

LA EUTANASIA A DEBATE

**Reflexiones desde una
perspectiva cristiana**

Versión digital
editada por:

Aula7activ@

Josep Antoni Alvarez

LA EUTANASIA A DEBATE

**Reflexiones desde una
perspectiva cristiana**

Josep Antoni Alvarez

LA EUTANASIA A DEBATE

**Reflexiones desde una
perspectiva cristiana**

Josep Antoni Alvarez

Aula7activ@

Edita

Aula7activ@

Diseño gráfico y maquetación: Esther Amigó Marse

Aula7activa-Aeguae

García i Fària, 57-59, 4º, 2ª

08019 Barcelona

Tel.: +34 933 032 646

Fax: +34 933 032 693

E-mail: info@aula7activa.org

Web: www.aula7activa.org

Todos los derechos reservados. Se permite la impresión de las publicaciones de www.aula7activa.org sólo para uso personal. No está autorizada la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio o procedimiento para su difusión pública, incluidos la reprografía, el tratamiento informático y su difusión por Internet, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamos públicos, sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. Los archivos informáticos de las publicaciones electrónicas no pueden ser manipulados bajo ningún concepto.

Aula7activa no se hace responsable de las opiniones expresadas en esta obra. Los textos publicados expresan exclusivamente las opiniones de sus autores.

© 2005, Josep Antoni Alvarez, por el texto
© 2005, Aula7activa-AEGUAE, en español para todo el mundo
Depósito Legal: B-38648-2005

SUMARIO

Agradecimientos	7
Prólogo	9
1. La eutanasia a debate	13
2. ¿Qué entendemos por eutanasia?	19
3. Tipos de eutanasia	21
4. El hombre ante la muerte y el sufrimiento	25
5. ¿Qué es la vida? ¿Qué implica vivir?	31
6. ¿Qué dice la Biblia?	35
7. Ética situacional: algunos casos en torno a la eutanasia	45
<i>Tony Bland, Sheffield (Reino Unido)</i>	45
<i>Nancy Cruzan, Missouri (Estados Unidos)</i>	47
<i>Carla, Delft (Países Bajos)</i>	48
<i>Diane, Rochester, Nueva York (Estados Unidos)</i>	50
<i>Vincent Humbert, Normandía (Francia)</i>	51
<i>Ramón Sampedro, Porto do Sou, A Coruña (España)</i>	53
<i>Charlotte Wyatt, Portsmouth (Reino Unido)</i>	57
8. La eutanasia en el mundo	59
<i>Países Bajos</i>	59
<i>Bélgica</i>	61
<i>Territorio del Norte (Australia)</i>	62
<i>Estados Unidos</i>	62
<i>Oregón (Estados Unidos)</i>	63
<i>Suiza</i>	64
<i>Francia</i>	65
<i>España</i>	66
9. Las religiones ante la eutanasia	69
10. Condiciones para la práctica de la eutanasia	73
11. Conclusiones	75
Anexo A. Declaración de los adventistas sobre el cuidado de los moribundos	81
Anexo B. Eutanasia y muerte asistida	87
Anexo C. Los médicos españoles ante la eutanasia	89
Anexo D. Expresiones para referirse a cómo se produce la muerte	91
Anexo E: El testamento vital en España	93
Anexo F: Modelos de testamento vital	95
Bibliografía	99

AGRADECIMIENTOS

Quiero aprovechar estas líneas para manifestar mi agradecimiento a todos aquellos que de alguna manera han hecho posible que este libro viera la luz. Sin ellos este libro no sería una realidad.

En primer lugar quiero dar las gracias a AEGUAE (Asociación de Estudiantes y Graduados Universitarios Adventistas de España) que con su invitación a tratar el tema de la eutanasia en la convención de diciembre de 2004, me movió a poner por escrito aquello que previamente había reflexionado.

Quiero manifestar mi agradecimiento a José M. López Yuste que ha tenido a bien debatir el tema conmigo y que además ha puesto a mi disposición cualquier opinión o información que consideraba que me pudiese ser útil. En este sentido, también quiero dar las gracias a Francisco Giménez, Antonio Polo y Anma Troncoso quienes han puesto a mi disposición diferentes materiales.

Por otro lado, es necesario mencionar a Esther Amigó y Francisco Giménez nuevamente, quienes se han encargado de dar los últimos retoques al texto en cuanto a su diseño y estilo.

Por último y de una forma muy especial quiero manifestar mi profundo agradecimiento a mi esposa Sara Vidal, quien ha estado dispuesta en todo momento a escuchar mis comentarios en relación a la eutanasia y, lo que es más importante, me ha apoyado de forma incondicional.

Para finalizar quiero indicar que cualquier opinión expresada es responsabilidad mía y de nadie más.

Josep Antoni Alvarez
Barcelona, 2004

PRÓLOGO

Cuando comencé la redacción del presente libro no podía imaginar el revuelo y la polémica que se iba a suscitar en relación con la eutanasia, independientemente de que se trata de un tema polémico. Tampoco era consciente de que el tema que iba a abordar fuera a estar tan de actualidad.

Después de unos años durante los cuales el tema había pasado a un segundo plano, el estreno de la película *Mar adentro* y las posteriores declaraciones del actual gobierno español en el sentido de abrir un debate sobre la posible legalización de la eutanasia en un futuro más o menos cercano, han generado un acalorado debate en los últimos meses sobre si es ético regular la eutanasia, por no decir su práctica.

Desde entonces numerosas voces se han levantado para manifestar su oposición a la legalización de la eutanasia. En este sentido, la Iglesia Católica ha lanzado una campaña con la finalidad de manifestar su total oposición a la posible regularización de la eutanasia. Esa oposición total ha generado, a su vez, la reacción de aquellos que consideran necesario regular dicha práctica ante las nuevas realidades.

Del debate se han hecho eco los medios de comunicación que, a la vez, han contribuido de una forma significativa con reportajes, debates, etc.

Hay que decir que en este momento no existe ningún país de nuestro entorno donde el debate de la eutanasia esté tan de actualidad. Eso no quiere decir que no exista en ellos un permanente debate, pero lo que es evidente es que no llega a alcanzar las dimensiones y la importancia que tiene en el nuestro.

Por todo ello, espero y deseo que las siguientes páginas puedan servir a aquéllos que, desde una perspectiva cristiana o no,

quieran elaborar una respuesta coherente ante el reto que nos plantea la eutanasia. Espero que mis palabras sirvan para profundizar en este tema tan complejo.

«La primera obligación ética es procurar a todos los seres humanos una buena vida. Y la segunda, conseguir que tengan una buena muerte.»

Diego Gracia

«Tan pronto como el hombre entra en la vida, es ya bastante viejo para morir.»

Jacobo Böhme

CAPÍTULO 1

LA EUTANASIA A DEBATE

La eutanasia es una cuestión de profunda actualidad, un tema candente. Es un asunto que desde hace un cierto tiempo está en discusión, una discusión que se mantendrá probablemente durante mucho tiempo más. Es difícil por no decir imposible que en un futuro cercano se llegue a un consenso en torno a dicho tema.

Aunque pueda parecer sorprendente, la discusión en torno a la eutanasia viene de largo. Ya en la Antigüedad, ciertos pensadores se plantearon dicho tema.

Reflexionando en relación a la vejez Séneca dijo:

«No renunciaré a la vejez mientras deje intacta la mejor parte de mí. Pero si empieza a debilitar mi mente, si destruye mis facultades una por una, si no me deja vida sino aliento, abandonaré este pútrido y vacilante edificio. No huiré con la muerte de la enfermedad mientras ésta se pueda curar y deje mi mente intacta. No levantaré la mano contra mí mismo a causa del dolor, porque morir así es dejarse vencer. Pero sé que si debo sufrir sin esperanza de alivio partiré, no por miedo al propio dolor, sino porque me impide todo aquello por lo que viviría.»¹

En la Grecia y Roma clásicas la eutanasia era considerada una opción válida, así como el suicidio. El término *eutanasia* aparece por primera vez en un escrito de Suetonio, en el que habla de una muerte pacífica provocada por un médico. Con la expansión del cristianismo, la eutanasia dejó de ser una opción. Lactancio, hablando acerca de los enfermos terminales, se expresó de la forma siguiente:

¹ SÉNECA, citado en NULAND, Sherwin B., *Cómo morimos*, Madrid: Alianza Editorial, 1998, p. 212.

«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.»²

En el siglo XVI, Tomás Moro³ en su obra *Utopía* planteó de nuevo el tema de la eutanasia hablando acerca de las costumbres de los utopienses, con las siguientes palabras:

«[...] si la enfermedad no sólo es inmedicable sino que también veja y atormenta de continuo, entonces [...] exhortan al hombre a que [...] no se empeñe en alimentar por más tiempo su ruina y su pena, ni dude en morir, ya que la vida le es un tormento; antes movido de una esperanza auténtica, o se exima a sí propio de una vida acerba como de una cárcel y castigo o consienta de voluntad que lo liberen otros; que hará esto prudentemente, porque no es el bienestar sino el suplicio lo que interrumpirá con la muerte; [...] o acaban ellos espontáneamente con su vida por la inedia, o amodorrecidos, se les pone fin sin que sientan la muerte. No suprimen a nadie que no lo quiere ni disminuyen en nada su atención hacia él. El que los persuadidos acaben de ese modo lo tienen por cosa honorífica, pero quien se toma la muerte por su mano por una razón no acepta [...] no se le honra.»⁴

Por la misma época, Francis Bacon es el primero en utilizar el término *eutanasia* con el significado que actualmente tiene: acelerar la muerte de un enfermo. Desde entonces ha habido numerosos pensadores que se han planteado el tema, pero sin llegar a ningún tipo de consenso sobre su validez. Immanuel Kant desde la razón, más que desde una perspectiva religiosa, se manifestó

² LACTANCIO, citado en CRUZ, Antonio, *Bioética cristiana*, Terrassa: CLIE, 1999, p. 339.

³ Tomás Moro fue beatificado el 29 de diciembre de 1886 por León XIII, posteriormente fue canonizado por Pío XI el 9 de mayo de 1935. Juan Pablo II le nombró patrón de abogados y políticos el 31 de octubre de 2000.

⁴ MORO, Tomás, *Utopía*, Madrid: Akal, 1997, p. 169.

en contra de que el hombre pudiese decidir sobre su vida con las siguientes palabras:

«El hombre no puede tener la facultad de quitarse la vida.»⁵

Ya en una época tan alejada de la nuestra, así como de los avances médicos, como 1797, Ulrich Bräker se preguntaba sobre la idoneidad de prolongar la vida de un enfermo por parte de los médicos cuando la muerte era inevitable. Él planteó dicho problema de la forma siguiente:

«Ciertamente es misión del médico venir en ayuda de la naturaleza corrompida, ser consuelo de la humanidad doliente. [...] Pero si advierte que el mal es incurable, a su paciente expuesto a un sufrimiento de años ¿no debiera disponerlo un poco más pronto para la muerte, enviarle el descanso y de esa manera ayudar a la destructora naturaleza? ¿Acaso es su deber hacer aún más lentos los lentos pasos de la naturaleza y torturar premiosamente al desgraciado durante años hasta su muerte? Yo no lo creo.»⁶

Aunque es cierto, que el tema está en discusión desde hace mucho tiempo, en la actualidad ha cobrado una importancia que en el pasado no tenía. El debate actual entorno a la eutanasia comenzó en Estados Unidos en 1975, cuando los padres de Karen Ann Quinlan pidieron a los médicos que desconectaran el respirador que supuestamente mantenía con vida a su hija, que se encontraba en coma.⁷ Desde entonces ha existido un permanente debate entorno a la legalización de la eutanasia, debido al aumento

⁵ KANT, Immanuel, citado en KUSHE, Helga, «La eutanasia», en SINGER, Peter (ed.), *Compendio de ética*, Madrid: Alianza Editorial, 2000, p. 406.

⁶ BRÄKER, Ulrich, citado en KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Morir con dignidad*, Madrid: Trotta, 2004, p. 82.

⁷ En 1976, el Tribunal Supremo de Nueva Jersey permitió que el respirador fuera retirado. A pesar de ello, Karen vivió 10 años más.

de la esperanza de vida⁸ en los países de nuestro entorno y los avances médicos que permiten prolongar la vida de los pacientes que se encuentran en ciertas situaciones límites.

El aumento en la esperanza de vida ha hecho que en las últimas décadas el número de personas que alcanzan edades avanzadas se halla multiplicado de forma notable. Al mismo tiempo, en muchos casos las condiciones de vida de esas personas no es la más óptima. Además, en ocasiones es posible prolongar la vida de esas personas durante mucho tiempo, así como las de aquellas personas que padecen ciertas enfermedades de difícil solución, con todo el sufrimiento que dichas situaciones llevan asociadas. Todo ello ha hecho que muchas personas se estén planteando el tema de la eutanasia como una opción.

Hans Küng, reflexionando acerca de las nuevas realidades que ha de afrontar el hombre debido a los avances científico-tecnológicos, dice:

«Por primera vez en la historia de la humanidad el hombre ha conseguido, en los últimos cien años, mediante la mejora de las condiciones de vida y el extraordinario avance de la medicina, retrasar la muerte, que antes se consumaba a las pocas horas, días o a lo más meses de hacerse presente. Ahora, entre el inicio y el término de una enfermedad mortal o de la ancianidad pueden pasar muchos años. De tal forma que la vida humana, que hasta hace poco constaba de período intrauterino, niñez, adolescencia, madurez y vejez (aunque una buena parte de las personas no llegara a las dos últimas fases), se ha alargado con una nueva fase: los años de ancianidad o enfermedad mortal. Y no por un proceso “natural” imputable a la naturaleza o a la voluntad de Dios, sino como resultado del esfuerzo casi prometeico del hombre para crear esta nueva fase que ahora, en cambio, para muchos

⁸ Actualmente la esperanza de vida en España es el doble que a finales del siglo XIX. Según datos del año 2000, ésta es de 75,6 años para los hombres y de 82,5 años para las mujeres; la media es de 79,1 años. La previsión es que en el año 2050 la esperanza de vida sea de 83,9 años.

se torna en pesada carga insufrible. Una ética que procure ser fiel a la Escritura y a la época, en vista de esta situación completamente nueva, ha de repensar su posición respecto al control de la natalidad y también a la eutanasia, y esforzarse por hallar una vía responsable también para la última fase de la vida humana.»⁹

Como cristianos necesitamos reflexionar en torno a la eutanasia y elaborar una respuesta a preguntas como la que plantea Gerard R. Winslow:¹⁰ ¿tiene el cristianismo respuestas a los dilemas actuales introducidos por la capacidad de la tecnología de controlar la etapa final de la vida?

Ésta y otras preguntas no tienen una respuesta fácil, pero no por ello hemos de evitar plantearnos la cuestión. Al mismo tiempo es necesario que cada uno de nosotros sea capaz de elaborar una respuesta personal. Yo no pretendo tener todas las respuestas, ni solucionar todas las cuestiones en torno a dicho tema, ni tan siquiera responder a todas las preguntas, en cambio sí que me gustaría que como mínimo fuésemos capaces de abrir un debate entorno a dicho tema.

⁹ KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Op. cit.*, p. 47.

¹⁰ WINSLOW, Gerard R., «El cristiano y la bioética: ¿puede ayudar la Biblia?», *Diálogo Universitario*, 7:1 (1995), p. 7.

CAPÍTULO 2

¿QUÉ ENTENDEMOS POR EUTANASIA?

Antes de avanzar, lo primero que debería tenerse claro es qué queremos decir cuando hablamos de eutanasia. Muy a menudo sucede que cuando comentamos algún tema no nos entendemos porque estamos hablando de cosas diferentes.

El término *eutanasia* viene del griego, concretamente de la combinación de las palabras *eu* y *thanatos*, que literalmente quieren decir «buena muerte».

Es difícil encontrar una única definición de eutanasia, pero hemos de intentar llegar a algún tipo de consenso respecto a qué queremos decir cuando utilizamos el término *eutanasia*. El *Diccionario* de la Real Academia Española de la Lengua¹¹ define eutanasia como:

«Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él. Muerte sin sufrimiento.»

Desde mi punto de vista se trata de una definición limitada ya que no abarca todos los aspectos relacionados con el tema que tratamos, pero da pie a que se planteen tres cuestiones interesantes.

- 1. ¿A qué nos referimos?** Cuando hablamos de eutanasia nos estamos refiriendo a la muerte sin sufrimiento. La eutanasia tendría como objetivo prioritario evitar el sufrimiento. Tema éste que abordaremos más adelante, ya que no podemos hablar de eutanasia si no tenemos presente el tema del dolor y del sufrimiento.
- 2. ¿Qué circunstancias se han de dar?** Solamente se puede plantear la eutanasia en determinadas circunstancias. La definición habla de paciente desahuciado, en definitiva alguien

¹¹ Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid: 2001, 22.^a edición.

que padece una enfermedad que no tiene solución y que además, es probable que le lleve a la muerte en un período relativamente corto de tiempo.

3. **¿Quién debe tomar la decisión?** La definición no aclara de forma satisfactoria este punto. Da a entender que la decisión puede ser tomada sin el consentimiento del afectado, sin especificar nada más.

