierto sentido, todos estamos de algún modo enfermos. En el fondo, la definición refleja más un ideal de vida que una situación estricta de enfermedad provocada por alguna alteración o

disfunción en el organismo humano. Con todo, probablemente la enfermedad no sea sencilla de definir dado la diversidad de sus repercusiones y también a que detrás de ellas no existen sino enfermos concretos con dolencias en cada caso muy particulares. ¿Qué es entonces la salud y, en consecuencia, la enfermedad?

Ciertamente se pueden ofrecer múltiples definiciones de cada uno de los conceptos de manera que se reflejen, en mayor o menor medida, todos los aspectos presentes en cada uno de los dos estados o situaciones. Pero, y esto resulta enormemente inquietante, gran parte de la sociedad actual vincula de una manera inseparable la salud con la autonomía, hasta el punto de que el bienestar no es sino el estado de una persona que puede cargar sobre sí las riendas de su vida de forma autosuficiente, algo que no está exento de tintes realmente dramáticos. Esto es lo que viene a reflejar la definición de salud como capacidad de apropiación del cuerpo y la enfermedad como expropiación. Así lo explica Diego Gracia:

“La dialéctica apropiación-expropiación es particularmente importante en el periodo final de la vida de las personas. No hay duda de que la enfermedad mortal va poco a poco expropiando el cuerpo, hasta acabar con él. Pero tampoco la hay de que los procedimientos técnicos y asistenciales puestos a punto en estas últimas décadas (técnicas de soporte vital, Unidades de Cuidados Intensivos, etc.), cuando no se utilizan correctamente, pueden incrementar aún más ese proceso de expropiación. Se entiende, por esto, que haya enfermos para los que el morir sea preferible a vivir de esa manera. Hay expropiaciones peores que la muerte, precisamente porque distorsionan aún más el proceso de apropiación. Es preferible no poder apropiarse de nada (eso es la muerte), que verse obligado a asumir como propio un modo de vida que se considera humillante, indigno, inhumano” (1990, 28).

De alguna manera, esta visión es la que ha venido a reflejar el concepto de calidad de vida que impregna la mentalidad de muchas personas y que, como hemos dicho en alguna ocasión, resulta muy difícil de medir a pesar de los indicadores que se han ido estableciendo en las últimas décadas. No se puede olvidar la influencia de factores objetivos y subjetivos, que en cada caso se perciben de maneras muy diferentes. Basta recordar la afirmación repetida varias veces por Ramón Sampredo: “soy una cabeza viva pegada a un cuerpo muerto”. A este respecto merece la pena tener presente que “resulta imposible cuantificar la calidad de vida teniendo en cuenta todos los aspectos posibles. Cada indicador de calidad de vida selecciona sólo los aspectos que son de interés para un determinado propósito. Y de esta forma logra tener aplicaciones clínicas bastante concretas, tales como evaluar la respuesta a un tratamiento o seguir el curso de una enfermedad o grupo de enfermedades similares. La elección del indicador dependerá, naturalmente, de los objetivos que se persigan” (Sánchez, 2002, 353). Resulta, por ejemplo, ilustrativo, a diferencia de Sampredo, el testimonio de otras personas en situaciones de tetraplejía o incapacidad. Tal es el caso del libro autobiográfico *No one's perfect* del japonés Hirotake Ototake que había nacido sin brazos ni piernas y que, sin embargo, se sentía feliz: “estoy insatisfecho y satisfecho a la vez. Insatisfecho, porque me falta algo por todos lados. Pero estoy también satisfecho, es decir, soy feliz dentro de mi insatisfacción; porque no es lo mismo estar insatisfecho que no ser feliz. Se puede ser feliz, y yo lo soy, estando al mismo tiempo insatisfecho” (cit. por Masiá, 2005, 156). Merece la pena otro de sus testimonios en una charla impartida a jóvenes: “no tengo

manos ni pies como vosotros, no tengo muchas posibilidades que vosotros tenéis; quisiera compartir, como otros chicos de mi edad, mi vida con una novia. Pero os digo que se puede ser feliz en una situación como la mía. En cambio, me pregunto si los que estáis satisfechos por los cuatro costados y tenéis cuatro extremidades sois felices o no” (ib., 156-157).

Lo que todo ello viene a indicar es que, por un lado, el concepto de calidad de vida es enormemente ambiguo, y, por el otro, que resulta excesivamente reduccionista identificar la enfermedad con la carencia de calidad de vida, sencillamente porque el concepto de enfermedad designa una situación particular del organismo derivado de múltiples causas que no en todos los casos deriva necesariamente en una forma de vida sin calidad. De hecho, ya en otro lugar nos hemos referido a los QALYs introducidos a partir de los años setenta para medir la relación entre duración y calidad de vida, pero existen también otros indicadores que contemplan aspectos diversos relacionados también con la autoestima, con el sentido de la vida, con las capacidades funcionales, el impacto de la enfermedad o el bienestar. La *Escala de realización de Karnofsky*, el índice denominado *Activities of Daily Living Scale*, el *Sickness Impact Profile*, la *Escala de Autoestima de Rosemberg* o el *The meaning in Life Scale* son algunos de los indicadores más conocidos y que pueden resultar útiles (Sánchez, 2002, 355ss), pero en cuyo uso conviene tener presente que aunque establecen criterios objetivos no pueden convertirse en indicadores cerrados y al margen de otro tipo de valores y consideraciones morales que confluyen en cada una de las situaciones concretas.

Por todo ello me parece muy problemático contemplar la salud y la enfermedad, y por lo mismo la calidad de vida, desde la dialéctica entre apropiación y expropiación del cuerpo, a pesar de que pueda estar presente en la mentalidad de muchas personas. Se trata de un elemento importante, pero al lado del cual hay que introducir otros muchos de manera que la persona no acabe reducida a sus meras capacidades o incapacidades, sino que la entendamos desde el conjunto y la totalidad de las dimensiones que la constituyen. No olvidemos que el ser humano es una realidad pluridimensional.

Al fin y al cabo los problemas del final de la vida afectan a personas que padecen una enfermedad que cada uno vive de manera muy personal y distinta, pero en la que juega un papel muy importante el bienestar global, algo que constituye también un reto para la sociedad y para todos aquellos que rodean al propio enfermo. En este sentido es un deber el procurar que el no poder hacer cosas no se convierta en un factor de exclusión de manera que las personas en situación de incapacidad de apropiación tengan sus necesidades lo más completamente satisfechas posibles.

#### 4.2. *La estructura vulnerable y pluridimensional humana*

La enfermedad es una posibilidad de la propia condición finita como es la humana y todo ser vivo. Somos seres no sólo “doloribles”, sino también “enfermables”. El ser humano es un ser tremendamente vulnerable que a lo largo de su vida no deja nunca de luchar contra fuerzas que pueden alterar su organismo y colocarle en situaciones de grandes limitaciones y dependencias. En el fondo, podemos decir que es en la

enfermedad el lugar en el que uno experimenta radicalmente la vulnerabilidad de su propia condición: “la enfermedad en general no se puede conquistar; sólo se pueden superar algunas enfermedades, que a su vez se verán sustituidas por otras enfermedades en el transcurso de la vida de las personas” (Callahan, 2004, 38).

Ahora bien, hay que tener presente que si por un lado el ser humano es vulnerable, contingente y hasta “indigente” (Heidegger), al mismo tiempo es también una estructura orgánica pluridimensional, una unidad formada por elementos coordinados e interrelacionados entre sí, de manera que la enfermedad repercute de distintas formas en el todo de su organismo (cf. Pellegrino, 1981). Esto implica que, contemplada desde esa unidad pluridimensional, la enfermedad no puede ser vista tan sólo como un accidente parcial que repercute en una única dimensión, sino que, de una u otra manera, afecta al ser humano mismo, a su identidad global.

Decíamos un poco más arriba que la enfermedad se puede comprender de muchas maneras. Laín Entralgo la entiende como un “modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psicoorgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo [...] y reacción en cuya virtud el enfermo vuelve al estado de salud [...], muere, o queda en deficiencia vital permanente” (1986, 224). De esta manera la enfermedad no sólo afecta a un órgano preciso y bien determinado, sino que integra tres momentos distintos y relacionados que reflejan bien su pluridimensionalidad (Laín, 1996, 114-115). En primer lugar es “un *modo aflictivo de vivir*”, en cuanto que supone dolores, vómitos e incluso el incumplimiento de ciertos deberes sociales. En segundo lugar, en cuanto accidente en el ser y en la vida del enfermo, es también un “*pathos*” o una “afección pasiva”, algo que afecta a la ejecución de funciones vitales como la respiración o la digestión además de influir en el mismo “sentimiento de vivir”, que se convierte en padecimiento. Y, en tercer lugar, la enfermedad es también “*ergon*” u “operación”, es decir, es el resultado de una actividad psicosomática activa consciente e inconsciente a la vez, que conduce a que en toda enfermedad se haga más o menos presente alguna forma de neurosis. La enfermedad es así “*bíos, pathos y ergon*” (ib., 115).

Con ello se refleja bien la amplitud que el concepto de enfermedad supone y las consecuencias que de ella se derivan para los enfermos, algo fundamental también para poder comprender sus dudas, inquietudes y temores en estas situaciones radicales que provocan conflictos internos y percepciones diferentes acerca de lo que es el bienestar de las personas en dichas fases de sus vidas.

#### 4.3. Fenomenología de la persona enferma

El ser humano es una estructura pluridimensional, de manera que las afecciones de una parte tienen repercusión más o menos perceptible en todas sus dimensiones, somática, psíquica, social y espiritual. En ese sentido, y a pesar de las divergencias entre las diferentes afecciones, la enfermedad supone siempre una ruptura de la propia identidad narrativa del sujeto, una crisis de su periplo vital que puede adquirir formas en cada caso muy particulares. De ahí que convenga distinguir, por ejemplo, los trastornos depresivos

en los cuales la autonomía puede estar profundamente alterada, de otras patologías de mayor dimensión física en donde la alteración de la capacidad y competencia de la persona enferma puede ser menor o incluso no existir, tal como sucede en algunos casos de personas tetraplégicas. Sea como fuere y para lo que a nosotros nos ocupa, hay que tener en cuenta que nos referimos al caso de aquellas enfermedades que suponen ya un camino sin retorno, es decir, que sitúan a las personas ante una forma diferente de vivir o que incluso les va a llevar hacia la muerte en un período de tiempo frecuentemente no demasiado largo, que es en donde se sitúan muchas de las controversias en torno a la eutanasia.

La enfermedad es pues una alteración del organismo humano que supone un cambio o una frustración en la realidad sustancial del sujeto que la padece. ¿Cómo se experimenta? Ciertamente no es posible tener en cuenta las peculiaridades de cada caso concreto, pero sí se pueden recoger algunas manifestaciones de carácter general que suelen hacerse visibles en muchas de las situaciones que se presentan. Para ello conviene precisar que la desestructuración provocada por la enfermedad repercute primero en el propio enfermo, pero también tiene una dimensión social que afecta fundamentalmente a todo su entorno en diferentes grados, especialmente a las familias.

#### 4.3.1. *La experiencia de la enfermedad en la persona enferma*

Es obvio que quien primero experimenta las consecuencias de la enfermedad es la propia persona que la padece. Es ella la que se sitúa ante el abismo de la incertidumbre y del miedo que provoca la enfermedad, algo que condiciona radicalmente su ser y se manifiesta en todas sus dimensiones. De ahí que se pueda decir que “el sufrimiento es una experiencia de las personas, no meramente de sus cuerpos” (Cassel, 1982). En su análisis de la obra de Edmund D. Pellegrino, Francesc Torralba sistematiza la fenomenología de la enfermedad en varias manifestaciones fundamentales que aquí únicamente apuntamos (2001, 54ss).

##### a) *La enfermedad como crisis ontológica*

Lo hemos señalado ya: la enfermedad es una disfunción que afecta a todo el organismo, a la estructura humana e incluso al mismo ser global. De ahí que sea siempre una experiencia de crisis o de transformación en la vida. En ese sentido la enfermedad es la expresión más clara de la vulnerabilidad, de la precariedad y fragilidad ontológica del ser humano. Es en ella en donde se pueden producir las más grandes “crisis de sentido” (Malherbe) o “crisis de la narración” (Pellegrino), es decir, una transformación en la forma de comprenderse a sí mismo y al mundo que nos rodea. Por ello Laín Entralgo escribía que para el hombre, en cuanto que la padece, “es un más o menos grave y azaroso episodio en el curso de su autorrealización, por tanto de su biografía, que puede adquirir significaciones distintas y del que siempre le queda –además de la inmunidad o la cicatriz– cierta experiencia vital” (1986, 220).

Asimismo, al afectar a todas las dimensiones del ser humano, la enfermedad se experimenta también en todos los niveles de nuestra unidad pluridimensional. En primer

lugar es un acontecimiento “físico”, es decir, una mutación de la persona y de su cuerpo, algo que puede comportar la incapacidad para realizar determinadas actividades, incluso necesidades básicas. Aparece el dolor, el cuerpo engorda o adelgaza, no se puede caminar, el pelo se cae debido a algún tratamiento... En segundo lugar es un acontecimiento “psicológico”, afecta a la mente del enfermo, a su memoria, a su inteligencia y a su voluntad. Cambia el carácter y el comportamiento, surge la angustia y la desesperación. En ciertas patologías la voluntad se transforma en noluntad, en otras en sobrevoluntad. A veces desaparece la memoria, no se conoce a la gente, se hacen cosas de forma inconsciente... En tercer lugar la enfermedad es un acontecimiento “social”, tanto en el sentido de su origen (que puede tener desencadenantes sociales) como en su desarrollo y en sus repercusiones, dado que modifica profundamente la relación con la sociedad. Y, en cuarto lugar, la enfermedad es también un acontecimiento “espiritual”, en el sentido de que afecta tanto a los valores que uno tiene como incluso a sus propias convicciones y creencias religiosas, que a veces se reafirman y otras desaparecen. Resulta frecuente en situaciones fronterizas o límite el aumento de la capacidad humana para ir hacia los estratos más profundos de la vida, para dar importancia a cosas que antes ni se les prestaba atención, para replantearse la escala de valores y primar lo realmente esencial, incluso los propios sentimientos. Uno llega a verse de manera más clara en el rostro sufriente del otro, comprende mejor el sufrimiento ajeno.

