



La Alianza Evangélica Española ante la Proposición de Ley de Eutanasia

LA PROPUESTA DE UNA LEY DE EUTANASIA

La eutanasia se plantea como una solución ante una situación de sufrimiento insoportable en un proceso que conduce a la incapacidad total o a la muerte. La eutanasia supone una respuesta rápida y de bajo coste para un problema que no se sabe comprender, procesar y tratar; en efecto, nuestra sociedad no está acostumbrada a reflexionar sobre cómo comprender y afrontar el dolor y el sufrimiento, y tampoco la muerte.

Una ley sobre un tema tan sensible como el final de la vida debe elaborarse desde el más amplio acuerdo social y político; debe estar por encima de los desencuentros políticos e ideológicos y recoger aquello en lo que todos estamos de acuerdo, para producir una normativa en la que todos nos sintamos cómodos, sin violentar sensibilidades profundas. Por esa razón, la elaboración de esta ley debe comenzar desde aquellos fundamentos en los que todos estamos de acuerdo.

Partiendo de esta perspectiva, y tratando de encontrar elementos comunes con quienes no piensan necesariamente como nosotros, la Alianza Evangélica presenta las siguientes

Una ley sobre un tema tan sensible como el final de la vida debe elaborarse desde el más amplio acuerdo social y político

consideraciones para someterlas a la reflexión y evaluación de la sociedad y de los legisladores y ofrecer nuestra disponibilidad para el diálogo constructivo.

Una sociedad con profundidad humana y progresista es una sociedad que respeta la vida como un valor intocable. Exige igualmente un respeto a la dignidad humana, algo que a todos nos iguala en todas las circunstancias. Nuestra sociedad ha avanzado en las últimas décadas en muchos aspectos, de forma que nuestra esperanza de vida se ha alargado significativamente¹, pero no está claro que hayamos

progresado tanto ni en nuestra esperanza *en* la vida ni en nuestra *calidad* de vida.

Es responsabilidad de todos nosotros contribuir a que el progreso técnico, económico, educativo, sanitario, etc., se acompañe de mejora en la calidad de vida y de progreso humano, porque a fin de cuentas todos nuestros avances se deben orientar a este objetivo; el momento de la muerte es un momento en el que se ponen en evidencia estos valores.

En la normativa sobre el final de la vida el meollo de la cuestión, lo que subyace en todas las aproximaciones al tema, no es tanto la propia muerte como las cuestiones de la desesperanza en la vida y el dolor; **si queremos construir una ley que dé una respuesta**

¹ GARCÍA GONÁLEZ J.M. *¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 2014; 148: 39-60.



satisfactoria para todos, debemos abordar con claridad cómo afrontamos la desesperanza y el dolor.

Como decimos en la Guía de Bioética de nuestra organización, “una característica fundamental de los seres humanos es su vulnerabilidad, es decir, la perpetua posibilidad de ser heridos o de recibir alguna clase de daño, lo que nos convierte en seres frágiles y dependientes, necesitados de cuidados”². Conscientes de esto, deberíamos ser capaces de ponernos de acuerdo para redactar una normativa que promueva la mejor utilización de los recursos humanos y técnicos para dar respuesta cercana y eficaz a esa vulnerabilidad.

Somos vulnerables ante la desesperanza; la consciencia de la cercanía de la muerte y las enfermedades crónicas graves, crónicas invalidantes o incurables pueden ser fuente de temor y angustia. Es ante estas situaciones cuando entran en juego los códigos morales y el propio concepto de la vida que cada uno de nosotros tiene asentado. Sin duda, son cuestiones que afectan a lo más profundo de la identidad humana y ni los avances técnicos ni los recursos sanitarios ofrecen respuestas significativas; por esta razón, desde el estricto respeto a los códigos de cada uno, **la normativa debe promover medidas que aseguren el acompañamiento al paciente y la aportación –si así lo desea– de apoyo espiritual.**

EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO ANTE LA MUERTE

El dolor nos limita y no encontramos razón alguna para no utilizar todas las herramientas al alcance de la Medicina para eliminarlo o mitigarlo. **La cantidad de pacientes que se plantean la eutanasia disminuye muy drásticamente si se les facilita alivio del dolor y acompañamiento humano y se les ofrecen recursos para combatir la desesperanza.**³

“El sufrimiento es una de las realidades más conflictivas de la experiencia humana, ya que desafía nuestro sentido de la búsqueda de paz y felicidad [...] su existencia es un hecho que no necesita ser demostrado, ya que todos tenemos experiencia de él”, dice Rodríguez Yunta.⁴

La experiencia de sufrimiento es única, personal, y los recursos necesarios para resolver completamente el malestar de la persona que sufre no siempre están disponibles, pero la respuesta a esa incapacidad no debería ser la muerte del que padece.

