



# COMISIÓN INVESTIGACIÓN

## EUTANASIA

# Índice

<b>PROLEGÓMENOS</b>	<b>3</b>
<b>DECLARACIÓN DOCTRINAL SOBRE LA EUTANASIA</b>	<b>6</b>
<b>1.- REFLEXIÓN CRISTIANA AL HILO DE LA LEY DE EUTANASIA</b>	<b>9</b>
1.1.- ANTECEDENTES DESTACADOS DE LA LEY SOBRE EUTANASIA EN ESPAÑA	9
1.2.- LOS DIVERSOS ENFOQUES ANTE ESTA NORMA	10
1.3.- ACLARACIÓN Y ENFOQUE METODOLÓGICO	10
1.4.- TENDENCIA A LA TENSIÓN Y A LA POLARIZACIÓN EN NUESTRO ANÁLISIS Y PROPUESTA DE UN CAMINO CONSTRUCTIVO.	11
1.5.- PARTIR DEL PRINCIPIO BÍBLICO BÁSICO DE LA VIDA	12
1.6.- LOS LÍMITES A LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO	14
1.7.- ¿QUÉ PAPEL TENEMOS LAS CONFESIONES RELIGIOSAS PARA TRATAR DE INFLUIR Y RECORDAR AL ESTADO SUS PROPIOS LÍMITES ÉTICOS Y MORALES?	15
1.8.- LA SELECCIÓN DEL QUÉ Y LA ESTRATEGIA DEL CÓMO COMPARTIR.	16
<b>2.- POSICIONAMIENTO CRISTIANO FRENTE A LA EUTANASIA</b>	<b>19</b>
2.1.- PERSPECTIVA BÍBLICA	19
2.2.- LEY DE EUTANASIA EN ESPAÑA	19
2.3.- JURAMENTO HIPOCRÁTICO	20
2.4.- CÓDIGO DEONTOLÓGICO ELABORADO POR LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA (2011)	21
2.5.- DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LOS DENOMINADOS «CUIDADOS PALIATIVOS»	22
<b>3.- COMENTARIOS JURÍDICOS SOBRE LA LEY REGULADORA DE LA EUTANASIA</b>	<b>25</b>
3.1.- INTRODUCCIÓN	25
3.2.- DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE LA EUTANASIA EN LA NORMA	25
3.3.- DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA ACTIVA Y SU REGULACIÓN	26
3.4.- REQUISITOS PARA SOLICITAR Y RECIBIR AYUDA PARA MORIR	27
3.5.- CUESTIONES PRINCIPALES ACERCA DEL PROCEDIMIENTO, GARANTÍAS Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	28
3.5.1.- DE LA SOLICITUD Y SU ESTIMACIÓN	28
3.5.2.- DE LA DENEGACIÓN DE LA SOLICITUD A RECIBIR AYUDA PARA MORIR	30
3.5.3.- DE LA PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE	31
3.5.4.- DEL CONFLICTO DE INTERÉS	31
3.5.5.- OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	31
3.6.- DEL CARÁCTER LIMITADO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN NUESTRO ORDENAMIENTO JURÍDICO	32

<b>4.- LA LEY DE EUTANASIA. UNA EVALUACIÓN POLÍTICA DESDE UNA PERSPECTIVA CRISTIANA</b>	<b>36</b>
4.1.- CÓMO APROXIMARSE A LA LEY	36
4.2.- CÓMO NOS HAN INTRODUCIDO LA LEY	38
4.3.- LA ALTERNATIVA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	39
4.4.- ¿PROGRESISMO?	40
4.5.- ASPECTOS FUNDAMENTALES QUE LA LEY DE EUTANASIA IGNORA	41
4.6.- ALGUNAS RECOMENDACIONES	43
<b>5.- LA EUTANASIA - PERSPECTIVA PSICOLÓGICA</b>	<b>45</b>
5.1.- TRAYECTORIA PSICOLÓGICA DEL SUFRIMIENTO	45
5.2.- AFECTACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR Y SUS IMPLICACIONES	47
5.3.- IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL PROFESIONAL SANITARIO	48
<b>6.- IMPLICACIONES Y SIGNIFICACIÓN BÍBLICO TEOLÓGICA DE LA LEY DE EUTANASIA</b>	<b>51</b>
6.1.- PERTINENCIA DE UN ANÁLISIS BÍBLICO TEOLÓGICO RESPECTO A LA EUTANASIA	51
6.2.- LA BIBLIA Y LA EUTANASIA	52
6.3.- LA TEOLOGÍA CONSERVADORA Y LA EUTANASIA	57
6.4.- LA TEOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO	59
6.5.- DERECHO A DECIDIR SOBRE TRATAMIENTO VITAL	62
6.6.- NUESTRA DOCTRINA Y LA EUTANASIA	63
<b>ANEXOS</b>	<b>69</b>
ANEXO 1. EXISTENCIA DE DECLARACIÓN DOCTRINAL SOBRE EUTANASIA EN LOS SITIOS WEB OFICIALES DE LAS AGRUPACIONES EVANGÉLICAS ACREDITADAS POR FEREDÉ	69
ANEXO 2. ORIENTACIONES GENERALES PARA REALIZAR LA MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA	71
ANEXO 3. MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA	72
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b>	<b>74</b>

## PROLEGÓMENOS

---

A instancias del Consejo Ejecutivo se ha solicitado a esta Comisión de Investigación Teológica de las Asambleas de Dios de España, la realización de una Declaración Doctrinal al respecto de la Eutanasia. Declaración que habrá de ser objeto de estudio, discusión y debate, invitando a abrir espacios a la reflexión espiritual y que, con las modificaciones oportunas –si fuere el caso– será refrendada por la Asamblea General, reunida en convención tal y como lo establece nuestra normativa, haciendo que este documento pueda refrendar la posición oficial del Cuerpo Ministerial de las Asambleas de Dios de España.

Por todo ello, este trabajo habrá de aportar, los recursos precisos para su fundamentación con una argumentación sólida que, atendiendo a principios sociológicos, políticos, éticos, psicológicos y definitivamente bíblicos y teológicos, en conformación con nuestra razón de ser como entidad denominacional y la declaración de fe de las Asambleas de Dios.

Conscientes de la reciente aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo sobre eutanasia y de su enorme repercusión mediática que atañe, no solo a la sociedad en general, sino también a la Iglesia y a su acción pastoral dentro y fuera de la misma, somos «sal de la tierra y luz del mundo»; la Iglesia tiene que ser testimonio de vida, siguiendo el modelo de Cristo, y además, constituirse en una voz profética que fundamentada en los principios divinos revelados en las Sagradas Escrituras, pueda ser escuchada y atendida también por los no creyentes. Es por ello que los integrantes de la CIT (Comisión de Investigación Teológica) hemos encarado este trabajo con rigor sí, pero con la mayor sensibilidad posible, conscientes de tantas y diversas casuísticas particulares que resultan en un profundo sufrimiento por los que sobrellevan procesos de enfermedades irreversibles con mucho dolor, y también, por los que padecen a lado de los que se duelen. Así, el trabajo toma en cuenta la perspectiva cristiana para los cristianos, pero también que esa misma perspectiva pueda permear a la sociedad carente de Dios y de esperanza; pues todo el mundo quiere vivir –aunque no se sea plenamente consciente de ello–, y es que una sociedad sin Dios está alienada, y necesariamente refrenda una cultura de muerte donde la desesperanza campa libremente, sin límites precisos y las enfermedades del alma: ansiedades, depresiones, enfermedades emocionales y psicológicas, proliferan de forma alarmante. La pretendida y constantemente reclamada libertad del «yo», se erige en supremacía pretendiendo justificar que cada quién, como un dios para sí mismo, pueda hacer con su cuerpo lo que quiera, afectando tanto al hijo naciente (aborto) como a su propia vida (suicidio asistido).