La definición que ofrece el *Diccionari de la Llengua Catalana* del Institut d'Estudis Catalans¹² me parece mucho más satisfactoria ya que abre nuevas perspectivas al tema. Dice:

«**Eutanasia** Muerte natural, tranquila, sin molestias y sin agonía. Muerte sin sufrimiento provocada a una persona, esp. a aquélla que padece una enfermedad en fase terminal, a quien se encuentra en estado de inconsciencia irrecuperable, etc. **Eutanasia pasiva** Muerte que sobreviene cuando, para evitar sufrimientos inútiles, no se aplican o se dejan de aplicar los medios para prolongar la vida de una persona en la fase terminal de una enfermedad.»

Esta definición vuelve a reiterar el tema de muerte sin sufrimiento, pero añade a la definición los conceptos de *sin molestia* y *sin agonía*, especificando algunas situaciones donde tendría sentido hablar de eutanasia. Además, introduce un elemento interesante que es el tema de la eutanasia pasiva.

En resumen, podríamos decir que cuando hablamos de eutanasia nos estamos refiriendo a la muerte sin sufrimiento. La eutanasia tendría o tiene como objetivo prioritario evitar el sufrimiento innecesario de aquellos que por las circunstancias de la vida se encuentran en una situación límite. La eutanasia no consiste en acabar con la vida de nadie de forma indiscriminada. Sólo tiene sentido hablar de eutanasia en ciertas situaciones límite. Situaciones, por cierto, en las cuales nadie desearía encontrarse.

¹² Institut d'Estudis Catalans, *Diccionari de la Llengua Catalana*, Barcelona: 2002, 7.ª edición. La traducción es nuestra.

CAPÍTULO 3

TIPOS DE EUTANASIA

Cuando hablamos de eutanasia deberíamos ser muy cautelosos y especificar de forma muy clara a qué tipo de eutanasia nos estamos refiriendo. Las diferentes situaciones que se pueden dar entorno a la eutanasia se pueden clasificar utilizando diferentes criterios.

1) Si nos fijamos en que circunstancias se produce la muerte, hay que diferenciar entre **eutanasia pasiva** y **eutanasia activa**.

- La **eutanasia pasiva** consiste en no hacer uso de la tecnología disponible para prolongar la vida de una persona cuando ésta se encuentra desahuciada o en fase terminal. Hemos de entender, que cualquier acción en ese sentido únicamente conseguiría prolongar la vida de esa persona por un breve periodo de tiempo con un sufrimiento innecesario. Para referirse a la **eutanasia pasiva** también se puede utilizar el término *ortotanasia*, que significa «muerte correcta o recta».
- La **eutanasia activa**, en cambio, supone la administración de algún fármaco o sustancia a una persona con la finalidad de acelerar su muerte. Algunos autores diferencian dos tipos de eutanasia activa: **directa** e **indirecta**. La **directa** es cuando se suministra alguna sustancia con la finalidad de provocar la muerte (sobredosis de morfina, etc.). En cambio, la **indirecta** cuando se suministra alguna sustancia para mitigar el dolor pero que, como efecto secundario, puede abreviar la vida del enfermo (como ciertos derivados de la morfina). En la **indirecta** la finalidad no es acabar con la vida del enfermo, sin embargo en algunos casos se puede acelerar su fin, aunque no es el objetivo. Por ello, utilizaremos la expresión **eutanasia activa** para referirnos a la **directa**.

Tanto en un caso como en el otro la finalidad última es evitar el sufrimiento. En la **eutanasia pasiva** el médico no interviene, ya

que la muerte es inevitable y lo máximo que podríamos es prolongar la vida brevemente y con un sufrimiento injustificable. En cambio en la **eutanasia activa** la muerte no sucede por causas naturales sino que es provocada, evidentemente sólo en circunstancias excepcionales.

La **eutanasia pasiva** es aceptada mayoritariamente por nuestra sociedad, cosa que no sucede con la **eutanasia activa**. El debate, la discusión gira, por lo tanto, en torno a si es aceptable la practica de la **eutanasia activa**.

2) Si nos fijamos en quien toma la decisión, habría que diferenciar entre **eutanasia voluntaria**, **eutanasia no voluntaria** y **eutanasia involuntaria**.

- La **eutanasia voluntaria** es cuando la decisión es tomada o ha sido tomada¹³ por el afectado.
- La **eutanasia no voluntaria** cuando la decisión no es tomada por el afectado sino por otra persona, generalmente la familia. Ésta solamente tiene sentido en el caso de que no exista la menor posibilidad de que el afectado pueda recuperar sus capacidades cognitivas y su estado sea irreversible.
- La **eutanasia involuntaria**, por su parte, es cuando la decisión no ha sido tomada por el afectado cuando habría podido dar su consentimiento. De hecho, ésta sólo sucede en muy raras ocasiones, relacionadas con algunas prácticas médicas aceptadas, como la administración de dosis mayores de un fármaco que, como efecto secundario, puede causar la muerte del paciente o como consecuencia de la retirada de un tratamiento. Se sobreentiende que estas acciones se llevan a cabo cuando no hay más remedio.

¹³ El testamento vital consiste en una declaración realizada por una persona donde expresa su deseo de que no se proceda a prolongar su vida de forma artificial, en caso de que no exista la menor posibilidad de recuperarse. Si no existe dicha declaración, la vida puede ser prolongada de forma artificial hasta que sobrevenga la muerte.

Es necesario señalar que cualquier acción u omisión para finalizar con la vida de una persona sin su consentimiento, a excepción de las situaciones mencionadas anteriormente, constituye asesinato. Cuando se produce dicha situación no es apropiado, ni correcto utilizar la expresión eutanasia.

En este punto, es necesario decir que algunos autores consideran que el término *eutanasia* se habría de utilizar sólo para referirse a la denominada eutanasia activa y voluntaria. En este sentido, Azucena Couceiro dice:

«El término eutanasia debe reservarse exclusivamente para designar aquellos actos que tienen por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que él vive como intolerables, y a petición expresa, voluntaria y reiterada de éste.»¹⁴

Al restringir el uso del término eutanasia se pretende clarificar el debate y, al mismo tiempo, evitar confusiones, dado que las implicaciones éticas no son las mismas en todos los tipos de eutanasia. La valoración que podamos hacer cuando de forma activa se pone fin a una vida, no es la misma que cuando la muerte se produce porque dejamos de aplicar ciertos tratamientos.

¹⁴ COUCEIRO, Azucena, «La sedación de los enfermos en el contexto de los cuidados paliativos», en *Ética y sedación al final de la vida*, Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, n.º 9, 2003, p. 46.

CAPÍTULO 4

EL HOMBRE ANTE LA MUERTE Y EL SUFRIMIENTO

Hablar de eutanasia implica hablar de la muerte y del sufrimiento. La muerte y el sufrimiento se han convertido en un tema tabú en nuestra sociedad. El hombre actual evita hablar de la muerte, así como del sufrimiento. Cuando nos hallamos ante alguien que sufre, no sabemos qué hacer o decir, la situación nos incomoda. Pero la situación es aún peor cuando nos encontramos con alguien que ha de morir o bien ante la muerte de un conocido. Todos somos conscientes de que la muerte es inevitable, de que más pronto o más tarde hemos de dejar esta vida, pero el ser conscientes de la finitud de la vida no nos libera del temor a ese momento. El hombre no está preparado para afrontar la muerte, no está preparado porque no quiere asumir esa realidad, porque no quiere hablar de ella, porque vive de espaldas a esa realidad.

La angustia a la muerte y a todo lo que representa, fue expresado de forma magistral por una alumna de enfermería que se encontraba en fase terminal en una carta publicada en la revista médica *JANO*.

«Soy una alumna que va a morir. Escribo esta carta a todas las que os preparáis para ser enfermeras, con la esperanza de haceros partícipes de lo que experimento, a fin de que un día estéis –ojalá– más preparadas para ayudar a los que van a morir.

Me quedan todavía de uno a seis meses de vida, tal vez un año, pero nadie quiere hablar de esto. Me encuentro, por ello, ante un muro sólido y frío. El personal no quiere ver al moribundo como persona y, por consiguiente, no puede comunicarse conmigo. Yo soy el símbolo de vuestro miedo. Entráis de puntillas en mi habitación para traerme la medicación y tomarme el pulso, y desaparecéis una vez cumplida vuestra tarea. ¿Es por ser alumna de enfermería o simplemente co-

mo ser humano por lo que tengo conciencia de vuestro miedo y sé que vuestro miedo aumenta el mío? ¿De qué tenéis miedo? Soy yo la que muere. Me doy cuenta de vuestro malestar, pero no sé qué decir ni qué hacer. Os suplico que me creáis. Si os preocupáis de mí, no me podéis hacer daño. Decidme solamente que tenéis esta preocupación: no necesito nada más.

Ciertamente surge en nosotros la pregunta “por qué” y “para qué”, pero no esperamos, en verdad, que se nos dé la respuesta. No huyáis. Tened paciencia. Todo lo que necesito es saber que alguien estará a mi lado para coger mi mano entre las suyas cuando lo necesite.

Tengo miedo. Quizás estáis cansadas de muertes: para mí es una novedad. Morir... nunca me ha ocurrido. Es, en cierta manera, una ocasión única. Habláis de mi juventud, pero cuando se está a punto de morir no se es tan joven.

Hay cosas de las que me gustaría hablar. No os quitaría mucho tiempo. De todas formas, no lo pasáis tan mal en el hospital. Si nos atreviéramos a reconocer dónde estamos y a admitir, vosotras como yo, nuestros miedos, ¿acaso esto haría menos valiosa nuestra competencia profesional? En verdad, ¿está excluido realmente que nos comuniquemos como personas, de forma que cuando nos llegue la hora de morir en el hospital tengamos a nuestro lado personas amigas?»¹⁵

Aunque la muerte es inevitable, ésta no deja de ser triste, incomprendible y no deseada. A pesar de ello, es importante precisar que toda muerte no puede ser evaluada de la misma forma. Con ello no quiero decir que la muerte de unas personas sea más importante que la de otras, no quiero decir que la pérdida de alguien nos pueda resultar indiferente. Lo que quiero decir es que no podemos percibir de la misma forma la muerte de una persona mayor que la de un niño o un joven.

¹⁵ CRUZ, Antonio, *Op. cit.*, pp. 351, 352.

La muerte de una persona de 70 o 80 años es un acontecimiento triste, pero entendemos que ha completado su ciclo vital y ello nos lleva a asumir que ha llegado su hora. Pero cuando se trata de la muerte de un niño o un joven, éste es un acontecimiento trágico, porque no podemos encontrar ningún tipo de explicación a tal suceso. Éste no tiene ningún sentido, ¿cómo racionalizar la pérdida de alguien que acaba de comenzar a vivir, que se encuentra en la flor de la vida? Eso es lo que hace que la muerte sea tan trágica y dolorosa.

El hombre teme a la muerte, pero aún teme más al sufrimiento. Por lo tanto, la eutanasia se ha convertido en una posibilidad para algunos. Es evidente que no es posible hablar de la eutanasia sin considerar el tema del sufrimiento y del dolor. Si no existieran ni el sufrimiento ni el dolor no cabría la posibilidad de plantearse la eutanasia. No tendría entonces ningún sentido. Esto es así porque la misma definición de eutanasia habla de sufrimiento. Recordemos que la eutanasia se define como muerte sin sufrimiento.

Francesc Torralba en su libro *El sofriment, un nou tabú?* realiza la siguiente afirmación:

«Allí donde hay vida hay también,
y de manera inevitable, sufrimiento [...];
así como no hay en la tierra luz sin sombra,
tampoco hay vida sin sufrimiento.»¹⁶

No hay la menor duda de que todos somos conscientes de que vivir implica en cierta medida sufrir. Pero dicha realidad no es necesariamente aceptada por los hombres. El hombre actual y, probablemente, el de todas las épocas se ha preocupado del dolor y del sufrimiento. No sólo se ha preocupado por él, sino que además lo teme. Como ha escrito Joan-Carles Mèlich:

¹⁶ TORRALBA, Francesc, citado en BOSCH, Concepción y HERRERO, Olga, *La muerte y el duelo en el contexto educativo*, Barcelona: Paidós, 2003, p. 57.

«El mundo moderno quiere ser un mundo perfecto, sin errores, sin dolor, sin muerte.»¹⁷

Los hombres sufrimos cuando las cosas no nos salen como deseáramos, cuando estamos enfermos, cuando aquéllos que amamos se encuentran en una situación crítica, pero el mayor sufrimiento se encuentra en observar la agonía que conduce de forma inexorable a la muerte a aquéllos que amamos o a nosotros mismos. Es evidente que nadie desea sufrir innecesariamente y, por ello, al mínimo dolor de cabeza ingerimos un analgésico o cualquier otro fármaco que nos pueda aliviar el dolor.

Todos asumimos que una persona que se encuentra en fase terminal se beneficie de la medicina paliativa que conlleva drogarse inyectándose morfina o cualquier otro fármaco con la finalidad de evitar el dolor. Al mismo tiempo, somos conscientes de que estas personas pierden en buena medida sus capacidades cognitivas como consecuencia de ello, pero consideramos que es más satisfactorio evitar el sufrimiento.

Todos entendemos que es innecesario prolongar la vida de un animal si la muerte de éste es inevitable y además ha de sufrir.

Todos deseamos vivir y que nuestros días en esta Tierra se prolonguen lo máximo posible, pero como dice Joan-Carles Mèlich:

«El tiempo humano es breve.
No tenemos todo el tiempo a nuestro alcance. [...] Siempre morimos demasiado pronto.»¹⁸

Aunque el hombre desea vivir, no desea hacerlo a cualquier precio. Es evidente que nadie desea sufrir de forma innecesaria. La gente prefiere la muerte al sufrimiento de encontrarse entubado y conectado a una máquina cuando el fin es inevitable. Tememos el sufrimiento, tanto el nuestro como el de aquéllos que amamos. Y si vivir implica sufrir de forma indescriptible, preferimos la muerte.

¹⁷ MÈLICH, Joan-Carles, *Filosofía de la finitud*, Barcelona: Herder, 2002, p. 104.

¹⁸ *Ibidem*, p. 36.

Teniendo presente lo dicho hasta el momento, es pertinente que nos preguntemos: ¿tiene sentido prolongar la vida cuando la muerte es inevitable y estamos sufriendo? ¿Es necesario mantenernos con vida a cualquier precio? Las respuestas a dichas preguntas sólo es posible realizarlas de forma individual y nadie está en condiciones de decidir por otro.

CAPÍTULO 5

¿QUÉ ES LA VIDA? ¿QUÉ IMPLICA VIVIR?

La vida es un don maravilloso. Cada vez que se produce la gestación y el nacimiento de un nuevo ser no podemos más que sorprendernos de ese milagro. La vida es un milagro difícil de definir. La vida es un don y cada día de vida con salud se convierte en una experiencia única. Aunque haya dificultades, el hombre no se cansa de vivir. Hoy mejor que nunca conocemos cómo funciona nuestro organismo pero, aún así, la vida sigue siendo un misterio. La vida es algo que deseamos vivir; por ello, la ausencia de vida en un momento determinado nos resulta difícil de aceptar.

¿Qué es la vida? ¿Qué implica vivir? Son preguntas fundamentales y la respuesta a éstas puede condicionar nuestra posición en relación con la eutanasia.

Si pensamos, que hay vida mientras nuestro organismo funciona, mientras nuestras constantes vitales se mantienen, entonces puede que no tenga mucho sentido plantearse la eutanasia. Si por el contrario, pensamos que vivir es algo más, que implica capacidad de pensar, de razonar, de tomar decisiones por uno mismo, de tener cierta autonomía, etc., entonces la eutanasia puede ser una opción válida.

En este último caso, habríamos de introducir el concepto de calidad de vida y asociado con éste el de morir con dignidad.

Para ciertos pensadores vivir implica calidad de vida. Entienden que sólo se puede hablar de vida en el caso de que se cumplan unas condiciones mínimas, que ya mencionábamos anteriormente: capacidad de pensar, de razonar, de tomar decisiones por uno mismo, de tener cierta autonomía, etc. Cuando éstas no se dan, entonces encontramos que existe un déficit muy grave en la calidad de vida y, en algunos casos, ese déficit es tan grande que no sería posible hablar de vida en sentido estricto. En esas circunstancias excepcionales y sólo en éstas, la eutanasia sería una opción válida como forma de morir con dignidad.

Hemos de entender la expresión morir con dignidad como aquella que está en oposición a la muerte con sufrimiento, aquella que va acompañada de una agonía que conduce inevitablemente al fin, aquella en definitiva en que la persona no puede decidir. Morir con dignidad implica también poder estar en esos últimos momentos al lado de aquellos que amas, sintiendo su presencia y amor. Porque no hay nada más importante que el amor de los que amas.

Es necesario añadir que estar al lado de quienes sufren no sólo beneficia al afectado, sino que nos beneficia a nosotros mismos. Como dice Luis Rojas Marcos:

«Compartir el trance de morir y cuidar de una persona querida que agoniza es una forma poderosa de intercambiar amor, solidaridad y respeto, y representa una prueba personal sublime y enriquecedora. Cuando alimentamos la dimensión humana de la muerte, la última despedida se convierte en una experiencia tan íntima, tan entrañable y tan valiosa como el mismo milagro del nacimiento.»¹⁹

Morir es algo que nadie desea en circunstancias normales, pero al mismo tiempo es inevitable. Por ello, morir con dignidad se convierte en un deseo compartido por todos. Morir con dignidad sólo es posible en ausencia de dolor y estando acompañados en esos últimos momentos de aquellos que amamos.

Por otro lado, relacionado con el tema de la vida tenemos que abordar el concepto de la santidad de la vida.