#### b) *La enfermedad como focalización corpórea*

En la enfermedad se altera la identidad personal, pero también la “percepción subjetiva de la propia corporeidad” (Torralba, 2001, 59). Es el dolor el que hace caer en la cuenta de que también somos cuerpo, de que gracias a él nos movemos, comunicamos y expresamos. Pero en la enfermedad, al menos con frecuencia, el cuerpo impone su ley como un tirano –la tiranía del cuerpo–, de aquello que ya no se puede gobernar y, sin embargo, atrae toda la atención y cuidado.

Ciertamente las experiencias con el cuerpo son muy distintas en cada enfermedad y caso concreto. A veces sucede que se convierte en una pesada carga, en algo que domina y reclama compasión. Pero otras veces parece algo extraño, que no reacciona, como si el enfermo estuviera instalado de forma obligada en una celda de la cual no puede salir jamás. La enfermedad rebela el poder que tiene el cuerpo para atraer la atención de su propietario y de todos los que le rodean, es donde uno se siente más susceptible a la vulnerabilidad y al dolor, cuando experimenta radicalmente la fragilidad de su condición.

Curiosamente es como si la unidad humana se fracturara, como si el yo fuera por un lado y el cuerpo por el otro, como dos dimensiones que se van alejando. El cuerpo habla su propio lenguaje, se enajena, grita con una voz insólita y doliente. El enfermo desea caminar pero no puede, desea tocar pero no consigue levantar el brazo. En muchas situaciones el cuerpo no atiende a razones externas e impone las suyas propias.

#### c) *La enfermedad como des-integración*

En último lugar se puede decir que con la enfermedad se produce un deterioro de la totalidad orgánica humana, en todas sus esferas. Surgen ansiedades, obsesiones, compulsiones, ilusiones..., una gran cantidad de síntomas que pueden controlar la existencia. Es como si el equilibrio de la persona se rompiera produciéndose una desconstrucción del yo. El enfermo tiene que enfrentarse a sí mismo, a su cuerpo y a sus pensamientos, dado que es preciso volver a edificar, construir de nuevo lo que parece que se ha derrumbado.

Por eso la curación no es sólo restaurar un órgano dañado, sino también reestructurar y estabilizar todas las dimensiones que la enfermedad ha conseguido alterar. Eso es lo que intentan las diferentes terapias, tanto farmacológicas como cognitivas, realizar una labor de reintegración, de volver a unir lo que se ha separado como consecuencia de una enfermedad, algo que no siempre es posible y hay que empezar de nuevo. En ese sentido también es importante la reconstrucción axiológica, pues el sufrimiento puede alterar o modificar los propios valores, morales y religiosos. A veces es preciso buscar un nuevo punto de apoyo. Incluso se fortalecen algunos valores hasta dar lugar a un verdadero renacer en donde adquieren importancia elementos anteriormente indiferentes como la amistad, la familia, el trato humano, etc. En ese sentido Charles Péguy llegó a decir que “hay cosas que no se comprenden hasta que no se está definitivamente derrotado”.

#### *4.3.2. La experiencia de la enfermedad en el entorno del enfermo*

La enfermedad es una experiencia humana que da lugar a un nuevo modo de vivir en el cual se hace patente la corporalidad, la coexistencialidad, la doloribilidad, la capacidad de apreciación y el valor de la propia existencia (Laín, 1968, 166ss). Pero se trata también de una situación o estado que tiene enormes repercusiones externas, afecta a la familia, a los parientes, al entorno y al conjunto de la sociedad, pues el enfermo no vive instalado en sí mismo, sino en medio de un conjunto social que no puede ser indiferente.

En primer lugar la enfermedad de una persona provoca una mutación en su nivel familiar, cambia la forma de vivir e incluso de relacionarse. Es posible que el cónyuge tenga que renunciar a sus actividades diarias y cotidianas, dejar su trabajo o modificar sus horarios si es posible. El centro de su atención lo ocupa la persona enferma y tiene que entregarse a su cuidado, lo cual supone la introducción de un valor tan importante como la donación o la gratuidad. Le acompaña, está pendiente de su dolor, le prepara la medicación..., una gran cantidad de cosas que implican paciencia, constancia e incluso resignación, una entrega que en ocasiones no puede ser agradecida e incluso llega a ser rechazada, lo cual puede provocar tensiones y conflictos.

En segundo lugar la enfermedad afecta también a los hijos si los hay. A veces no pueden ir a sus escuelas, universidades o trabajos, no pueden salir como lo hacían ni disfrutar del ocio de la misma manera que antes. Se turnan, se apoyan, hablan, se ayudan unos a otros. En muchos casos es como si la familia entera se adentrara en una nueva etapa de mayor unidad, en otros se producen rupturas debido a determinados intereses. En esos momentos es cuando se ponen verdaderamente en juego los valores ocultos de las relaciones familiares.

En tercer lugar también se produce una mutación en el entorno amplio de los parientes y amigos. Todos están pendientes, llaman, preguntan, ofrecen su apoyo y ayuda, aparecen personas que prácticamente resultaban desconocidas... Y, en último lugar, se produce un cambio en el ámbito social. El médico tiene que atender al enfermo, la Seguridad Social o los seguros privados deben hacerse cargo de unos gastos que toda enfermedad genera, dar la baja laboral...

En cualquier caso, cuando una persona se pone enferma aparecen repercusiones no sólo en la totalidad de su propio ser, sino incluso en todo aquello que le rodea, familia, amigos, personal sanitario..., es realmente una mutación global de la realidad, lo cual exige también una atención muy particular que no siempre está exenta de problemas de diferente tipo. De ahí que el bienestar incluya también muchos aspectos que no se pueden reducir sin más a la mera carencia de dolor y ni siquiera de enfermedad, sino que incluye todas las dimensiones que componen lo humano. En el fondo, lo que vemos además es que la enfermedad trasciende el hecho mismo de una determinada patología, dado que afecta a la misma realidad existencial del sujeto: “la experiencia cotidiana nos demuestra que hay muchos enfermos que no tienen patología. En este grupo se encuadraría la mayor parte de los enfermos psicosomáticos y muchos de los enfermos que acuden a los servicios de salud. No resulta un hallazgo infrecuente en las necropsias la ausencia total de patología en sujetos que han permanecido enfermos durante largos años de su vida” (Madoz, 1997, 96). La enfermedad, más que un acontecimiento biológico o psicológico, es un hecho personal (Guardini, 2000, 717).

#### 4.4. *Enfermedad y sufrimiento*

La vida es un bien fundamental, es un valor fundante del ser humano, el presupuesto y la condición previa de cualquier otro valor. Sobre ella se hace a sí mismo y en ella hace todo aquello de lo que es capaz. “Mi vida no transcurre en otra cosa, sino que todas las cosas transcurren en mi vida”, escribía García Morente (1992, 282-283). La pregunta es evidente: ¿por qué alguien puede desear renunciar a algo tan básico y fundamental? ¿Por qué desear la muerte?

Se puede decir que la enfermedad es un escándalo para la sociedad actual de culto a la salud, al bienestar y al placer (cf. Pellegrino, 1988, 59). Es el enemigo que todos intentamos eludir y eliminar. Provoca no sólo dolor, sino frecuentemente un enorme sufrimiento cuyo sentido es difícil de percibir. Escribía Lévinas que “en el sufrimiento se produce la ausencia de todo refugio. Es el hecho de estar directamente expuesto al ser. Procede de la imposibilidad de huir y de retroceder. Supone el hecho de estar acorralado por la vida y el ser” (1993, 109-110).

Es obvio que las situaciones son muy diferentes. Incluso en algunas de ellas existen determinados componentes psíquicos que aquí no podemos analizar, pero que sitúan la pregunta ya en un nivel distinto cuya valoración moral también necesariamente tiene que ser diferente. Tampoco se puede olvidar que en la sociedad actual ha aumentado considerablemente el número de psicopatologías como, por ejemplo, las depresiones o trastornos psicóticos que suponen un nuevo reto para la sociedad, tanto en la mejora

terapéutica como especialmente en la búsqueda y prevención de las causas que las provocan.

Ahora bien, la enfermedad es siempre un reto que nos sitúa radicalmente ante nosotros mismos y nuestra condición. En ella experimentamos la paradoja más grande de la propia existencia, la grandeza y la fragilidad que nos constituye. Frecuentemente, y a pesar de las excepciones, asusta ya su carácter irreversible, la entrada en un camino sin retorno, en un proceso en el cual surge el dolor, el sufrimiento y la impotencia ante una situación que nunca se comprende del todo, algo muy patente en enfermedades crónicas que producen dependencia o en procesos tan duros como en los casos de algunos tipos de cáncer, una auténtica lucha contra fuerzas difíciles de combatir.

Nunca se ha podido hacer tanto a favor de la vida humana, hasta el punto de que es posible que muchas epidemias y accidentes no sean más que meros paréntesis en el transcurso vital de las personas. La capacidad diagnóstica y los métodos actuales de curación nos han hecho inmunes ante situaciones que no hace demasiado tiempo eran irreversibles. Pero también han provocado el surgimiento de nuevos conflictos, problemas y dependencias que han llevado a un gran temor al proceso mismo de morir, un proceso a veces largo, lento y solitario, que ha situado el dolor y el sufrimiento en un primerísimo plano del final de la vida. En este sentido hay que decir que si la medicina ha focalizado en exceso su atención en la enfermedad, es el momento ya de que se centre fundamentalmente en la propia persona enferma, pues sólo así tendrá un carácter auténticamente humano y responderá adecuadamente a los problemas que el final de la vida suscita.

## **5. El final de la vida humana: criterios básicos de atención a los enfermos**

Hemos visto algunos de los muchos problemas que surgen en el final de la vida humana, una etapa más o menos larga por la que absolutamente todos tenemos que pasar. Es un periodo de especial vulnerabilidad personal, de conflictos internos, dudas y temores que hacen difícil la manera de afrontarlo. De ahí la importancia de ser especialmente sensibles hacia el sufrimiento de esas personas, de empatizar con ellas e intentar comprenderlas. Ese es el presupuesto necesario para poder ayudarlas. Al mismo tiempo creo, como ya dije en alguna ocasión, que es un error plantear los problemas del final de la vida desde la confrontación entre el derecho a morir y a vivir, entre el sí y el no a la eutanasia. Sencillamente porque el final de la vida trasciende las prácticas e incluso las leyes, y es preciso centrarse absolutamente en las propias personas que se encuentran en situaciones vertebradas de dolor y sufrimiento. Son ellas las que reclaman nuestra atención, las que luchan porque su vida tenga sentido a pesar de sus condiciones adversas. Por eso cada petición de eutanasia encierra, en el fondo, un fracaso determinado.

En este sentido, ya en 1947 el médico alemán Viktor von Weizsäcker, uno de los principales representantes de la conocida como “medicina antropológica de la Escuela de Heidelberg”, publicaba un polémico artículo en el primer número de la revista *Psyche* titulado *Eutanasia y experimentación humana* en el cual, entre otras cosas, criticaba una

forma de medicina centrada exclusivamente en el valor de la vida biológica, hasta el punto de afirmar 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” (2007, 252). Se trata de algo fundamental en el tratamiento de los problemas del final de la vida, en los cuales es la persona enferma la que debe ocupar el protagonismo y el lugar privilegiado de toda actuación más allá de las controversias ideológicas, técnicas, científicas y políticas. El deber de la sociedad es procurar que los enfermos vivan su situación y su proceso de muerte de la mejor manera posible. Diego Gracia llegó a decir que “cuando un paciente quiere morir y pide ayuda en tal sentido, es porque vive en unas condiciones peores que la propia muerte. Estas condiciones suelen deberse a marginación social o a dolor físico. En ambos casos, la sociedad tiene la obligación de poner todos los medios a su alcance para evitar estas situaciones de marginación, que pueden llegar a ser tan grandes que hagan la vida algo abyecto e insoportable” (1996, 136). De ahí que resulte importante señalar, aunque sea brevemente, algunos de los criterios que conviene tener en cuenta al afrontar las diferentes situaciones que se presentan en el último tramo de la vida de las personas con el objetivo de que sea una etapa de humanización a pesar de las dificultades que presenta.