La Comisión de Investigación ha solicitado a un grupo de expertos en sus áreas de ministerio y trabajo una aportación a la reflexión y estudio de lo que la «eutanasia» y su legalización en nuestro país, refrenda y los efectos, peligros que su desarrollo presenta. Señalando lo que pudiera ser una argumentación para refrendar un posicionamiento contrario a lo que podríamos determinar como «cultura de la muerte».

- Documento nº 1. Mariano Blázquez Burgo, Lcdo. en Derecho y Secretario Ejecutivo de la FE-REDE en el documento: «Reflexión cristiana al hilo de la Eutanasia» desarrollará el planteamiento de cómo y de qué forma los creyentes podremos actuar o qué aportar en la concreción de este nuevo marco legislativo al respecto de la eutanasia. Apuntalando el valor y pertinencia de un enfoque propio desde la perspectiva bíblico-religiosa. Así plantea cuestiones como: «¿Será la vida propiedad del Estado o la comunidad?», respondiendo que la forma de comunicación puede ser crucial para que la Iglesia sea creíble y finalmente podamos iluminar con la razón de Dios a nuestras comunidades de fe y al resto de la sociedad.
- Documento nº 2. Dra. Rosa M<sup>a</sup> Aparicio Abiol, Médico especialista en anestesiología y reanimación y en medicina intensiva, con experiencia de trabajo en la clínica del dolor, en el documento «Posicionamiento cristiano frente a la Eutanasia» aporta un análisis confrontando los principios bíblicos en pro de la vida que ha caracterizado el juramento hipocrático que aún hoy refrendan todos los profesionales de la salud, destacando su incongruencia con la actual ley de eutanasia y la paradoja de que nuestra sociedad aliente los servicios de eutanasia y sus derivados, en detrimento de los cuidados paliativos.
- Documento nº 3. Ezequiel Escobar Bellshaw, Jurista, Licenciado en Derecho y experto en legislación, analiza de forma pormenorizada la Ley Orgánica 2/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia y su relación con el ordenamiento jurídico en lo que se refiere al derecho a la vida; «un verdadero punto de inflexión». Además, desarrolla los procedimientos de objeción de conciencia y de elaboración del testamento vital, reflexionando al respecto de las repercusiones que tiene el admitir que la vida no sea ya un derecho de carácter absoluto o ilimitado.
- Documento nº 4. Xesús Manuel Suárez García, Dr. Endocrinólogo, experto en política y Vicepresidente del grupo de Participación Pública de la Alianza Evangélica Española, desde el documento: «La Ley de Eutanasia. Una evaluación política desde una perspectiva cristiana» ofrece un análisis desde una perspectiva bíblica de la actual ley, identificando los valores que la inspiran y, confrontándonos a tomar un partido activo como cristianos y a hacernos sentir arte y parte de lo que está ocurriendo en nuestra sociedad. «Nuestra aproximación debe basarse en abrirle los ojos de la sociedad al meollo de lo que está en juego, y muy específicamente probar que muchos artículos de la ley contradicen los valores de libertad y progreso que proclama, pero conducen ciertamente a una limitación de los mismos».
- Documento nº5. Claudia Porras Truque, Dra. en Psicología, en el documento: «Eutanasia– Perspectiva Psicológica», aborda la perspectiva psicológica de quienes consideran que la muerte es la solución al sufrimiento que padecen, refrendando que todos los estados emocionales, síndromes y alteraciones que propician esta determinación admiten un tratamiento que puede revertir esta decisión final. Así como analizar las implicaciones psicológicas para el propio personal sanitario responsable de la ejecución de la eutanasia.
- Documento nº 6. Dadonim Vila Morales Dr. en Medicina, Teología y en Pedagogía, y Lcdo. en Derecho, en «Implicaciones y significación Bíblico-Teológica de la Ley de Eutanasia» apuntala la pertinencia de un análisis bíblico y teológico sobre la eutanasia, refrendando los principios bíblicos que se oponen al desarrollo de la ley, argumentando la significación y relevancia de denominada «Teología del Sufrimiento» y el derecho a decidir sobre el tratamiento vital. Presentando finalmente lo que habrá de ser un modelo de declaración doctrinal sobre la Eutanasia.

## DECLARACIÓN DOCTRINAL SOBRE LA EUTANASIA

## DECLARACIÓN DOCTRINAL SOBRE LA EUTANASIA

---

1. Las Asambleas de Dios de España expresa su rechazo a las prácticas de la eutanasia y el suicidio asistido, por considerarse contrarias a la revelación divina que protege la conservación de la vida de todo ser humano. En tal sentido todo cristiano deberá abstenerse de dichas prácticas pecaminosas, para sí o para otros, evitando cualquier forma de complicidad en actos que generen la muerte.
2. Es deber de la Iglesia de Jesucristo levantar su voz profética para advertir de los riesgos ético, moral y espiritual que conllevan la instauración de la eutanasia y del suicidio asistido como método de evitar el dolor y el sufrimiento. La iglesia como sal y luz, tiene el deber de expresar en términos incondicionales la esencia de sus principios morales y sus convicciones espirituales.
3. Es el deber y responsabilidad de las autoridades gubernamentales, de la sociedad civil, de las instituciones de salud y de los colegios profesionales de sanitarios el proveer los medios necesarios para el alivio del dolor. La solución ante el sufrimiento de los pacientes en estado terminal no es la eutanasia ni el suicidio asistido, sino la implementación de tratamientos y recursos que permitan una mejor calidad de vida y la eliminación del dolor como principal causa de sufrimiento.
4. El uso de medicación para el alivio del dolor, con efectos secundarios que potencialmente acorten la vida del paciente en fase terminal, entendido como doble efecto se considera aceptable y necesario, siempre que el potencial acortamiento de la vida del paciente sea un efecto secundario no deseado y no exista otra vía más inocua de obtener iguales o mejores resultados.
5. Es un deber cristiano el mostrar amor con hechos tangibles a los que sufren enfermedades degenerativas y dolores crónicos. La declaración más fuerte a favor de los enfermos incurables y en contra del suicidio asistido y la eutanasia, la hacen los individuos que proveen apoyo espiritual en los hogares de dichos enfermos o en los centros de cuidado paliativo, quienes sirven como capellanes en hospitales, o quienes ofrecen cuidado amoroso en los asilos de ancianos, y de otra manera ministran a los que están sufriendo y muriendo. Las congregaciones locales deben potenciar los ministerios de misericordia y acompañamiento a los pacientes desahuciados. El apóstol Juan nos amina, “hijitos míos, no amemos de palabra ni de lengua, sino de hecho y en verdad” (1 Juan 3:18).
6. Es también un deber cristiano el proveer atención pastoral sabia y sensible a creyentes y familiares involucrados en estos dilemas éticos. Urgimos a la promoción de los cuidados paliativos, que ayudan a vivir la enfermedad grave sin dolor y al acompañamiento integral, por tanto también espiritual, a los enfermos y a sus familias. Este cuidado integral alivia el dolor, consuela y ofrece la esperanza que surge de la fe y da sentido a toda la vida

humana, incluso en el sufrimiento y la vulnerabilidad.

7. Es muy recomendable que los creyentes expresen formalmente su negativa a ser objetos de eutanasia en caso de incapacidad mental o estar bajo la tutela o representación de un tercero durante la fase terminal de cualquier enfermedad letal. Esta declaración de negativa ante una posible eutanasia es

un derecho legal de todo residente en España y existe la manera de realizarse oficialmente a través de la página web de cada Consejería de Salud de las comunidades autónomas o mediante un testamento vital ante notario, con sus consecuentes inscripciones en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de cada comunidad autónoma y del Registro Nacional de Instrucciones Previas.

# DOCUMENTO Nº 1

# 1.- REFLEXIÓN CRISTIANA AL HILO DE LA LEY DE EUTANASIA

Lcdo. Derecho. Mariano Blázquez Burgo

## 1.1.- Antecedentes destacados de la ley sobre eutanasia en España

La aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo sobre eutanasia (en vigor a partir del 25 de junio de 2021) reabre un capítulo más del debate multilateral sobre cuestiones relacionadas con la vida y, especialmente, con el final de la vida humana.

