



Eutanasia y cuidados paliativos

Julio de 2021

“Impulsar los cuidados paliativos evita en gran medida la Eutanasia”

Introducción.

Tras la reciente aprobación por las cortes de la Ley Orgánica 3/2021 de la regulación de la eutanasia, nos ha parecido oportuno (bien) clarificar, al pueblo evangélico en particular y también a la sociedad en general, algunos de los aspectos más controvertidos sobre esta ley. Nuestro deseo es arrojar alguna luz y evitar mucha confusión al respecto. Este no es un documento dogmático ni pretende ser exhaustivo. Entendemos que facilita el debate y señala algunas de las debilidades normativas y éticas de esta ley. En general, consideramos que la dotación, incentivación e implementación de unidades de cuidados paliativos con equipos bien formados, evita en gran medida la necesidad de esta ley.

Curar, cuidar, aliviar y consolar son aspectos básicos del trabajo de los profesionales sanitarios. En este documento, enfatizamos los últimos tres verbos. No es posible curar multitud de enfermedades. El sufrimiento que provoca la enfermedad en el paciente y en sus familias es abrumador en muchas ocasiones. Los profesionales, conscientes de sus limitaciones en una cura de la causa (etiología) de la enfermedad, inician un tratamiento sintomático. Esto implica no sólo dar analgésicos y morfina para el dolor, sino también aliviar la sed, curar las escaras, proporcionar oxígeno a quien sufre dificultad respiratoria, acompañar en la soledad y en sus temores al paciente y a su familia y en ocasiones, administrar una medicación específica (a un paciente) para mitigar, apaciguar y acallar la agonía.

Nuestro propósito con este documento es quintuple:

- 1) Clarificar algunos conceptos sobre la eutanasia.** Muchos sustantivos, adjetivos y diversos eufemismos se utilizan indistintamente para discutir aspectos concretos que aborda la ley de la regulación de la eutanasia. Creemos que un glosario de estos términos será muy útil para clarificar el debate.
- 2) Exponer la importancia de los cuidados paliativos** como un instrumento para al menos minimizar la necesidad o la solicitud de la aplicación de la eutanasia.
- 3) Señalar aspectos legales relevantes** que pueden generar controversia o perplejidad.



4) Abordar algunos problemas bioéticos que se suscitan y señalar algunas situaciones especiales que se abordan con la ley de la eutanasia.

5) Aportar un marco bíblico. Sin pretender profundizar, sí queremos enfatizar principios bíblicos que son referencia moral a los evangélicos más allá de una ley.

1) Glosario de términos

Nos gustaría definir y clarificar una serie de conceptos, que, aunque han variado con el tiempo, nos permiten una comprensión de los hechos y valores que se presentan.

Eutanasia: del griego “eu” (bueno) y “thánatos” (muerte). **Acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta. Este término está asociado al concepto de *suicidio asistido*.**

Muerte digna: es morir sin dolor físico ni sufrimiento psíquico innecesario, conociendo los datos relevantes sobre la propia situación clínica, con facultades para tomar decisiones o la garantía de que se respeten las voluntades expresadas previamente, arropado por un entorno acogedor y con la posibilidad de estar acompañado espiritualmente, si así lo desea. También se denomina *Ortotanasia* (del griego “orto” recto y “thánatos” muerte). Es el derecho que ostenta todo paciente que padece una enfermedad irreversible e incurable en un estadio terminal, a decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos, ya sean, quirúrgicos, invasivos, de hidratación, de alimentación y hasta de reanimación por vía artificial, por resultar los mismos extraordinarios y desproporcionados en relación con la perspectiva de mejora y por generarle al paciente aún más dolor y padecimiento.

Distansia: del término griego “dis” (mal) y “thánatos” (muerte). Prolongación innecesaria del sufrimiento de una persona con una enfermedad terminal.

Es también conocida como *obstinación, ensañamiento o encarnizamiento terapéutico*. Consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, de manera desproporcionada, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales; o el uso de medios extraordinarios con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía.

Enfermedad terminal: enfermedad incurable, progresiva y avanzada, y en la que no es previsible una mejoría del paciente. Se caracteriza por numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, con un gran impacto emocional por parte del paciente, familia y equipo terapéutico, y con un pronóstico vital inferior a seis meses.

Adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico (LET): decisión de cancelar, restringir o no iniciar algún tipo de medidas de apoyo vital cuando se percibe una desproporción



entre los fines y los medios del tratamiento con el objetivo de retrasar la muerte del paciente.