### *5.1. La verdad al enfermo: una obligación moral*

Elisabeth Kübler-Ross contaba hace años la experiencia de una estudiante de enfermería hospitalizada próxima a la muerte y que escribió lo siguiente en una carta: “Me quedan unos meses, a lo más un año, de vida; pero nadie se atreve a abordar el tema. Me hallo de cara a la pared, una pared sólida en un espacio desierto: eso es todo lo que me queda. Yo soy el símbolo de vuestro miedo. Miedo de lo que sea. Miedo de algo que, sin embargo, sabemos que, pronto o tarde, nos llegará a todos. Os deslizáis silenciosamente en mi habitación trayendo medicamentos, o me tomáis la tensión, y os esfumáis enseguida, una vez cumplida la tarea. No sé si será porque soy alumna de enfermería o si se debería sencillamente a que soy un ser humano. El caso es que me doy cuenta de que tenéis miedo. Y ese miedo vuestro aumenta el mío. Pero, ¿de qué tenéis miedo? Si quien se muere soy yo. No os vayáis, un poco de paciencia. Si todo lo que yo necesito es saber simplemente que habrá alguien a mi lado para estrechar mi mano cuando llegue el momento. Os confieso que tengo miedo. Quizá para vosotros, por vuestro trabajo en el hospital, la muerte es una rutina. Pero haceros cargo de que para mí es algo completamente nuevo. Morirme, ya veis, esto es algo que hasta ahora no me había pasado nunca” (cit. por Masiá, 1998, 153). Se trata de un caso que seguramente se repite con frecuencia aunque sea de maneras diferentes.

Y es que muchas veces la verdad no es fácil de asumir, especialmente cuando choca de manera frontal con nuestros proyectos vitales e intereses particulares. Sin embargo, decir la verdad no sólo es un deber moral, sino que se convierte en algo imprescindible para que las personas puedan vivir con plenitud su enfermedad y su fase final de la vida, para que puedan convertir la muerte en un acto verdaderamente personal: “La verdad es el antídoto del miedo, la verdad es un potente agente terapéutico, la verdad libera, la

verdad [...] nos hace libres y autónomos, lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido” (Gómez, 2005, 130).

Evidentemente hay que reconocer el derecho que las personas enfermas tienen también a no saber la verdad sobre su situación, pero se trata de algo que no puede ser el fruto de una conspiración premeditada de todos aquellos que le rodean, una conspiración de silencio. Es cierto que en ello no está ausente la buena voluntad y el deseo de protección que tanto familiares como personal sanitario tienen hacia el enfermo, pero se trata de algo que no puede hacer perder de vista que tan sólo en la verdad, tan sólo con una información clara y veraz, el enfermo puede vivir su situación con auténtica libertad. De ahí también la importancia de formar la capacidad de dar malas noticias para que la “mentira piadosa” no deje de ser la excepción convirtiéndose en el antifaz con el cual ocultamos nuestro propio temor. La verdad es un principio moral de toda relación, también en situaciones de enfermedad en las cuales el final de la vida está próximo de forma inevitable. Gregorio Marañón decía que “el mérito de la verdad no es casi nunca de quien la dice, sino casi siempre de quien sabe escucharla”. Probablemente sea un poco exagerado, pero lo cierto es que hay que ejercitarse en buscar formas piadosas de decir la verdad y en la preparación para que el enfermo pueda asumirla.

Es posible que las reacciones de las personas ante noticias desesperanzadoras sean muy diferentes y en muchos casos difíciles de asumir. En este sentido se ha hecho ya muy conocida la descripción realizada por Kübler-Ross –después de un largo tiempo en contacto directo con pacientes hablando con ellos de sus sentimientos– del sentir de esas personas al saber que se acercan a su muerte: “la mayoría de nuestros pacientes usaban la negación, que podía durar desde unos segundos hasta muchos meses [...]. Esta *negación* nunca es total. Después de la negación, predominaban la *ira* y la *rabia*. Éstas se manifestaban en multitud de formas, como una envidia hacia los que podían vivir y actuar. Este disgusto se veía especialmente justificado y reforzado por las reacciones del personal y la familia, a veces casi irracionales, o era repetición de anteriores experiencias [...]. Cuando los que le rodeaban eran capaces de tolerar este disgusto sin tomárselo como algo personal, ayudaban mucho al paciente a llegar a la fase de *pacto* provisional seguido de *depresión*, que es un paso importante hacia la *aceptación* final [...]. Estas fases no se sustituyen una a otra, sino que pueden coexistir y superponerse a veces. Muchos pacientes han llegado a la aceptación final sin ninguna ayuda externa, otros necesitaban asistencia para pasar por estas diferentes fases y poder morir con paz y dignidad” (1989, 330). En cualquier caso la verdad posibilita que las personas puedan adentrarse con plenitud en un camino que ya no tiene retorno.

## 5.2. Acompañamiento y cuidado

Sabemos que la medicina se ha esforzado notablemente por mejorar su capacidad diagnóstica y también sus posibilidades curativas o terapéuticas, hasta el punto de que se ha centrado intensamente en todo aquello que rodea el hecho mismo de la enfermedad. Probablemente sería injusto decir que en todo este esfuerzo no ha tenido en cuenta al enfermo, pero también es discutible que haya sido la propia persona enferma la que ha

ocupado el puesto central de los esfuerzos médicos, algo que resulta fundamental en situaciones del final de la vida, especialmente cuando lo que debe primar es el cuidado de las personas y en donde el acompañamiento ocupa un lugar destacado, cosa que demuestra muy bien el caso de los enfermos de Alzheimer. Así de radical lo ha expresado Sherwin B. Nuland: “el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer no ofrece ningún consuelo posible. La angustia se puede mitigar con una buena asistencia, grupos de apoyo y la proximidad de los amigos y la familia, pero a fin de cuentas el paciente y las personas que ama deberán recorrer juntos ese tortuoso y sombrío valle en el que todo cambia para siempre. No hay dignidad en esta clase de muerte. Es un acto arbitrario de la naturaleza y una afrenta a la humanidad de sus víctimas. Si podemos extraer alguna lección, es saber que los seres humanos son capaces de profesar el amor y la lealtad que trascienden, no sólo a la degradación física, sino también al agotamiento espiritual de años de pesadumbre” (1995, 119). Él mismo decía que nuestra época “no es la del arte de morir, sino la del arte de salvar la vida” (ib., 246-247).

Esto no significa que no haya que ocuparse en la mejora de tratamientos y terapias, sino que en gran parte de los casos lo que debe primar es la atención global y el cuidado de los enfermos, sencillamente por el hecho de que nos encontramos ante situaciones que frecuentemente tienen un carácter de irreversibilidad que debemos asumir para que pueda vivirse con la mayor calidad posible. Es aquí donde el personal sanitario, pero sobre todo la familia y cuantos rodean al enfermo tienen un papel esencial, incluyendo también a los propios agentes pastorales y religiosos, que en no pocos casos se limitan lamentablemente a practicar la unción de enfermos y a celebrar los entierros. Resulta significativo que en un reciente discurso en la Universidad Pontificia Comillas con motivo del aniversario de los veinticinco años de la Cátedra de Bioética, Monseñor José Luis Redrado –durante otros tantos veinticinco años como Secretario de la Congregación Pontificia para la Pastoral de la Salud– dijera que la Iglesia tiene que mostrar compasión “tocando y oliendo a los enfermos”, sencillamente porque el sufrimiento afecta a todas las dimensiones de los humanos, física, psíquica, espiritual y moral, todas ellas necesitadas de atención. Merece la pena recordar que el Buen Samaritano socorrió al necesitado sin ni siquiera saber su nombre, un ejemplo de entrega y gratuidad.

Decía un autor que “una madre cría once hijos, y once hijos no son quienes de atender a una madre” (Campo, 2006, 33). Se trata de un verdadero drama que se repite cotidianamente como demuestra el hecho de que tantas personas vivan en la más completa soledad, especialmente en los momentos de mayor vulnerabilidad. Susan Sontag, en su obra sobre *La enfermedad y sus metáforas*, escribió que “tal como la enfermedad es la mayor de las miserias, así la mayor miseria de la enfermedad es la soledad que tiene lugar cuando la naturaleza infecciosa de la enfermedad disuade de acudir a quienes han de asistir; cuando hasta el médico apenas se atreve a venir... Se trata entonces de una proscripción, de una excomunión del paciente...”. Es sabido que detrás de muchas peticiones de muerte lo que existe es un deseo de “vivir de otra manera”, de que la sociedad responda ante las necesidades más básicas y fundamentales. De ahí la importancia que ha tenido, por ejemplo, la iniciativa del movimiento de los hospicios,

que tiene ya una larga tradición, especialmente a partir de que Camilo de Lelis fundara la orden de los Camilos en el siglo XVI y en diversas iniciativas desarrolladas posteriormente en varios lugares hasta culminar en los años sesenta del siglo pasado con la fundación del St. Crithopher's Hospice for Cicely Sauders en Londres, un lugar en donde los enfermos pudieran disfrutar de una buena calidad médica en un ambiente cálido y familiar, un lugar a medio camino entre el hospital y el hogar (cf. Barbero, 2007, 69). Ciertamente aunque se ha avanzado mucho en este camino, hay que decir que todavía queda mucho por recorrer para que las personas puedan vivir su final de una manera personal, para que sea un verdadero evento humano.

En realidad es una nueva manera de entender el acompañamiento en el final de la vida centrado básicamente en el enfermo, algo para lo que es necesario el desarrollo de los cuidados paliativos, las visitas domiciliarias o los centros de día entre otras cosas, en especial la cercanía, el apoyo y la comprensión de quien está sufriendo y que muchas veces sólo necesita unas palabras de cariño, cercanía y comprensión. Decía Freud que “la ciencia aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”. De hecho, los cuidados paliativos están teniendo una incidencia positiva en el final de la vida de las personas y su desarrollo y promoción es un deber moral de la sociedad hacia sus enfermos. Dicho de otra manera: es una injusticia debatir sobre la eutanasia sin un desarrollo previo y paralelo de los cuidados paliativos y todo lo que los rodea. De lo que se trata es de que la persona no sufra una muerte social antes de no poder evitar su muerte biológica, como se intenta bajo el denominado “envejecimiento activo”.

En la misma línea conviene reivindicar y defender todas las iniciativas que promuevan la atención personalizada a las personas en situación de dependencia y a los enfermos crónicos, algo que es un reflejo también del desarrollo moral social y del derecho a la vida que todos los seres humanos tienen más allá de sus circunstancias particulares. En el fondo, muchas peticiones de muerte no son sino una llamada de atención al conjunto de una sociedad que no sabe responder. Así escribía Lévinas: “lo característico de lo humano empieza en el poder convertirse en animal santo (no mero animal racional). El primer valor de lo santo es no dejar al prójimo abandonado a su soledad y a su muerte. En esto consiste la vocación médica del ser humano. Es indispensable responder a la apelación del rostro del otro, tener sentido del otro: salir de sí es ocuparse del otro, de su sufrimiento y su muerte antes que de la propia muerte, es el descubrimiento del fondo de nuestra humanidad, del bien en el encuentro con el otro”.

### *5.3. Justicia y proporcionalidad*

En alguna ocasión he escuchado que la eutanasia es un problema de ricos, sobre todo porque a la mayor parte de la humanidad lo que le preocupa no es buscar fórmulas para poder morir sino satisfacer unas necesidades elementales que le permitan seguir viviendo. Y es verdad que vivimos en un contexto demasiadas veces tecnificado en extremo, prometiendo unas esperanzas que corren el riesgo de convertirse en largas agonías. Por eso es tan importante buscar criterios que nos faciliten el discernimiento en

esas situaciones tremendamente frágiles y problemáticas en las cuales terminamos por reducir al ser humano a un simple material biológico que suplanta su carácter plenamente personal. Decía Novalis que “siempre que los hombres dan un solo paso hacia delante en el dominio de la naturaleza externa mediante el arte de la organización y de la técnica, deben antes haber dado tres pasos hacia dentro en el proceso de maduración ética” (cit. por Böckle, 1973, 252). Me parece que se trata de algo fundamental porque nos encontramos ante situaciones en donde existen numerosos valores en juego y ante unas vidas que son ya irrepetibles.

El derecho a la vida exige el deber de protegerla. Esto es algo que forma parte de la justicia, al menos en un doble sentido. Por un lado el deber de evitar abusos y presiones, algo que no es ajeno a la problemática de la eutanasia, cuya despenalización influye considerablemente en la percepción que el propio enfermo se hace de la carga que supone para la sociedad y para los que le rodean. Y en segundo lugar en el sentido de un uso adecuado y responsable de los recursos que tenemos, sobre todo en aquellas situaciones que llegan a extremos de desproporcionalidad con respecto a las propias personas enfermas. Creo que en las discusiones del final de la vida no es suficiente, aunque sea imprescindible, el recurso a criterios de tipo médico o técnico, sino que debemos tener en cuenta factores de tipo personal para procurar que los enfermos puedan vivir de la mejor manera el tiempo que les queda y puedan también morir en paz cuando llegue su momento.

Estoy convencido de que la vida tiene unos límites naturales que en ocasiones nos empeñamos en traspasar, algo de lo que quienes tratan con pacientes en estado terminal son bastante conscientes. Un geriatra de la Universidad de Yale llamado Leo Cooney escribió que “la mayor parte de los geriatras están en primera línea de quienes se muestran partidarios de abstenerse de toda intervención decidida que sólo esté destinada a prolongar la vida. Son los geriatras los que están constantemente desafiando a los nefrólogos que dializan a personas muy ancianas, a los neumólogos que intuban a personas que no tienen ninguna calidad de vida, e incluso a los cirujanos que parecen incapaces de abandonar su bisturí con pacientes para quienes la peritonitis representaría una muerte compasiva. Queremos mejorar la calidad de vida de los ancianos, no prolongar su duración. Así, aspiramos a que los ancianos sean independientes y lleven una vida digna durante el mayor tiempo posible. Trabajamos para reducir la incontinencia, disminuir la confusión y ayudar a las familias que se enfrentan con enfermedades como la de Alzheimer” (cit. por Nuland, 1995, 81). A pesar del desacuerdo que suponen algunas de las afirmaciones reproducidas, sí conviene tener presente que habrá enfermedades que ya no podremos curar, enfermedades que nos están recordando que también la vida tiene sus límites inquebrantables.