Algunos pensadores consideran que la vida es un don de Dios, y como don de Dios ésta es inviolable. Esa inviolabilidad comienza en el momento de la fecundación y se extiende hasta el momento de la muerte. Consideran que cualquier acción que se lleve a cabo con la finalidad de interrumpir el desarrollo del embrión o a acortar la vida es inaceptable, independientemente de las circunstancias que se den. Consideran que una acción en dicho

¹⁹ MARCOS, Luis Rojas, «Morir bien», *El País Semanal*, n.º 1.138, 19 julio 1998, p. 6.

sentido es una trasgresión del principio de la santidad de la vida. Esta forma de pensar coincide perfectamente con el juramento hipocrático, que compromete a un médico de la forma siguiente:

«Utilizaré el tratamiento para ayudar a los enfermos según mi capacidad y juicio, pero nunca con la intención de causar daño o dolor. A nadie daré veneno aunque me lo pida o me lo sugiera, tampoco daré abortivos a ninguna mujer con el fin de evitar un embarazo. Consideraré sagrados mi vida y mi arte.»²⁰

Por último, es necesario que reflexionemos sobre cómo entendemos la vida. Es evidente que todos aspiramos a dar sentido a nuestra vida. No hay la menor duda que todos tenemos objetivos y metas a alcanzar. Todos deseamos vivir y poder llevar a cabo lo que podríamos denominar nuestro *proyecto de vida*.

Ahora bien, cuando una vida se ve truncada por la muerte antes de completar su ciclo, antes de haberse llenado con aquellas cosas que nos parecen importantes, con aquellas que dan sentido a nuestra existencia, ese acontecimiento es una tragedia. Pero si la muerte se produce cuando la persona ha completado ese proyecto de vida, la muerte ya no constituye una tragedia, sino un acontecimiento triste. Ya que la muerte es un acontecimiento ineludible, todos entendemos que esa persona ha tenido la oportunidad y la suerte de completar el ciclo de la vida.

Diego Gracia reflexionando sobre esa realidad dice:

«Hasta que el hombre no ha conseguido llevar a cabo su proyecto de vida, lo cual probablemente no puede suceder antes de los setenta y cinco u ochenta años, no es bastante viejo para morir.»²¹

²⁰ HIPÓCRATES, citado en GAARDER, Jostein, *El mundo de Sofía*, Madrid: Siruela, 1995, p. 66.

²¹ GRACIA, Diego, *De nuevo la eutanasia a debate*, conferencia dictada el 28 de octubre de 2004, Fundació Víctor Grífols i Lucas (www.fundaciongrifols.org).

El problema existe cuando nuestro proyecto de vida ha finalizado y este no coincide con el fin de la vida biológica. Si alguna vez consideramos que no existe nada por lo que merezca vivir, nos podemos encontrar ante un dilema, ya que la vida se puede prolongar durante mucho tiempo gracias a los avances tecnológicos. Es en estas circunstancias cuando algunos se plantean o consideran la eutanasia como una opción. Para ellos, seguir viviendo es un sin sentido porque ya han realizado todo lo que daba sentido a su existencia y consideran que la muerte es más deseable que la vida. Evidentemente, esta situación de conflicto sólo se dará en principio cuando la persona ha llegado a una edad avanzada habiendo completado su proyecto de vida y, además, sus condiciones de vida sean precarias.

Cuando se produce ese desfase entre proyecto de vida y vida biológica se nos plantea un dilema sobre el cual haríamos bien en reflexionar. La respuesta a dicho dilema dependerá de qué entendemos qué es la vida. Según sea nuestra comprensión de la vida, la eutanasia podría ser una opción.

Capítulo 6

¿QUÉ DICE LA BIBLIA?²²

Como cristianos necesitamos analizar lo que la Biblia puede decirnos en relación con la eutanasia. Como plantea Jack W. Provonsha:²³ «en las Escrituras no podemos encontrar un modelo específico para saber cuando prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal, cuando suspender el proceso y en que circunstancias.» En la Biblia no hay ningún texto que hable de forma específica de la eutanasia, dicha expresión no aparece en la Biblia. Eso no quiere decir que en las Escrituras no podamos hallar dirección a nuestras inquietudes, más bien todo lo contrario. Éstas pueden ayudarnos a tener una postura más equilibrada, si estamos dispuestos a considerar los diferentes temas que se tratan y que, a su vez, se encuentran vinculados de forma muy estrecha al tema que nos ocupa. Algunos de ellos serían la vida, la muerte, el sufrimiento, etc.

Antes de nada me gustaría señalar que Dios ha dado al hombre la libertad de elección, la capacidad de tomar decisiones de forma libre y que, a consecuencia de ello, tenemos que afrontar dilemas morales como el de la eutanasia. Ante dichos dilemas, únicamente nos podemos posicionar considerando lo que dice la Palabra de Dios y teniendo presente en todo momento el plan de Dios para el hombre, así como su voluntad.

En cuanto al origen de la vida, la Biblia no deja la menor duda en cuanto a que ésta se encuentra en Dios. Los relatos de la creación de los capítulos 1 y 2 de Génesis afirman de forma rotunda que Dios es el responsable de la vida.

En Génesis 1:27 y 2:7 podemos leer cómo Dios procede a la creación del hombre. «Y creó Dios al hombre a su imagen, a ima-

²² A menos que se indique lo contrario todos los textos han sido tomados de la Versión Reina-Valera de 1960. NBE: Nueva Biblia Española.

²³ PROVONSHA, Jack W., *Bioética cristiana*, Diálogo Universitario, 1:1 (1989), p. 10.

gen de Dios lo creó; varón y hembra los creó.» «Entonces Jehová Dios formó al hombre del polvo de la tierra, y sopló en su nariz aliento de vida, y fue el hombre un ser viviente.» En este sentido el Nuevo Testamento no deja la menor duda en cuanto a que el hombre ha sido creado por Dios (Marcos 10:6; Apocalipsis 4:11).

Considerando que según la Biblia el origen de la vida se encuentra en Dios, como creyentes podríamos preguntarnos: ¿tiene el hombre derecho a poner fin a una vida aunque ésta sea precaria? En oposición a la cuestión anterior podemos preguntarnos: ¿mi existencia es responsabilidad de Dios o de mis progenitores? Son preguntas válidas que no tienen una respuesta fácil.

Por otro lado, la muerte y el sufrimiento, tanto el físico como el asociado a la pérdida de un ser querido, son tratados ampliamente en la Biblia. La muerte y el sufrimiento son incomprensibles para el hombre. Ante ellos el hombre se pregunta: ¿cómo permite Dios tanto sufrimiento y dolor?, ¿dónde está Dios si realmente es que existe?, ¿es posible hoy hablar de un Dios de amor? El hombre no puede entender la aparente ausencia de Dios, no puede entender cómo un Dios de amor no se manifiesta, no actúa. Ante esa aparente ausencia de Dios es necesario ofrecer una respuesta por parte del creyente. Ésta sólo es posible desde la confianza en las promesas de Dios registradas en la Biblia. Esta confianza en Dios y en sus promesas ha de transformar nuestra vida, ha de hacer que nuestra actitud ante la muerte y el sufrimiento sea distinta, que ante situaciones incomprensibles podamos declarar como Job:

«Yo sé que mi Redentor vive,
Y al fin se levantará sobre el polvo;
Y después de deshecha ésta mi piel,
En mi carne he de ver a Dios;
Al cual veré por mí mismo,
Y mis ojos lo verán, y no otro,
Aunque mi corazón desfallece dentro de mí.»²⁴

²⁴ Job 19:25-27.

Los numerosos pasajes que hablan de la muerte en las Escrituras tienen un denominador común: el hombre no ha de temerla. Dios promete estar a nuestro lado en todo momento.

En Salmos 23:4 podemos leer:

«Aunque ande en valle de sombra de muerte,
No temeré mal alguno,
porque tú estarás conmigo;
Tu vara y tu cayado me infundarán aliento.»

Para abundar en dicha idea Eclesiastés 7:1 dice lo siguiente:

«Mejor es la buena fama que el buen ungüento;
y mejor el día de la muerte que el día del nacimiento.»

Una primera lectura nos puede dejar sorprendidos y hasta perplejos. Si hacemos una lectura meramente superficial, el pasaje nos puede parecer absurdo. Si no nos detenemos a analizarlo podemos llegar a conclusiones totalmente erróneas y absurdas. Podemos pensar que está diciendo que la muerte es mejor que la vida, que el día de la muerte es un día de alegría. Es obvio que no podemos hacer semejante lectura, pues sería contradictoria con lo que la Biblia nos quiere decir en su conjunto. Hay que entender el texto en el sentido de que la muerte es sólo una situación circunstancial y que después de este acontecimiento nos espera una vida mejor. Además, tenemos que considerar que la vida en esta Tierra es corta y llena de situaciones difíciles y, en el mejor de los casos, podemos llegar a vivir cien años actualmente, aunque la Biblia habla de un máximo de ochenta (Salmos 90:10).

En cuanto al sufrimiento, éste no tiene ningún sentido en sí mismo y tampoco ningún valor expiatorio, aunque algunos puedan pensar que sí. El sufrimiento no es más que una consecuencia de la caída (Génesis 3:16-19). Pero a pesar de ello las Escrituras nos prometen consuelo para el dolor en esta Tierra, como leemos en Salmos 41:3:

«Jehová lo sustentará sobre el lecho del dolor;
mullirás toda su cama en su enfermedad.»

El texto nos invita a confiar en Dios. Ha de tenerse presente que Él está y estará a nuestro lado en todo momento y circunstancia. El salmista nos invita a confiar en el alivio que Dios nos puede proporcionar, utilizando la expresión mullirás toda su cama. De cualquier forma, la promesa más maravillosa de todas es la registrada en Apocalipsis 21:4:

«Enjugará Dios toda lágrima de los ojos de ellos;
y ya no habrá muerte,
ni habrá más llanto, ni clamor, ni dolor;
porque las primeras cosas pasaron.»

Yo diría que este pasaje de Apocalipsis contiene la promesa más maravillosa de toda la Biblia o al menos una de las más maravillosas. Nos habla de un día en el que no habrá más dolor, ni sufrimiento; de un día en el cual no habremos de temer a la muerte, porque ésta habrá dejado de existir. No hay la menor duda de que todo creyente desea que ese momento llegue lo más pronto posible. Y tampoco hay la menor duda en cuanto a que dicha esperanza es la que nos da fuerzas en muchas ocasiones para seguir adelante en esta vida. Además, en Juan 3:16 encontramos la afirmación:

«Porque de tal manera amó Dios al mundo, que ha dado a su Hijo unigénico, para que todo aquel que en él cree, no se pierda, mas tenga vida eterna.»

En este sentido, la Biblia no deja la menor duda en cuanto a que la promesa de la vida eterna está a nuestra disposición si aceptamos la salvación que Jesucristo nos ofrece de forma gratuita (Juan 3:36; Romanos 6:23; 1 Corintios 15:51-54).

Teniendo presente las circunstancias que rodean al hombre y las promesas que podemos encontrar en la Palabra de Dios hemos de

intentar evitar ver la muerte como un momento de sufrimiento. Hemos de procurar ver la muerte como una etapa de transición, como el comienzo de algo mejor. A la luz de la esperanza, la muerte no es tan trágica después de todo. Como dice Hans Küng:

«La persona mortalmente enferma no tiene necesidad de aferrarse con temor a esta vida como lo único que le queda. Puede, por el contrario, confiarse con gran libertad, entrega y consuelo a una última realidad. Sabe bien que la lucha por la salud tiene sentido mientras sea posible sanar, pero que la lucha contra la muerte a cualquier precio es absurda: una ayuda que se convierte en martirio.»²⁵

Para el creyente esta vida es sólo el comienzo de algo mejor. Esa realidad contrasta de forma notable con la actitud del no creyente. Éste tiene la necesidad absoluta y total de aferrarse a la vida terrenal, ya que después de ella no hay nada más. Para el no creyente, esta vida lo es todo. Como dice Tristram Engelhardt:

«En una era post-cristiana, en la que esta vida lo es todo para el ser humano, cualquier opción que pueda prolongar la vida y preservar la salud puede alcanzar valores muy elevados. Cuando el cielo deja de ser la meta de la vida humana, esta vida y la salud en este mundo cobran mayor importancia. Asimismo la idea de salvación pierde interés y credibilidad frente a una finitud que no puede ser trascendida. A menudo el resultado es una lucha frenética por la salud y por posponer la muerte a cualquier precio.»²⁶

Confiar en las promesas del Señor no supone que entendamos todo lo que sucede a nuestro alrededor, ni que tengamos todas las respuestas. Tampoco quiere decir que la muerte o la pérdida

²⁵ KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Op. cit.*, p. 28.

²⁶ ENGELHARDT, Hugo Tristram, «Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica», en *Libertad y salud*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, n.º 1, 1999, p. 17.

de los seres queridos no nos afecte o nos resulte indiferente. Lo único que significa es que estamos dispuestos a confiar en Dios y que entendemos que solamente en el futuro podremos comprender plenamente el plan de Dios. Sólo en ese momento podremos comprender todas las cosas y dar satisfacción a nuestras inquietudes, únicamente allí entenderemos el infinito amor de Dios por el hombre. Como dice François Varone:

«Sólo el futuro da sentido al mal físico. [...] Sólo Dios es capaz de iluminar al ciego, de hacer vivir al muerto; pero sólo un Dios que primero deje al ciego en su ceguera, y al hombre en su vida orgánica; sólo un Dios oculto puede hacer que el hombre escoja la luz, busque el sentido, acepte la atracción, tienda hacia la vida y pueda un día alegrarse locamente de la consumación de su aventura en Dios.»²⁷

Por último, en relación con el sufrimiento, es imprescindible decir que Dios siempre está al lado de aquéllos que sufren. Aunque pueda parecer que no es así, el Dios de la Biblia no es indiferente al dolor humano. En este sentido me gustan las palabras llenas de confianza de Víctor Hugo, cuando al hablar en relación a Dios dice:

«Los que lloráis, venid a Dios, porque él llora.
Los que sufrís, venid a él, porque sana.
Los que tembláis, venid a él, porque sonrío.
Los que pasáis, venid a él, porque permanece.»²⁸

En relación con la vida y la muerte hay dos pasajes más a considerar. El primero se encuentra en Deuteronomio 32:9:

«Pero ahora mirad: yo soy yo,
y no hay otro fuera de mí;

²⁷ VARONE, François, *El Dios ausente*, Santander: Sal Terrae, 1993, p. 132.

²⁸ HUGO, Víctor, citado en STÉVENY, Georges: *El enigma del sufrimiento*, Barcelona: Aula7activa-AEGUAE, 2004, p. 7.

yo doy la muerte y la vida,
yo desgarró y yo curo,
y no hay quien libre de mi mano.» (NBE)

El segundo se encuentra en 1 Samuel 2:6 y dice:

«El Señor da la muerte y la vida,
hunde en el abismo y levanta.» (NBE)

Estos textos son utilizados por algunos para posicionarse en contra de la eutanasia. Interpretan que tanto la vida como la muerte están en manos del Señor. Consideran que la privación de la vida, aunque sea en condiciones excepcionales, sólo está en las manos de Dios. Consideran que Él es el único que puede privar a alguien de su vida. Pero si analizamos el contexto donde se encuentran estas palabras, no es tan seguro de que estos textos puedan utilizarse como un argumento para posicionarnos en contra de la eutanasia.

El primer pasaje forma parte del Cántico de Moisés, que éste pronunció ante el pueblo de Israel. El segundo forma parte de la oración que elevó Ana en agradecimiento por el nacimiento de su hijo Samuel. Tanto el Cántico de Moisés como la oración de Ana son manifestaciones de la confianza total y absoluta en Dios, de cómo no hay nada que pueda escapar a su voluntad. Pero no creo que con ello, se quiera decir que todo lo que sucede es responsabilidad de Dios. Opino que Dios nos ha dado la capacidad de tomar decisiones y a veces las decisiones que tomamos pueden tener consecuencias nefastas, ¿quiere decir esto que Dios tiene la culpa? ¿Cuando muere alguien podemos afirmar o atribuir ese hecho a Dios y a su voluntad? Creo que todos estaréis de acuerdo en que no. En el mundo suceden muchas cosas que difícilmente se pueden entender, pero eso no quiere decir que Dios sea el responsable.

Si pensamos que la vida está en manos de Dios de forma absoluta y que nadie puede decidir sobre su vida, podríamos preguntarnos si tenemos derecho a intervenir para solucionar una enfermedad. También podríamos preguntarnos si es ético suministrar

a un enfermo medicamentos para aliviar el dolor cuando somos conscientes de que estos le provocarán la muerte de forma anticipada. Creo que todos estaríamos de acuerdo en que sería un absurdo no intervenir o no ayudar a un enfermo a aliviar su dolor. Pienso que estaréis de acuerdo conmigo en que es necesario hacer todo lo posible para ayudar a un enfermo para mejorar su vida, pero excedernos sería un absurdo.

No hay la menor duda en cuanto a que el origen de la vida se encuentra en Dios y que, como dador de la vida, ésta se encuentra en sus manos, pero eso no quiere decir que no podamos tomar decisiones. Si seguimos leyendo la oración de Ana, ésta dice hablando en relación al Señor:

«Da la pobreza y la riqueza,
el Señor humilla y enaltece.»²⁹

Estaréis de acuerdo conmigo que atribuir a la voluntad de Dios la prosperidad terrenal de ciertos hombres sería incomprensible y contradictorio con un Dios de amor.