Sedación paliativa: consiste en 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. Debe existir un consentimiento explícito. Está indicada frente a un dolor físico no controlable, otros síntomas físicos intensos y de difícil manejo y frente a una angustia vital muy continuada y no controlada sin que medie necesariamente sintomatología física grave. El objetivo en este caso es tanto acabar con la angustia, como evitar un final consciente que se prevé difícil. No confundir con eutanasia

Cuidados Paliativos (CP): “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, que enfrentan un problema asociado con una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y una evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (OMS 2002).

2) Cuidados paliativos.

El concepto de “cuidados paliativos” (CP), tal como lo conocemos en la actualidad, fue definido por la enfermera y médica cristiana Cicely Saunders, quien inició el movimiento de creación de los centros de paliativos modernos con la fundación en 1967 del St. Christopher’s Hospice en Londres. **Fue creado sobre el principio de dar atención a pacientes incurables o con enfermedades avanzadas, combinando la educación, la investigación en alivio del dolor y de síntomas, junto con un cuidado holístico que contemplara las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales de los pacientes y sus familias.** C. Saunders definió el concepto de “dolor total”, que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. Ella afirmó que “La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación y una realidad en la que confiar”. Este movimiento se propagó rápidamente por todo el Reino Unido y el resto de los países anglosajones. En 1980 la OMS incorporó el concepto y los programas de CP como parte del programa de control del cáncer.

Los CP se fundamentan en los siguientes principios:

- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas.
- Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal.
- No intentar acelerar ni retrasar la muerte.
- Integrar los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.



- Ofrecer un sistema de soporte para ayudar:
 - A los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
 - A la familia a adaptarse a la enfermedad y al posterior duelo.
 - Utilizar una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
 - Mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad.
 - Los CP pueden ser aplicados de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia. Pueden incluir investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas

En España los CP surgen en los años ochenta cuando algunos profesionales tomaron conciencia de que existía un modo distinto de atender a los pacientes en fase terminal.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en nuestro país, de las 228.000 personas que fallecen anualmente con necesidad de CP, alrededor de 80.000 lo hacen sin acceder a ellos. Según un estudio de esta sociedad en el año 2019 en España se registra un estancamiento, y un retroceso en algunas variables de los cuidados paliativos en los últimos ocho años. Existen 0,6 servicios especializados por cada 100.000 habitantes, lo cual está muy lejos de los 2 servicios que recomiendan los organismos internacionales. Además, se aprecia “una preocupante falta de equidad entre las comunidades autónomas y entre el medio rural y el urbano”.

En la actualidad los CP todavía son un recurso desconocido para la población española. Se desconoce cómo funcionan, qué ofrecen y cuál es la forma de acceso a los mismos. Sin embargo, es importante que la población general tenga información suficiente sobre los cuidados paliativos y conozcan qué beneficios aportan a los pacientes y a sus familias.

Por otra parte, **aunque existe una Estrategia Nacional y planes autonómicos en CP, hay un déficit de financiación y de recursos humanos** que nos coloca a la cola de Europa en este ámbito.

3) Marco legal de la eutanasia

La ley orgánica de regulación de la Eutanasia en España ha sido aprobada por las Cortes Generales el 24 de marzo del 2021 y ha entrado en vigor a los tres meses de su publicación en el BOE.



En cuanto a la Eutanasia la define como: *“la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”.*

Esta actuación, llamada ayuda para morir se hará de dos maneras

- 1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
- 2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

Esta nomenclatura rechaza llamarlo “suicidio asistido” porque el suicidio asistido sigue siendo un delito en España.

En el texto del BOE se refiere a la compatibilización de los distintos derechos constitucionales,

“Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, para lo que se requiere una legislación respetuosa con todos ellos. No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico”.

Algunas consideraciones deben ser hechas:

- a) El mismo texto deja entrever esa posible desprotección de las personas en su derecho a la vida.
- b) El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) se ha dirigido a todos los senadores y ha expresado su disconformidad con el término “**imposibilitante**”. Ya que el texto, dicen ellos, “invita a las personas con discapacidad a que terminen con sus vidas”.



c) La presente Ley regula y despenaliza la eutanasia en determinadas condiciones, pero en la práctica facilita o permite que se incluyan innumerables patologías crónicas.

d) Refiere que han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico. **La evaluación de todas estas condiciones es muy difícil de llevar a cabo** y asegurar que todo el proceso se ajuste en tiempos, sea de forma equilibrada y con todas las garantías, se antoja harto difícil.

e) Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente, legalmente reconocido, que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico. Es importante señalar que las voluntades anticipadas pueden cambiar a lo largo de la vida y especialmente durante la enfermedad.

f) Permite la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir, pero establece que los objetores deberán estar señalados en un registro de objetores, **dejando muchas dudas sobre la finalidad de estos registros.**

La ley también expresa: “Se crearán comisiones de Garantía y Evaluación en todas las comunidades autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla, que han de verificar de forma previa y controlar a posteriori el respeto a la Ley y los procedimientos que establece.

El capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio.” Existe cierto temor de que hospitales o clínicas privadas puedan asumir, sin las garantías exigidas por la ley, la ejecución de facto de la ley de la regulación de la Eutanasia.

Las disposiciones adicionales, por su parte, se dirigen a garantizar que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de esta Ley, se considerará que fallecen por muerte natural, a asegurar recursos y medios de apoyo destinados a las personas con discapacidad, a establecer mecanismos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía y oferta de formación continua



específica sobre la ayuda para morir, así como un régimen sancionador. En sus disposiciones finales, se procede, en consecuencia, con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente Ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la presente Ley.

g) La muerte natural es la que se produce de manera natural sin ninguna intervención. El hecho de considerar la Eutanasia como muerte natural, en principio, es decir algo que no es cierto y podemos suponer que está en relación con aspectos legales en torno a la muerte. Los juristas nos dirán si puede afectar a posibles cobros de seguros de vida.

h) En cuanto a los Cuidados Paliativos seguimos esperando una ley de aplicación y recursos suficientes para que estos lleguen a toda la población. Actualmente tenemos Planes y Estrategias de Cuidados Paliativos que son insuficientes y aunque en el proyecto de ley de Eutanasia se dice que se ofertarán los Cuidados Paliativos como alternativa, no es realista pensar que estarán al alcance de todos. La Eutanasia pareciera una opción más eficiente.

4) Problemas bioéticos que se suscitan y situaciones especiales

Antes que nada, hay que analizar **cuatro supuestos generales** que suscitan problemas bioéticos.

El primero es que la eutanasia tiene el riesgo real de tender a “flexibilizarse” abarcando más supuestos de los que al principio se contemplaban, porque siempre se empieza a legislar para los “*casos excepcionales*”, abriéndose posteriormente el abanico. Es lo que se conoce como “*pendiente resbaladiza*”

El desarrollo natural de una ley de eutanasia es expansivo tanto por parte de los solicitantes, como por parte del Estado, ya que ambos, con el paso de los años, consideran cada vez mayor el número de los supuestos en los que se puede aplicar la ley. Además, lo que al principio se formuló como un derecho del paciente, con el devenir del tiempo se puede considerar una obligación del Estado y de la sociedad. Estando por tanto la ciudadanía general cada vez más desprotegida frente a su derecho a la vida.



El segundo, es el falaz supuesto de pensar que todas las decisiones de poner fin a la vida se van a producir con plena libertad por parte del solicitante, “sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas”. Esto es algo muy difícil de verificar.

El paciente puede sentir presiones, tanto de forma imaginaria como real, que le llevarían a solicitar la eutanasia como método para dejar de causar dichas molestias. Es peligroso crear en la opinión pública la idea de que los enfermos en situación terminal son una carga para la familia o para la sociedad.

El tercero es el “tema económico”. La eutanasia resulta mucho más ~~barata~~ económica que prestar un apoyo integral a los discapacitados crónicos, así como implantar un sistema de cuidados paliativos necesarios para cuidar a los enfermos terminales. Esto, por muy materialista que parezca, hay que tenerlo en cuenta porque puede tener mucho peso a la hora de diseñar las políticas sanitarias.

El cuarto, es el dilema ético al que se tienen que enfrentar los profesionales sanitarios que no pueden actuar ante una solicitud de eutanasia por razón de conciencia. El Estado debe salvaguardar este derecho inalienable, legislando a favor de “*la Libertad de Conciencia y del Derecho a la Objeción de Conciencia*”. Los protestantes podemos declararnos defensores históricos de este derecho y lo reclamamos, no solo para nosotros, sino para toda la sociedad. La presente ley contempla el derecho a la objeción de conciencia, y lo que pedimos es que este derecho sea real y no perjudique *de facto* a los profesionales objetores. ¿Habrá alguna discriminación a aquellos que están inscritos en un registro por su objeción de conciencia?