El problema se vuelve todavía más grave en los casos fronterizos, que es cuando debemos distinguir entre el cese de medidas terapéuticas y los necesarios recursos del cuidado al que todos tenemos derecho y que también debemos ofrecer a los demás. Ahí se pone realmente en juego nuestra capacidad de discernimiento y sobre todo nuestra propia humanidad. La lógica que rige el final de la vida y las situaciones de enfermedad

y sufrimiento tiene que ser siempre no una lógica cerrada del cálculo, sino sobre todo una lógica razonable de la gratuidad, pero en la cual llegado el momento aceptemos la muerte como el resultado de un viaje que sabemos que debe terminar. Así se decía en el informe sobre *Los fines de la medicina*: “el fin de la medicina [...] debe ser fomentar el bienestar del paciente, mantener la vida cuanto sea posible y razonable, pero reconocer que, debido a su lugar necesario en el ciclo de la vida humana, la muerte como tal no ha de tratarse como enemiga. Es la muerte en el momento equivocado (demasiado pronto en la vida), por las razones equivocadas (cuando se puede evitar o tratar médicamente a un coste razonable) y la que llega al paciente de una forma equivocada (cuando se prolonga demasiado o se sufre pudiéndose aliviar) la que constituye propiamente un enemigo” (2004, 47).

#### 5.4. *Control del dolor y sufrimiento*

Uno de los mayores problemas que suscita el final de la vida, al menos en cuanto a número de casos, es el de aquellas personas que padecen grandes dolores físicos y un enorme sufrimiento global, algo que no siempre ocurre en pacientes que se encuentran en estado terminal, sino también en personas con enfermedades crónicas y degenerativas. Gabriel Marcel escribía que “en la situación límite [...] reconozco mi sufrimiento como formando cuerpo conmigo; no intento disimulármelo engañosamente; vivo en una especie de tensión entre la voluntad que tengo de decir *sí* a mi sufrimiento y la impotencia en que me hallo de proferir este *sí* con total sinceridad” (1969, 272-273). Son situaciones tremendamente ambiguas y paradójicas en las que las personas se enfrentan cara a cara con el rostro más duro de la existencia, con la experiencia del mal que toda enfermedad supone.

Ahora bien, conviene distinguir entre las situaciones de dolor y las de sufrimiento, dado que no siempre tienen porqué darse al mismo tiempo ni de igual manera, al menos si entendemos el dolor en su sentido más físico y el sufrimiento desde una visión más global, que no siempre va acompañado de dolores de tipo físico. Su relación puede ser por ello enormemente desproporcional aunque tampoco se puede decir que exista una desvinculación en todos los casos tan nítida, especialmente si tenemos en cuenta el carácter subjetivo que todo dolor contiene.

Diego Gracia ha dicho en alguna ocasión que la medicina nunca ha tratado demasiado bien el dolor dado que siempre ha ido por detrás de él sin conseguir anticiparse a sus síntomas (2006, 26). Ello se debe a dos motivos fundamentales: el primero es el miedo a crear hábitos a las sustancias que se utilizan, y el segundo es el hecho de que el dolor constituye un indicador del estado biológico del enfermo, una luz que indica la evolución de la enfermedad y evita la incertidumbre. El problema es que, a su juicio, en las situaciones del final de la vida, especialmente de carácter terminal, esto no es más que “música celestial”, de manera que es una obligación calmar el dolor del paciente si éste lo solicita.

El control del dolor es lo que se intenta con las diferentes formas de sedación a las cuales ya nos hemos referido en capítulos precedentes, y que vienen a ser una de las

aplicaciones del principio llamado del “doble efecto” o “voluntario indirecto”. Se trata de una práctica que no está exenta de problemas, especialmente por el riesgo de abusos que se pueden cometer y la facilidad con la que puede dar lugar a formas encubiertas de eutanasia. En este sentido, ha tenido una enorme repercusión en España el caso ya citado del servicio de urgencias del hospital Severo Ochoa de Leganés. En cualquier caso, los procedimientos de sedación están ya protocolizados, tanto en lo referente a las condiciones de su aplicación como en la cantidad de las dosis a administrar, dado que existe la posibilidad de analizar, aunque no pueda ser con exactitud, el nivel del dolor de una persona y la cantidad de morfina que se le debe aplicar. Con todo, hay que decir que la sedación es una práctica fundamental en muchos procesos del final de la vida, de manera que lo más importante es que se cumplan los requisitos de su aplicación así como que se limite al control de aquellos síntomas que son refractarios a cualquier otro procedimiento de menor impacto sobre la conciencia personal y la vida. Es un procedimiento excepcional, el último recurso ante síntomas que no podemos controlar de otra forma. Porque es lógico que a nadie le gusta soportar dolores evitables ni tampoco ver cómo los seres queridos los tienen que padecer, al menos si ellos no lo desean. El deseo es que se realice con todos los procedimientos adecuados y sin manipulaciones camufladas.

Más problemático todavía es tratar el sufrimiento. Aun así creo que con lo dicho en los puntos anteriores se conseguiría una reducción bastante considerable de la angustia que provoca e incluso el sentido que las personas le pueden dar. Miguel de Unamuno decía que “quien no hubiese nunca sufrido, poco o mucho, no tendría conciencia de sí” (1997, 225). El sufrimiento es una posibilidad que forma parte de la vida, no sólo en las situaciones de enfermedad propiamente dichas, sino en cualquier otra en la que existan cualesquiera tipo de carencias, tanto físicas como afectivas, espirituales o religiosas. Se trata de una experiencia humana en último término incomprensible y que frecuentemente nos sitúa al borde de un abismo. Juan Pablo II, en su carta apostólica *Salvifici Doloris* llegó a decir que “el hombre, en su sufrimiento, es un misterio intangible” (n. 4). Suscita compasión y respeto, pero al mismo tiempo atemoriza, porque en él está contenida la grandeza y la debilidad de nuestra propia condición. El sufrimiento tiene muchos rostros y encierra multitud de dramas (ib., nn. 5 y 8), lo que hace difícil generalizar respuestas y encontrar su sentido último. De ahí también la importancia de construir una vida asentada no sobre ídolos, sino sobre valores y fundamentos que nos hagan conscientes y nos preparen para los infortunios de todo nuestro devenir histórico. El teólogo Karl Rahner llegó a decir que “la misma desesperación puede ser consolada si se la acepta dócilmente y no se la convierte en el último de los ídolos de la existencia” (1973, 321).

Cuando hoy miramos la realidad de muchas personas en la fase final de la vida, vemos que muchas de ellas están atravesadas por un enorme sufrimiento humano que brota desde la experiencia del mal vivido en la enfermedad. Pero también en muchas de esas situaciones vemos con claridad la muestra más sublime de los valores sobre los cuales sustentamos nuestra existencia, el acompañamiento, la compasión, la ternura, el cariño, el amor..., una infinidad de señales que hacen del sufrimiento una prueba que

pone en evidencia el sentido que le damos a toda nuestra vida. Casi todos pudimos ver en alguna ocasión la dedicación de una madre en el cuidado a su hijo inconsciente o tetrapléjico. El teólogo luterano Paul Tillich decía que “el sufrimiento puede mostrar los límites y las potencialidades de un ser vivo. Que esto suceda o que no suceda depende ciertamente del carácter objetivo del sufrimiento, pero depende asimismo del modo como lo soporta el sujeto doliente” (2004, 100). En este sentido, las creencias y convicciones sobre las cuales sustentamos nuestra existencia suelen ser elementos determinantes para afrontar situaciones de dificultad, porque nos recuerdan una y otra vez la fragilidad de aquello que somos, la necesidad que tenemos de los demás y la fuerza que tiene el amor para vencer a la adversidad, que en cualquier caso nunca tiene la última palabra. Porque estoy convencido de que el antídoto del sufrimiento no es la renuncia ni la desolación, sino especialmente el amor, la lucha por buscar un sentido compartido a las situaciones que nos toca enfrentar.

### *5.5. El humor y el amor*

Parece obvio, como dijimos en repetidas ocasiones, que es complicado generalizar afirmaciones sobre situaciones que cada persona y cada familia viven de un modo muy particular. Y además está fuera de duda que la enfermedad, el dolor y la muerte son realidades trágicas que afectan de una manera muy profunda a todo ser humano en todas sus dimensiones. Por eso algunos de los criterios señalados a lo largo del presente capítulo no son sino instrumentos a tener en cuenta para afrontar situaciones negativas de adversidad de una manera lo más plena posible, para hacer que la conmoción ante esa forma de mal experimentada en nuestra existencia no triunfe sobre el valor de una vida que nunca y en ningún estado debe dejar de ser un bien. Por eso es tan importante no perder la esperanza y ser capaces de transmitirla a aquellos que sufren, pues incluso en la desolación cada vida sigue teniendo sentido.

Es cierto que la pena o la tristeza tienden a acaparar nuestros días y a provocar nuestros desvelos cuando el infortunio irrumpe en nuestra vida o en la de aquellos a quienes queremos. Es comprensible y no puede ser de otra manera. Lo realmente preocupante es cuando eso no sucede, cuando somos inmunes al dolor de otro ser humano, sencillamente porque significaría que ni amamos, ni queremos ni sentimos, algo que sí representaría el culmen de la desolación y el sinsentido, la negación de lo propiamente humano, que es un ser llamado a sufrir con el sufrimiento del otro, a hacerle partícipe de nuestra vida ofreciéndole lo mejor de aquello que podemos darle.

En las problemáticas del final de la vida esto resulta fundamental, y lo experimentamos fácilmente cada vez que visitamos hospitales y vemos a los acompañantes sentados junto a sus personas queridas, pasando largas noches en los sillones de las habitaciones o esperando la hora de las visitas en las salas de las UCI. Día tras día se repiten muestras esperanzadoras de ese tipo en numerosos hogares y centros especializados de todo el mundo, a pesar de que no dejan de existir también situaciones contrarias de enorme soledad y tristeza que producen una gran amargura.

Pero por eso mismo, y además de todos los criterios éticos, técnicos, sociales o

religiosos en los que se nos ocurra pensar, hay dos elementos que nunca deberían dejar de estar presentes cuando nos enfrentamos al final de la vida de las personas: el humor y el amor. De hecho, y aunque bajo formas distintas, siempre están presentes en el día a día de las relaciones entre los enfermos y sus cuidadores, porque son el auténtico motor que hace posible recorrer la fase final de la vida con verdadera calidad y calidez humana.

Decía Ernst Stein que el humor “hay que tomarlo muy en serio”, y realmente es así, aunque no haya sido uno de los temas preferidos de nuestros ensayistas y estudiosos. Pero, sin duda, el humor es uno de los grandes tesoros que conforman lo humano y que hacen la vida más fascinante y apacible, especialmente en momentos de dificultad. Ahora bien, el humor no es sinónimo de alegría y felicidad, sino una actitud ante situaciones de adversidad. Freud llegó a decir que el humor es “un gasto de sentimiento ahorrado”, es decir, que en el fondo esconde algo que no deja de ser trágico. Por eso, y aunque no es un analgésico sentimental ni espiritual, tiene una virtud liberadora de la tristeza y del dolor, posibilita dulcificarlo al tiempo que cohibe la alegría. El humor hace que mantengamos los pies en el suelo e impide que perdamos la sensatez. Precisamente el gran escritor Castelao empezaba su obra *Un olo de vidro* con una frase de Mark Twain en la que decía que “debajo del humorismo siempre hay un gran dolor. Por eso en el cielo no hay humoristas”.

En las situaciones de sufrimiento y en los procesos del final de la vida humana el humor ejerce una gran fuerza esperanzadora, sencillamente porque nos permite distanciarnos del hecho para centrarnos únicamente en la persona. Es una forma de mirar hacia la adversidad que permite vislumbrar mejor la luz que toda oscuridad esconde. Porque el humor permite distanciarse de los problemas para dejar espacio a la cordura, permite que el sentimentalismo no triunfe sobre la racionalidad, sino que es la vía del adecuado equilibrio para decidir con inteligencia. Por ello “el verdadero humorista siempre está distante de su criatura y de sí mismo; nunca se entrega, tiene un extraño poder de objetivación. Esa distancia le permite ver las cosas en perspectiva, en las mutuas relaciones, por todos lados” (Fernández de la Vega, 2002, 89). Permite objetivar la realidad y de ese modo poder afrontarla en toda su complejidad. Por eso el humor convierte en racional lo que de otra manera sería simplemente pasional, algo que sucede con la muerte y el dolor, pero también con la alegría y el amor.