Considerando todo lo dicho, considero que estos pasajes se han de interpretar a la luz del plan de la salvación y no limitarlos a lo que sucede en el día a día. En ese contexto más amplio, la vida y la muerte están en las manos del Señor y no hay nada que escape a su voluntad.

En cuanto a la decisión de poner fin a la vida de uno mismo, o sea a suicidarse, la Biblia narra los casos de Abimelec (Jueces 9:54), Sansón (Jueces 16:28-30), Saúl (1 Samuel 31:4), Ahitofel (2 Samuel 17:23), Zimri (1 Reyes 16:18) y Judas (Mateo 27:5). Lo más curioso de todo es que ésta no se prohíbe de forma expresa. El caso más sorprendente de todos es el de Sansón, quien es considerado uno de los héroes de la fe en Hebreos 11:32. Por otro lado, como hecho curioso Dómina y sus hijas Berenice y Presdocé prefirieron quitarse la vida antes que ser violadas durante las per-

²⁹ 1 Samuel 2:7 (NBE).

secuciones de Diocleciano y Galerio (principios del siglo IV). Esta actitud fue expresamente alabada por Juan Crisóstomo, Eusebio de Cesarea y Jerónimo.³⁰

A parte del tema de la vida y la muerte, la Biblia plantea como mínimo dos aspectos que pueden condicionar nuestra posición en relación a la eutanasia. Además, dichos aspectos pueden plantearnos según mi criterio un dilema moral.

1. El sexto mandamiento dice: «No matarás» (Éxodo 20:13). El mandamiento es taxativo y no deja la menor duda al respecto. Automáticamente, nos podemos preguntar: ¿quiere decir esto que quien aplica o facilita la eutanasia está transgrediendo el sexto mandamiento? Algunos responderían de forma rotunda con un sí, haciendo hincapié en la santidad de la vida. Otros, en cambio responderían que *no*, porque considerarían que en el caso de la eutanasia tal como se ha planteado hay en juego un principio superior.
2. La Biblia expresa de forma muy clara que el cumplimiento de la ley es el amor al prójimo, como podemos leer en Romanos 13:8-10: «[...] Porque el que ama al prójimo, ha cumplido la ley. [...] El amor no hace mal al prójimo, así que el cumplimiento de la ley es el amor.» Este principio es ratificado por numerosos pasajes de las Escrituras (Levítico 19:18; Gálatas 5:14; Santiago 2:8-9). Éstos no dejan la menor duda en cuanto a que no debe haber nada más importante en la vida del cristiano que el amor.

Digo que estos dos aspectos plantean un dilema moral, en el sentido de que la aplicación de la eutanasia, tal como la hemos definido, tiene como finalidad última evitar el sufrimiento innecesario y aquellos que se posicionan a favor lo hacen estimando que acabar con la vida de esas personas es un acto de amor, de compasión, no es un acto arbitrario; es el último recurso ante un pro-

³⁰ EUSEBIO DE CESAREA, *Historia Eclesiástica Tomo II*, Terrassa: CLIE, 1998, pp. 209, 210. KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Op. cit.*, 2004, p. 47.

blema que no tiene solución (más adelante analizaremos algunos casos reales que plantean dicha situación).

En resumen, podríamos decir que la Biblia no deja la menor duda respecto a que la vida tiene su origen en un Dios Creador, a que los hombres no han de tener ningún temor a la muerte a la luz de la esperanza, a que tenemos que amar a nuestro prójimo pero que al mismo tiempo hemos de ser receptivos a los preceptos que la Palabra de Dios nos plantea. Ante tales afirmaciones me parece que hemos de actuar a la luz de las palabras de Jesús que se encuentran registradas en Mateo 22:37-39:

«Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con toda tu mente. Éste es el primero y grande mandamiento.
Y el segundo es semejante: Amarás a tu prójimo como a ti mismo.»

Estas palabras de Jesús resumen de forma magistral la actitud que ha de tener el creyente, en todo momento, ante la vida y son la clave para elaborar una respuesta a cualquier dilema que se nos plantee.

Jesús nos indica de forma clara que no ha de haber nada más importante en nuestras vidas que el amor a Dios. Éste ha de estar por encima de todas las demás cosas. Eso implica poner de lado nuestra voluntad, reflexionar en todo momento sobre las decisiones a tomar en nuestra vida y al mismo tiempo actuar con humildad en toda circunstancia. Jesús nos recuerda también que existe otro precepto tan importante como el anterior que es el de amar a nuestro prójimo como a nosotros mismos. Amar al prójimo como a uno mismo implica: no desear a otros aquello que no deseamos para nosotros mismos, estar a su lado en toda circunstancia y dejar de buscar nuestro beneficio de forma egoísta. Quiere decir ponerse en el lugar del otro en toda situación para intentar entenderlo.

CAPÍTULO 7

ÉTICA SITUACIONAL: ALGUNOS CASOS EN TORNO A LA EUTANASIA

En este punto, nos podemos preguntar si actualmente con todos los mecanismos a nuestro alcance realmente estamos salvando vidas o simplemente prolongando el proceso de la muerte. Los avances médicos nos plantean unos dilemas que en el pasado no existían, unos dilemas que sólo se pueden abordar desde la realidad.

Hasta el momento hemos planteado el tema de la eutanasia de una forma muy teórica, diría que de forma muy aséptica. Únicamente, hemos intentado definir qué entendemos por eutanasia y, a la vez, reflexionar en torno a algunas cuestiones como el sufrimiento, la vida, etc. Por último, nos hemos detenido a analizar los principios éticos que podemos encontrar en las Escrituras y que pueden estar relacionados con la eutanasia. Pero hasta el momento no hemos tenido la oportunidad de plantearnos qué sucede en la realidad y es imprescindible hacerlo, porque muy a menudo las opiniones que se tienen en un tema tan complejo se pueden ver modificadas cuando nos enfrentamos con la realidad. Por este motivo, me voy a detener en algunos casos reales que pueden ayudarnos a centrar el tema y así posicionarnos de una forma más objetiva.

Tony Bland, Sheffield (Reino Unido)³¹

En 1989, cuando tenía 17 años, Tony Bland acudió al estadio de fútbol de Hillsborough, en Sheffield, con la intención de asistir a la semifinal de la copa que había de enfrentar a su equipo, el Liverpool, contra el Nottingham Forest. Cuando empezó el parti-

³¹ SINGER, Peter, *Repensar la vida y la muerte*, Barcelona: Paidós, 1997, pp. 68-87.

do miles de seguidores que no habían podido acceder al campo de fútbol. En esa situación se produjo una aglomeración aún con- dujo a un buen grupo de aficionados contra una valla. Antes de que se pudiese restablecer el orden habían perdido la vida 95 per- sonas. Tony Bland no murió, pero la presión a la cual fue sometido por la multitud le aplastó los pulmones y el cerebro se quedó sin oxígeno. En el hospital descubrieron que sólo había sobrevi- vido el tronco encefálico y que la corteza cerebral se había des- truido.

El juez Hoffmann describió la situación de Tony Bland de la si- guiente forma: «Desde el 15 de abril de 1989 ha permanecido en estado vegetativo persistente [...] alimentado con líquidos me- diante una bomba y un tubo que pasa por su nariz y la parte tra- sera de la garganta hasta el estómago. Se le vacía la vejiga por un catéter insertado en el pene, que de vez en cuando le causa infecciones que requieren vendajes y tratamiento con antibióticos. El entumecimiento de las articulaciones ha hecho que sus miem- bros estén rígidamente contraídos de forma que sus brazos están fuertemente flexionados de un lado a otro del pecho y las pier- nas anormalmente deformadas. Los movimientos reflejos de la garganta lo hacen vomitar y babear. De todo esto, y de la presencia de los miembros de su familia que se turnan para visitarle, Anthony Bland no es consciente en absoluto. Las partes de su cerebro que le proporcionan el conocimiento se han convertido en líquido [...] su cuerpo esta vivo, pero él no tiene una vida en el sentido en que incluso el ser humano más lamentablemente discapacitado pero consciente tiene una vida. Sin embargo, los avances de la medi- cina moderna permiten que se le mantenga en este estado du- rante años, quizás durante décadas.»

Ante semejante situación la familia de Tony, el doctor J. G. Howe, así como el doctor Michael Johnson (un especialista al cual se le había pedido su opinión), consideraban que no tenía sentido pro- longar la existencia de Tony, ya que era irrecuperable. En muchas circunstancias similares se suspende la alimentación artificial, pe- ro en esta ocasión el juez que investigaba lo sucedido en el de- sastre de Hillsborough advirtió al doctor Howe de las implicacio-

nes judiciales de tal decisión. Eso hizo necesario que el caso ne- cesitase un dictamen judicial. Después de un largo proceso, este fue favorable y Tony pudo morir.

Este caso nos plantea un dilema moral, nos podemos pregun- tar si es lícito mantener a una persona conectada a una máquina de forma indefinida. Según Peter Singer la decisión judicial impli- ca «que los avances tecnológicos en la medicina han hecho que sea imposible mantener el principio de santidad de la vida huma- na. En vez de ello, optaron por una ética que, acertadamente, tie- ne en cuenta si mantener la vida beneficiará o perjudicará al ser humano cuya vida se va a mantener». ³² Más adelante dice: «Los jueces han dado el paso de reconocer que, para que merezca la pena seguir viviendo, es esencial como mínimo, tener conciencia. Al hacerlo, han cambiado la frontera entre lo que es y lo que no es asesinato.» ³³

Nancy Cruzan, Missouri (Estados Unidos)³⁴

En 1983, Nancy Cruzan de 25 años tuvo un accidente de circula- ción cuando perdió el control de su coche en un camino vecinal. Salió disparada y cayó en una zanja llena de agua. Cuando llegó la ayuda médica, su cerebro había estado sin oxígeno durante va- rios minutos. Como resultado, se hallaba en estado vegetativo per- sistente. Su tronco encefálico seguía lo suficientemente intacto co- mo para poder respirar sin necesidad de un respirador, pero no podía tragar y por lo tanto se le había de alimentar mediante un tu- bo que iba del conducto nasal hasta el estómago. Poco a poco su cuerpo se fue poniendo rígido y sus manos se ensortijaron.

Los padres de Nancy acudieron a los tribunales para poner fin a la vida de su hija, pero éstos dictaminaron que no era posible porque no había pruebas claras de lo que ella habría querido. Más

³² SINGER, Peter, *Ibidem*, p. 83.

³³ *Ibidem*, p. 87.

³⁴ *Ibidem*, pp. 70-72.

adelante, por una curiosa coincidencia, antiguos amigos de Nancy recordaron que les había dicho cosas que sugerían que desearía morir si alguna vez estuviera en una situación semejante. Ante las nuevas pruebas el tribunal permitió que a Nancy se le retirara el tubo que le suministraba el alimento. A los pocos meses de la decisión Nancy murió después de casi ocho años. Los padres de Nancy incluyeron en el epitafio las palabras siguientes:

NANCY BETH CRUZAN
HIJA-HERMANA-TÍA
MUY QUERIDA
NACIÓ EL 20 DE JULIO DE 1957
MURIÓ EL 11 DE ENERO DE 1983
EN PAZ EL 26 DE DICIEMBRE DE 1990

Este caso, como el anterior, nos plantea el dilema de que hasta qué punto podemos prolongar la vida de una persona cuando ya no es posible recuperar sus capacidades cognitivas, cuando ya no puede hacer nada por sí misma y necesita estar conectada a una máquina de forma permanente. Son dilemas de difícil respuesta y que en todo caso difícilmente podremos responder si no nos hallamos en una situación semejante. Un tema que de forma explícita podemos constatar por el epitafio de la familia de Nancy es el de la angustia de los seres queridos, de aquéllos que ven a la persona que aman postrada de forma definitiva sin que exista la menor solución. Son situaciones que nos invitan a la reflexión, pero que sólo es posible abordar desde el amor.

Carla, Delft (Países Bajos)³⁵

En 1988, Carla de 47 años fue a visitar a su médico debido a un doloroso bulto en la parte inferior del abdomen. Éste la envió al hospital, donde le diagnosticaron un cáncer. Durante la operación los médicos descubrieron que era imposible extirpar todo el cán-

³⁵ SINGER, Peter, *Ibidem*, pp. 145, 146.

cer. Después de la operación fue sometida a quimioterapia mejorando su situación hasta marzo de 1990, cuando se descubrió que el cáncer había reaparecido. De nuevo fue sometida a quimioterapia, pero en esta ocasión no sirvió para nada y el dolor fue en aumento.

El doctor Pieter Admiraal pudo hacer remitir el dolor mediante una infiltración continuada de morfina, gracias a una aguja colocada bajo la piel. Aunque ya no le dolía, Carla estaba preocupada por la situación en la que se encontraría a medida que se acercase el final, para lo cual consultó con su médico sobre la posibilidad de poner fin a su vida cuando llegase ese momento. El marido de Carla, Henk, ante semejante petición se quedó consternado. El médico de Carla dijo que era posible, pero que la decisión no dependía de él, ni de ella. Era necesario que un grupo formado por dos médicos, una enfermera y uno de los tres consejeros espirituales del hospital, ya fuera el capellán católico, el protestante o el consejero humanista, estuvieran de acuerdo. Carla, como católica que era, acudió al capellán católico que no se opuso, sino que se mostró favorable.

Al poco tiempo, la situación de Carla se agravó del tal forma, que si bebía algo lo vomitaba casi inmediatamente. Le tuvieron que comenzar a suministrar líquidos a través de un tubo y le ofrecieron la posibilidad de alimentarse por un tubo, cosa que ella rechazó porque no quería prolongar su vida. Rápidamente, perdió peso y se debilitó, llegó un momento que no podía moverse de la cama y todo le dolía. El cáncer siguió creciendo hasta llegar a bloquear el flujo de sangre a las piernas, de tal forma que éstas se hincharon y le dolían.

Carla estaba acompañada por su marido y sus cuatro hijos la mayoría del tiempo. Aún en este estado, ella se apoyaba en su fe católica, pero llegó un momento en que solicitó que se le pusiera fin a su sufrimiento. Su marido, que antes no aceptaba la decisión, ahora la compartía, pero su hijo mayor no estaba de acuerdo. Carla habló con él y después de la conversación éste también aceptó la decisión de su madre. Los médicos, tras estudiar la petición de Carla y al ver que no era posible hacer nada más, accedieron a su petición.

Después de hablarlo con su familia, tomó la decisión de poner fin a su vida al día siguiente. El capellán le administró la unción de enfermos y posteriormente el doctor Admiraal le administró una inyección, después de manifestar nuevamente el deseo de poner fin a su vida. Primero se quedó dormida y a los pocos minutos murió. En ese momento se hallaba acompañada por su marido, dos de sus hijos, dos de sus hermanas y su párroco.

Diane, Rochester, Nueva York (Estados Unidos)³⁶

En 1990, Diane de 45 años fue diagnosticada de una leucemia especialmente grave. En ese momento ya llevaba ocho años como paciente del doctor Timothy Quill. Diane ya había sobrevivido a un cáncer vaginal y superado algunos problemas con el alcohol; ante esta nueva enfermedad, el único tratamiento posible era la quimioterapia, seguida de un trasplante de médula. Las probabilidades de sobrevivir y de recuperación total no llegaban al 25 por ciento.

Considerando las posibilidades y el sufrimiento (dolores óseos, debilidad, fatiga, etc.), Diane decidió no someterse a él. Poco después solicitó al doctor Quill que le prescribiese una cantidad suficiente de barbitúricos para poner fin a su vida, cuando la situación se volviese insoportable y no pudiese controlar su cuerpo. En un primer momento el doctor Quill fue reacio a tal petición, pero después de reflexionar sobre el asunto accedió a la solicitud formulada por Diane.

Diane vivió tres meses más con su marido e hijo, momento en el que decidió poner fin a su vida, porque la enfermedad había avanzado de forma considerable y ya no se encontraba nada bien.

Estos casos nos hablan de personas que han de afrontar la muerte porque su enfermedad no tiene solución, de personas que tienen que sufrir dolores indecibles a causa del estado en que se

³⁶ SINGER, Peter, *Ibidem*, pp. 140,141; NULAND, Sherwin B., *Op. cit.*, pp. 215, 216.

encuentran, de personas que tienen que estar sedadas para que su vida sea «soportable». Ante este estado de cosas, muchas de esas personas desean morir, desean acabar con su vida mientras aún conservan en parte sus facultades. En dichas circunstancias, ¿es aceptable practicar la eutanasia o por el contrario habrían de esperar la muerte con resignación? ¿Qué podemos decir nosotros ante dicha situación? Creo que una decisión, como la tomada por Carla y Diane es personal y, al mismo tiempo, estoy convencido de que una decisión así, solamente puede ser comprendida plenamente por aquellos que se encuentran en una situación similar. Pienso que hemos de ser respetuosos con cualquiera que toma una decisión de este tipo, independientemente de si estamos a favor o en contra. Lo que sí podemos hacer como cristianos es ser solidarios y apoyarlas en esas circunstancias tan dolorosas. Creo que las palabras de Hans Küng son muy acertadas cuando dice:

«Dedicar tiempo y paciencia a los enfermos terminales es quizá el último y mayor regalo que podemos ofrecerles: tiempo para escuchar su inseguridad, sus preocupaciones y miedos, para darles un poco de consuelo, también para recitar con ellos una oración. Hoy sabemos que un moribundo que ya no puede hablar puede oír muy bien, y cuánto calor humano y paz espiritual transmite el contacto corporal, aun cuando la persona ya no pueda moverse.»³⁷

Vincent Humbert, Normandía (Francia)³⁸

El 24 de septiembre de 2000, Vincent Humbert de 19 años tuvo un accidente de tráfico cuando un camión se le tiró encima. Su vida estuvo en peligro, pero al final se pudo salvar. Como consecuencia del accidente quedó tetraplético, casi ciego y mudo.