Después de ver este marco general podemos pasar al siguiente punto. ¿Qué “situaciones especiales se pueden plantear en un futuro”, y merecen ser consideradas previamente? Sin ánimo de querer ser exhaustivos, pensamos que las principales situaciones especiales que se pueden suscitar en un futuro se concretan en cuatro:

- a) Discapacidad
- b) Trastorno mental
- c) Pérdida de la capacidad de tomar decisiones
- d) Infancia

En todas ellas se plantean **dilemas éticos desde dos puntos de vista diferentes:**

Primero: Si la decisión de solicitar la eutanasia la ha tomado el propio sujeto, es dilucidar si la propia condición de su situación le permite la suficiente “*capacidad*” para solicitarla, con el completo discernimiento de saber lo que está pidiendo y las consecuencias irreversibles que esto conlleva.



Segundo: Si la decisión la ha tomado un tercero, ya sea padre/madre, familiares, tutores, etc., es saber hasta qué punto se está totalmente salvaguardado el derecho de “*autonomía*” del paciente. ¿Es lo que ha decidido un tercero el deseo veraz del sujeto sobre el que se ha decidido?

La Justicia debe salvaguardar no solo la autonomía sino también velar por “la fragilidad del ser humano”, porque de lo contrario, se estaría excluyendo sistemáticamente a los más vulnerables.

Frente a las situaciones de fragilidad y vulnerabilidad está “*la ética de la justicia, del cuidado y la solidaridad*”. Y los creyentes podemos enarbolar que estas son señales de identidad propias del pensamiento judeocristiano.

Si bien algunos pueden admitir que existen casos concretos en los que la eutanasia debe ser considerada, sin embargo, los casos individuales no pueden establecer los fundamentos de una política que tenga repercusiones generales tan graves e irreversibles.

Por el contrario, lo que nosotros **proponemos y muchos en la sociedad demandan** es:

- **Un apoyo integral a las personas en dependencia y/o discapacidad.**
- **Y el desarrollo real y efectivo de los cuidados paliativos universales.**

La mayoría la población lo que desea saber es que cuando su situación así lo requiera, van a ser atendidos y cuidados de una manera global con lo mejor que la ciencia permita en ese momento. Pidiendo, para sí y su familia, un acompañamiento práctico y eficaz en la resolución de los problemas que vayan surgiendo en el día a día.

Y sobre las necesidades de esta mayoría es sobre lo que hay que legislar, sin olvidar dar una respuesta personalizada a la demanda particular de esos casos excepcionales que se presenten.

5. Marco Bíblico.

En el relato del Génesis se afirma que Dios sopló en la nariz del hombre aliento de *vida*. Por tanto, **la vida proviene de Dios**. La muerte es consecuencia de la maldad y desobediencia del hombre. Con todo, Dios ha provisto vida y vida en abundancia a todo aquel que cree y confía en su Hijo Jesús.

Desde los albores de la humanidad, el sufrimiento, el dolor y la muerte han sido una constante. Cómo evitar el sufrimiento, la congoja y el desconsuelo siempre ha sido un



objetivo del hombre. En la Biblia se contempla a la muerte como un hecho universal del ser humano. La enfermedad, aún de jóvenes o niños, es una realidad.

Sin ánimo de profundizar ni abarcar de forma exhaustiva la eutanasia desde un punto de vista bíblico, hay varios libros, escenas o principios que emanan de la Escritura y que comentaremos brevemente.

El libro de Job nos relata un hombre sufriente que maldice el día en el que nace (*"Perezca el día en que yo nací, y la noche en que se dijo: Varón es concebido"* Job 3:3) y exclama: *"Abomino de mi vida; no he de vivir para siempre; Déjame, pues, porque mis días son vanidad"* (Job 7.16). Aún con todo y en su desesperación, considera que es Dios quien debe "dejarle". Sus amigos le acompañan en su dolor, aunque más que alivio son fuente de consternación y pesar en Job. No se propone en este libro por parte del hombre una esperanza en un calmante o una cicuta que precipite la muerte del sufriente. Allí se nos declara: *"Él es quien hace la llaga, él la vendará, él hiere y sus manos curan"* Job 5:18. Nunca se formula en la Biblia una solución al sufrimiento o a la agonía mediante una resolución definitiva e irreversible como el infligir la muerte.

El salmista clama: *"Porque mi vida se va gastando de dolor, y mis años de suspirar; se agotan mis fuerzas a causa de mi iniquidad, y mis huesos se han consumido"* Sal 31:10, pero seguidamente se auto-responde: *"En tu mano están mis tiempos"* (Sal. 31:15).