La cantidad de
pacientes que se
plantean la eutanasia
disminuye muy
drásticamente si se
les facilita alivio del
dolor y
acompañamiento

² MEDINA C. *Guía Bioética*. Alianza Evangélica Española–Unión Médica Evangélica, Barcelona, 2014: 5.

³ En una encuesta realizada a médicos de Cuidados Paliativos que han atendido a 57.000 pacientes se constata que sólo el 0.5% de ellos pidió la eutanasia. Ver <https://religion.elconfidencialdigital.com/articulo/iglesia-estado/eutanasia-solo-05-pacientes-cuidados-paliativos-piden-estudio/20200211200456029502.html> (consultado el 22/03/20).

⁴ RODRÍGUEZ YUNTA E. *El sentido del sufrimiento*. *Ars Médica*, 2000; 3(3): 73-88.



En ocasiones se oye hablar del “derecho a no sufrir”; sin embargo, tanto desde una perspectiva ética como jurídica, no es posible fundamentar la existencia de un derecho de esa naturaleza. Cualquier derecho subjetivo implica facultad de disposición; así, por ejemplo, el derecho a la libertad me faculta para escoger, dentro de un límite finito de posibilidades, cómo quiero vivir, qué quiero decir, en qué quiero creer; pero el sufrimiento no se escoge, *se padece*. No existe algo así como un derecho a no sufrir porque no está en mi esfera de decisión personal.

Una vez aparece el sufrimiento, no tenemos la libertad de rechazarlo, sólo podemos buscar respuestas que nos permitan afrontarlo. Lo que sí tenemos es el derecho a que los demás no nos causen un sufrimiento innecesario; por eso es tan importante la adecuación del esfuerzo terapéutico en aquellas situaciones en que cualquier tratamiento que se aplique ni cura ni alivia a la persona enferma. En estos casos, los profesionales sanitarios deben dirigir sus objetivos a procurar el alivio del sufrimiento para que la persona pueda tener una muerte en paz. Este es el objetivo que persiguen los Cuidados Paliativos.

MEDIDAS FRENTE AL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO ANTE LA MUERTE

Frente al dolor y el sufrimiento, especialmente en situaciones terminales, se plantean diferentes posibles medidas. Parece oportuno aclarar al respecto el significado de algunos términos y apuntar brevemente sus implicaciones éticas:

Ortotanasia: Es dejar que la muerte ocurra cuando corresponda, sin adelantarla ni alargar el proceso de morir. No genera mucho debate ético y parece que todos la aceptamos como correcta.

Obstinación terapéutica o Distanasia: Antes llamada encarnizamiento terapéutico, es el uso desproporcionado de medios de diagnóstico y tratamiento para prolongar la vida de un paciente que de todos modos tiene mal pronóstico. Esta prolongación de la vida no es éticamente correcta, pues supone una cierta crueldad en un momento en el que hay que parar y ofrecerle al paciente acompañamiento y cuidados que quiten o palíen el dolor y le permitan tener una muerte tranquila.

Limitación del esfuerzo terapéutico: Es la contrapartida de la obstinación terapéutica. También llamada *adecuación del esfuerzo terapéutico*, supone retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando la situación clínica y el pronóstico así lo aconsejen. Esto es una buena práctica deontológica y legalmente exigible. Pero hay que anotar que esa limitación no implica retirarle al paciente, por ejemplo, la hidratación necesaria; a algunos pacientes se les retira esta, con lo que fallecen en deshidratación, una situación angustiosa que para nada se puede comprender como una buena muerte.

Sedación paliativa: Disminución deliberada del nivel de conciencia de un paciente, para aliviar un sufrimiento que no se puede tratar de otra manera. Se hace en los días u horas que preceden a la muerte. Los síntomas que se pretende tratar son síntomas vinculados a una enfermedad terminal, como delirio, dificultad para respirar, dolor, hemorragia masiva, ansiedad, pánico, etc.