³⁷ KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Op. cit.*, p. 30.

³⁸ HUMBERT, Vincent, *Pido el derecho a morir*, Barcelona: RBA, 2004.

Después de nueve meses en coma recuperó el conocimiento y desde entonces conservó la lucidez en todo momento. Con la ayuda de su madre aprendió a comunicarse utilizando el pulgar de la mano derecha. Cuando se le recitaba el alfabeto el presionaba con el pulgar en el momento que se pronunciaba la letra correcta.

Desde el principio, Vincent fue consciente de su situación, reclamó el derecho a poner fin a su vida y cuestionó los esfuerzos de los médicos para evitar su muerte. Vincent se planteó la posibilidad de contratar a un asesino a sueldo, escribió una carta al presidente de la República Jacques Chirac y estudió la posibilidad de viajar a un tercer país donde la eutanasia fuera legal. En la carta dirigida a Jacques Chirac expresaba su deseo de morir con las siguientes palabras:

«La muerte es bella cuando es deseada.»

Finalmente, pidió a su madre que pusiera fin a su vida con las siguientes palabras: «Tú no me quieres, si me quisieras me ayudarías a morir.» Después de reflexionar, ésta accedió a la petición de su hijo y le suministró una sobredosis de barbitúricos con la intención de poner fin a su vida. Murió dos días más tarde, el 26 de septiembre de 2003, después de que Frédéric Chaussoy, jefe del servicio de reanimación del hospital de Berck, decidiera desconectar el aparato de respiración artificial y le suministrara una inyección letal a Vincent, tras evaluar el estado en que se encontraba. Desde el accidente habían transcurrido tres años.

Vincent para exculpar a su madre de lo que había hecho escribió las siguientes palabras:

«No la juzguéis; lo que habrá hecho por mí es la mayor prueba de amor del mundo [...] Pensad en todo lo que ha hecho por mí, en todo el amor que una madre debe tener en ella para amar tanto, y dejad que viva en paz la apariencia de vida que le queda por vivir.»

El caso de Vincent me hace preguntarme si es necesario llegar a una situación como la que se produjo; si en una sociedad como la nuestra es necesario llegar a tales extremos. Pero lo que me llama más la atención, es como la madre accedió a poner fin a la vida de su hijo y me pregunto: ¿en qué situación se ha de encontrar una madre para tomar una decisión así, con todo lo que implica? ¿Qué puede impulsar a una madre a poner fin a la vida de su hijo, aunque éste se lo pida, siendo lo más amado para ella? Pero existe una pregunta más incómoda: ¿cómo hemos de afrontar una situación así? Hemos de recordar que para Vincent la acción de su madre fue el mayor acto de amor.

Ramón Sampedro, Porto do Son, A Coruña (España)³⁹

En 1968, concretamente el 23 de agosto Ramón Sampedro de 25 años tuvo un accidente. Al lanzarse al mar desde un acantilado, impactó con la cabeza contra la arena del fondo marino, debido a que la marea había bajado. Como consecuencia del impacto se fracturó la séptima vértebra cervical; aunque salvó la vida quedó tetrapléjico. Desde ese momento su movilidad se vio limitada de forma permanente, haciendo necesario que lo vistieran, le diesen de comer, etc. A pesar del accidente conservó intactas sus capacidades mentales, y con el tiempo aprendió a escribir con la boca mediante un sistema de cañas a las que ataba el bolígrafo.

Ramón Sampedro era una persona muy activa, de joven se había embarcado con la finalidad de dar la vuelta al mundo. Pero con el paso del tiempo deseó poner fin a su vida y, por ello, comenzó su particular lucha ante los tribunales en la que solicitaba un dictamen para que se pudiese poner fin a su vida. Diferentes tribunales estudiaron su caso, pero todos ellos se pronunciaron en contra.

³⁹ SAMPEDRO, Ramón, *Cartas desde el infierno*, Barcelona: Planeta, 2004. La vida de Ramón Sampedro ha sido llevada al cine en la película española *Mar adentro*, dirigida por Alejandro Amenábar (2004), que recibió el Óscar a la mejor película de habla no inglesa en febrero de 2005. El papel de Ramón Sampedro es interpretado por Javier Bardem.

A pesar de que no consiguió ninguna resolución favorable, Ramón Sampedro no desistió de su deseo y finalmente el 12 de enero de 1998 consiguió poner fin a su vida con una combinación de cianuro con matarratas. Para poder realizarlo necesitó la ayuda de once de sus amigos. Para evitar que estos pudiesen ser procesados, gravó su propia muerte y cada uno de ellos se encargó de una cosa diferente, de tal forma que ninguno de ellos hizo nada que pudiese ser considerado un delito.

El plan ideado por Ramón fue el siguiente: después de repartir 11 llaves entre sus amigos, uno compró el cianuro, otro lo analizó, otro calculó la proporción de la mezcla, otro lo trasladó de lugar, otro lo recogió, otro preparó el brebaje, otro lo introdujo en un vaso, otro colocó la paja para que Ramón pudiera bebérselo, otro lo puso a su alcance, otro recogió la carta de despedida y finalmente otro se encargó de grabar en video su muerte.⁴⁰

Al utilizar cianuro con matarratas su muerte no fue dulce, sino dolorosa. Pero Ramón utilizó este método porque los productos se podían adquirir en cualquier droguería de la zona y así evitaba implicar a nadie.

Desde el accidente hasta el día de su muerte habían transcurrido casi 30 años, 25 de los cuales los pasó reclamando el derecho a morir.

Por otro lado, durante todos los años que pasó postrado en la cama, Ramón Sampedro tuvo ocasión de reflexionar sobre la muerte, la vida y evidentemente la eutanasia. Sus pensamientos e ideas aún hoy, siguen invitándonos a reflexionar y cuestionar tal vez nuestra forma de ver las cosas, cuando escribió:

⁴⁰ En enero de 2005 Ramona Maneiro, amiga de Ramón Sampedro, reconoció en un programa de televisión haberle preparado y dado a beber el vaso con cianuro y haber filmado también su muerte en video. Se abrió entonces una causa en su contra, sobreesida en marzo del mismo año por considerarse extinguida su responsabilidad penal en el delito que se le imputaba de cooperación al suicidio, penado por la legislación española.

«La eutanasia no es, precisamente, estar desesperado, triste o necesitado de cariño. Es buscar la sensatez en la razón humana.»⁴¹

«Para tolerar la eutanasia, o el derecho a morir por dignidad, se necesita amar de verdad a las personas y a la vida, y tener un profundo sentido de la bondad.»⁴²

«Lo sagrado no es la vida de ese ser humano, sino que lo sagrado es el derecho del ser humano a vivir o morir de acuerdo con sus principios, o conceptos éticos y morales de la dignidad y libertad.»⁴³

Además, Ramón compuso un buen número de poesías, que nos hacen reflexionar sobre el sentido de la vida. Pero de todas ellas la que lleva por título «¿Por qué morir?», es la que quizás refleja mejor cómo Ramón veía la muerte.

«¿Por qué morir?

Porque el sueño se ha vuelto pesadilla.

[...]

Morir es jugarnos a una sola carta toda nuestra vida.

Es apostar todo al deseo de encontrar un lucero que nos alumbre un nuevo camino.

[...]

¿Por qué morir?

Porque todo viaje tiene su hora de partida.

Y todo el que va de viaje tiene el privilegio, y el derecho de escoger el mejor día de salida.

¿Por qué morir?

Porque a veces el viaje sin retorno es el mejor camino que la razón nos puede enseñar, por amor y respeto a la vida.

Para que la vida tenga una muerte digna.»⁴⁴

⁴¹ SAMPEDRO, Ramón, *Op. cit.*, p. 54.

⁴² *Ibidem*, p. 87.

⁴³ *Ibidem*, p. 96.

⁴⁴ *Ibidem*, pp. 88, 89.

De todos los casos mencionados éste puede ser el que nos incomode más. Nos habla de una persona que conservando todas sus facultades mentales, desea morir porque su condición física limita su autonomía. En este caso la muerte no era inminente, las facultades mentales no se encontraban perturbadas o disminuidas, no había dolor o sufrimiento físico, aunque es más probable que su condición física le hiciese sufrir a nivel psíquico. Ante tal situación nos hemos de preguntar: ¿qué sentimientos han de converger en una persona para que prefiera la muerte a la vida? ¿Qué hace que personas que se encuentran en circunstancias similares deseen vivir? ¿Qué impulsa a unos a la vida y a otros a la muerte? ¿Tal vez la esperanza que les proporciona una fe? ¿Tal vez la familia o los amigos? ¿Tal vez el tener un objetivo en la vida? La verdad es que no lo sé, lo único que sé es que como cristianos hemos de estar al lado de los que sufren, manifestando el amor de Cristo.

Los casos tratados hasta el momento hacen referencia a personas adultas, pero por desgracia cada vez se dan más situaciones médicas en menores que plantean una posible eutanasia.

La eutanasia infantil⁴⁵ y en recién nacidos se ha de abordar desde una perspectiva diferente. En estos casos se trata de personas que no pueden valerse por sí mismas, de personas que no siempre pueden expresar su voluntad y además cualquier caso de este tipo nos afecta de una forma especial. Por otro lado, hay que decir que los avances en medicina de los últimos años, nos han colocado ante unos dilemas que en el pasado no se habrían producido. Hemos de ser conscientes que, por ejemplo, en el caso de ciertos recién nacidos, éstos hubieran muerto al poco tiempo

⁴⁵ El 28 de agosto de 2004, la justicia neerlandesa autorizó la práctica de la eutanasia infantil al Hospital Universitario de Groningen después de la firma de un estricto protocolo. Éste fue elaborado durante un año y describe de forma detallada los pasos a seguir para la interrupción de la vida. El protocolo establece que para la práctica de la eutanasia se requiere la solicitud reiterada de los padres y, además, el médico ha de certificar que el paciente está desahuciado y que su sufrimiento es insoportable. Esta opinión ha de ser corroborada por un segundo médico independiente.

de nacer unos años atrás, cosa que actualmente no sucede. Esta nueva realidad genera todo un conjunto nuevas de situaciones de difícil resolución. En unas declaraciones a la BBC, la doctora Sarah Jarvis decía hablando en relación al caso de Charlotte Wyatt:

«El problema es que la medicina está avanzando tanto que estamos en un punto que conseguimos mantener con vida bebés prematuros, cuando el cincuenta por ciento sufrirán profundas dificultades neurológicas.»⁴⁶

Charlotte Wyatt, Portsmouth (Reino Unido)

Charlotte Wyatt vino al mundo después de 26 semanas de gestación. En el momento del nacimiento pesaba medio kilo y presentaba gravísimas malformaciones cerebrales, pulmonares y cardíacas. Desde el nacimiento ha estado ingresada de forma permanente en el hospital, donde la recibida constantemente oxígeno y alimentación a través de una sonda. En tres ocasiones ha estado clínicamente muerta, razón por la cual ha tenido que ser reanimada.

Los médicos después de observar que no existía ninguna posibilidad de recuperación, solicitaron a los tribunales autorización para dejar morir a Charlotte en el caso de que se produzca una nueva complicación. El 7 de octubre de 2004, el juez del Tribunal Superior de Londres Mark Hedley accedió a la petición de los médicos a pesar de la oposición de los padres. En ese momento, Charlotte pesaba 5,6 kilos y medía 53 centímetros después de once meses de vida.

El de Charlotte no es un caso aislado, sino uno de los muchos que se pueden dar en los próximos años como consecuencia de los avances en medicina. Esta nueva realidad nos coloca ante nuevos dilemas que exigen algún tipo de respuesta a ciertas preguntas: ¿dónde está el límite en cuanto al tratamiento que se ha

⁴⁶ JARVIS, Sarah, citada en «La justicia inglesa autoriza que se deje morir un bebé desahuciado», *El Periódico*, 8 octubre 2004.

de proporcionar a un enfermo, si es que existe? ¿Es aceptable no prolongar la vida de un bebé que se encuentra en una situación como la mencionada anteriormente? ¿Quién tiene que decidir? Nuevamente la realidad nos supera y nos enfrenta con situaciones para las cuales no estamos preparados.

Las historias tratadas anteriormente, son representativas de las diferentes situaciones en las que se puede plantear la eutanasia.⁴⁷ Ojalá que nunca nadie se encontrase ante una situación semejante, pero desgraciadamente éstas se dan más a menudo de lo que pensamos, lo que exige de nosotros una profunda reflexión.

Independientemente de los problemas que se puedan plantear a lo largo de la vida, todos deseamos vivir, pero al mismo tiempo deseamos morir en paz y, a ser posible, con aquellos que amamos. Deseamos que cuando llegue nuestra hora, lo haga a ser posible sin que seamos conscientes, sin que tengamos que sufrir, que nos llegue de forma sigilosa. Por todo ello hemos de manifestar el máximo respeto por aquéllos que se encuentran ante situaciones como las que planteábamos más arriba.

⁴⁷ La bibliografía está llena de casos como los planteados anteriormente. Entre ellos quiero destacar el caso de Diane Pretty, que padecía la fase terminal de la enfermedad de la neurona motora. Ella reclamó ante la justicia el derecho a poner fin a su vida, aunque su petición no fue aceptada. El documental *Ayúdame a morir*, realizado por la BBC, habla acerca de su lucha e incluye la opinión de aquéllos que están en contra la eutanasia.

CAPÍTULO 8

LA EUTANASIA EN EL MUNDO

A principios del siglo xx, era impensable que ningún país se plantease la posibilidad de legalizar la eutanasia en cualesquiera de sus formas. Las condiciones de vida desde entonces han cambiado tanto que cada vez hay más personas que desean que la eutanasia sea legalizada en determinadas circunstancias. Ese deseo, ha hecho que algunos países se hayan decidido a dar el paso y hayan legalizado la eutanasia en alguna de sus formas. Es posible que en el futuro el número de países que procedan a legalizar la eutanasia y/o el suicidio asistido vaya en aumento. Pero eso no hará que la discusión entorno a la eutanasia disminuya.

En la actualidad, la eutanasia está legalizada únicamente en Países Bajos y Bélgica; en el Territorio del Norte (Australia) fue legal durante un breve periodo de tiempo. Por otro lado, el suicidio asistido está legalizado en Oregón (Estados Unidos), y es aceptado en Suiza y Estonia. En el resto de los países del mundo la eutanasia es ilegal, aunque la situación varía mucho de un país a otro. El hecho de ser ilegal no quiere decir que no se practique, todo depende del médico. La frontera entre los cuidados paliativos y la eutanasia a veces es difícil de establecer.

Países Bajos

Países Bajos se convirtió el 28 de noviembre de 2000, en el primer país del mundo en legalizar la práctica de la eutanasia. La ley que lleva por nombre *Prueba de Petición de Terminación de la Vida y Ayuda al Suicidio* fue aprobada por el parlamento por 104 votos a favor y 40 en contra. La ley fue aprobada posteriormente por el senado y un año más tarde entró en vigor, concretamente el 1 de abril de 2002.

De hecho, la práctica de la eutanasia ya era «tolerada» en determinadas situaciones por una ley aprobada el 30 de noviembre

de 1993. Posteriormente, para controlar de forma más exhaustiva la práctica de la eutanasia, el parlamento aprobó una nueva resolución el 14 de abril de 1994 por la que los médicos que habían administrado la eutanasia debían rellenar un cuestionario con el fin de controlar *a posteriori* su intervención.

La decisión de legalizar la eutanasia supone que el parlamento ha admitido que ésta es una opción válida en determinadas circunstancias y, al mismo tiempo, viene a regular una práctica muy extendida y con un amplio apoyo social. Según todos los datos disponibles el 85 por ciento de la población está a favor de la eutanasia. Además, más de la mitad de los médicos declara haberla practicado y sólo el 12 por ciento se manifiesta en contra de practicarla. Entre estos últimos sólo un tercio (4 por ciento del total) no quiere tener nada a ver con el tema; el resto está dispuesto a dirigir a un paciente que lo solicite a otro compañero.

La ley regula de forma muy estricta en qué circunstancias es posible la eutanasia y qué requisitos se han de cumplimentar. Para llevarse a cabo se han de cumplir los siguientes requisitos:

1. El paciente lo ha de solicitar de manera voluntaria y tras una reflexión. Éste se ha de encontrar en pleno uso de sus facultades mentales.
2. El paciente ha de padecer una enfermedad grave o incurable, para que la solicitud sea considerada. Éste ha de sufrir de manera insoportable o que no tenga perspectiva de vida.
3. El médico habrá de informar al paciente de la situación en que se encuentra y consultar con otro médico.
4. Cada caso deberá comunicarse a una comisión regional que verificará que se han cumplido los requisitos.

La ley contempla que los menores de 16 y 17 años podrán decidir por ellos mismos, aunque se considerará la opinión de los padres. En el caso de menores de 12-16 años necesitarán la aprobación de los padres o tutores. Además, la ley prevé una condena de 12 años para aquéllos que la practiquen sin control.