La aprobación de esta norma es el resultado de un proceso en el que han influido diversos factores como los siguientes:

En 1986, la Ley General de Sanidad que reconocía, por vez primera, el derecho de los pacientes a rechazar el tratamiento médico y solicitar el alta voluntaria, de modo que se eximía a los médicos de las consecuencias negativas sobre la salud que pudieran producirse como consecuencia del citado alta.

1995, el Código Penal suaviza las penas por suicidio asistido y eutanasia.

1998. Otro aspecto a destacar fueron los importantes o destacados casos mediáticos como el de Ramón Sampederro, tetraplégico desde 1969 quien, en enero de 1998, tras haber esperado varios años a que le permitieran morir, optó por ingerir una sustancia mortal que le habían preparado con el fin de acabar con su vida. Algunos casos similares de suicidio asistido se dieron con posterioridad.

No podemos decir que este u casos puntuales generaran una demanda social, pero quizás si una mayor comprensión a las situaciones extremas en las que algunas personas tenían que vivir.

En 2002, la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente reforzó el derecho del paciente a rechazar el tratamiento sin necesidad de justificar esta decisión, lo cual podría devenir en eutanasia pasiva.

La aplicación de este derecho también saltó a la opinión pública en 2006, cuando una enferma solicitó ser desconectada del respirador que la mantenía con vida, pero el hospital, de titularidad religiosa, se negó a ello. Fue trasladada a otro hospital donde pudo ejercitar ese derecho y morir un año después.

En 2005 saltaron a la prensa acusaciones a un médico y su equipo en Madrid de efectuar más de 70 sedaciones incorrectas a enfermos terminales. El caso fue sobreseído.

En el año 2009 se condenó por vez primera a un médico a un año de cárcel, por haber suministrado una sustancia a una mujer de 82 años quien lo solicitó expresamente para poder acabar con los dolores irreversibles que padecía.

En 2010 y 2011, Andalucía, Aragón y Navarra aprueban normas sobre cuidados paliativos y muerte digna en procesos del final de la vida.

En diciembre de 2020 se aprobó una proposición de ley para regular la eutanasia activa por todos los grupos parlamentarios con el voto en contra del Partido Popular, Vox y Unión del Pueblo Navarro.

La vigente Ley Orgánica 3/2021 genera un nuevo derecho a la eutanasia activa cuando se den determinadas circunstancias y despenaliza, en esos mismos casos, el auxilio al suicidio. Las circunstancias básicamente son:

- Que el paciente esté informado por escrito sobre su enfermedad, de la gravedad de esta y las posibles opciones médicas y paliativas de actuación.
- Que el medico certifique que el paciente sufre una enfermedad grave e incurable o bien que tenga un padecimiento grave, crónico e imposibilitante según esta ley.
- Que solicite reiteradamente la aplicación de la eutanasia de manera inequívoca.

## 1.2.- Los diversos enfoques ante esta norma

La norma ha originado cierto debate al ser rechazada por algunas organizaciones cristianas y colectivos médicos y sanitarios, sin embargo, había una intencionalidad política de aprobar una legislación progresista en esta materia y, aunque no hubo una demanda social, la normativa buscó su legitimidad social en el hecho de que algunas encuestas<sup>1</sup> manifestaban que la mayoría de los españoles encuestados se inclinaban por la despenalización en determinados casos del comportamiento eutanásico.

Al debate político, mediático y social, hay que añadir la discusión jurídica sobre la congruencia jerárquica normativa y el encaje constitucional de esta norma. Debemos también tener en cuenta las obligaciones que nacen o se refuerzan para los médicos y personal sanitario sobre su participación en el final de la vida, y su armonización sobre la esencia de su profesión simbolizada o resumida por el juramento hipocrático. También es relevante la autonomía del paciente y el respeto a su libertad y la gestión de su enfermedad. A estos enfoques sobre diversas problemáticas relacionadas con el final de la vida, deberíamos añadir también las perspectivas que surgen desde la ética y desde

pensamientos ideológicos, filosóficos o religiosos sobre el final de la vida. Y es precisamente en este último punto donde los cristianos evangélicos también tenemos algo que aportar.

La primera cuestión que debemos afrontar los cristianos evangélicos es qué podemos aportar en este amplio contexto multidireccional de reflexión que se da en nuestra sociedad. También debemos preguntarnos cómo comunicar adecuadamente nuestra aportación y opinión y, si es posible, o si queremos esforzarnos en alcanzar algún consenso o prioridades en la comunicación de nuestras opiniones.

Hablar de consenso no es eliminar la diversidad que nos caracteriza, la cual también está presente en las opiniones sobre el principio y el final de la vida. En mi opinión, el consenso en nuestro contexto religioso poliédrico consiste más bien en destacar la importancia de contrastar los flecos de nuestras opiniones y verificar, por un lado, el núcleo en el que puede haber más convergencia de ideas y opiniones, y por otro trazar una estrategia comunicativa para presentar la variedad de nuestras posiciones de manera armónica o al menos socialmente comprensible.

## 1.3.- Aclaración y enfoque metodológico

Adelanto que mi formación es básicamente jurídica y que la religiosa es autodidacta por lo que, quizás, no soy la persona más idónea para responder estrictamente a algunas de estas cuestiones, más propias de la sociología que de mi campo, que no ha sido otro que el de tratar de llevar el consenso de las iglesias en nuestras relaciones con la Administración. Soy consciente de que otras personas analizarán el tema desde la vertiente jurídica, ética o

teológica. Por tanto, trataré de responder con una reflexión introductoria a esta problemática y lo haré desde mi experiencia en las relaciones con la Administración, en representación del conjunto de las iglesias de FEREDE y, desde ahí, me limitaré a formular preguntas, para ver cómo debemos reaccionar ante estas cuestiones, de qué manera seleccionamos lo que queremos aportar y qué criterios debemos

---

<sup>1</sup> El CIS realizó una encuesta en 2011 y Metroscopia, que ha seguido este tema más regularmente, señaló en 2019 que el 87% de los españoles creía que los enfermos incurables tenían derecho a que os médicos le proporcionen un producto para poner fin a su vida sin dolor.

manejar para transmitir nuestra opinión al exterior de forma constructiva.

#### 1.4.- Tendencia a la tensión y a la polarización en nuestro análisis y propuesta de un camino constructivo.

En algunas ocasiones, ante este tipo de debates los evangélicos tendemos a exagerar y no solo rasgamos nuestras vestiduras por la injerencia o cuestionamiento directo o indirecto de nuestras creencias, sino que, con cierta facilidad, entramos a aportar en el debate médico, social, jurídico e ideológico sobre el final de la vida con argumentos desde las disciplinas seculares, y no tanto con base a nuestra perspectiva bíblica o teológica.

He de decir que esta intervención es lícita, aunque es recomendable realizarla con moderación y con un conocimiento previo del medio donde nos desenvolvemos.

En otras ocasiones, decidimos callarnos, quizás por prevención ante la posible reacción mediática y adversa del exterior. También influye en nuestro silencio el temor a la reacción adversa desde los agentes de nuestras filas del pensamiento único, de la catalogación de nuestra opinión, del malentendido y la frecuente descalificación personal.

Por otro lado, es frecuente que nuestra participación en los debates éticos y sobre la vida, se reduzca o se centre en reproducir lo que dicen o hacen los evangélicos en otros países, cuyos contextos históricos, religiosos y sociales son muy diferentes. Desde luego es muy bueno tomar referencias internacionales, pero no siempre las cosas van bien cuando nos limitamos a imitar o reproducir, de manera acrítica, las argumentaciones y los criterios estratégicos de los evangélicos de otros contextos y tratamos de reproducirlos aplicarlos a nuestra realidad actual.

A mi juicio, tenemos una alternativa estratégica que me gustaría destacar y es la de

procurar mantenernos en nuestra área de especialización que es la religiosa o más bien la bíblico-religiosa. Se trata de centrarnos estrictamente, por un lado, en nuestra identidad y reflexión del texto bíblicos y de su ética y, por otro lado, en procurar transmitir amablemente desde nuestra área de especialización el anuncio profético de las bondades que, la aplicación de los principios de Evangelio, puede producir en estas cuestiones.