Esta sedación no tiene como fin producir la muerte, sino aliviar los síntomas y el sufrimiento en los últimos días y se diferencia del suicidio asistido y eutanasia en la dosis de sedante aplicada: en estos últimos la dosis usada es letal, mientras que en la sedación paliativa la dosis es compatible con la vida. Por lo tanto, la sedación paliativa no conduce a la muerte, sino combate el dolor, la angustia y el sufrimiento; lo que produce la muerte del paciente es la enfermedad de base que padece. Desde el punto de vista ético **hay una clara diferencia de intencionalidad: en la sedación paliativa se pretende aliviar, mientras que en la eutanasia y el suicidio asistido se pretende matar** (aunque esta muerte se presente como una forma de aliviar).

Debe quedar claro que esta sedación no es la que se pretende aprobar ahora al legalizar la eutanasia. Lo que promueve la eutanasia es que bajo el paraguas de “cualquier sufrimiento insoportable” se pueda pedir un suicidio asistido por profesionales de la salud.

Finalmente, no consideramos que la sedación paliativa sea la solución para los supuestos de ansiedad o pánico que acompañen por ejemplo a cuadros de depresión profunda en los que no hay que riesgo de muerte; en estos casos la persona debe de recibir el tratamiento y el apoyo oportunos que le permitan remontar esa depresión y continuar con su vida.

Suicidio asistido médicamente: Actuación de un profesional sanitario por la que se le proporcionan a un paciente con enfermedad irreversible y sufrimiento insoportable los medios para que pueda terminar con su vida cuando lo desee. Como cristianos pensamos que sólo Dios tiene la autoridad para determinar el fin de la vida de una persona. Lo que nos corresponde es ayudar a esa persona en su sufrimiento utilizando todos los recursos para combatirlo y acompañándola en el mismo.

EL SUICIDIO ASISTIDO MÉDICAMENTE

Hay que señalar que el suicidio dejó de ser un delito en España con la promulgación del Código Penal de 1848, de modo que hay que poner en cuestión la necesidad real de una ley de eutanasia para promover el respeto de la autonomía y la voluntad de poner fin a la vida. De hecho, cada día se suicidan en España alrededor de 10 personas, sin que el asunto merezca una especial atención por parte de los medios de comunicación, de los ciudadanos o de los políticos, y sin que sea constitutivo de delito.

La vida es un derecho que se formula en términos, por una parte, de exigencia de que nadie atente de manera arbitraria o injusta contra la propia vida, y por otra, de obligación del Estado de proporcionar el mínimo indispensable para vivir o, al menos, de establecer las medidas para proteger la vida que ya se tiene.



El derecho a la vida no incluye la obligación de vivir desde una perspectiva estrictamente jurídica, de ahí que el suicidio no se “penalice”, pero resulta dudoso desde esta misma perspectiva que la disponibilidad sobre la propia vida tenga efectos eximentes de responsabilidad en aquellos que contribuyen o llevan a cabo de manera directa la muerte de otro. La ética y la deontología médica son contrarias a la eutanasia, porque se le otorga al médico un poder que nunca debe tener, y es el de gestionar la muerte de los pacientes.

La ley que se está proponiendo lleva al contexto sanitario el suicidio asistido, convirtiendo así en un acto médico una decisión que depende de la voluntad de la persona, no necesariamente paciente, y que parece ajena a criterios clínicos, ya que la necesidad de una ley que regule estas situaciones surge de la estimación que hacen los proponentes de la insuficiencia de los cuidados paliativos para atender lo que llaman “contextos eutanásicos”, esto es, situaciones en las que se propone que estaría justificado despenalizar la eutanasia. Lo cierto es que en los países en los que ha sido despenalizada, **los supuestos de “contextos eutanásicos” han ido ampliándose, haciéndose más laxos** y así se postula la posibilidad de extenderla, por ejemplo, a casos de depresión persistente.