Habitualmente, la persona que solicita la eutanasia lo hace a un médico que conoce desde hace mucho tiempo. Un hecho interesante es que la gran mayoría de las peticiones son rechazadas por los médicos porque no cumplen los criterios requeridos.

La eutanasia se administra con mucha frecuencia en el domicilio del paciente. El método usual es que el médico induzca el sueño con barbitúricos y después inyecte un paralizante muscular para causar el cese de la respiración.

Según todos los datos disponibles, el número de personas que mueren por eutanasia representa el 2,59 por ciento de todas las muertes⁴⁸. Pese a la legalización, el número de casos comunicados ha disminuido en los últimos años, pasando de 2.123 eutanasias practicadas en el año 2000, a 1.815 en el año 2003. De éstos, en ocho casos el médico no actuó correctamente según la comisión de seguimiento. Por otro lado, es necesario señalar que el número de eutanasias practicadas puede ser el doble, ya que hay médicos que no las comunican. Esta situación irregular está siendo investigada por las autoridades.

Bélgica

Bélgica, siguiendo el ejemplo de Países Bajos, se ha convertido en el segundo país del mundo en legalizar la eutanasia. El 15 de mayo de 2002, el parlamento aprobó una ley que regula la eutanasia y otra ley sobre cuidados paliativos. El resultado de la votación fue de 86 votos a favor, 51 en contra y 10 abstenciones.

Según una encuesta el 72 por ciento de los belgas está a favor de la eutanasia, aunque se trata de un país de mayoría católica.

Para llevarse a cabo es necesario que se cumplan una serie de requisitos:

1. El paciente ha de estar en pleno uso de sus facultades mentales y no haber recibido ningún tipo de presión.

⁴⁸ «Una muerte digna», *El Periódico*, 6 septiembre 2004, p. 3.

2. No ha de existir ninguna otra solución para paliar el sufrimiento.
3. Un segundo médico, ajeno al caso, ha de verificar que se cumplen las condiciones. En caso de no tratarse de un enfermo terminal un tercer médico debe autorizarla.
4. Ha de transcurrir un mes entre la solicitud y el momento de llevarla a cabo.
5. Cuatro días después de realizarla, ha de ser examinada por un comité de expertos para verificar que se halla cumplido la ley.

Territorio del Norte (Australia)

En 1995 la asamblea del Territorio del Norte (Australia) se convirtió en la primera del mundo en legalizar la eutanasia activa. En 1997, sin embargo, dicha ley fue revocada por el parlamento federal.

Estados Unidos

En Estados Unidos la eutanasia no está legalizada en ninguna de sus formas; la única excepción es el estado de Oregón, que permite el suicidio asistido.

La oposición a la eutanasia en algunos sectores de la población es total, aunque se trate de una eutanasia pasiva. En este sentido, destaca el caso de Terri Schiavo,⁴⁹ quien no pudo ser desconectada de la sonda que la mantenía con vida, porque Jeb Bush, gobernador de Florida y hermano del actual presidente de Estados Unidos, George Bush, promulgó el 21 de octubre de 2003, una ley

⁴⁹ Terri Schiavo se encontraba en estado vegetativo desde 1990 cuando sufrió una parada cardíaca que le paralizó una gran parte de la actividad cerebral. El marido a partir de 1997 siendo consciente de que no había posible recuperación, solicitó a los tribunales una resolución para desconectar a su esposa. Los padres de Terri se opusieron ante la esperanza de que se curase, aunque los médicos habían dicho que no era posible. Los tribunales le dieron al marido la razón. Finalmente, Terri fue desconectada, falleciendo el 31 de marzo de 2005, después de 14 días de serle retirada la sonda alimenticia. Tenía 41 años y había permanecido 15 años en coma. La autopsia mostró que padecía de un tumor cerebral que le había dejado sin vista, además de otras secuelas irreversibles.

con la finalidad de prohibir dicha opción. Posteriormente, el 23 de septiembre de 2004, el Tribunal Supremo de Florida por unanimidad declaró que la denominada ley Terri, supone una violación de la separación de poderes y viola los derechos del paciente. Esta resolución abrió la posibilidad de que Terri fuera desconectada, lo que ocurrió finalmente.

Por otro lado, es necesario destacar el caso del doctor Jack Kevorkian, quien ayudó a morir a más de 130 enfermos terminales en Detroit, a pesar de que dicha práctica era ilegal. Kevorkian fue procesado tras difundirse, por la cadena CBS en 1998, un video de un suicidio asistido de un enfermo de esclerosis lateral amiotrófica. El doctor Kevorkian reconoció haber ayudado a morir a más de 130 enfermos terminales y, por ello, el 26 de marzo de 1999 fue condenado a entre 10 y 25 años de prisión por el estado de Michigan.

Algunos se refieren al doctor Kevorkian como *“Doctor Muerte”*. Para estas personas, el doctor Kevorkian es un ejemplo perfecto del ángel de la muerte, del médico que en lugar de salvar vidas se dedica a quitarlas. En cambio, otros piensan que es un ejemplo de compasión, y aquéllos a los que ayudó a morir, seguramente le están agradecidos por poner fin a sus vidas.

La situación en Estados Unidos es un ejemplo de la fuerte polémica que existe en relación a la eutanasia.

Oregón (Estados Unidos)

El 8 de noviembre de 1994 el estado de Oregón (Estados Unidos) aprobó en referéndum, por una mayoría del 54 por ciento, que los médicos pudieran suministrar en determinadas circunstancias a aquellos pacientes incurables que lo deseen drogas con la finalidad de acortar su vida. Para que esto sea posible se han de cumplir los siguientes prerequisites:

1. El paciente ha de haber solicitado esos medicamentos como mínimo tres veces en los últimos 15 días, una de ellas por escrito y en presencia de dos testigos.

2. Al paciente le han de quedar menos de 6 meses de vida. Esta situación ha de ser corroborada por otros dos médicos.
3. El paciente ha de conservar sus facultades mentales. En caso de depresión no se le pueden prescribir dichos medicamentos.

Las personas que han optado por esta posibilidad tenían una edad media de 70 años y padecían cáncer o una dolencia degenerativa del sistema nervioso.

Suiza

La eutanasia está penalizada, pero el código penal diferencia entre eutanasia activa y eutanasia pasiva. Aunque la ayuda al suicidio no está legalizada, ésta es aceptada en el caso de que los motivos sean altruistas. De hecho, ayudar a morir a un enfermo terminal que sufre dolores insoportables es considerado un acto humanitario. El suicidio asistido en cualquier otra situación es un delito.

La organización Dignitas ha facilitado durante los últimos cinco años el suicidio asistido a 304 enfermos terminales o con dolores insoportables en su clínica de Zúrich. De estos, dos tercios eran extranjeros que se aprovechan de las posibilidades que ofrece la legislación suiza. Cada vez más enfermos terminales viajan a Suiza para poner fin a sus vidas.

Dignitas es una organización sin ánimo de lucro. Actualmente, tiene más de 4.000 socios de 52 países. Hacerse socio cuesta 76 euros, más una cuota anual de 38 euros.

Para recibir su ayuda es necesario presentar un certificado médico donde conste que se padece una enfermedad terminal que causa dolores insoportables. Una vez verificado este informe y confirmado el deseo de la persona de acabar con su vida, la organización busca un médico que se encarga de recetar los medicamentos necesarios para causar la muerte. Cuando el enfermo lo considera oportuno, ingiere un antiemético con la finalidad de evitar vomitar la dosis letal de pentobarbital de sodio (un tipo

de barbitúrico) disuelto en agua, que tomará 20 minutos más tarde. El enfermo primero se queda dormido y poco después muere.

Por otro lado, la Asociación Exit ha ayudado a morir a 748 personas entre los años 1990 y 2000, según un estudio realizado por la Universidad de Zúrich.

Francia

En Francia el caso de Vincent Humbert reabrió el debate en torno a la eutanasia y, como consecuencia de ello, se formó una comisión especial con la finalidad de estudiar las opciones posibles. Después de casi un año de trabajos, el 30 de noviembre de 2004 la Asamblea Nacional aprobó casi por unanimidad (548 votos a favor y 3 abstenciones) una serie de normas que tienen como objetivo regular la «muerte digna». La normativa pretende regular una realidad: la desconexión cada año de 150.000 enfermos terminales de las máquinas que los mantenían con «vida» sin ningún tipo de regularización.

La ley garantiza que los enfermos en fase terminal y las personas sin esperanza de curación puedan renunciar voluntariamente a las terapias denominadas activas, manteniendo únicamente los cuidados paliativos para permitir una muerte digna y sin sufrimiento. De todas formas, el médico habrá de informar al paciente de las consecuencias de tal decisión y a la vez registrar en el expediente tal decisión.

Por otro lado, la ley establece que en casos de inconsciencia la misma decisión puede ser tomada por el médico. Sin embargo, ésta ha de ser tomada de forma colegial, y después de haber consultado con las personas más allegadas del enfermo.

Además, la ley reconoce también la noción de testamento vital, pero sólo a nivel indicativo.

El nuevo marco legal adoptado por Francia, representa un camino intermedio entre aquéllos que se manifiestan a favor de la eutanasia y aquéllos que están en contra. Sin legalizar ni la eutanasia ni el suicidio asistido, la nueva ley reconoce el derecho a la libre elección por parte de la persona.

España

En España la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales. El artículo 143 del *Código Penal* prevé:

- a) penas de 4 a 8 años en caso de inducción al suicidio (art.º 143.1);
- b) penas de 2 a 5 años en caso de cooperación necesaria al suicidio de otro (art.º 143.2);
- c) penas de 6 a 10 años la prestación de ayuda en el caso de «que llegara hasta el punto de ejecutar la muerte» (art.º 143.3);
- d) una reducción de las penas en el caso de enfermos terminales que sufran dolores graves y permanentes, y que además lo hayan solicitado expresamente. Las penas serían reducidas en un grado o dos a las contempladas en los artículos 2 y 3. La cooperación implicaría la privación de libertad entre 6 meses y 2 años, mientras que la ejecución activa de la muerte sería sancionada con una pena de entre 18 meses y 6 años de prisión.

El hecho de ser ilegal no quiere decir que no se practique, tan sólo se hace de forma clandestina. Cada año más de 200 enfermos terminales solicitan la eutanasia. En este sentido, el 65 por ciento de los médicos y el 85 por ciento de las enfermeras reconocen haber recibido alguna vez alguna petición.

Según la última encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas⁵⁰ (CIS), el 60 por ciento de los médicos están a favor de un cambio en la ley «para permitir a los enfermos pedir y recibir el suicidio asistido por un médico y/o la eutanasia activa». Aun así, sólo el 6 por ciento estaría dispuesto a suministrar al paciente «lo que éste le pida», aunque sufra «dolor intenso, ansiedad, depresión o abandono». En relación al tratamiento del dolor, éste es aceptado de manera generalizada, aunque conlleve como efecto secundario la muerte.

⁵⁰ *Los médicos españoles ante la eutanasia* (véase Anexo C)

El gobierno actual se plantea la posibilidad de legalizarlo cuando exista un amplio consenso social.

En cuanto al testamento vital, éste es aceptado como manifestación de la voluntad del individuo, reconociéndole el derecho a rechazar ciertos tratamientos cuando tienen la finalidad de prolongar la vida. En éste no se contempla la eutanasia activa, ya que es ilegal.

CAPÍTULO 9

LAS RELIGIONES ANTE LA EUTANASIA

En general la eutanasia no es bien vista por ninguna de las grandes religiones del mundo.

El judaísmo es contrario a la eutanasia activa, equiparándola al asesinato. El gran rabino argentino Isaac Sacca, dice:

«Cuando vemos que una persona está enferma, está sufriendo y pide que le quitemos la vida, no podemos hacerlo. La eutanasia activa está prohibida dentro del judaísmo, se la considera un asesinato. La eutanasia pasiva es abstención de tratamientos al paciente, para que deje de existir por causas naturales. Hay una prohibición de alargar la vida por medios médicos a aquellas personas que inevitablemente van a morir y pasan por un gran sufrimiento. No podemos prolongarle el dolor. Tenemos prohibido por un lado acortarle la vida en forma activa y por el otro producir dolor innecesario.»⁵¹

Dentro del cristianismo existe en principio una oposición a la práctica de la eutanasia activa, aunque las posiciones no son uniformes. De hecho la postura más rígida es la de la Iglesia Católica.

La Iglesia Católica condena de forma taxativa la práctica de la eutanasia. En este sentido, el 5 de mayo de 1980 la Congregación para la Doctrina de la Fe publicó un documento que llevaba por título *Declaración sobre la eutanasia*. En dicha declaración se introduce un nuevo término para referirse a los cuidados de los enfermos terminales: proporcionados/desproporcionados. Con ello la iglesia se manifiesta a favor de la eutanasia pasiva, aunque no es fácil evaluar en qué condiciones se pueden considerar los cuidados como «desproporcionados».

⁵¹ SACCA, Isaac, citado en SAVATER, Fernando, *Los diez mandamientos en el siglo XXI*, Barcelona: Debate, 2004, p. 103.

El 15 de abril de 1986 la Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe publicó una *Nota sobre la eutanasia*, en la que ratificaba la condena de la eutanasia. Posteriormente, la condena fue ratificada por el *Catecismo de la Iglesia Católica* con las siguientes palabras:

«La eutanasia voluntaria, cualesquiera que sean sus formas y sus motivos, constituye un homicidio. Es gravemente contraria a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador.»⁵²

También afirma que «aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos.»⁵³

Por último, la encíclica *Evangelium Vitae* proclamada el 25 de marzo de 1995, confirma la postura anterior, Juan Pablo II afirma:

«La eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana.»⁵⁴

Aunque, la postura oficial de la Iglesia Católica es contraria a la eutanasia, numerosos católicos se muestran favorables a ésta en determinadas circunstancias, entre ellos el teólogo suizo Hans Küng.

Dentro del protestantismo hay una actitud más tolerante, lo que no quiere decir que se posicione a favor; únicamente existe una posición más comprensiva. Por ejemplo:

- La Iglesia Reformada Holandesa, en su publicación *Eutanasia y Pastoral*, no se opone a la terminación voluntaria de la vida cuando la enfermedad la hace intolerable. Considerando lo de-

⁵² *Catecismo de la Iglesia Católica*, Madrid: Asociación de Editores del Catecismo, 1992, p. 510.

⁵³ *Ibidem*, p. 501.

⁵⁴ JUAN PABLO II citado en GAFO, Javier, *Bioética teológica*, Bilbao: Universidad Pontificia de Comillas-Desclée de Brouwer, 2003, p. 272.

licado del tema, el documento introduce un nuevo término *zelf-doding* que puede traducirse como «darse muerte voluntariamente uno mismo», al utilizar este nuevo término se pretende diferenciar la eutanasia del suicidio normal o *zelfmoord*.

- La Iglesia Adventista del Séptimo Día, en su declaración sobre el cuidado a los moribundos⁵⁵ de 1992, se manifiesta a favor de la eutanasia pasiva, especificando que la decisión ha de ser tomada por el afectado o por quien éste indique en caso de pérdida de sus facultades; si no existe, la decisión debería estar en manos de la familia. En cuanto a la eutanasia activa la posición de la Iglesia es contraria porque considera que se opone a los principios establecidos por la Biblia (Génesis 9:5,6; Éxodo 20:13, 23:7).
- La Iglesia de Inglaterra ha mantenido tradicionalmente una posición contraria a la eutanasia activa. Pero a la luz de las circunstancias en las que se encuentran ciertos enfermos terminales, ésta podría reconsiderar su posición tradicional. En este sentido, Robin Gill, consejero del arzobispo de Canterbury y responsable de explicar la posición de la Iglesia Anglicana ante una comisión del Parlamento británico, ha declarado recientemente que existen argumentos a favor de la eutanasia voluntaria en determinadas situaciones.

A parte de las mencionadas anteriormente, la Iglesia Luterana y la Iglesia Episcopal tienen declaraciones en las cuales se posicionan en contra de la eutanasia. La Iglesia Metodista y la Iglesia Unida de Cristo, en cambio, se muestran favorables a la eutanasia en determinadas condiciones.

La oposición a la eutanasia es una cuestión muy importante en la agenda de los católicos y evangélicos protestantes estadounidenses. En una declaración conjunta, que lleva por título *Católicos y evangélicos unidos: La misión cristiana en el tercer milenio*, éstos se comprometen en el punto número 38 a realizar todo lo posible para impedir la aprobación de cualquier proyecto de ley que

⁵⁵ Véase Anexo A.

tenga por finalidad regular la práctica de la eutanasia. En esta declaración se equipara la eutanasia con la eugenesia y el control de la población con las siguientes palabras:

«Haremos todo lo que esté en nuestro poder para resistir propuestas para la eutanasia, la eugenesia y el control de la población que explotan a los vulnerables, corrompen la integridad de la medicina, depravan nuestra cultura y traicionan las verdades morales de nuestro orden constitucional.»⁵⁶

El islamismo es contrario a la eutanasia. El rechazo de la eutanasia es tal que considera reprobable hasta la desconexión de los aparatos que mantienen con vida a un enfermo, aunque se encuentre en estado terminal.

⁵⁶ Citado en GOLDSTEIN, Clifford, *¿Una nación bajo la autoridad de Dios?*, Buenos Aires: ACES, 2003, pp. 181, 182.