No se trata, por tanto, de utilizar preponderantemente argumentos médicos, jurídicos o políticos cuando no somos médicos, abogados o políticos. Tampoco de levantar dedos acusatorios, desde nuestras trincheras religiosas, sobre nuestros políticos, nuestros medios de comunicación o nuestra sociedad. No se trata de callarnos ni de justificar lo que consideramos bíblicamente injustificable, o de alinear nuestra reflexión bíblica con un determinado pensamiento político o ideológico.

Se trata más bien de ocupar el lugar natural que nos corresponde, de movernos conforme a las reglas de su ciencia o sabiduría y, desde ese conocimiento singular, tratar de iluminar, con nuestra perspectiva, a las otras ramas de la ciencia o del saber.

Nuestro principal sistema de reflexión y trabajo debería centrarse en exponer, cortésmente y de manera positiva, de qué manera la ética y los principios bíblicos pueden ser de utilidad y una referencia (no exclusiva ni excluyente) en la toma de decisiones de nuestros pensadores, políticos y legisladores, y también una referencia cristiana y válida para el pensamiento social dominante.

## 1.5.- Partir del principio bíblico básico de la vida

El siguiente interrogante consiste en identificar los principios bíblicos fundamentales que deben ser una referencia en la posición pública cristiana sobre las cuestiones relacionadas con la vida y su final.

No parece que debamos tener muchos problemas en realizar esta identificación; otro asunto es, si somos capaces de no salirnos y de centrar nuestra aportación en la aplicación práctica de esos principios a los problemas cotidianos.

### El principio de la santidad y de la propiedad ajena de la vida y su aplicación práctica.

Existe un consenso generalizado dentro de la cristiandad de que toda la vida procede de Dios, y por tanto, es santa por su origen y por quien ostenta su propiedad.

La vida no es nuestra, es un depósito que hemos recibido y tiene fecha de caducidad. Este tipo de afirmaciones suele entenderse bien desde el campo de la ecología, que propugna la protección de la vida en el planeta, de su diversidad y de su cuidado y protección activa con el fin de que podamos entregar este depósito a las próximas generaciones de la mejor manera posible.

Curiosamente, este principio de que la vida no nos pertenece y que nuestra responsabilidad es cuidarla y protegerla, encuentra una fuerte resistencia en su aplicación a la vida individual. Resulta común que la argumentación sobre el derecho al aborto tenga uno de sus pilares en el derecho individual de la mujer sobre su propio cuerpo, y sobre la interrupción o no de la otra vida que se está gestando dentro de su cuerpo.

En lo concerniente al final de la vida también podemos ofrecer otra perspectiva que balancee las posiciones político-filosóficas que argumentan. por un lado, que la vida de cada individuo le pertenece y está bajo la protección de su libertad individual, la cual le faculta a decidir sobre su final sin interferencias.

Nuestra sugerencia es este tipo de casos es iluminar la alteridad de la vida y de nuestra propia vida que hemos recibido de otros. Por tanto, somos administradores responsables y transmisores de la misma pero nunca dueños o propietarios.

### Entonces... ¿será la vida propiedad del Estado o la comunidad?

Algunos consideran que como la vida humana se da en contexto de comunidades o países soberanos, es a estos a quienes corresponde nuestra vida. Ellos son los propietarios y determinantes del origen y del final de la vida. Una característica del Estado es el monopolio del uso de la fuerza y quien señala las condiciones del desenvolvimiento de las relaciones y de la vida en la comunidad.

El Estado, dotado de esta legitimidad, podría ser tentado a regular todo lo relacionado el proceso del desenvolvimiento de la vida humana, en función únicamente del criterio utilitarista de lo que teóricamente interesa al conjunto de la sociedad o a los que en cada momento detentan el poder.

Las consecuencias de la extralimitación de este tipo de planteamientos las hemos visto en los inhumanos campos de exterminio del nazismo, y en las previas políticas eugenésicas del citado régimen para la mejora de la raza del conjunto de la sociedad en detrimento de colectivos como aquellos con enfermedades hereditarias, discapacitados, dementes, pedófilos

homosexuales, disidentes políticos, personas de razas indeseables... en definitiva, personas que tenían una vida calificada por el régimen como indigna de ser vivida (Lebensunwertes Leben), lo cual justificaba que el Estado procediera a impedir que se destinaran recursos a estas personas, a que utilizaran los servicios sociales, a esterilizarles o, incluso, a acabar con su vida.

Las razones económicas de evitar la superpoblación y la utilidad social, o preferencias para el acceso a determinados tratamientos, siguen siendo argumentos utilizados en la actualidad para que, por parte de la autoridad, se regule o condicionen determinados aspectos fundamentales de la vida humana. La postergación de los ancianos en el acceso a determinados tratamientos médicos o la prohibición de tener únicamente un hijo pueden ser ejemplo de cómo desde el poder se regula la vida humana de manera al menos discutible.

Con frecuencia desde los gobiernos se acude a la manipulación de la opinión pública o a la demanda social para imponer desde el Estado medidas concretas relacionadas con la vida humana. La propaganda denigratoria desde determinadas plataformas de comunicación permite que el discurso del odio cale en la población y, esa circunstancia, favorece hechos discriminatorios, segregacionistas o violentos como, por ejemplo, la más reciente matanza racial de los hutus contra los tutsis de 1994 en Ruanda. Una matanza que contó con muchos silencios interesados, con la colaboración cómplice de un gran porcentaje de cristianos y también de algunos líderes religiosos que sucumbieron a esa propaganda, entre los cuales los evangélicos no fuimos una excepción.

Un modo más actual de justificación de algunas normas son las encuestas en las que se consulta a los ciudadanos si verían bien decidir, por ejemplo, sobre el final de su propia vida. En

resultado de esas encuestas luego forma parte del argumentario político en las sesiones para la aprobación o presentación de esas normas. Sin embargo, a mi modo de ver, las cuestiones que tienen que ver con la dignidad de la vida humana, su principio y su final no pueden ser solventadas por encuestas, por criterios utilitaristas o por posiciones mayoritarias en la sociedad, sino teniendo en cuenta que la vida no nos pertenece a nosotros, pero tampoco al Estado o al criterio socialmente dominante. Todos debemos ser administradores responsables de la vida que nos rodea.

Los factores que han de ser determinantes ante este tipo de cuestiones tienen que ser los propios de los derechos fundamentales, donde no es tan relevante la demanda social existente o el interés político de apuntarse un tanto de ser de los primeros en aprobar la legislación progresista. Lo relevante debe ser la congruencia y la justicia que hay detrás de una determinada e hipotética decisión. Antes de legislar o arbitrar medidas, se deben tener en cuenta los límites a la actuación del poder en cuestiones tan importantes como el derecho a la vida que es la base fundamental de los derechos humanos. Unos derechos humanos que al haber sido ratificados por España forman parte de nuestro ordenamiento internos y se constituyen en base interpretativa de nuestros derechos fundamentales. Será a partir de ese cuidado desde el que podremos abrir un debate sobre las cuestiones dudosas o los límites en la actuación del poder, de los médicos y de los pacientes.