El profeta Jonás, tras ser herido por un fuerte viento y un ardiente sol, provocándole cefalea, desmayo y depresión desea su muerte y ¿qué hace? Acude a Dios y solicita de él: *"Mejor sería para mí la muerte que la vida"* (Jon, 4:8b).

Aun los grandes hombres de Dios, en el sufrimiento, susurran a Dios solicitándole la muerte. Podemos clamar al autor de la vida que precipite nuestra muerte en nuestra enfermedad (como lo hizo Jonás o Elías). Pero ¿hay respaldo bíblico para solicitar de otros que usurpen aquella potestad que es solo divina? Es solo Dios quien da muerte y da vida (Deuteronomio 32:39, 1º Sam. 2:6)

El rey Saúl, ya herido en batalla, solicita "eutanasia" por parte de un amalecita y allí se nos relata: *"Él (Saúl) me volvió a decir: Te ruego que te pongas sobre mí y me mates, porque se ha apoderado de mí la angustia; pues mi vida está aún toda en mí. Yo (un amalecita) entonces me puse sobre él y le maté, porque sabía que no podía vivir después de su caída..."*. Ante una muerte inminente, ante la angustia intensa, ante el horror de poder ser torturado o escarnecido, surge la idea de una muerte rápida e indolora. Sin embargo, nunca se enaltece a quien procura la muerte del enfermo o de quien está en agonía, porque la muerte es sólo una prerrogativa de Dios. Los amalecitas pueden rodearnos y facilitarnos "la salida", pero la confianza del cristiano está en Dios que da y quita la vida.

Por último, nos gustaría mirar a la cruz. En la escena del calvario, Jesús agoniza junto a dos ladrones. Allí se ve una escena hermosa de alivio del sufrimiento del Cristo, cuando clama: *"tengo sed"* (Jn.19:28-29). Alguien le ofrece una esponja mojada en vinagre. Es



una preciosa viñeta de lo que es un cuidado paliativo. Es interesante resaltar que Jesús no se quejó del dolor de los clavos en sus manos o las espinas en sus sienes. En ocasiones, el que agoniza tiene otros síntomas (la sed), o tiene otros miedos (la soledad, o un temor a un juicio de Dios venidero). No en vano Jesús exclama: *“Dios mío por qué me has desamparado?”* (Mt.27:46).

Finalmente, Cristo muere. Nadie precipita su muerte. Él mismo se da en sacrificio y clama en victoria: ¡Consumado es!, entregando su espíritu a su Padre.

Por otro lado, junto a Cristo tenemos a dos ladrones que aún colgados son espectadores de tan magno espectáculo. Cristo ha muerto inesperadamente pronto. Y, sin embargo, es impropio que queden colgados dos agónicos crucificados en tan insigne fiesta de los judíos, la fiesta de la Pascua. Así que para adelantar su muerte y precipitar el éxitus, quiebran sus piernas para impedir elevarse en el madero y así coger algo de aire para posponer la muerte. Es más “conveniente” y al fin y al cabo “todos ganan”. Tal acto salvaje consigue (da fruto al fin deseado) acelerar la muerte del que va a morir. ¿Es un acto de clemencia? ¿Es un hecho atroz?

Creemos en definitiva que la Biblia enseña el principio del cuidado, del acompañamiento, del alivio del sufrimiento. El amor todo lo sufre y todo lo soporta. El amor no hace nada indebido. Aún así entendemos que es lícito y adecuado un cuidado integral de la persona. Impulsar los cuidados paliativos integrales sería el mejor acto de amor que podemos ofrecer como cristianos a nuestro prójimo que vislumbra su final. No obstante, sabemos que existe una casuística enorme que merece (amerita) una reflexión profunda y una evaluación individual para evitar prolongar una agonía ante un sufrimiento estéril. Consideramos que la ponderación de todos estos elementos, se deben hacer desde el respeto a la vida, en un contexto de esperanza y con una mano que coge a otra mano con empatía y solidaridad y no con una mano ejecutora que provoca un desenlace irreversible.

Por todo lo comentado anteriormente proponemos una potenciación de los cuidados paliativos, con una dotación adecuada de recursos, y una accesibilidad y extensión a toda la población susceptible de estos cuidados, que ayudará a morir dignamente a las personas que los reciban y que a todas luces incidiría en una disminución de las peticiones de eutanasia.

Documento del Grupo de Trabajo de Bioética y Salud