CAPÍTULO 10

CONDICIONES PARA LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA

La eutanasia, para aquéllos que la consideran como una opción válida, queda restringida a determinadas circunstancias y condiciones. Teniendo presente las opiniones de Javier Sádaba⁵⁷ y Harry M. Kuitert⁵⁸ según mi opinión para la práctica responsable de la eutanasia se habrían de dar cuatro condiciones:

- 1. Voluntad libre del paciente para que se le aplique:** La decisión sólo puede ser tomada por el enfermo. Ésta ha de ser meditada y no fruto de una decisión circunstancial. La única excepción sería el caso de un enfermo terminal que hubiese perdido la capacidad de tomar decisiones razonadas por sí mismo y que además no pudiese recuperarlas. En dicha situación, los únicos válidos para tomar dicha decisión serían los familiares.
- 2. Enfermedad irreversible:** La persona que solicita la eutanasia ha de padecer una enfermedad para la cual no exista ninguna posibilidad de curación.
- 3. Situación insoportable y dolorosa debido a la enfermedad:** El enfermo ha de padecer un sufrimiento tal que justifique la solicitud.
- 4. Consentimiento por parte del médico:** La decisión sobre la eutanasia está reservada al médico. Éste habrá de consultar como mínimo con otro compañero para ratificar el diagnóstico. En el caso de que se practique la eutanasia el médico habrá de redactar un informe.

⁵⁷ SÁDABA, Javier, *Principios de bioética laica*, Barcelona: Gedisa, 2004, p. 98.

⁵⁸ KUITERT, Harry M., citado en KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Op. cit.*, pp. 48,49.

Solamente en el caso de que se cumplan estas condiciones la eutanasia sería posible. Cualquier situación o circunstancia en la cual no se cumpla una de estas condiciones no puede ser considerada como un caso de eutanasia.

Estas condiciones tienen como finalidad regular la práctica de la eutanasia y evitar cualquier acción indiscriminada. Aquéllos que se posicionan a favor de la eutanasia activa, desean que ésta este regulada de forma estricta y que no se ponga fin a la vida de nadie de forma indiscriminada.

CAPÍTULO 11

CONCLUSIONES

Para finalizar, a modo de reflexión final, nos podemos preguntar: ¿es lícito desconectar a un enfermo terminal cuando sabemos que esto le va a causar la muerte? ¿Es aceptable proporcionar un fármaco para aliviar el dolor cuando sabemos que esto le va a causar la muerte, aunque esa no sea la finalidad? ¿Tiene sentido acelerar la muerte de un enfermo incurable? ¿Dónde está la frontera, el límite de lo que es ético o no? ¿Quién tiene que decidir? Pienso que todos somos conscientes de que existen diversas respuestas a estas preguntas; todas ellas son respetables, ya que las cuestiones planteadas no tienen una fácil respuesta. Tanto aquellos que se posicionan a favor de la eutanasia, como quienes se oponen a ella, esgrimen unos argumentos que pueden considerarse más o menos válidos según sea el punto de vista con que se miren.

Por todo ello, creo que es muy difícil decir «sí» o «no» a la eutanasia. Tal vez, de entrada, nos resulte fácil manifestarnos en contra de la eutanasia activa, ya que la interrupción voluntaria de la vida nos resulta algo difícil de entender. En el fondo todos consideramos que la vida es un don maravilloso e independientemente de los problemas que tengamos deseamos vivir. Pero, para ser sinceros con nosotros mismos, hemos de reconocer que probablemente tendríamos que encontrarnos en una situación límite para saber como actuaríamos, para saber si optaríamos por la eutanasia en caso de que ésta fuera posible. Por lo tanto, hemos de tener cautela y evitar ser dogmáticos en nuestra propia opinión.

Creo que considerando la complejidad del tema deberían tenerse presentes en todo momento los aspectos siguientes:

1. No se pueden generalizar todas las situaciones, cada caso es particular y, por ello, se ha de evaluar cada situación a la luz de las circunstancias.

2. Es necesario respetar la libertad individual de elección en todo caso. Pienso que se trata de un tema de conciencia y cada persona ha de ser libre de tomar sus propias decisiones.
3. Asociado con el anterior, nadie debe juzgar las decisiones de otros, porque las razones que impulsan a una persona a tomar una decisión son complicadas y, muchas veces, pueden estar más allá de nuestra comprensión.
4. El mantenimiento artificial de la vida es innecesario probablemente, aunque la decisión depende del enfermo o de la familia en determinadas circunstancias, y no hay nadie que pueda decidir por otro.
5. El Estado debería regular la eutanasia, teniendo presente la libre elección. Es importante recordar que regular una práctica no obliga a nadie a su uso, no quiere decir que estemos de acuerdo, únicamente quiere decir que estamos dispuestos a aceptar que otros piensen de forma diferente.
6. El Estado no puede en ningún caso decir y decidir cuándo se ha de aplicar la eutanasia. Ello implicaría otorgarle un control sobre la libertad de elección del ciudadano que no le corresponde.
7. Nadie puede decidir por otros. La decisión solamente la puede tomar el afectado y, en circunstancias excepcionales como incapacidad total, los familiares. Evidentemente, éstos habrían de ser asesorados por especialistas.
8. Las personas que optasen por la eutanasia en caso de que ésta fuese posible, deberían estar asesoradas en todo momento por profesionales (médicos, psicólogos, etc.).
9. La eutanasia tendría que ser siempre el último recurso. Sólo tendría que ser posible en el caso de que no existiesen otras alternativas.

De estos aspectos, los tres primeros son generales y creo que se pueden aplicar a cualquier situación que nos plantee un dilema ético o moral; el cuarto hace referencia a la eutanasia pasiva y el resto tiene que ver con la eutanasia activa.

En relación con la regularización de la eutanasia, me gustaría decir que tenemos el privilegio de vivir en un Estado que se declara laico y aconfesional. Creo que es un privilegio, porque eso nos permite como creyentes practicar nuestra fe en libertad. Esa libertad que disfrutamos, hemos de estar dispuestos a otorgarla a aquéllos que piensan de forma diferente. De la misma manera que deseamos la libertad para nosotros, hemos de entender que no podemos imponer nuestra ética a los demás. Eso no quiere decir que no podamos defender nuestras creencias, o que no manifestemos nuestra opinión. Además, creo que regular una práctica es mejor que no que se realice de forma clandestina sin ningún tipo de control. Por todo ello, considero que es necesario regular la eutanasia.

Como decía antes, regular una práctica no implica hacer uso de ella, implica aceptar que otros actúen de forma diferente. Recordemos que mi libertad finaliza donde comienza la del otro. Además, creo que nadie puede ni debe ser conciencia del otro.

En cuanto a la práctica de la eutanasia, ésta se habría de restringir lo máximo posible en el caso de que fuese legalizada, se habría de hacer todo lo posible para que el enfermo no sintiera la necesidad de acelerar su muerte. Por todo ello, es necesario considerar las diferentes fases o etapas por las cuales pasa un enfermo terminal. Según los estudios realizados por la doctora Kübler-Ross⁵⁹ estas serían:

- 1. Fase de negación:** El enfermo durante un tiempo se niega a aceptar que está enfermo.
- 2. Fase de cólera, ira o enfado:** En esta fase el enfermo se enfada y culpabiliza a quien sea de la situación en la que se encuentra.
- 3. Fase de negociación, pacto o regateo:** Una vez ha asumido que está enfermo, intenta negociar con la divinidad la prolongación de su vida.

⁵⁹ KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Op. cit.*, p. 19. CRUZ, Antonio, *Op. cit.*, pp. 350, 351. GAFO, Javier, *Op. cit.*, p. 263.

4. Fase de depresión, desánimo o pena: Cuando asume que el fin es inevitable, pasa por una etapa de depresión, en la cual está angustiado ante el hecho de que va a morir.

5. Fase de aceptación, resignación y paz interior: Por último, el enfermo acepta la realidad de la muerte y ésto le confiere paz y tranquilidad. El ideal es que el enfermo llegue a ésta cuanto antes.

A parte de considerar en que fase se encuentra el enfermo, en relación a la aceptación de la enfermedad, es muy importante que en todo momento éste se sienta apoyado y amado por aquellos que lo rodean, que no tenga la sensación de que es una carga. Además, es imprescindible que se beneficie de todos los recursos que ofrece la medicina paliativa para aliviar el dolor. Cuando el enfermo se siente apoyado y aliviado del dolor en la mayoría de los casos no solicita la eutanasia.

Hay que mencionar que, en los últimos años, la sedación terminal o sedación en la agonía se ha ido configurando como una alternativa a la eutanasia, sin las implicaciones que ésta tiene. La sedación terminal tiene como finalidad evitar el sufrimiento de quien agoniza, aunque como consecuencia no deseada la muerte se produce más rápidamente. La que plantea un cierto dilema es la sedación paliativa, que es aquélla que se administra a pacientes que padecen una enfermedad avanzada o terminal, ya que según sea aplicada puede ser considerada como una eutanasia activa.

Después de todo lo dicho, creo que al hablar de la eutanasia, sería deseable que tuviéramos presente siempre dos premisas. La primera es que cualquier decisión atañe al individuo como ser moral, mientras que la segunda es que hemos de hacer todo lo que está en nuestras manos para que nadie desee poner fin a su vida. Entendiendo que esta última tan sólo es un ideal, ya que no siempre será posible.

Por último, espero y deseo que nadie se tenga que enfrentar ante el dilema de la eutanasia. Pero, si alguna vez nos hemos de enfrentar a una situación semejante, estoy seguro que el Señor

de la vida nos dará sabiduría para tomar la decisión más acertada. Ésta solamente depende de nosotros y de nadie más, como dice Hans Küng:

«Si Dios ha confiado la vida entera a la responsabilidad del ser humano, entonces esa responsabilidad ha de ejercerla también sobre la fase final de su vida.»⁶⁰

⁶⁰ KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Op. cit.*, p. 54.

ANEXO A

DECLARACIÓN DE LOS ADVENTISTAS SOBRE EL CUIDADO DE LOS MORIBUNDOS*

Para quienes somos guiados por la Biblia, la realidad de la muerte es aceptada como parte de la condición humana actual, afectada por el pecado. «Tiempo de nacer, y tiempo de morir» (Eclesiastés 3:12). Aunque la vida eterna es un regalo para los que aceptan la salvación por medio de Jesucristo, no entraremos en completa posesión de ese don hasta que obtengamos la inmortalidad en ocasión de la segunda venida de Cristo (Génesis 2:17; Romanos 5; Hebreos 9:27; Juan 3:36; Romanos 6:23; 1 Corintios 15:51-54). Mientras tanto, podemos ser llamados a atender a un paciente terminal o aun a enfrentar nuestra propia muerte.

Aunque el dolor y el sufrimiento afligen a cada ser humano, ese sufrimiento no tiene valor expiatorio o meritorio. No importa cuánto pueda ser el dolor de un enfermo, no puede expiar el pecado. Sólo el sufrimiento de Jesucristo es suficiente. La Biblia nos enseña a no desesperarnos ante las aflicciones; antes bien, a aprender obediencia, paciencia y perseverancia. La Biblia también da testimonio del poder vencedor de Jesucristo frente a la aflicción y nos enseña que administrar el sufrimiento humano es un importante deber cristiano.

Al hacerlo, miramos con anticipación hacia el día cuando Dios acabará para siempre con el sufrimiento (Hebreos 5:7, 8; Santiago 1:2-4; Romanos 5:3; Juan 16:33; Mateo 25:34-40; 9:35; Lucas 10:34-37; Apocalipsis 21:4).

En el pasado se podía hacer muy poco para alargar la vida. Pero los desarrollos que se han producido en la medicina moderna, con su poder para impedir la muerte o, al menos, postergarla artifi-

* Esta declaración de consenso fue aprobada y votada por la junta Directiva de la Asociación General en las sesiones del Concilio Anual, el 9 de octubre, de 1992, en Silver Spring, Maryland (Estados Unidos).

cialmente, han generado interrogantes morales y éticos y han hecho que sean más complejas las decisiones en la atención del paciente terminal. ¿Qué restricciones establece la fe cristiana al uso de tal poder? ¿Cuándo el objetivo de posponer la muerte debe dar lugar al objetivo de aliviar el dolor al final de la vida? ¿Quién puede tomar debidamente esas decisiones? ¿Qué límites, si es que los hay, debería tener la caridad cristiana al actuar con la intención de terminar el sufrimiento humano?

Es común oír hablar de la «eutanasia». Originalmente ese término significaba «buena muerte». Pero hoy tiene dos significados diferentes. A veces se habla de la «eutanasia activa» o «muerte misericordiosa», lo que equivale a la interrupción intencional de la vida del paciente para evitarle una muerte dolorosa, o para aliviar la carga de la familia. Otras veces se habla de «eutanasia pasiva», lo que equivale a detener o retirar los aparatos o las intervenciones médicas que prolongan artificialmente la vida humana, permitiendo de este modo que la persona muera naturalmente. A la vista de los adventistas se juzga impropio el proceso de prolongación artificial de la vida, por lo que la Iglesia cree que permitir a un paciente que muera por abstenerse de usar medios médicos, que sólo prolongan el sufrimiento y posponen el momento de la muerte, es moralmente diferente que la acción que tiene como directa y primera intención la de quitar la vida.

Nosotros deseamos afrontar los problemas éticos relacionados con el fin de la vida en una forma que demuestre nuestra fe en Dios como el Creador y Redentor de la vida; y en una forma que revele cómo la gracia de Dios nos capacita para realizar actos de amor al prójimo. Afirmamos que la creación de la vida humana es una maravillosa dádiva que debe ser protegida y sustentada (Génesis 1 y 2). También confirmamos la maravillosa dádiva de Dios que ofrece redención y que provee vida eterna a aquéllos que creen (Juan 3:15; 17:3). Aunque apoyamos el uso de los recursos médicos modernos para prolongar la vida, creemos que ese poder debe ser usado de manera compasiva, de manera que revele la gracia de Dios al minimizar el sufrimiento. No necesitamos asirnos ansiosamente al último vestigio de vida en esta tierra, por-

que los cristianos tenemos la promesa de vida eterna en la tierra renovada. Tampoco creemos que sea necesario aceptar u ofrecer aquellos tratamientos médicos que sólo prolongan el proceso de morir.

Los adventistas estamos comprometidos con el cuidado de la persona integral, es decir, con la atención física, emocional y espiritual del paciente terminal. Para este fin, resultarán útiles los siguientes principios bíblicos:

- 1) **Conocer la verdad.** Una persona que se acerca al fin de la vida, y que está consciente, merece conocer la verdad acerca de su condición, y las opciones de tratamientos y sus posibles resultados. No debe retenerse la verdad; es mejor compartirla con amor cristiano y con la sensibilidad adecuada a las circunstancias personales y culturales del paciente (Efesios 4:15).
- 2) **Libertad de elección.** Dios ha otorgado a los hombres la libertad de elegir y les pide que la usen responsablemente. Creemos que esta libertad incluye las decisiones acerca de la atención médica. Creemos que una persona que posee su capacidad de juicio, debe determinar —después de buscar la orientación divina, considerar los intereses de los que resulten afectados por su decisión (Romanos 14:7) y sopesar el consejo médico— si acepta o rechaza la intervención de técnicas médicas para prolongar la vida. No debe ser forzada a someterse a tratamientos médicos que encuentre inaceptables.
- 3) **En caso de incapacidad del paciente.** El plan de Dios es que la gente sea nutrida dentro de una familia y una comunidad de fe. Las decisiones acerca de la vida humana se toman mejor dentro del contexto de una relación familiar sana y después de considerar el consejo médico (Génesis 2:18; Marcos 10:6-9; Éxodo 20:12; Efesios 5 y 6). Cuando un paciente terminal es incapaz de dar consentimiento o expresar preferencias en relación a la intervención médica, dichas decisiones deben ser tomadas por alguien elegido por el pa-

ciente o, si no ha designado a nadie, por alguien muy próximo al paciente. Excepto en circunstancias extraordinarias, los profesionales médicos o legales deben dejar que las decisiones relativas a la atención médica de un paciente terminal sean tomadas por los seres más íntimos del paciente. Es preferible que los deseos del individuo estén por escrito, y deberían concordar con las exigencias legales existentes.

- 4) **El amor cristiano es práctico y responsable (Romanos 11:8-10; 1 Corintios 13; Santiago 1:27; 2:14-17).** Ese amor no niega la fe, ni nos obliga a ofrecer ni a aceptar intervenciones médicas que sean cargas que excedan los probables beneficios. Por ejemplo, cuando el tratamiento únicamente preserva las funciones del cuerpo, sin esperanza de que el paciente recupere el nivel de conciencia mental, es fútil y puede, en buena conciencia, ser retenido o retirado. Es decir, los tratamientos médicos tendientes a prolongar la vida pueden ser omitidos o detenidos si es que solamente añaden sufrimiento al paciente o le prolongan innecesariamente el proceso de morir. Naturalmente, en todos los casos, lo que se haga debe estar en armonía con los mandatos legales existentes.
- 5) **No a la muerte «misericordiosa».** Aunque el amor cristiano nos puede llevar a detener o retirar la participación médica que sólo aumenta el sufrimiento o prolonga el proceso de morir, como adventistas no practicamos la «muerte misericordiosa», ni prestamos ayuda en suicidio (Génesis 9:5, 6; Éxodo 20:13; 23:7). Nos oponemos a la eutanasia «activa», es decir, a la forma intencional de quitar la vida a una persona que sufre o que está muriendo.
- 6) **Aliviar el sufrimiento.** La compasión cristiana nos lleva a aliviar el sufrimiento (Mateo 25:34-40; Lucas 10:29-37). Es una responsabilidad cristiana aliviar al paciente terminal del dolor y sufrimiento en el mayor grado posible, sin utilizar la eutanasia activa. Cuando es claro que la intervención profesional no curará al paciente, el principal objetivo de nuestra atención debe ser el procurar aliviarle el sufrimiento.