Un ejemplo de estas cuestiones dudosas sobre la intervención al final de la vida podría ser la diferente apreciación que los sistemas de salud dan al tratamiento médico de los ancianos en los sistemas de salud de los países europeos. Y añadiría también la distinta forma de filtrado con que nos llega la información. Me explico. En una noticia sobre el COVID-19 en Holanda,

un médico explicaba que el colapso del sistema sanitario de España e Italia se debe a una cuestión cultural, que demanda atender a los ancianos con COVID-19 a toda costa mientras que ellos, aunque el sistema no esté saturado, se lo piensan dos veces<sup>2</sup> antes de admitir en los hospitales a ancianos con esta enfermedad. Sin embargo, otras fuentes médicas explican de diferente manera este hecho “cultural”, señalando que ellos dan mucha importancia a la autonomía personal y aclaran que, aunque no se niega la admisión de ancianos, y a pesar de que sólo un 3 por ciento de personas mayores de 80 años ingresan en cuidados intensivos, esto se debe a que el cuadro médico-sanitario realiza una labor de información personalizada, en éstos y en otros casos, en los que existen dolencias que permitan colegir con criterios profesionales que los pacientes van a tener un sufrimiento añadido y quizás no van a poder superar la estancia en la UCI o su posterior recuperación. Se trata, por tanto, más de una cuestión cultural de si debemos o no prolongar vida a costa del sufrimiento del paciente, o si el

énfasis se pone en la calidad de vida y si, en esa decisión, interviene el paciente y su familia. Sin embargo, esa importante matización inicial no solventa completamente el problema ético, ni tampoco si el derecho del paciente continúa indemne a la hora de poder elegir en esa disyuntiva ya que, por esa misma fuente médica, se reconoce, por un lado que la edad es uno de los factores a tener en cuenta para el ingreso en la UCI, y por otro, que estas mismas conversaciones se realizan no solo en el ámbito hospitalario sino también con los médicos de cabecera y en los hogares de ancianos, y ambos pueden no remitir a un paciente muy mayor a cuidados intensivos<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista del principio de que somos administradores de la vida y corresponsables de la misma, la adecuada información, los límites en la decisión, la corresponsabilidad en la toma de decisiones y la protección del derecho del paciente han de ser los referentes para decidir es en los casos dudosos como el señalado.

## 1.6.- Los límites a la intervención del Estado

Afortunadamente, tras los horrores de las guerras y de los ejemplos de extralimitación del poder, cada vez se van afianzando, lentamente, nuevos límites a la soberanía absoluta de los Estados, un concepto más propio del final de la Edad Media y la Edad Moderna, que ha ido relativizándose al abrirse camino y establecerse la separación de poderes, los derechos individuales y al concierto internacional. Seguidamente citamos algunos de esos límites que tienen diferentes orígenes y también distinta eficacia.

El orden internacional es uno de ellos. Las Organización de las Naciones Unidas surge tras el impulso de Roosevelt en 1945 justo después de la Segunda Guerra Mundial, en buena medida, para limitar el poder del Estado hacia otros países, promoviendo la paz, la seguridad y la cooperación internacional, pero también para estimular el respeto a los derechos humanos, lo cual implica una tímida limitación del poder del Estado hacia sus propios súbditos, animando a los estados a defender los derechos de sus ciudadanos y estableciendo medidas de

---

<sup>2</sup> El contraste de la información (ver nota 2) puede ser clave para nuestro análisis y reacción. [https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2020-03-27/paises-bajos-coronavirus-colapso-cultura-muerte\\_2517808/](https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2020-03-27/paises-bajos-coronavirus-colapso-cultura-muerte_2517808/). Ver también en esta misma línea interpretativa [https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2020/03/28/medicos-holandeses-prefieren-mayores-infectados-mueran-casa/0003\\_202003G28P10994.htm](https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2020/03/28/medicos-holandeses-prefieren-mayores-infectados-mueran-casa/0003_202003G28P10994.htm)

<sup>3</sup> <https://elpais.com/sociedad/2020-04-01/paises-bajos-atribuye-la-menor-presencia-de-ancianos-con-coronavirus-en-las-uci-a-una-cuestion-cultural.html>

presión en caso necesario para poder conseguir estas finalidades.

La ética internacional o común es otro de los límites que, como en el caso anterior, consiste básicamente en una autolimitación que se hace pública y que obliga al propio Estado, en tanto que él mismo la ha suscrito. Este es el caso de las declaraciones de derechos humanos aprobadas internacionalmente, las cuales, al ser objeto de adhesión libre por parte de los estados, constituyen un indicador, para los otros estados, del grado de legitimidad ética o moral.

Las autolimitaciones de las Constituciones de los estados suponen un nivel más de protección y un trascendental apoyo para las reclamaciones individuales debido a que, las Cartas

Magnas contienen, además del reconocimiento de los grandes derechos individuales y colectivos, importantes referencias a la aplicación directa de las declaraciones de derechos humanos o internacionales firmados por el país, de modo que esas reglas de juego internacionales figuran en la cúspide del sistema normativo y suponen una importante opción de defensa de los derechos individuales y colectivos.

Los valores constitucionales, la participación democrática en la toma de decisiones y aprobación de las leyes y la división de poderes también son elementos muy valiosos que reducen el ámbito de la arbitrariedad del Estado al consenso político y al cauce constitucional e internacional en el que estamos inmersos.

### **1.7.- ¿Qué papel tenemos las confesiones religiosas para tratar de influir y recordar al estado sus propios límites éticos y morales?**

En mi opinión, podemos tener un papel importante como transmisores autorizados de la ética del cristianismo primitivo, siempre que nos mantengamos en los cauces antes señalados y procuremos expresar nuestra opinión en un lenguaje congruente con la terminología propia de los derechos humanos y las libertades públicas. Me explico. No es muy eficaz que invitemos al poder a poner la otra mejilla ante un conflicto, porque eso nos corresponde más bien a nosotros. Resulta más eficaz que hagamos converger nuestra sensibilidad bíblica con principios éticos y de derecho que, por ejemplo, (y por influjo en alguna medida del cristianismo), ya están reconocidos en las declaraciones de derechos humanos y en nuestra legislación.

En el pasado de nuestro contexto constitucional, la confesión dominante era considerada como una y principal base de legitimación del

poder. En nuestras monedas podíamos leer Rey (o Caudillo) por la Gracia de Dios, pero por el influjo del constitucionalismo y las ideas democráticas, esas inscripciones fueron evolucionando a “Rey por la Gracia de Dios y el Pueblo” y después a Rey Constitucional. Hoy en día las monedas españolas no reflejan ninguna legitimidad, solo la del dinero.

Resulta curioso que las confesiones dominantes del pasado traten de mantener algo de esa influencia legitimadora sobre normas o criterios y, desde ella, se aferren para mantener su influencia política y social. Pero más curioso me resulta cuando algunos que vienen a ayudarnos a realizar la labor religiosa en España pretenden que actuemos de un modo análogo a lo que hacen los cristianos en su país de origen e intentan convencernos de ese camino como si nosotros tuviéramos ese mismo pasado e influencia.

## 1.8.- La selección del QUÉ y la estrategia del CÓMO compartir.

La clave, a mi juicio, no pasa por imitar lo que hacen otros cristianos en España, o lo que hacen los evangélicos en algunos países en los que han tenido un pasado de dominancia política, o donde la opinión y la pertenencia confesional de los candidatos, ha sido, o es, un factor político determinante, sino de encontrar nuestro propio camino en el contexto en el que nos encontramos. Esto es aplicable para la reflexión sobre la Ley de Eutanasia, pero también a otras muchas cuestiones.

En lo referente a esta ley, la Iglesia evangélica en España debe reflexionar sobre lo que queremos compartir, y muy especialmente sobre cómo debemos afrontar nosotros la tarea de dar a conocer nuestras posiciones consensuadas e interpretaciones éticas y bíblicas en torno al final de la vida.

El consenso en torno a un núcleo fundamental tiene que buscarse y exponerse. No debe darse por sentado ese consenso y tampoco debemos limitarnos a reproducir acríticamente lo que otros han dicho o están diciendo.

También es necesario ser transparentes y expresar las diferencias. La diversidad de opiniones no es un deshonor, siempre que nuestras diferencias no se manifiesten como confrontaciones o sean manipuladas para que nos alineemos a uno u otro extremo del debate político y perdamos nuestra identidad dentro del mismo.

Nuestras diferencias son y han de ser respetables. Constituyen una expresión del pluralismo y enriquecen la diversidad ideológica y de pensamiento que pueden ayudar a los ciudadanos a forjar sus propias opiniones de manera matizada y autónoma. Después, será la opinión pública civil, adecuadamente formada, la que acabará influyendo en políticos y legisladores.