Por todo ello el humor no puede considerarse como un simple sentimiento de felicidad ni el resultado de una broma macabra, no es el intento de ridiculizar situaciones complicadas ni minusvalorar la importancia de personas tremendamente frágiles. Por eso no hay humor donde no hay simpatía hacia el otro, donde no existe compasión y ternura hacia los demás. Antes bien se puede decir que el humor es una respuesta con sentido a una determinada situación trágica, una actitud profunda que brota desde el interior de uno mismo y trasciende ante la llamada de aquel que nos necesita. Es, de alguna manera, el fruto del reconocimiento de nuestra condición vulnerable y lo que hace posible ofrecer esperanza ante el clamor de un sufrimiento que es siempre inmerecido. Por eso —escribía Fernández de la Vega— “se trata de una forma sutil de sabiduría adobada con todas las finuras del alma: comprensión, serenidad, reconocimiento resignado de límites, pudor

sentimental, simpatía, tolerancia, paciencia, etc. El humor es el esfuerzo más inteligente del hombre por liberarse de su tediosa condición” (ib., 65). Es la respuesta con sentido a una situación conflictiva que se mueve en el horizonte de la tragedia y la comicidad, de la risa y el llanto, y en donde el verdadero humor desdramatiza sin banalizar. Por eso no podemos prescindir de su capacidad de poder ante el sinsentido que parece que muchas situaciones nos producen en el final de la vida humana. Es un camino de liberación personal para todos los que participan de algún modo en el sufrimiento del otro, porque, en el fondo, el humor no es más que eso, la reacción positiva, humana y esperanzadora ante el dolor de aquellos que ya únicamente necesitan un poco de consuelo, de alegría y de paz.

Pero por todo ello el humor solo ejerce su poder de manera efectiva en las situaciones del final de la vida cuando brota de un sentimiento de amor. Es desde ahí desde donde podemos comprender el tesón y la generosidad en la entrega absoluta de tantas personas en el cuidado de vidas que parece que han perdido su sentido, pero que a pesar de todo ofrecen su esfuerzo hacia una labor que ya no se verá recompensada ni agradecida más que por el bien interno que ella misma posee. Sólo el amor hace comprensible lo que ya no tiene explicación alguna.

Evidentemente el amor es una experiencia originaria difícil de conceptualizar. Tal vez por ello se ha convertido en el lugar recurrente de los poetas y en la experiencia más presente en los místicos. Sin embargo, es una experiencia que impregna nuestro ser, algo cotidiano que brota espontáneamente del encuentro con el otro hasta representar la cercanía y el compromiso porque viva total y plenamente. El amor se expresa en la preocupación por los demás, por lo que reclaman con sus gestos y miradas, con sus palabras y acciones. Por eso Ortega decía que amar es “vivificación perenne, creación y conservación intencional del amado” (1966, 75), pero, al mismo tiempo, es el síntoma más decisivo de lo que una persona es, dado que es la manera más clara de desnudar nuestro propio interior, aquello que realmente somos.

Ciertamente, como ocurre con toda experiencia originaria, el amor es paradójico. Abrasa y duele, oprime y angustia, pero es él quien nos libera de nosotros mismos, quien nos descentra y nos abre hacia los demás sin necesidad de respuesta, quien nos lleva a cuidar sin esperar ser cuidados porque en él no rige la lógica del intercambio sino la de la pura donación. Así nos convierte en vulnerables para la compasión hacia quien sufre, para comprender su dolor y acompañarle. Por eso el amor conduce a la escucha, que es la forma de conectar con la realidad del sufrimiento. Clive Staples Lewis escribía que “amar, de cualquier manera, es ser vulnerable. Basta con que amemos algo para que nuestro corazón, con seguridad, se retuerza y, posiblemente, se rompa. Si uno quiere estar seguro de mantenerlo intacto, no debe dar su corazón a nadie, ni siquiera a un animal. Hay que rodearlo cuidadosamente de caprichos y de pequeños lujos; evitar todo compromiso; guardarlo a buen recaudo bajo llave en el cofre o en el ataúd de nuestro egoísmo. Pero en ese cofre –seguro, oscuro, inmóvil, sin aire– cambiará, no se romperá, se volverá irrompible, impenetrable, irredimible. La alternativa de la tragedia, o al menos del riesgo de la tragedia, es la condenación. El único sitio, aparte del Cielo, donde se

puede estar perfectamente a salvo de todos los peligros y perturbaciones del amor es el Infierno” (2006, 135).

En realidad el amor nos hace ser frágiles, pero por eso mismo provoca que siempre la vida del otro sea más importante, algo que en el final de la vida es fundamental y que rige la experiencia de muchas personas que todos los días conocemos y observamos. El amor es lo que hace que el otro sea partícipe de nuestra vida aunque ni siquiera lo sepa e incluso aunque ya ni siquiera exista. Por eso da sentido a todo sufrimiento y a toda forma de desolación, porque no hay nada más consolador que la mirada de amor de aquellos que nos rodean.

## **6. Conclusión: muerte y dignidad**

Tras todo el recorrido realizado hasta aquí y después de señalar algunos de los elementos más importantes para vivir el final de la vida y sus problemas de una manera lo más humana posible, surge una pregunta que tampoco podemos ignorar: si consiguiéramos que nuestros enfermos vivieran su situación en la verdad, con el acompañamiento y el cuidado necesario, así como con un control suficiente de su dolor, ¿desaparecerían todas las peticiones de muerte? ¿Se eliminaría el deseo que algunas personas tienen de morir antes de seguir viviendo en la situación que su enfermedad les produce? Es complicado hacer predicciones sobre algo muy difícil de conseguir, pero creo que lamentablemente la respuesta es que no. Probablemente se reducirían mucho los casos, pero no se conseguirían eliminar del todo, sencillamente por el hecho de que algunas de las personas que piden morir no llegarían nunca a hacerse cargo de su situación, no buscan alternativas, sino únicamente terminar fácil y rápidamente su vida terrenal. De hecho, se trata de algo que podemos ver hoy en algunos de los casos que se han dado, ante los cuales no hubo posibilidad de revertir un deseo que de todos modos se ha visto cumplido, legal o ilegalmente, pero no se ha podido evitar. A pesar de ello, si los criterios señalados y otros se pusieran en la práctica, seguramente las peticiones de muerte no dejarían de ser algo marginal y excepcional, soluciones desesperadas ante situaciones que no hemos sabido resolver de otra manera (Gracia, 2006, 27). Aquí convendría que tuvieran un papel más importante los comités de ética y bioética para que dejaran de ser un adorno hospitalario o un instrumento al servicio de la ideología de partido y sirvieran verdaderamente para ayudar a las personas, a las familias y al personal sanitario a tratar con criterios éticos situaciones demasiado complejas.

Creo que se trata de algo que las propuestas legislativas no pueden olvidar, dado que la primera obligación que tiene la sociedad es la de velar para que las personas puedan realizar plenamente su vida en cualquier situación de dependencia y vulnerabilidad en la que se encuentren. Seguramente la eutanasia o el suicidio asistido sean las medidas más fáciles y económicamente más viables desde el punto de vista sanitario, pero también son las más peligrosas y las que mejor demuestran la impotencia de una sociedad para tratar y cuidar a sus enfermos. Merece la pena repetirlo: es una incoherencia política abordar el derecho a morir sin abordar previamente los problemas básicos de las personas enfermas, de su cuidado y de las medidas necesarias para que puedan vivir

humanamente el final de sus vidas.

No puedo terminar sin referirme a uno de los elementos que siempre está presente en todos los debates sobre el final de la vida, y es la cuestión del lenguaje. Ya en uno de los capítulos anteriores nos hemos referido a la importancia de delimitar cada una de las situaciones que se puedan presentar así como la necesidad de llamar a cada una por su nombre, más allá de la valoración moral que cada una pueda tener. Este es el punto de partida para poder dialogar sabiendo de qué se está tratando y evitar generar todavía más confusión a algo que ya de por sí es bastante confuso. El acuerdo sobre el uso de los conceptos es el presupuesto para el entendimiento y para la búsqueda de las soluciones menos dramáticas. Ahora bien, si ya todos los conceptos generan controversias, hay uno que es quizá de los más utilizados y manipulados en toda la discusión sobre el final de la vida, y se trata del concepto de “muerte digna”. Es sabido que el concepto de dignidad ha tenido diversas dimensiones, ontológica, ética, jurídica, etc., algo que ha complejizado tanto su uso como su aplicación a determinadas situaciones. Ese es el motivo por el cual se presta con demasiada facilidad a su instrumentalización ideológica para defender unos u otros derechos. Curiosamente en el final de la vida tanto los defensores de la eutanasia como sus opositores lo utilizan también como reclamo de sus propósitos, dado que todos abogan por el derecho a una muerte digna.

En este sentido, resulta fácil percibir un error de fondo consistente en no extraer todas las consecuencias del punto de partida que reside en la afirmación de la dignidad de todo ser humano. Dicho de otra manera: la dignidad ontológica implica su reconocimiento en las diversas dimensiones de la vida, tanto ética como jurídica, de manera que pertenece a todo ser humano por el hecho mismo de serlo, algo que no es posible arrebatarse sin romper con los fundamentos mismos del orden social. Esto se hace especialmente delicado en el final de la vida humana al aplicar el concepto de dignidad a situaciones particulares dependientes de los sujetos o de la forma que estos tienen de morir. Por ello, el concepto de dignidad, referido a la persona, no es el más adecuado para definir una forma u otra de morir. Podemos aceptar moralmente o no que alguien se quite la vida, pero me parece una manipulación reclamarlo bajo algo que pertenece de por sí a cada ser humano más allá de la forma en la que se muera. Wolfhart Pannenberg escribía que la dignidad “no queda suprimida por ninguna clase de humillación que de hecho pueda sobrevenir a un individuo concreto. La faz del humillado, del privado de sus derechos, del sometido al sufrimiento, sólo puede ennoblecerse –pues ha quedado desposeído de cualquier otro prestigio– por el resplandor de esa dignidad que ningún hombre posee por propio merecimiento y que tampoco debe a otro hombre, por lo que tampoco nadie puede privarle de ella” (1996, 192). Podemos morir bien o mal, con o sin sufrimiento, solos o acompañados, pero en cualquier caso no dejamos de ser dignos, sencillamente porque la dignidad trasciende los límites del sufrimiento humano e incluso los errores cometidos en situaciones de fragilidad. Es una condición trascendental de nuestra propia existencia mundana.

## Conclusión

Hemos llegado al final de nuestro recorrido por las principales problemáticas que se presentan en torno al final de la vida de las personas. Probablemente no estén todas las situaciones posibles, lo que se debe al hecho de la complejidad misma de la vida y a que detrás de las enfermedades y sufrimientos siempre existen personas concretas con su propia biografía particular y familiar que no siempre es posible reflejar de un modo adecuado. Con todo, al menos sí esperamos que lo dicho hasta aquí pueda servir de apoyo para todas aquellas personas que tengan que enfrentarse a experiencias propias de ruptura vital que toda enfermedad grave supone, tanto si es en su propia vida como si afecta a otras personas a las que tienen que acompañar.

Nuestro interés ha sido primeramente el de clarificar lo máximo posible las posibilidades más frecuentes. Por un lado, transmitiendo la conciencia de que la muerte es algo que pertenece a la condición propia de los seres vivos, a pesar de que nunca ha sido sencilla ni su determinación ni tampoco la manera de afrontarla. En este sentido la gran variabilidad cultural y religiosa es una muestra patente de las diferentes formas de comprender tanto el hecho mismo de morir como el papel que ante ella desempeñamos las personas. Y, por otro lado, precisando las diferencias conceptuales entre unas prácticas y otras, algo que es absolutamente fundamental para poder entendernos acerca de la valoración moral y las consecuencias jurídicas que de ellas se derivan.

Asimismo, a nadie se le escapa que el final de la vida es una etapa especialmente sensible para la floración e incluso el despertar de las inquietudes, sentimientos y convicciones religiosas de las personas. Aquí es evidente que el cristianismo, y de manera especial la Iglesia Católica, ha tenido siempre un papel muy destacado en nuestra cultura occidental. De ahí que le hayamos dedicado un capítulo específico en el cual hemos intentado mostrar la visión que el Magisterio de la Iglesia ofrece de los diferentes problemas que se presentan, especialmente desde su preocupación central por la propia persona enferma y su acompañamiento para ayudar a buscar sentido a situaciones verdaderamente difíciles de comprender. Merece la pena recordar aquellas palabras de Paul Claudel: “Jesús no ha venido a suprimir el sufrimiento. Ni siquiera a explicarlo. Ha venido a llenarlo con su presencia”.

Con todo, la convicción fundamental que recorre las páginas de este libro es la necesidad que tenemos de que todos los problemas del final de la vida no dejen de poner en el centro a las propias personas en su totalidad, a las personas no sólo en su dimensión biológica sino también biográfica, dado que, en realidad, la forma de vivir la adversidad y la muerte se prepara ya a lo largo de todo nuestro recorrido vital y se afronta desde los valores en los cuales sustentamos nuestra vida. Bernhard Häring, en su magnífico ensayo titulado *La fe, fuente de salud*, se lamentaba de que el modelo técnico dominante se hubiera ocupado unilateralmente de las respectivas enfermedades y no hubiera atendido

al hombre en su totalidad, algo que es absolutamente necesario y urgente: “la crisis de la medicina moderna deriva no sólo de la especialización, sino, sobre todo, de aquella diferenciación unilateral que trastorna casi siempre la visión de la totalidad” (1986, 19). Al centrarse en las enfermedades se corre el riesgo de descuidar a los enfermos, algo que también Karl Jaspers ha subrayado con insistencia: “en la profesión médica se procura de una manera racional despachar masas de enfermos, sometiéndoles a un tratamiento técnico en instituciones, dividiéndoles en partes que son remitidas a los distintos especialistas. Se presupone que podemos dominar todo, incluida la atención médica, a expensas de acción técnica. En lugar de la atención dedicada al individuo prevalece el ejercicio técnico de las distintas especialidades”.