- 7) **El principio de justicia.** Este principio bíblico dice que debe brindarse atención adicional a las necesidades de los indefensos y dependientes (Salmos 82:3, 4; Proverbios 24:11, 12; Isaías 1:1-18; Miqueas 6:8; Lucas 1:52-54). Debe dedicarse al paciente terminal un trato de respeto a su dignidad y sin discriminación injusta, basado en sus necesidades espirituales y médicas, y en su expresa voluntad antes que en base a percepciones relativas a su mérito social (Santiago 2:1-9).

Cuando los adventistas tratamos de aplicar estos principios, obtenemos esperanza y coraje al saber que Dios contesta las oraciones de sus hijos y que tiene la facultad de realizar milagros en su favor (Salmos 103:1-5; Santiago 5:13-16). Siguiendo el ejemplo de Jesús, también oramos para aceptar la voluntad de Dios (Mateo 26:39). Sabemos que podemos pedir el poder de Dios para ayudarnos a atender las necesidades físicas y espirituales de personas que están muriendo. Sabemos que la gracia de Dios es suficiente para capacitarlos para soportar la adversidad (Salmos 50:14, 15), y creemos que la vida eterna está asegurada para todos los que tienen fe en Jesús y en el triunfo del amor de Dios.

ANEXO B

EUTANASIA Y MUERTE ASISTIDA

La tabla siguiente fue publicada en *El Periódico* el 6 de septiembre de 2004, y recoge los datos de un estudio publicado por la revista *The Lancet*.

		Bélgica	Dinamarca	Italia	Holanda	Suecia	Suiza
Muertes súbitas e inesperadas		34 %	33 %	29 %	33 %	30 %	32 %
Muertes decididas	Muerte asistida por el médico*	1,82 %	0,79 %	0,10 %	3,40 %	0,23 %	1,04 %
	Eutanasia	0,30 %	0,06 %	0,04 %	2,59 %	—	0,27 %
	Suicidio asistido por el médico	0,01 %	0,06 %	—	0,21 %	—	0,36 %
	Muerte sin la petición explícita del paciente	1,50 %	0,67 %	0,06 %	0,60 %	0,23 %	0,42 %
	Posible muerte adelantada en el alivio de dolor o sin dolor**	22 %	26 %	19 %	20 %	21 %	22 %
	Decisión de dejar el tratamiento (eutanasia pasiva)	15 %	14 %	4 %	20 %	14 %	28 %
	TOTAL MUERTES DECIDIDAS (sobre 22.000 fallecimientos estudiados)	39 %	41 %	23 %	44 %	36 %	51 %
Muertes no súbitas y no decididas		27 %	26 %	48 %	23 %	34 %	17 %
Porcentaje de muertes decididas consultadas con el paciente (en casos de pacientes con raciocinio)		67 %	58 %	42 %	92 %	38 %	78 %

* Administración de medicamentos con la intención de acelerar la muerte.

** Administración de medicamentos asumiendo que la muerte puede acelerarse.

La encuesta se realizó entre junio del 2001 y febrero del 2002 a médicos de seis países, en ninguno de los cuales era legal la eutanasia en ese momento. Los médicos contestaron de forma anónima.

ANEXO C

LOS MÉDICOS ESPAÑOLES ANTE LA EUTANASIA

Los siguientes datos pertenecen a una encuesta realizada en abril y mayo de 2002 por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) a 1.057 médicos menores de 65 años, inscritos en el registro del Colegio Oficial de Médicos. Dichos datos fueron publicados por *El País* el 4 de septiembre de 2004.

Los médicos ante la eutanasia

— **¿Cree usted que debe cambiarse la ley para permitir a los enfermos pedir y recibir el suicidio asistido por un médico y/o la eutanasia activa?**

Sí, pero sólo para enfermos terminales que conserven todas sus facultades mentales.	41,5 %
Sí, para pacientes que conserven todas sus facultades mentales, independientemente de que su enfermedad sea terminal o crónica (grave o irreversible)	18,4 %
No	31,4 %
NS	5,4 %
NC	3,3 %

— **¿Cuáles cree usted que pueden ser las mayores dificultades que puede originar la legalización de la eutanasia?**

De carácter ético	52,1 %
Mala utilización	57,0 %
Vulneración de los derechos de las personas en situación de fragilidad	58,9 %
Rechazo social	11,6 %
Ninguna	1,4 %

— **¿Cuál cree usted que sería el impacto sobre el número de peticiones de eutanasia si existiese un buen sistema universal de cuidados paliativos en España?**

Terminaría con todas las peticiones de eutanasia	3,3 %
Terminaría con la mayoría de peticiones de eutanasia	43,1 %
Terminaría con algunas peticiones de eutanasia	42,4 %
No cambiaría el número de peticiones de eutanasia	9,4 %
NS	1,6 %
NC	0,3 %

— Dígame su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes actuaciones. Utilice esta escala de 1 a 10, donde el 1 significa que está usted totalmente en desacuerdo y 10 que está totalmente de acuerdo (*media*)

Desarrollo de los cuidados paliativos	9,73
Puesta en marcha de comités de ética clínica	9,25
Formación en cuidados paliativos, terapéuticos del dolor, comunicación, ética	9,70
Propuesta de voluntades anticipadas/testamento vital	7,81
Despenalización de la eutanasia	6,22

En el mismo estudio, en una muestra de 1.900 entrevistas se reflejaban las siguientes demandas de los pacientes a los médicos:

Demandas que reciben los médicos de sus pacientes

— A lo largo de su carrera médica, ¿ha recibido alguna de las siguientes peticiones de un paciente para acelerar el final de su vida?

Petición de suspensión o no inicio de tratamiento	57,6 %
Petición de administración de una sobredosis de fármaco para acelerar el final de la vida	19,5 %
Petición de dosis letal de fármaco para acabar el mismo paciente con su vida	7,8 %

— Entre los enfermos que han expresado la demanda, ¿cree que había condicionantes como dolor, ansiedad, depresión, abandono, etc.?

Sí	81,6 %
No	14,4 %
NC	4,0 %

— En un paciente con dolor intenso, ansiedad, etc., ¿cuál cree que puede ser la respuesta más apropiada?

Controlarle el dolor y los síntomas	69,8 %
Darle apoyo emocional	12,4 %
Sedarle	5,2 %
Cóctel lítico	2,5 %
Proporcionarle lo que pide (eutanasia)	6,3 %
NC	3,6 %

ANEXO D

EXPRESIONES PARA REFERIRSE A CÓMO SE PRODUCE LA MUERTE

El término griego *thanatos* quiere decir muerte. Éste término, combinado con diferentes prefijos, permite construir diversas palabras que se utilizan para referirse a diferentes situaciones en torno a cómo se produce la muerte. En la tabla adjunta, se resumen aquellos términos que tienen alguna relación con el tema que nos ocupa.

	Prefijo	Significado	Uso
Distanasia	<i>dis</i>	Muerte mal hecha	Se utiliza para referirse a la prolongación del proceso de la muerte de forma innecesaria. Equivale al encarnizamiento o ensañamiento terapéutico.
Cacotanasia	<i>kakos</i>	Mala muerte	Se utiliza cuando se le quita la vida a un enfermo en contra de su voluntad.
Eutanasia	<i>eu</i>	Buena muerte	Se utiliza cuando se quita la vida a un enfermo que lo ha solicitada de forma voluntaria. Ésta se utiliza cada vez más para referirse a la eutanasia activa únicamente.
Ortotanasia	<i>orthos</i>	Muerte correcta o recta	Se utiliza para referirse a cuando a un enfermo se le dejan de aplicar tratamientos. Ésta equivale a la eutanasia pasiva.

ANEXO E

EL TESTAMENTO VITAL EN ESPAÑA

Este documento es posible en Cataluña desde enero del año 2001. Desde entonces otras comunidades se han añadido, aunque sólo seis (Andalucía, Aragón, Euskadi, Extremadura, Madrid y Navarra) han completado la regularización, desde la aprobación de la ley de *Autonomía del Paciente* de noviembre de 2002.

El documento de instrucciones previas o testamento vital permite manifestar por anticipado el deseo de recibir o no ciertos tratamientos en caso de no poder hacerlo en el futuro, por hallarse en ese momento en una situación excepcional que no permitiese expresar dicho deseo. Además, éste permite expresar el deseo o no de donar órganos, ya que la legislación española establece que toda persona es donante a menos que haya manifestado lo contrario.

Según los datos disponibles éste es muy poco utilizado, ya que apenas 7.000 personas han optado por dicha opción, como puede observarse en la tabla.

El Testamento Vital por Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Fecha de entrada	Personas registradas*
Andalucía	Mayo 2004	800
Aragón	Febrero 2004	1.050
Asturias	En proyecto	
Baleares	No contemplado	
Canarias	En proyecto	
Cantabria	No contemplado	
Castilla-La Mancha	En proyecto	
Castilla y León	No contemplado	
Cataluña	Enero 2001	4.300

Euskadi	Noviembre 2003	180
Extremadura	Mayo 2001	Sin registro
Galicia	Mayo 2001	Sin registro
Madrid	Diciembre 2001	Sin registro
Murcia	En proyecto	
Navarra	Mayo 2002	200
La Rioja	A finales de año	
Valencia	Septiembre 2004	Registro 2005

* Datos aproximados. Fuente: *El Periódico*, 12 diciembre 2004.

En el caso de Andalucía, había registradas 738 personas en el mes de diciembre de 2004, de las cuales un 58 por ciento eran mujeres y un 42 por ciento varones. La mayoría tiene edades comprendidas entre los 31 y los 70 años (81 %), y se muestran favorables a la donación de órganos.

Por otro lado, parece ser que durante el año 2005 el Ministerio de Sanidad tiene previsto crear un fichero central para garantizar el derecho del paciente a decidir.

ANEXO F

MODELOS DE TESTAMENTO VITAL

A) Modelo de documento propuesto por la Asociación Derecho a Morir Dignamente DMD

Inscrita en el Registro del Ministerio del Interior el 13 de diciembre de 1984 con el n.º 57889.

MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD SOBRE EL FINAL DE MI PROPIA VIDA

Yo, _____, con D.N.I. n.º _____, mayor de edad, con domicilio en _____

_____ en plenitud de mis facultades, libremente y tras prolongada reflexión, DECLARO: Que, si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico, a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, mi voluntad inequívoca es la siguiente:

1. Que no se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.
2. Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi vida.
3. Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren los fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos expresados en el punto 2 de este documento.

4. Los estados clínicos a los que hago mención más arriba son:

- Daño cerebral severo e irreversible.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- Demencias preseniles, seniles o similares.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.
- Otras: (especificar si se desea).

DATOS DE TESTIGOS Y REPRESENTANTE

TESTIGOS:

1. Nombre _____

D.N.I. _____

Firma _____

2. Nombre _____

D.N.I. _____

Firma _____

3. Nombre _____

D.N.I. _____

Firma _____

Designo como mi REPRESENTANTE para que vigile el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin, a:

Nombre _____

D.N.I. _____ Fecha _____

Firma _____

2.º Representante (sustituto)

Nombre _____

D.N.I. _____ Fecha _____

Firma _____

Me reservo el derecho de revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Lugar _____

Fecha _____

Firma _____

B) Modelo de documento propuesto por la Congregación para la Doctrina de la Fe en su *Declaración sobre la Eutanasia*.

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

Si llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que 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 tratase 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 la existencia terrena, pero desde la fe 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 mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irre recuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; 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 final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana.

Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta Declaración.

Fecha: _____ Firma: _____

BIBLIOGRAFÍA

- AA. VV., *Ética y sedación al final de la vida*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, n.º 9, 2003.
- AA. VV., *Libertad y salud*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, n.º 1, 1999.
- AA. VV., «Bélgica se convierte en el segundo país tras Holanda en legalizar la eutanasia», en *La Vanguardia*, 17 mayo 2002.
- AA. VV., «Cuestiones de vida y muerte», en *Diálogo Universitario*, 5:2 (1993), pp. 26-28.
- AA. VV., «Dos documentos sobre el aborto», en *Diálogo Universitario*, 2:1 (1990), pp. 32-34.
- AA. VV., «Eutanasia: vivir libremente la propia muerte», Barcelona: Archipiélago, *Revista Archipiélago*, n.º 56 (2003), pp. 103-123.
- AA. VV., «Holanda y eutanasia», en *La Vanguardia*, 29 noviembre 2000.
- AA. VV., «La despenalización de la muerte voluntaria», en *La Vanguardia*, 29 noviembre 2000.
- AA. VV., «Un registro garantizará en toda España la eutanasia pasiva», en *El Periódico*, 12 diciembre 2004.
- AA. VV., «Una muerte digna», en *El Periódico*, 6 septiembre 2004.
- BENITO, Emilio de, «El debate sobre la muerte digna», en *El País*, 4 septiembre 2004.
- BOSCH, Concepción y HERRERO, Olga, *La muerte y el duelo en el contexto educativo*, Barcelona: Paidós, 2003.
- CASADO, M. y ROYES, A. (coords.), *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia*, Barcelona: Universitat de Barcelona, 2003.
- Catecismo de la Iglesia Católica*, Madrid: Asociación de Editores del Catecismo, 1992.
- CRUZ, Antonio, *Bioética cristiana*, Terrassa: CLIE, 1999.
- DÍAZ PRIETO, Manuel, «La eutanasia: entrevista a Fernando Marín», en *La Vanguardia Magazine*, 22 agosto 2004, pp. 22-25.
- FRANCIA, Juan Ignacio, «Amenábar canta a la vida», en *La Vanguardia Magazine*, 29 agosto 2004, pp. 26-35.
- GAFO, Javier, *Bioética teológica*, Bilbao, Universidad Pontificia Comillas-Desclée de Brouwer, 2003.

GRACIA, Diego, *De nuevo la eutanasia a debate*, conferencia dictada el 28 octubre 2004, Fundación Víctor Grífols i Lucas (www.fundaciongrifols.org).

HARRIS, John, *Supermán y la Mujer Maravillosa*, Madrid: Tecnos, 1998.

HUMBERT, Vincent, *Pido el derecho a morir*, Barcelona: RBA, 2004.

KUSHE, Helga, «La eutanasia», en SINGER, Peter (ed.), *Compendio de ética*, Madrid: Alianza Editorial, 2000, pp. 405-416.

KÜNG, Hans y JENS, Walter, *Morir con dignidad*, Madrid: Trotta, 2004.

JOHNSON, Elizabeth A., *La cristología, hoy*, Santander: Sal Terrae, 2003.

MÈLICH, Joan-Carles, *Filosofía de la finitud*, Barcelona: Herder, 2002.

MORO, Tomás, *Utopía*, Madrid: Akal, 1997.

NULAND, Sherwin B., *Cómo morimos*, Madrid: Alianza Editorial, 1998.

PEIRÓN, Francesc, «Recuerdos de un intruso», en *La Vanguardia Magazine*, 29 agosto 2004, pp. 28,29.

PROVONSHA, Jack W., «Bioética Cristiana», en *Diálogo Universitario*, 1:1 (1989), pp. 8-10.

PUIGDOMÈNECH, Pere, «Algún día habrá que hablar de eutanasia», en *El País*, 9 enero 2005.

ROJAS MARCOS, Luis, «Morir bien», en *El País Semanal*, n.º 1.138, 19 julio 1998, p. 6.

ROYES, A. (coord.), *Documento sobre las voluntades anticipadas*, Barcelona: Observatori de Bioética i Dret, Universitat de Barcelona, 2001.

SÁDABA, Javier, *Principios de bioética laica*, Barcelona: Gedisa, 2004.

SAMPEDRO, Ramón, *Cartas desde el infierno*, Barcelona: Planeta, 2004.

SAVATER, Fernando, *Los diez mandamientos en el siglo XXI*, Barcelona: Debate, 2004.

SINGER, Peter, *Repensar la vida y la muerte*, Barcelona, Paidós, 1997.

SINGER, Peter, *Desacralizar la vida humana*, Madrid, Cátedra, 2003.

STÉVENY, Georges, *El enigma del sufrimiento*, Barcelona, Aula7activa-AEGUAE, 2004.

TOLSTOI, León, *La muerte de Iván Ilich*, Madrid: Alianza Editorial, 2005.

VARONE, François, *El Dios ausente*, Santander: Sal Terrae, 1993.

WINSLOW, Gerard R., «El cristiano y la bioética: ¿puede ayudar la Biblia?», en *Diálogo Universitario*, 7:1 (1995), pp. 7, 8.

YÁÑEZ-BARNUEVO, Luis, «La última libertad», en *El País*, 11 febrero 2005.

YEAGLEY, Larry, «Ministerio de apoyo para enfermos terminales (I)», en *Ministerio Adventista*, 61:4 (2004), pp. 6-8.

—, «Ministerio de apoyo para enfermos terminales (II)», en *Ministerio Adventista*, 62:1 (2005), pp. 10-13.

www.aula7activa.org