Mi pregunta es si queremos o seremos nosotros capaces de escuchar y participar de

manera inteligente en la forma de presentar nuestras posiciones ante la sociedad. Mi impresión es que muchos de los evangélicos que accedemos a la esfera pública o la política, lo hacemos como influencers o youtubers, para dejar nuestro mensaje y buscar seguidores que aplaudan nuestras atrevidas afirmaciones, pero sin que exista una conexión real con nuestras iglesias y con la reflexión y planteamientos dentro de las mismas.

En otras ocasiones accedemos a la esfera de la opinión pública casi predicando y buscando el reconocimiento de los nuestros, postergando la prioridad de hacer comprensible el mensaje del Evangelio a aquellos que no lo son, y que viven en un contexto de una sociedad secularizada y culturalmente post-cristiana en muchos aspectos. Personas que se han formado al margen de los principios bíblicos y, en muchos casos, nuestras interpretaciones y aplicación práctica de los mismos han dejado de tener, a priori, credibilidad. Los nuevos transmisores de valores son las series, el cine, los medios sociales, los colegios, etc. Pero no tanto nosotros ni nuestras congregaciones religiosas, que son percibidas, incluso por muchos de nuestros hijos, como reliquias familiares del pasado, sin influencia real en la realidad actual y sus complejas problemáticas.

La elección de nuestra forma de comunicación ante este tipo de problemáticas ha de partir de la forma en la en nuestra sociedad se responde ante las mismas. Debemos tratar de incidir en sus preguntas, y especialmente en las preguntas de nuestros jóvenes para procurar respuestas positivas y razonables, no a nuestras preocupaciones, sino más bien a las suyas. Para ello, considero que, en una época de discusión por eslógenes, no debemos complicar demasiado nuestro discurso sino como he señalado reiteradamente, volver a los principios básicos de la vida, del respeto a las decisiones de los otros y,

sobre todo, a encarnar en nuestro ámbito social acciones positivas y constructivas en favor de nuestro prójimo.

Estoy convencido de que este tipo de comportamiento nos dará la credibilidad para que

presten atención a nuestro razonamiento y podamos iluminar con la razón de Dios en nuestras comunidades de fe y el resto de la sociedad.

Quiera Dios que así sea.

## DOCUMENTO Nº 2

## 2.- POSICIONAMIENTO CRISTIANO FRENTE A LA EUTANASIA

---

Dra. Medicina: María Rosa Aparicio Abiol

### 2.1.- Perspectiva Bíblica

La Biblia es clara respecto a la vida y la muerte: "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." Génesis 2:7

"No matarás" Éxodo 20:13

"El Espíritu de Dios me ha hecho, y el soplo del Omnipotente me dio vida." Job 33:4

"En tu mano están mis tiempos; Líbrame de la mano de mis enemigos y de mis perseguidores." Salmos 31:15

"Jehová mata, y él da vida: El hace descender al Seol, y hace subir." 1º Samuel 2:6

"Ved ahora que yo, yo soy, Y no hay dioses conmigo; Yo hago morir, y yo hago vivir; Yo hiero, y yo sano; Y no hay quien pueda librar de mi mano." Deuteronomio 32:39

Está claro Quién es el que decide. Quién es Autor de la vida y el Único que la puede quitar. Como dice el rey David: En las manos de Dios están nuestros tiempos; hasta el último aliento de vida es controlado por Él. Interferir en eso, es inmiscuirse en algo que sólo puede determinar Él; que sólo le atañe, le incumbe y le corresponde a Él.

### 2.2.- Ley de Eutanasia en España

La ley de eutanasia Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia) se ha aprobado definitivamente por el Pleno del Congreso de los Diputados, **convirtiendo a España en el séptimo país del mundo en regular este supuesto "derecho"**. Sería oportuno aclarar que **no existe el derecho a morir**, ni en la Declaración de Derechos Humanos Universales de la O.N.U., ni en la Constitución Española.

Los países donde ya está regulada la eutanasia por ley, son: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia y Nueva Zelanda.

La norma, que obtuvo en España 202 votos a favor, 141 en contra y dos abstenciones, entrará en vigor pasados tres meses desde su aprobación (a finales de junio/21).

Para opinar sobre esta cuestión es determinante definir y acotar el término en sí, cuyo significado es: "buena muerte", y que la propia ley define como:

"El acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de

ésta, y con el objeto de evitar un sufrimiento." En el mismo preámbulo de la nueva ley se especifica que: "Existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa..." (**aquí disiento en lo de "se produce"; se provoca o se realiza, sería más exacto**) "...de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta, se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia."

El Gobierno ha impuesto la ley como "de rondón", en plena pandemia, y obviando los argumentos de la oposición, de los ciudadanos y de los profesionales sanitarios; esos que decidieron dedicar su vida y su buen hacer a ayudar a los demás a vivir, no a poner fin a su vida. Además, lo ha hecho como proposición de ley y no

como proyecto, para eludir el debate que la trascendencia de tal ley, requiere.

No contó con la opinión del Comité Nacional de Bioética, ni se consultó a la Organización Médica Colegial, ni tampoco a expertos asesores, como se ha hecho en otros casos de leyes de gran impacto social. **Se han utilizado intencionalmente términos ambiguos, que pretenden presentar la ley endulzada con la idea de lograr un buen fin que justifica los medios**, y sus promotores han acusado a los que defienden abiertamente la vida, muchos de ellos

### 2.3.-Juramento Hipocrático

Después de la perspectiva bíblica sobre la vida, es interesante considerar el juramento hipocrático médico que, como vemos, ha sido recientemente actualizado con la clara intención de abrir espacio a ciertas leyes, como esta "ley de regulación de la eutanasia", adoptada por unos pocos países, y que, con "apariencia de piedad", pretende dar activamente un final a la vida humana.

Ha habido varios intentos de adaptación del juramento hipocrático, original de Hipócrates, o de un discípulo suyo, a lo largo de la historia. En 1948, se redactó un juramento hipocrático en la convención de Ginebra, que posteriormente ha sido revisado y enmendado en diferentes ocasiones (1968, 1983, 1994, 2005, 2006 y 2017). Este es el texto aprobado en octubre de 2017, en Chicago:

Como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente:

- DEDICAR mi vida al servicio de la humanidad;
- VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;
- RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;

profesionales de las ciencias de la salud, de conservadores, reaccionarios, fanáticos e intolerantes. Hay varios de estos profesionales que se han unido para pedir la suspensión inmediata de la ley al Tribunal Constitucional, ya que viola el derecho a la vida recogido en la Constitución Española.

A continuación, exponemos el juramento hipocrático actualizado, así como el código deontológico elaborado en España por la organización Médica Colegial.

- VELAR con el máximo respeto por la vida humana;
- NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;
- GUARDAR Y RESPETAR los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes;
- EJERCER mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;
- PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;
- OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;
- COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud;
- CUIDAR de mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel;
- NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las

**libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;**

HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.

Con el punto: "**respetar la autonomía y dignidad de mis pacientes**", se pretende dar

resguardo al hecho de poder terminar activamente con su vida, si así lo demandan, en los países donde se ha legislado a favor de la eutanasia, pero esto **se encuentra en clara contradicción con el apartado sobre velar con el máximo respeto por la vida humana**, así como con el de no permitir factores que se interpongan entre los deberes del médico y sus pacientes.

## 2.4.- Código Deontológico elaborado por la Organización Médica Colegial de España (2011)

Sólo destacaremos algunos artículos que entran en conflicto directo con esta ley:

**Así, en su artículo 5 dice:**

La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.

**En el artículo 7 dice:**

Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.

**Y en el 36, dice:**

El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida. (Percatarse de que no se trata del fin, sino de un efecto no buscado y secundario a los medios terapéuticos utilizados)

- El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni

siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

- El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.
- La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.