Por eso, y aunque la especialización ha resultado muy positiva y necesaria, los criterios ofrecidos son expresiones concretas para afrontar un final de la vida centrados fundamentalmente en las personas, en su escucha, atención y cuidado, resolviendo sus necesidades y ofreciendo el acompañamiento que tanto necesitan, algo sólo posible en el enfrentamiento directo, personal y global con las personas enfermas y moribundas. En el fondo, ante las situaciones de dolor y sufrimiento, muchas veces ya no vale el cálculo ni la técnica, sino sencillamente la puesta en marcha de un principio humano como es el de la gratuidad, la lógica del amor y la entrega. Por eso, creo oportuno finalizar ya con un texto del maestro Javier Gafo y que recoge gran parte de nuestra propia visión: “Ante el enfermo terminal puede decirse que la eutanasia resuelve su angustioso problema, pero también el nuestro: el de no prestarle escucha, la atención, la cercanía que, ante todo, aquél necesita. Lo realmente difícil, lo auténticamente humano, es ‘saber vivir con un problema’ que no tiene solución; es saber asumir que existen situaciones para las que no hay soluciones terapéuticas, pero que exigen de nosotros actitudes mucho menos sofisticadas y costosas: estar cerca, poder mirar a los ojos del enfermo y apretar su mano... Esto es saber vivir y convivir con un problema que no tiene solución médica, pero que exige de nosotros una respuesta preñada de humanidad” (1990, 233).

## Bibliografía

- ÁLVAREZ, J. C., “La relación clínica” en: GARCÍA FÉREZ, J. - ALARCOS, F. J. (eds.), *10 palabras clave en humanizar la salud*, Verbo Divino, Navarra 2002, 112-126.
- ÁLVAREZ GÁLVEZ, I., *Eutanasia voluntaria autónoma*, Dikynson, Madrid 2002.
- AMOR, J. R., *Introducción a la bioética*, PPC, Madrid 2005.
- ARIÈS, PH., *Historia de la muerte en occidente*, Acantilado, Barcelona 2000.
- AUER, A., “Salud y enfermedad” en: RAHNER, K., AUER, A., BÖCKLE, F., CONGAR, Y., *Ética y Medicina*, Guadarrama, Madrid 1973, 63-66.
- BAIRD, R. M. - ROSENBAUM, S. E. (eds.), *Eutanasia: los dilemas morales*, Alcor, Madrid 1992.
- BARBERO, J., “Cuidados paliativos” en: ELIZARI BASTERRA, F. J. (dir.), *10 palabras clave ante el final de la vida*, Verbo Divino, Estella 2007, 67-114.
- BATTIN, M. P., “Terminal sedation: pulling the sheet over our eyes”: *Hastings Center Report* 5 (2008) 28.
- BEAUCHAMP, T. L., “A Reply to Rachel son Active and Passive Euthanasia” en: BEAUCHAMP, T. L. - PERLIN, S., *Ethical Issues in Death and Dying*, Prentice-Hall, New Jersey 1978, 246-258.
- , “The Right to Die as the Triumph of Autonomy”: *Journal of Medicine and Philosophy* 31 (2006) 643-654.
- BEAUCHAMP, T. L. - CHILDRESS, J. F., *Principles of biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 2001.
- BELLVER CAPELLA, B., “Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España”: *Cuadernos de Bioética* 1 (2006) 11-25.
- BERROCAL LANZAROT, A. I., “La autonomía del individuo en el ámbito sanitario. El deber de información y el consentimiento informado como derechos del paciente en la nueva Ley 41/2002, del 14 de noviembre”: *Foro: revista de ciencias jurídicas y sociales* 0 (2004) 227-298.
- BÖCKLE, F., “Las fronteras de la actuación médica” en: RAHNER, K. - AUER, A. - BÖCKLE, F. - CONGAR, Y., *Ética y Medicina*, Guadarrama, Madrid 1973, 247-252.
- BROCK, D. W., “Voluntary Active Euthanasia”: *Hastings Center Report* 2 (1992) 10-22.
- BROGGI, M. A., *Por una muerte apropiada*, Anagrama, Barcelona 2013.
- CAAMAÑO LÓPEZ, J. M., “Breve historia de la eutanasia. Aproximación al concepto”: *Moralia* 134/135 (2012) 179-211.
- , “La vida humana y la teología. El valor de un misterio sustentado en la infinitud” en: GARCÍA DE CASTRO, J. - MADRIGAL, S. (eds.), *Mil gracias derramando. Experiencia del Espíritu ayer y hoy*, UPCO, Madrid 2011.
- CALLAHAN, D. (dir.), *Los fines de la medicina*, Fundación Grífols i Lucas, Barcelona 2004.
- , “Aid-in-Dying. The Social Dimensions”: 14 (1991) 12-16 (Supplement).
- , “El problemático sueño de la vida: en busca de una muerte tranquila” en: AAVV, *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Fundación Ciencias de la Salud, Madrid 1996.
- , “Religion and the Secularization of Bioethics”: *Hastings Center Report* 20 (1990) An Special Supplement.
- CAMPO FREIRE, X., “Problemas éticos na ancianidade”: *Encrucillada* 150 (2006) 33-42.
- CASSEL, E. J., “The Nature of Suffering and the Goals of Medicine”: *New England Journal of Medicine* 306 (1982) 639-645.
- CELLARIUS, V., “Terminal Sedation and the ‘imminence condition’”: *Journal of Medical Ethics* 34 (2008) 69-72.
- CENTANARO, G., “Muerte encefálica”: *Acta Neurol. Colomb.* 4 (2003) 172-185.
- CEPC, “Dossier: regulación de la eutanasia y los derechos de los enfermos”: *Boletín de documentación* 31-32 (2008).
- CHILDRESS, J. F., “The place of autonomy in Bioethics”: *Hastings Center Report* 20 (1990) 12.

- CLOUSER, K. D. - CULVER, CH. M. - GERT, B., *Bioethics. A Return to Fundamentals*, Oxford University Press, New York 1997.
- COMITÉ CONSULTIVO DE BIOÉTICA DE CATALUÑA, *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*, Generalitat de Catalunya - Prous Science, Barcelona 2006.
- COROMINAS MALET, A., “Los derechos del enfermo en las declaraciones internacionales”: *Jano. Humanidades médicas* 664-H (1985) 1307-1317.
- COUCEIRO VIDAL, A. - NÚÑEZ OLARTE, J. M., “Orientaciones para la sedación del enfermo terminal”: *Medicina Paliativa* 3 (2001) 138-143.
- CRONIN, D. A., *The moral law in regard to the ordinary and extraordinary means of conserving life*, Pontificia Universitas Gregoriana, Roma 1958.
- CUYÁS, M., *Eutanasia y derecho a morir-I*, Institut Borja de Bioètica, Barcelona 1991.
- DEMERSON, P. DE, “Muertes aparentes y socorros administrados a los ahogados y asfixiados en las postrimerías del siglo XVIII”: *Asclepio* 2 (2001) 45-68.
- DRANE, J. F., “La bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influjo en España” en: GAFO, J. (ed.), *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*, UPCO, Madrid 1978, 87-105.
- DREWERMANN, E., *Psicoanálisis y teología moral III. En los confines de la vida*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1997.
- DURKHEIM, E., *El suicidio*, Schapire Editor, Buenos Aires 1971.
- EAPC, “Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force”: *Palliative Medicine* 17 (2003) 97-101.
- ELIZARI, F. J., “¿La hora de eutanasia? Reflexiones para el debate social”: *Moralia* 31 (2008) 383-421.  
 —, “El derecho abre las puertas a la eutanasia”: *Moralia* 25 (2002) 121-146.  
 —, “Eutanasia” en: ELIZARI, F. J. (dir.), *10 palabras clave ante el final de la vida*, Verbo Divino, Navarra 2007, 345-388.  
 —, “Sedación terminal. Corrección médica / aceptabilidad ética”: *Moralia* 124 (2009) 405-442.
- ENCK, E., “Drug-Induced Terminal Sedation for Symptom Control”: *American Journal Hospital and Palliative Care* 8 (1991) 3-5.
- ENGELHARDT, D. VON, “La medicina frente al desafío antropológico”: *Labor hospitalaria* 255 (2000) 24-35.
- ESCALANTE COBO, J. L., “La definición de muerte” en: GAFO, J. (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, UPCO, Madrid 1996, 53-74.
- ESCRIHUELA MORALES, F. J., “Los derechos del enfermo en el ordenamiento administrativo”: *Jano. Humanidades médicas* 664-H (1985) 1318-1323.
- FADEN, R. R. - BEAUCHAMP, T. L., *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York 1986.
- FERNÁNDEZ DE LA VEGA, C., *O segredo do humor*, La Voz de Galicia, Vigo 2002.
- FLECHA, J.-R., *Bioética. La fuente de la vida*, Sígueme, Salamanca 2005.
- GAFO, J., “La eutanasia y la Iglesia Católica” en: GAFO, J. (ed.), *La eutanasia y el arte de morir*, UPCO, Madrid 1990, 113-123.  
 —, *10 palabras clave en Bioética*, Verbo Divino, Estella 2000.  
 —, *Bioética teológica*, Desclée de Brouwer-UPCO, Madrid 2003.  
 —, *Eutanasia y ayuda al suicidio. “Mis recuerdos de Ramón Sampedro”*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1999.  
 —, *La eutanasia*, Temas de hoy, Madrid 1990.
- GARCÍA MORENTE, M., *Lecciones preliminares de filosofía*, Porrúa, México 1992.
- GENNEP, A. V., *Los ritos de paso*, Taurus, Madrid 1986.
- GERT, B. - CULVER, C. M. - CLOUSER, K. D., *Bioethics*, Oxford University Press, New York 1997.
- GÓMEZ SANCHO, M., *Diagnóstico cáncer... ¿cómo decírselo?*, Arán, Madrid 2005.
- GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la bioética al Bioderecho. Libertad, vida y muerte*, Dykinson-UPCO, Madrid 2006.
- GORDILLO ÁLVAREZ-VALDÉS, L., “¿La autonomía, fundamento de la dignidad humana?”: *Cuadernos de Bioética* 2 (2008) 237-253.
- GRACIA, D., “Historia de la eutanasia” en: GAFO, J. (ed.), *La eutanasia y el arte de morir*, Upco, Madrid 1990, 13-32.  
 —, “Historia del trasplante de órganos” en: GAFO, J. (ed.), *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*, UPCO, Madrid 1996, 13-32.

- , “Bioética dos confins da vida”: *Encrucillada* 150 (2006) 8-27.
- , “Eutanasia: estado de la cuestión” en: URRACA, S. (ed.), *Eutanasia hoy: un debate abierto*, Noesis, Madrid 1996.
- , “Historia de la ética médica” en: VILARDELL, F. (coord.), *Ética y medicina*, Espasa-Universidad, Madrid 1988, 25-65.
- , “Historia de la eutanasia” en: GAFO, J. (ed.), *La eutanasia y el arte de morir*, UPCO, Madrid 1990, 13-32.
- , “The Old and the New in the Doctrine of the Ordinary and the Extraordinary Means” en: K. W. WILDES (ed.), *Critical Choices and Critical Care. Catholic Perspectives on Allocating Resources in Intensive Care Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1995, 119-125.
- , *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid 2004.
- , *Ética de los confines de la vida*, El Búho, Bogotá 1998.
- , *Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid 1989.
- , *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Doce Calles, Madrid 1996.
- , “Los derechos de los enfermos” en: GAFO, J. (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, UPCO, Madrid 1986, 43-87.
- GUARDINI, R., *Ética. Lecciones en la Universidad de Munich*, BAC, Madrid 2000.
- HAMPHRY, D. - WICKETT, A., *El derecho a morir*, Tusquets, Barcelona 1989.
- HÄRING, B., *La fe, fuente de salud*, Paulinas, Madrid 1986.
- HÉBERT, G., *Los Testigos de Jehová. Su doctrina y su historia*, PPC - Casa de la Biblia, Madrid 1977.
- HENKE, D. E., *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 (tesis doctoral), Roma 2004.
- HIGUERA, G., “Distanasia y moral”: *Sal Terrae* 57 (1969) 54-70.
- , “Eutanasia: precisiones terminológicas” en: GAFO, J. (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, UPCO, Madrid 1986, 141-152.
- HOUSE OF DELEGATES, *Proceedings of the House of Delegates*, AMA, California 1977.
- INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA, “Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Declaración del IBB (Universidad Ramón Llull)”: *Bioètica & Debat* 39 (2005).
- IZQUIERDO ALBERCA, A., *La utopía terrenal. Ritual, simbolismo y cognición en los Testigos de Jehová*, Manakel, Madrid 2004.
- JASPERS, K., *Entre el destino y la voluntad*, Guadarrama, Madrid 1969.
- JONSEN, A. R., “‘Life is Short, Medicine is Long’: Reflections on a Bioethical Insight”: *Journal of Medicine and Philosophy* 31 (2006) 667-673.
- , “Ética de la Eutanasia”: *Humanitas. Humanidades médicas* 1 (2003) 103-112.
- , *A short History of Medical Ethics*, Oxford University Press, Nueva York 2000.
- , *Breve historia de la ética médica*, San Pablo-UPCO, Madrid 2011.
- JÚDEZ, J., “Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado”: *Anales del sistema sanitario de Navarra* 3 (2007) 137-161.
- , “Suicidio médicamente asistido”: *Medicina Clínica* 13 (2005) 498-503.
- KAGAN, S., “The Additive Fallacy”: *Ethics* 99 (1988) 5-31.
- KAPUSTA, P., “Fe y ciencias naturales en el pensamiento de Joseph Ratzinger” en: MADRIGAL, S. (ed.), *El pensamiento de Joseph Ratzinger. Teólogo y Papa*, San Pablo-UPCO, Madrid 2009, 277-294.
- KASSEL, K. - AUSTIN, C. (eds.), *Poetae Comici Graeci*, Vol. IV, Berolimo et Novi Eboraci, Berlín 1983.
- KEVORKIAN, J., *La buena muerte*, Grijalbo, Barcelona 1993.
- KOOP, C. E., *The Right to Live; The Right to Die*, Tyndale House Publishers, Wheaton 1976, 102-111.
- KÜBLER-ROSS, E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, Barcelona 1989.
- KUHSE, H., “Debate: Extraordinary means and the sanctity of life”: *Journal of Medical Ethics* 7 (1981) 74-82.
- , “La eutanasia voluntaria y otras decisiones médicas sobre el final de la vida. A los médicos se les debería permitir que echaran una mano a la muerte” en: THOMASMA, D. C. - KUSHNER, T., *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*, Cambridge University Press, Madrid 1999, 269-280.
- , “La eutanasia” en: SINGER, P. (ed.), *Compendio de Ética*, Alianza Editorial, Madrid 1995, 405-415.
- KÜNG, H., *¿Vida eterna?*, Cristiandad, Madrid 1983.