La proposición de ley
lleva al contexto
sanitario el suicidio
asistido, convirtiendo
en un acto médico
una decisión que
depende de la
persona y es ajena a
criterios clínicos

LA “MUERTE DIGNA”

En la terminología se ha introducido un término, “la muerte digna”, que se ha intentado hacer sinónimo de eutanasia, con lo que se pretende convertirla en una acción humanitaria. Supone esto una manipulación del lenguaje, un instrumento que con frecuencia se usa cuando se pretende vencer la resistencia de los valores comúnmente asumidos para sustituirlos por otros y proceder a legislar de acuerdo con estos nuevos valores; sucedió algo parecido cuando antes de establecer la ley del aborto se eliminó del lenguaje habitual el término “aborto” y se sustituyó por “interrupción voluntaria del embarazo”⁵. Análogamente, el término “eutanasia” despierta recelos, y se está procediendo a sustituirlo por “muerte digna”.

la dignidad de la
muerte no la otorga
una inyección letal,
sino la forma en la
que el ser humano
afrenta ese paso

Esta sustitución es, como decimos, manipuladora, porque de ninguna manera son términos intercambiables. La muerte es ciertamente la más dolorosa contradicción del ser humano, que no fue creado para morir –y de hecho hay vida más allá de la muerte– pero **la dignidad de la muerte no la otorga una inyección letal, sino la forma en la que el ser humano**

⁵ Es muy ilustrativa al respecto la guía “Cómo hablar sobre el aborto”, de IPPF, pp 13-17.
https://www.ippf.org/sites/default/files/web_ippf_abortion_messaging_guide_es.pdf



afronta ese paso. En este sentido, hay mucha más dignidad en apoyar, acompañar, aliviar física y espiritualmente a una persona en el proceso de la muerte, empeñando en ello todos los recursos disponibles, incluyendo la sedación terminal, que en terminar con su vida con una inyección letal.

Todos coincidimos en que la dignidad humana es un valor universal que debe ser defendido unánimemente. La cuestión está en reconocer cómo ayudamos al paciente a mantener esa dignidad en medio del sufrimiento y en la aproximación a la muerte. Aplicar la eutanasia supone ventilar esta cuestión de un plumazo sin resolverla realmente.

CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud definió en el año 2002 los Cuidados Paliativos como **“un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, que enfrentan el problema asociado con una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana y la evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”**.⁶

Los Cuidados Paliativos no procuran acelerar ni detener el proceso de morir, simplemente tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas que se encuentran en un proceso irreversible; atienden tanto al paciente como a sus familiares desde una perspectiva global que incluye los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

La sedación paliativa es una herramienta terapéutica utilizada en los cuidados paliativos. Pero hay que dejar claro que la sedación paliativa NO es eutanasia. La frontera entre la

En España hay unas 120.000 personas que cada año necesitan cuidados paliativos especializados, y solamente la mitad de ellos los van a recibir

eutanasia y la sedación paliativa puede ser muy fina pero es muy clara. La diferencia la da, como dijimos más arriba, la intencionalidad: en Cuidados Paliativos la intención al aplicar la sedación paliativa es quitar el sufrimiento al paciente (y este va a morir por su enfermedad), mientras que cuando se aplica la eutanasia la intención es terminar con la vida del paciente.

Se calcula que **en España hay unas 120.000 personas que cada año necesitan cuidados paliativos especializados, y solamente la mitad de ellos los van a**

⁶ SEPÚLVEDA C., MARLIN A., YOSHIDA T., ULRICH A. *Palliative Care: The World Health Organization's global perspective*. World Health Organization. Ginebra, 2002; 24 (2): 91-6.



recibir.⁷ No hay suficientes unidades de Cuidados Paliativos para todos los pacientes que los necesitan, y esto obedece a una decisión política del uso de los recursos presupuestarios. El número de personas que requieren cuidados paliativos es enormemente superior al de las que piden la eutanasia, pero **parece más sencillo desarrollar una ley de aplicación de la Eutanasia que atender al gran número de pacientes y familiares que están demandando unos cuidados paliativos de calidad.**

No encontramos razón alguna para no utilizar todas las herramientas al alcance de la Medicina para eliminar o mitigar el dolor. **“No se debería permitir que ningún paciente muera con sufrimiento, puesto que el dolor puede ser totalmente aliviado en la mayoría de los casos y controlado satisfactoriamente en los demás”.**⁸

La cuestión de la dignidad en la muerte debe guiar nuestras decisiones en este tema: Toda persona tiene dignidad intrínseca porque está hecha a imagen y semejanza de Dios. Como creyentes somos conscientes del valor de cada vida humana y la defendemos desde su concepción hasta su muerte natural. Toda persona merece nuestro respeto y apoyo aunque no sea "capaz": capaz de producir, capaz de valerse por sí misma, capaz de desplazarse, capaz de pensar con coherencia, etc.