Aunque existe un documento de voluntades anticipadas, expresión de los deseos acerca de cómo queremos ser cuidados cuando nuestra situación no nos permita expresar dichos deseos, muy pocos pacientes lo cumplimentan (ni el 6%) y la mayoría de los médicos de cuidados paliativos dicen que, lo fundamental es que ellos van adaptando los tratamientos a la situación del paciente, adecuándole los recursos y el esfuerzo terapéutico, más que limitándolos.

La ley, admite que los profesionales que habrían de participar en este acto, prestación o proceso para ayudar a morir, como se le define a veces para darle un sentido compasivo, y que se ha colado como un procedimiento más en la cartera de servicios que otorga la medicina

pública, la ley admite pues como digo, que los profesionales se puedan declarar **objeto**res, pero dice que lo hagan anticipadamente y por escrito, pronunciándose así como "profesional objeto" en un **registro que estará en poder de**

**las autoridades sanitarias.** Este hecho hace suponer que el negarse a aplicar la eutanasia, podría tener consecuencias futuras en la carrera profesional de los objetores.

## 2.5.- Definición y Objetivos de los denominados «Cuidados Paliativos»

Empezaremos por decir que, aunque en nuestro país existen unidades de cuidados paliativos, estos nunca se han regulado por ley, pese al deseo manifiesto de los profesionales que componen dichas unidades.

Definición de Cuidados Paliativos según la O.M.S.:

"Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales"

Los objetivos, según esta misma organización, son:

1. Alivio del dolor y otros síntomas.
2. No alargar ni acortar la vida.
3. Dar apoyo psicológico, social y espiritual
4. reafirmar la importancia de la vida
5. considerar la muerte como algo normal.
6. proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
7. Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Según la S.E.C.P.A.L., Sociedad Española de Cuidados Paliativos, se deben tener en cuenta, las siguientes consideraciones éticas para aplicar la **sedación paliativa**:

1. Existencia de un síntoma refractario (Síntoma que no puede ser adecuadamente controlado, a pesar de intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un

plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la consciencia del paciente.)

2. Objetivo de reducir sufrimiento o discomfort.
3. Reducción proporcionada del nivel de conciencia a la necesidad del alivio del sufrimiento.
4. Cuando sea el caso de la sedación en la agonía la expectativa de vida ha de ser de horas o días.

De todo lo que venimos exponiendo, puede deducirse que los cuidados paliativos son contrarios a la eutanasia y al suicidio asistido, en el propósito, en la indicación y prescripción de fármacos, en el procedimiento y en el efecto o consecuencia. Los Cuidados Paliativos y, cuando procede, la sedación paliativa, van enfocados a mitigar o suprimir el sufrimiento, mientras que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido buscan la muerte. Estos últimos se basan en la ética del derecho a la autonomía sin limitaciones, incluyendo el determinar la fecha de la propia muerte.

Los profesionales de la salud tienen claro, como figura en sus Códigos Deontológicos, que es una actitud éticamente rechazable el "encarnizamiento u obstinación terapéuticos", cuando se sabe, a ciencia cierta, que los tratamientos son ya inútiles para mantener la vida del paciente en unas mínimas condiciones de bienestar. Ellos entienden que es ético aplicar la llamada "limitación del esfuerzo terapéutico", cuando el médico responsable estima que nuevos tratamientos o pruebas diagnósticas, ocasionaría más molestias que beneficios.

Sólo unos pocos países del mundo, siete con España, han despenalizado o legislado sobre la Eutanasia. En el entorno europeo sólo Holanda, Bélgica y Luxemburgo. **La mayoría de los países han rechazado esa despenalización**, como Francia, tras un profundo y minucioso estudio, en el que se destacó el deber del Estado de cuidar y atender a los pacientes más enfermos, ofreciéndoles toda la ayuda que precisen en su situación particular. Sólo para casos de sufrimiento extremo se aprobó la sedación profunda.

Frente al propósito de los cuidados paliativos, esta ley no va orientada a suprimir los padecimientos, sino a acabar con la vida de las personas que sufren dolor o incapacidad, sin que se empleen tratamientos específicos que ya existen y están previstos para estas situaciones.

En aquellos lugares donde se ha despenalizado la eutanasia, con el objetivo de acabar con situaciones de sufrimiento intolerable, la pérdida del control en determinados casos, ha supuesto la realización de eutanasias en realidad no solicitadas, a la vez que se han ido relajando los filtros legales.

Ocurre que, cada vez más, se aplica a enfermos graves, a enfermos psiquiátricos, incluidos

niños, a los que ya no quieren vivir... Por no decir que en los países donde existe la despenalización, la oferta se va ampliando a nuevos sujestos.

La Sociedad Médica Americana ha advertido sobre la posibilidad de haber entrado en una "pendiente resbaladiza."

"El 11 de junio de 2019, se llegó al final de un largo debate cuando delegados de la prestigiosa American Medical Association (AMA) votaron para reafirmar la posición de la organización sobre la eutanasia y el suicidio asistido, en la que se reafirma que *«La eutanasia es fundamentalmente incompatible con el papel del médico como cuidador; sería difícil, si no imposible de controlar, y plantearía graves riesgos sociales»*. Esta posición fue apoyada por una abrumadora mayoría de **392 votos frente a 162** (una proporción de 65% -35% del total), más del doble."

Añadir que, en numerosos códigos jurídicos de Europa, no existe la ley de Eutanasia, y el Profesor Daniel Callaghan, considerado un experto en bioética, ha definido la Eutanasia y el Suicidio Médicamente Asistido como: "la legitimación del asesinato mutuamente acordado".

## DOCUMENTO Nº 3

## 3.- Comentarios jurídicos sobre la Ley Reguladora de la Eutanasia

Lcdo. Derecho: Ezequiel Escobar Bellshaw

### 3.1.- Introducción

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, supone un punto de inflexión en nuestro Ordenamiento jurídico en lo que se refiere al derecho de la vida, incidiendo también en otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos como lo son la integridad física y moral de la persona, la dignidad humana, la libertad ideológica y de conciencia y el derecho a la intimidad<sup>4</sup>.

Es la primera vez que se despenaliza la eutanasia activa directa y se aprueba un régimen legal para su regulación en nuestro país. Además, es una normativa que ha estado en boca de los políticos, especialmente en la última década, para anunciar una voluntad legislativa hacia la despenalización o regulación o, por el contrario, para posicionarse de forma detractora a esta iniciativa.

Paralelamente, existen datos de carácter estadístico que sirven como indicadores sobre la percepción de la sociedad acerca de la “legalización” de la eutanasia activa. IPSOS, una de las multinacionales de investigación más reputadas y grandes del mundo, desarrolló un “Barómetro de Neurociencia y Sociedad”, practicando 1000 entrevistas entre los días 7 y 13 de

septiembre de 2018, y en el que resultó que el 85% de los entrevistados estaban a favor de regularizar la eutanasia<sup>5</sup>.

No obstante, el consenso político necesario para aprobar una Ley Orgánica, en este caso doscientos dos diputados del Congreso votaron favorablemente la aprobación de la norma, y la mayoría social que ha venido reclamando de forma sostenida una regularización de la eutanasia, la iniciativa legislativa no está exenta de polémica. El ejemplo más claro es que la norma entró en vigor el 25 de junio de 2021 y el Pleno del Tribunal Constitucional, por providencia de 23 de junio de 2021, ha admitido el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Grupo Parlamentario de Vox<sup>6</sup>.

Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados que sirven de introducción, y sabiendo que la totalidad del documento trata otras cuestiones bioéticas y, en general, observaciones morales que necesariamente afectan a todos los ciudadanos y colectivos que conforman nuestra sociedad plural, esta porción del documento multidisciplinar se enfocará netamente como un análisis jurídico.

### 3.2.- Delimitación del concepto de la eutanasia en la norma

Eutanasia significa etimológicamente *buena muerte* o *dulce muerte*, y en el plano jurídico se traduce al acto deliberado de dar fin a la vida

de una persona, por voluntad expresa de la misma y con el fin de evitar un sufrimiento<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Artículos 10, 15, 16 y 18.1 de la Constitución Española.