- KÜNG, H. - JENS, W., *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Trotta, Madrid 1997.
- LADEVECE, L. F., “Bioética e Islam: el problema de la eutanasia” en: TORRE DÍAZ, J. DE LA (ed.), *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, UPCO, Madrid 2011, 467-478.
- LAIN ENTRALGO, P., “Tres reflexiones éticas”: *Isegoría* 13 (1996) 99-117.
- , “Sobre la persona”: *Arbor* 613 (1997) 9-24.
- , *Antropología médica para clínicos*, Salvat, Barcelona, 1986.
- , *El estado de enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica*, Ed. Moneda y Crédito, Madrid 1968.
- , *Enfermedad y pecado*, Ed. Toray, Barcelona 1961.
- , *Historia de la Medicina*, Ed. Masson, Barcelona 2003.
- , *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Alianza Universidad, Madrid 1983.
- LANDSBERG, P-L., *Ensayo sobre la Experiencia de la muerte. El problema moral del suicidio*, Caparrós, Madrid 1995.
- LÉVINAS, E., *El tiempo y el otro*, Paidós, Barcelona 1993.
- LEWIS, C. S., *Los cuatro amores*, Rayo, New York 2006.
- LÓPEZ AZPITARTE, E., *Ética y vida. Desafíos actuales*, San Pablo, Madrid 1990.
- MACÍNTYRE, A., *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona 2004.
- MADOZ, V., *Diez palabras clave sobre los miedos del hombre moderno*, Estella, Navarra 1997.
- MARAÑÓN, G., *Vocación y ética y otros ensayos*, Espasa-Calpe, Madrid 1966.
- MARCEL, G., *Filosofía concreta*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires 1969.
- MARCOS, A. M<sup>a</sup>, “A vueltas con la eutanasia” en: JUNQUERA, J. - TORRE, J. DE LA (eds.), *Dilemas bioéticos actuales: investigación biomédica, principio y final de la vida*, DYKINSON-UNED-UPCO, Madrid 2012, 177-203.
- MARTÍ AMENGUAL, G., *El suicidio consumado en las Islas Baleares*, Seminario Pedro Mata, Barcelona 1982.
- MARTINO ALBA, R. - MONLEÓN LUQUE, M., “Limitar el esfuerzo terapéutico: un término poco apropiado” en: *Revista de medicina paliativa* 1 (2009) 10.
- MARX, K. F., “Medical Euthanasia”: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 7 (1972) 404-416.
- , *De euthanasia medica*, Prolusio Academica, Gottingae 1826.
- MASIÁ, J., *Bioética y antropología*, UPCO, Madrid 1998.
- , *Tertulias de bioética. Manejar la vida, cuidar a las personas*, Sal Terrae, Santander 2005.
- MCCORMICK, R. A., “El principio del doble efecto”: *Concilium* 120 (1976) 564-582.
- MIGUEL BERIAIN, I. DE, “El Judaísmo ante la eutanasia: un breve recorrido por la normativa hebrea sobre esta materia” en: TORRE DÍAZ, J. DE LA (ed.), *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, UPCO, Madrid 2011, 75-88.
- MILL, J. S., *Sobre la libertad*, Tecnos, Madrid 2008.
- MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F. DE, *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital*, UPCO, Madrid 2009.
- MONTES, L. - MARÍN, F. - PEDRÓS, F. - SOLER, F., *Qué hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya la exigencia de una muerte digna*, Akal, Madrid 2012.
- MOODY, R. A., *Vida después de la vida*, Edaf, Madrid 1978.
- MORO, T., *Utopía*, Espasa-Calpe (trad. de Pedro Voltes), Madrid 1999.
- NULAND, SH. B., *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Alianza, Madrid 1995.
- ORTEGA Y GASSET, J., *Estudios sobre el amor*, Espasa-Calpe, Madrid 1966.
- PANNENBERG, W., *Teología sistemática II*, UPCO, Madrid 1996.
- PARADYS, N., *Oratio de euthanasia naturali et quid ad eam conciliandum medicina valeat*, Lugdunum, Leyden 1974.
- PELLEGRINO, E. D., “Being ill and being healed: some reflections on the grounding of medical morality”: *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1 (1981) 70-79.
- , “Cada enfermo es mi hermano”: *Dolentium Hominum* 7 (1988) 58-62.
- PENHALL BIRD, L., “Tao Principles of Medical Ethics” en: FRAZIER, C. A. (ed.), *Is it Moral to Modify Man?*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield 1973, 8-14.
- PÉREZ FERRER, E. - GREDILLA, J. - VICENTE, J. DE - GARCÍA FERNÁNDEZ, F. - REINOSO BARBERO, F., “Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento” en: *Rev. Esp. De Anest. Y Reanim.* 53 (2006) 31-41.

- PORTA, J., “Aspectos clínicos de la Sedación en Cuidados Paliativos” en: AAVV, *Ética y sedación al final de la vida*, Fundació Víctor Grifols, Barcelona 2003, 9-28.
- , “Aspectos clínicos de la Sedación en Cuidados Paliativos” en: AAVV, *Ética y Sedación al final de la vida*, Fundació Víctor Grifols, Barcelona 2003, 9-28.
- 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.
- , *Making Health Care Decisions*, Library of Congress, Washington 1982.
- PRIVITERA, S., “Principios morales tradicionales” en: COMPAGNONI, F. - PIANA, G. - PRIVITERA, S. (dirs.), *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas (adaptación de la edición española a cargo de M. Vidal), Madrid 1992, 1474-1482.
- QUILL, T. E., “La muerte médicamente asistida: ¿progreso o peligro?” en: AAVV, *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Fundación Ciencias de la salud, Madrid 1996, 15-36.
- , *Death and Dignity*, Norton & Company, New York 1993.
- QUILL, T. E. - CASSEL, C. K. - MEIER, D. E., “Care of the hopelessly ill: proposed clinical criteria for physician-assisted suicide” en: *New England Journal of Medicine* 327 (1992) 1380-1384.
- RACHELS, J., *The end of life. Euthanasia and Morality*, Oxford University Press, Oxford 1986.
- , “Active and Passive Euthanasia”: *New England Journal of Medicine* 292 (1975) 78-80.
- , “Eutanasia activa y pasiva” en: *New England Journal of Medicina* 2 (1975) 78-80.
- , “More Impertinent Distinctions and a Defense of Active Euthanasia” en: MAPPES, TH. A. - ZEMBATY, J. S. (eds.), *Biomedical Ethics*, McGraw Hill, New York 1981, 355-359.
- RAHNER, K., “Dignidad y libertad del hombre” en: ID., *Escritos de Teología II*, Taurus, Madrid 1967, 253-283.
- , “Libertad del enfermo y teología”: *Concilium* 42 (1974).
- , “Muerte” en: AAVV, *Sacramentum Mundi IV*, Herder, Madrid 1973, 818-825.
- , “Reflexiones sobre la muerte” en: RAHNER, K.- AUER, A. - BÖCKLE, F. - CONGAR, Y., *Ética y Medicina*, Guadarrama, Madrid 1973, 305-321.
- , *Curso Fundamental sobre la fe*, Herder, Barcelona 1998.
- RAMSEY, P., *The Patient as Person*, Yale University Press, London 1970.
- REDRADO, J. L., “Juan Pablo II: 25 años de Pontificado”: *Humanizar (humanizar.es/reflexiones)* y en *Ecclesia* (16-10-2003).
- REVERTE, J. M., *Las fronteras de la medicina. Límites éticos, científicos y jurídicos*, Díaz de Santos, Madrid 1983.
- REY MARTÍNEZ, F., “El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España”: *Revista de Derecho Político* 71-72 (2008) 439-477.
- RIDLEY, D. T., “Jehovah’s Witnesses’ refusal of blood: obedience to scripture and religious conscience”: *Journal of Medical Ethics* 25 (1999) 469-472.
- ROELCKE, V., “‘Ars moriendi’ und ‘euthanasia medica’: Zur Neukonfiguration und ärztlichen Aneignung normative Vorstellungen über den ‘guten Tod’ um 1800” en: AAVV, *Sterben und Tod bei Heinrich von Kleist und in seinem historischen Kontext*, Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2006, 29-44.
- ROMEO CASABONA, C. M., “La eutanasia en el derecho comparado y en el Código Penal español” en: URRACA, S. (ed.), *La eutanasia hoy. Un debate abierto*, Noesis, Madrid 1996, 215-235.
- RUBIO CARRACEDO, J., *Ética constructiva y autonomía personal*, Tecnos, Madrid 1992.
- SÁNCHEZ JIMÉNEZ, E., *La eutanasia ante la moral y el derecho*, Universidad de Sevilla, Sevilla 1999.
- SÁNCHEZ, M., “Calidad de vida” en: GARCÍA FÉREZ, J. - ALARCOS, F. J., *10 palabras clave en humanizar la salud*, Verbo Divino, Estella 2002, 341-369.
- SÁNCHEZ-CARO, J., “Derechos y deberes de los pacientes en el siglo XXI”: *Jano. Humanidades médicas* 1622 (2006) 65-66.
- SECPAL, “Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos”: *Medicina Paliativa* 1 (2002) 41-46.
- , “Declaración sobre la eutanasia”: *Medicina Paliativa* 1 (2002) 37-40.
- SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., *La eutanasia*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2007.
- SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica I. Le fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 1994.
- SIMÓN LORDA, P., *El consentimiento informado*, Triacastela, Madrid 2000.

- SIMÓN LORDA, P. - BARRIO CANTALEJO, I. M. - ALARCOS MARTÍNEZ, F. - BARBERO GUTIÉRREZ, J. - COUCEIRO, A. - HERNANDO ROBLES, P., “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”: *Revista de Calidad Asistencial* 23 (2008) 271-285.
- SIMÓN LORDA, P. - COUCEIRO, A., “La eutanasia en Holanda y el suicidio asistido en EE.UU.” en: URRACA, S. (ed.), *La eutanasia hoy. Un debate abierto*, Noesis, Madrid 1996, 137-168.
- STEINBOCK, B. - NORCROSS, A. (eds.), *Killing and Letting Die*, Fordham University Press, New York 2006.
- STEINBROOK, R., “Physician-Assisted Death: From Oregon to Washington State”: *New England Journal of Medicine* 24 (2008) 2513-2515.
- STUBENDORFF, I., *De euthanasia medica*, Dorpati Libonorum, Tartu 1836.
- SULLIVAN, TH. D., “Eutanasia activa y pasiva: ¿una distinción impertinente?": *Human Life Review* 3 (1977) 40-46.  
—, “Active and Passive Euthanasia: An Impertinent Distinction?": *Human Life Review* 3 (1977) 40-46.
- THOMSON, J. J., “A Defense of Abortion”: *Philosophy and Public Affairs* 1 (1971) 47-66.
- TILICH, P., *Teología sistemática III. La vida y el Espíritu. La historia y el reino de Dios*, Sígueme, Salamanca 2004.
- TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C., *Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada*, Fundación Alternativas, Madrid 2005.
- TORRALBA, F., “Calidad de vida” en: ELIZARI, F. J. (dir.), *10 palabras clave ante el final de la vida*, Verbo Divino, Navarra 2007, 115-153.  
—, *Filosofía de la medicina. En torno a la obra de E. D. Pellegrino*, Fund. Mapfre, Barcelona 2001.  
—, “La raíz de la dignidad humana. Apostillas filosóficas a Francis Fukuyama” en: MASIÁ, J. (ed.), *Ser humano, persona y dignidad*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2005, 245-262.
- TORRE DÍAZ, J. DE LA (ed.), *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, UPCO, Madrid 2011.  
—, “Repensar las razones filosóficas, jurídicas y teológicas de la postura no despenalizadora de la eutanasia” en: Junquera, J. - Torre, J. de la (eds.), *Dilemas bioéticos actuales: investigación biomédica, principio y final de la vida*, DYKINSON-UNED-UPCO, Madrid 2012, 205-235.  
—, “Eutanasia y tradiciones religiosas orientales”: *Cuadernos de Realidades Sociales* 69-70 (2007) 125-142.  
—, *Pensar y sentir la muerte. El arte del buen morir*, San Pablo - UPCO, Madrid 2012.  
—, “Vita mutatur, non tollitur: la eutanasia en las tradiciones religiosas judía e islámica” en: ESTÉVEZ, E. - MILLÁN, F. (ed.), *Soli Deo Gloria*, UPCO, Madrid 2006, 423-439.
- TORRES QUEIRUGA, A., “La muerte entre la filosofía y la teología” en: TORRE, J. DE LA (ed.), *La limitación del esfuerzo terapéutico*, UPCO, Madrid 2006, 233-250.  
—, “La vida y la muerte: el problema de la eutanasia” en: PÉREZ SÁNCHEZ, E. (ed.), *La muerte digna*, Spiralia Ensaio, A Coruña 2007, 93-115.
- TOULMIN, S., “How Medicine Saved the Life of Ethics” en: JECKER, N. S. - JONSEN, A. R. - PEARLMAN, R. A. (eds.), *Bioethics: an introduction to the History, Methods, and Practice*, Jones and Bartlett Publishers, London 2007, 101-106.
- TRUEBA, J. L., “La muerte clínica” en: ELIZARI, F. J. (dir.), *10 palabras clave ante el final de la vida*, Verbo Divino, Navarra 2007, 427-461.
- TUPA, A., “Killing, Letting Die, and the Morality of Abortion”: *Journal of Applied Philosophy* 1 (2009) 1-26.
- UNAMUNO, M. DE, *Del sentimiento trágico de la vida*, Espasa, Madrid 1997.
- VAN HOOFF, A. J. L., “Ancient euthanasia: ‘good death’ and the doctor in the graeco-Roman world”: *Social Science and Medicine* 58 (2004) 975-985.
- VIDAL, M., *Moral de actitudes II-1º. Moral de la persona y Bioética teológica*, Covarrubias, Madrid 1991.
- VIELVA, J., “La eutanasia y el debate sobre la diferencia entre matar y dejar morir”: *Miscelánea Comillas* 58 (2000) 397-425.
- VITORIA, F. DE, *Obras de Francisco de Vitoria. Relecciones Teológicas*, BAC, Madrid 1960.
- VORGRIMLER, H., *El cristiano ante la muerte*, Herder, Barcelona 1981.
- WEIZSÄCKER, V. VON, “Eutanasia y experimentación humana”: *Archivos de Psiquiatría* 70 (2007) 237-266.
- WIERZBICKA, A., “Why ‘kill’ does not mean ‘cause to die’: the semantics of action sentences”: *Foundations of Language* 13 (1975) 491-528.
- WILDES, K. W., “Conserving Life and Conserving Means: Lead us not into Temptation” en: WILDES, K. W. (ed.),