Los profesionales de la salud deben transmitir a los pacientes la esperanza de que no serán abandonados aun cuando su enfermedad no tenga cura

En este sentido, **es peligroso crear una opinión social de que los enfermos en situación terminal son una carga para la familia (o para el estado);** es peligroso porque sabemos que algunos pacientes, al no querer convertirse en esa carga, tratan de evitarlo solicitando para sí la eutanasia como método para no causar molestias a sus familias.

Como decía la Dra. Cicely Saunders, impulsora de los actuales cuidados paliativos y experta en el acompañamiento y en tratamiento del dolor en enfermos con situaciones terminales, **“los profesionales de la salud deben transmitir a los pacientes la esperanza de que no serán abandonados aun cuando su enfermedad no tenga cura”.**

⁷ Manifestaciones del Dr. Marcos Gómez Sancho, ex presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: <https://www.facebook.com/667128260/videos/10157173772783261/> (consultado el 21/03/2020). Ver también *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007, p. 15.

⁸ WALSH T.D. *Pain relief in cancer*. Medicine in Practice, 1983; 1: 684-689.



Hay finalmente un elemento que hay que considerar en estas situaciones: hablamos de

Muchos profesionales de la salud no son conscientes de las necesidades espirituales de los pacientes ante la proximidad de la muerte, o no saben abordarlas

la desesperanza, uno de los factores que más afectan a las personas en su confrontación del sufrimiento y la muerte. Una de las mayores necesidades que tenemos las personas es la esperanza; es de destacar que la investigación científica demuestra que los pacientes afrontan mejor la muerte cuando tienen una esperanza vinculada a una espiritualidad profundamente vivida⁹. Evidentemente, esa vivencia no se puede “recetar”, pero no es menos cierto que este es un tema que se obvia con frecuencia y así **muchos profesionales de la salud no son conscientes de las necesidades espirituales de los pacientes ante la proximidad de la muerte, o no saben abordarlas.**¹⁰

DECISIONES LEGISLATIVAS Y POLÍTICAS

La forma en que abordamos la muerte define la forma en que entendemos la vida, sus valores y sus prioridades. Hacer política significa entre otras cosas acordar prioridades a partir de valores compartidos, y en el asunto de la eutanasia está claro que **antes de plantearse ninguna ley sobre el suicidio asistido o la eutanasia hay que garantizar la disponibilidad de cuidados paliativos para todos los pacientes que lo precisen**; hay un hecho que lo ratifica: como dijimos, la inmensa mayoría de los pacientes que se plantean la eutanasia renuncian a ella si se les ofrecen cuidados paliativos adecuados.

La atención sanitaria universal y gratuita, en la que tantos recursos humanos y económicos hemos invertido, debe incluir como prioridad el cuidado médico y humano adecuados y dignificadores del paciente terminal y del paciente con patologías crónicas graves, invalidantes o incurables.

Pero hay otro elemento que ya no es responsabilidad de los políticos, sino de todos los ciudadanos: **una parte de los pacientes que toman en consideración la eutanasia lo hacen porque no se sienten acompañados o porque no quieren suponer una carga para sus allegados; la forma de resolver esto no es la eutanasia, sino el acompañamiento, el apoyo emocional y la empatía.**

Antes de plantearse ninguna ley sobre la eutanasia hay que garantizar la disponibilidad de cuidados paliativos para todos los pacientes que lo precisen

⁹ STEINHAUSER K.E. et al. *Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers*. JAMA, 2000; 284 (19): 2476-2482.

¹⁰ BALBONI T.A. et al. *Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life*. J Clin Oncol., 2007; 25(5): 555-560.



Finalmente, una posible legalización de la eutanasia debe necesariamente contemplar siempre el **derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario**.

Una posible
legalización de la
eutanasia debe
necesariamente
contemplar siempre
el derecho a la
objeción de
conciencia del
personal sanitario

Una sociedad progresista y humanizadora, como queremos que sea la nuestra, debe tener claro que hay cuestiones que pesan más que los costes económicos y deben tenerse en mente al fijar la política presupuestaria; debemos asumir como un valor común el lema de la pionera de los Cuidados Paliativos, la Dra. Saunders: **“Tú importas porque eres tú, e importas hasta el final de tu vida”**.

En próximas fechas iremos publicando nuevos documentos abordando otros aspectos de este importante tema.

Marzo 2020