*Critical Choices and Critical Care. Catholic Perspectives on Allocating Resources in Intensive Care Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1995, 105-118.

—, *Ordinary and extraordinary means and the quality of life*, en *Theological Studies* 57 (1996) 500-512.

ZIMMERMANN-ACKLIN, M., *Euthanasie: eine theologisch-ethische Untersuchung*, Universitätsverlag Freiburg Schweiz-Herder, Freiburg 1997.

# Índice

## LA EUTANASIA

### Introducción

#### 1 El ser humano y la muerte

##### **1. Introducción**

##### **2. ¿Qué es la muerte?**

##### **3. La determinación de la muerte**

*3.1. El criterio tradicional: parada cardiorrespiratoria*

*3.2. La incertidumbre de los signos: enterrados vivos*

*3.3. El problema de las muertes aparentes: “redivivos”*

*3.4. De la parada cardiorrespiratoria a la muerte encefálica*

##### **4. Conclusión: de la muerte a la enfermedad**

#### 2 Historia del concepto de eutanasia

##### **1. Introducción**

##### **2. La eutanasia: un concepto en contracción**

##### **3. La eutanasia equívoca: s. V a.C. - s. I d.C.**

##### **4. La eutanasia unívoca-situacional: s. I - s. XVII**

##### **5. La eutanasia unívoca-práctica: s. XVII - s. XXI**

*5.1. La distinción entre eutanasia activa y pasiva*

*5.2. Un nuevo intento de clarificación conceptual a finales del siglo XX*

*5.3. Los nuevos contextos para pensar una nueva terminología*

*a) La nueva medicina y la prolongación de la vida*

*b) La tabuización de la muerte y la medicalización del morir*

*c) El reclamo de la autonomía en las decisiones*

*5.4. La eutanasia en el siglo XXI: precisiones terminológicas actuales*

##### **6. Conclusión: la imposibilidad de conceptualizar la realidad**

### 3 Ritos de muerte y ritos para morir

#### 1. Introducción

#### 2. Los ritos de paso para la muerte: el ars moriendi

#### 3. La existencia de ritos para morir

#### 4. La excepcionalidad de algunos testimonios

#### 5. Conclusión

### 4 El derecho a morir

#### 1. Introducción

#### 2. Las asociaciones del derecho a morir

#### 3. El final de la vida en el derecho comparado

*3.1. El caso de Suiza: suicidio asistido*

*3.2. Oregón: suicidio médicamente asistido*

*3.3. Holanda: eutanasia y suicidio médicamente asistido*

*3.4. Bélgica: la eutanasia*

*3.5. Colombia y Alemania: ambigüedad en las prácticas*

*3.6. La extensión de las prácticas en la legislación*

#### 4. El final de la vida en el derecho español

*4.1. Introducción: antecedentes de la situación*

*4.2. El derecho a la vida en la Constitución española*

*4.3. La eutanasia y el suicidio asistido en el Código Penal de 1995*

*4.4. La ley de la autonomía de los pacientes: rechazo de tratamiento e instrucciones previas*

*4.5. Limitación del esfuerzo terapéutico y sedación terminal*

#### 5. Conclusión: el futuro de la eutanasia y del suicidio asistido en España

### 5 El final de la vida desde la perspectiva teológica

#### 1. Introducción

#### 2. La diferencia teológica y cristiana en el final de la vida

#### 3. La respuesta teológica en la historia

*3.1. El mensaje de Jesús y los problemas de su inculturación*

*3.2. La distinción entre medios ordinarios y extraordinarios*

*3.2.1. Criterios de los medios ordinarios*

*a) Spes salutis*

*b) Media communia*

*c) Secundum proportionem status*

*d) Media non difficilia*

*e) Media facilia*

*3.2.2. Criterios de los medios extraordinarios*

*a) Quaedam impossibilitas*

*b) Summus labor y Media nimis dura*

*c) Quidam cruciatus e Ingens dolor*

*d) Sumptus extraordinarius, Media pretiosa y Media exquisita*

*e) Vehemens horror*

## **4. El Magisterio Pontificio de la Iglesia Católica ante el final de la vida**

*4.1. Las primeras tomas de postura oficiales*

*4.2. Juan Pablo II: la Declaración Iura et Bona y una Quaestio disputata*

*4.3. Los textos de Benedicto XVI y Francisco*

## **5. La aportación de la Conferencia Episcopal Española**

## **6. La crítica del Magisterio de la Iglesia al argumento de la autonomía**

## **7. Conclusión**

### **6. Enfermedad y sufrimiento humano en el final de la vida**

#### **1. Introducción**

#### **2. Los factores que influyen en los problemas del final de la vida**

#### **3. La importancia de la autonomía en el final de la vida**

*3.1. Autonomía y derecho a morir*

*3.2. La autonomía en la bioética: apunte general*

*3.3. De la common law estadounidense a los derechos de los pacientes*

*3.4. La llegada de la autonomía al ámbito sanitario español*

*3.5. La autonomía como libertad para decidir: valor fundamental del final de la vida*

#### **4. Bienestar, enfermedad y sufrimiento en el final de la vida**

*4.1. Autonomía y bienestar: salud y enfermedad*

*4.2. La estructura vulnerable y pluridimensional humana*

*4.3. Fenomenología de la persona enferma*

*4.3.1. La experiencia de la enfermedad en la persona enferma*

*a) La enfermedad como crisis ontológica*

*b) La enfermedad como focalización corpórea*

*c) La enfermedad como des-integración*

*4.3.2. La experiencia de la enfermedad en el entorno del enfermo*

*4.4. Enfermedad y sufrimiento*

#### **5. El final de la vida humana: criterios básicos de atención a los enfermos**

*5.1. La verdad al enfermo: una obligación moral*

*5.2. Acompañamiento y cuidado*

*5.3. Justicia y proporcionalidad*

*5.4. Control del dolor y sufrimiento*

*5.5. El humor y el amor*

#### **6. Conclusión: muerte y dignidad**

Conclusión

Bibliografía

# Índice

La eutanasia	2
Introducción	3
1 El ser humano y la muerte	5
1. Introducción	5
2. ¿Qué es la muerte?	5
3. La determinación de la muerte	6
3.1. El criterio tradicional: parada cardiorrespiratoria	6
3.2. La incertidumbre de los signos: enterrados vivos	8
3.3. El problema de las muertes aparentes: “redivivos”	10
3.4. De la parada cardiorrespiratoria a la muerte encefálica	12
4. Conclusión: de la muerte a la enfermedad	15
2 Historia del concepto de eutanasia	17
1. Introducción	17
2. La eutanasia: un concepto en contracción	18
3. La eutanasia equívoca: s. V a.C. - s. I d.C.	19
4. La eutanasia unívoca-situacional: s. I - s. XVII	21
5. La eutanasia unívoca-práctica: s. XVII - s. XXI	23
5.1. La distinción entre eutanasia activa y pasiva	23
5.2. Un nuevo intento de clarificación conceptual a finales del siglo XX	30
5.3. Los nuevos contextos para pensar una nueva terminología	30
a) La nueva medicina y la prolongación de la vida	31
b) La tabuización de la muerte y la medicalización del morir	31
c) El reclamo de la autonomía en las decisiones	32
5.4. La eutanasia en el siglo XXI: precisiones terminológicas actuales	33
6. Conclusión: la imposibilidad de conceptualizar la realidad	43
3 Ritos de muerte y ritos para morir	45
1. Introducción	45
2. Los ritos de paso para la muerte: el ars moriendi	45
3. La existencia de ritos para morir	47
4. La excepcionalidad de algunos testimonios	49
5. Conclusión	52
4 El derecho a morir	53

1. Introducción	53
2. Las asociaciones del derecho a morir	54
3. El final de la vida en el derecho comparado	57
3.1. El caso de Suiza: suicidio asistido	59
3.2. Oregón: suicidio médicamente asistido	59
3.3. Holanda: eutanasia y suicidio médicamente asistido	60
3.4. Bélgica: la eutanasia	62
3.5. Colombia y Alemania: ambigüedad en las prácticas	63
3.6. La extensión de las prácticas en la legislación	64
4. El final de la vida en el derecho español	65
4.1. Introducción: antecedentes de la situación	65
4.2. El derecho a la vida en la Constitución española	66
4.3. La eutanasia y el suicidio asistido en el Código Penal de 1995	68
4.4. La ley de la autonomía de los pacientes: rechazo de tratamiento e instrucciones previas	69
4.5. Limitación del esfuerzo terapéutico y sedación terminal	71
5. Conclusión: el futuro de la eutanasia y del suicidio asistido en España	72
<b>5 El final de la vida desde la perspectiva teológica</b>	<b>75</b>
1. Introducción	75
2. La diferencia teológica y cristiana en el final de la vida	76
3. La respuesta teológica en la historia	77
3.1. El mensaje de Jesús y los problemas de su inculturación	77
3.2. La distinción entre medios ordinarios y extraordinarios	80
3.2.1. Criterios de los medios ordinarios	81
a) Spes salutis	81
b) Media communia	82
c) Secundum proportionem status	82
d) Media non difficilia	83
e) Media facilia	83
3.2.2. Criterios de los medios extraordinarios	83
a) Quaedam impossibilitas	83
b) Summus labor y Media nimis dura	83
c) Quidam cruciatus e Ingens dolor	84
d) Sumptus extraordinarius, Media pretiosa y Media exquisita	84
e) Vehemens horror	84

4. El Magisterio Pontificio de la Iglesia Católica ante el final de la vida	85
4.1. Las primeras tomas de postura oficiales	85
4.2. Juan Pablo II: la Declaración Iura et Bona y una Quaestio disputata	87
4.3. Los textos de Benedicto XVI y Francisco	91
5. La aportación de la Conferencia Episcopal Española	93
6. La crítica del Magisterio de la Iglesia al argumento de la autonomía	95
7. Conclusión	98
<b>6. Enfermedad y sufrimiento humano en el final de la vida</b>	<b>102</b>
1. Introducción	102
2. Los factores que influyen en los problemas del final de la vida	103
3. La importancia de la autonomía en el final de la vida	104
3.1. Autonomía y derecho a morir	104
3.2. La autonomía en la bioética: apunte general	105
3.3. De la common law estadounidense a los derechos de los pacientes	106
3.4. La llegada de la autonomía al ámbito sanitario español	109
3.5. La autonomía como libertad para decidir: valor fundamental del final de la vida	110
4. Bienestar, enfermedad y sufrimiento en el final de la vida	112
4.1. Autonomía y bienestar: salud y enfermedad	112
4.2. La estructura vulnerable y pluridimensional humana	114
4.3. Fenomenología de la persona enferma	115
4.3.1. La experiencia de la enfermedad en la persona enferma	116
a) La enfermedad como crisis ontológica	116
b) La enfermedad como focalización corpórea	117
c) La enfermedad como des-integración	117
4.3.2. La experiencia de la enfermedad en el entorno del enfermo	118
4.4. Enfermedad y sufrimiento	119
5. El final de la vida humana: criterios básicos de atención a los enfermos	120
5.1. La verdad al enfermo: una obligación moral	121
5.2. Acompañamiento y cuidado	122
5.3. Justicia y proporcionalidad	124
5.4. Control del dolor y sufrimiento	126
5.5. El humor y el amor	128
6. Conclusión: muerte y dignidad	131
<b>Conclusión</b>	<b>133</b>