<sup>5</sup> <https://www.ipsos.com/es-es/el-85-de-los-espanoles-favor-de-regularizar-la-eutanasia>.

<sup>6</sup> Providencia del Pleno del Tribunal Constitucional, de 23 de junio de 2021, por el que se acuerda admitir a trámite el recurso

de inconstitucionalidad número 4057-2021, promovido por cincuenta diputados del Grupo Parlamentario de Vox en el Congreso de los Diputados, contra la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia; y, subsidiariamente, contra los artículos 1; 3,

La normativa administrativa asistencial sanitaria española contempla la práctica de actuaciones omisivas por la que se interrumpen tratamientos para prolongar la vida, o directamente no adoptar dichas medidas, lo que conceptualmente podría enmarcarse como eutanasia pasiva<sup>8</sup>. Del mismo modo, también acepta la eutanasia indirecta, esto es utilizar sustancias y tratamientos dirigidos a paliar el sufrimiento físico o psíquico aun cuando conlleve la aceleración del proceso de muerte del paciente<sup>9</sup>.

La particularidad de la L.O. 3/2021 es que regula la eutanasia activa directa. El legislador va

un paso más allá de lo que hasta ahora se permitía en nuestro Ordenamiento, y ya no estamos acelerando un proceso hacia la muerte del paciente, ni siquiera se está omitiendo la actividad interventora del profesional sanitario para preservar la vida, sino que pasamos admitir la posibilidad legal de interrumpir mediante acción directa la vida, sea por la administración directa de una sustancia que cause la interrupción de esta por parte de un profesional sanitario, o mediante la prescripción al paciente de una sustancia para que el mismo se la pueda auto administrar<sup>10</sup>.

### 3.3.- Despenalización de la eutanasia activa y su regulación

La aprobación de la Ley Orgánica conlleva necesariamente que aquellas conductas eutanásicas contempladas en el Código Penal se despenalicen, particularmente el tipo redactado en su artículo 143<sup>11</sup>. En el caso que nos ocupa, no podemos hablar de una despenalización absoluta, sino que desde un punto de vista técnico jurídico, de eximir de responsabilidad criminal a quienes auxilien a morir a personas que sufran un padecimiento grave, crónico o incapacitante o una enfermedad grave incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes o insostenibles cumpliendo con las conductas permitidas y previstas en la L.O. 3/2021.

Con independencia a la concepción moral de los individuos, y con el fin de proteger el derecho fundamental a la vida, la despenalización requiere una regulación para que exista seguridad jurídica. En esta dirección se ha pronunciado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos que consideró que el Estado Suizo vulneró el art. 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, esto es el derecho al respeto a la vida privada y familiar<sup>12</sup>. Si un Estado despenaliza, no es aceptable que no se regulen las modalidades y conductas eutanásicas que son permitidas. Precisamente no regular las conductas

---

apartados b), c), d), e) y h); 5, apartados 1.c) y 2; 4.1; 6.4; 7.2; 8.4, 9; 12.a) apartado 4; 16; 17; 18.a) párrafo 4; disposiciones adicionales primera y sexta; y disposición final tercera (en relación con el artículo 16.1 y disposición adicional sexta) de la mencionada ley orgánica. Recurso de inconstitucionalidad presentado: [https://www.voxespana.es/grupo\\_parlamentario/notas-de-prensa-grupo-parlamentario/recurso-inconstitucionalidad-vox-ley-eutanasia-texto-integro-20210616](https://www.voxespana.es/grupo_parlamentario/notas-de-prensa-grupo-parlamentario/recurso-inconstitucionalidad-vox-ley-eutanasia-texto-integro-20210616).

<sup>7</sup> Del latín *euthanasia*, y este del griego *εὐθανασία euthanasia* 'muerte dulce'.

<sup>8</sup> Art. 2.4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

<sup>9</sup> Art. 12.2 g) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

<sup>10</sup> Arts. 3 g) la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>11</sup> Art. 143.4 del Código Penal: El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufra un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insostenibles, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

Art 143.5 del Código Penal: No obstante, lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.

<sup>12</sup> Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), por la que se declara que el Estado suizo vulneró el art. 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos con votos de 4 magistrados frente a 3 que disintieron del sentido de la sentencia.

eutanásicas, significaría “dejar en el aire” los medios por los que se acredita la solicitud de auxilio a morir y las particularidades del procedimiento con sus buenas prácticas y protocolos

a aplicar. Desde una perspectiva penal, con una regulación, la eutanasia sigue siendo delito si no se respeta la norma por la que se configura la limitación del derecho fundamental.

### 3.4.- Requisitos para solicitar y recibir ayuda para morir

Como respuesta a preguntas que he tenido la oportunidad de escuchar y leer en repetidas ocasiones, subrayo que la Administración Pública no puede manifestar la voluntad de auxiliar a morir al paciente y con ello solicitar que un profesional sanitario habilitado le suministre una sustancia que interrumpa su vida. La voluntad de morir siempre ha de manifestarla el paciente.

Es el paciente mayor de edad quien debe de solicitar hasta en dos ocasiones la prestación de ayuda para morir. Para el caso de que el paciente se encuentre en una situación de incapacidad de hecho, la solicitud podrá ser interpuesta por un tercero designado por el paciente. Si no se designó dicha representación, podrá interponer el escrito de solicitud el médico responsable. Lo relevante en estos supuestos, es que el auxilio para morir siga siendo la voluntad del paciente que, con carácter previo a esa situación de incapacidad de hecho, debería haber suscrito un documento escrito legalmente reconocido para este fin<sup>13</sup>. El art. 3 h) de la L.O. 3/2021, define esta situación como aquella en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí misma.

De acuerdo al art. 5.2 de la Ley, es el médico responsable quién deberá valorar si existe o no la meritada situación de incapacidad en base a unos protocolos que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a fecha de la redacción de este texto, aún no ha elaborado<sup>14</sup>. Aprovecho esta última apreciación para hacer un inciso y señalar que, si se tienen en cuenta que los plazos del procedimiento son cortos y concatenados, remitir a las partes implicadas a unos protocolos inexistentes, conlleva dejarles en una situación jurídica muy precaria. No importa que esta circunstancia sea temporal, al preverse que dure dos meses; es impropio de un Ordenamiento garantista como el nuestro. Por otro lado, es importante decir que no basta cualquier situación de gravedad para que un ciudadano pueda acudir a la eutanasia. En lo que atañe a la L.O. 3/2021, el paciente solicitante debe de sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante y renunciar a todas las alternativas que puedan existir en relación con su diagnóstico. El médico responsable será quien tenga la función de ser el interlocutor principal durante el proceso asistencial, así como la obligación de coordinar toda la información con el paciente y verificar primeramente el cumplimiento de los requisitos formales y de fondo de la solicitud del paciente<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Art. 5 de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>14</sup> La disposición adicional sexta de la L.O. 3/2021 determina que los protocolos a seguir por el médico responsable para la valoración de la situación de incapacidad de hecho los ha de elaborar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en un plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley.

<sup>15</sup> Art. 3 d) de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

### 3.5.- Cuestiones principales acerca del procedimiento, garantías y objeción de conciencia

#### 3.5.1.- De la solicitud y su estimación

El procedimiento para recibir auxilio para morir comienza con la solicitud interpuesta por el paciente. Como ya se ha señalado, este tendrá que interponer hasta dos solicitudes distanciadas por quince días naturales. De esta forma, la norma busca asegurarse de que la voluntad del paciente es firme. En el caso de que el médico responsable considere que puede sobrevenirse de forma inminente una situación de incapacidad de hecho, la distancia entre las dos solicitudes podrá reducirse, constanding esta circunstancia, además de cuántas actuaciones se practiquen durante el proceso, en la historia clínica del paciente.

En el supuesto de que intervenga un representante o el mismo médico responsable, como consecuencia de que el paciente no tenga voluntad ni entendimiento suficientes, se eximirá de la necesidad de interponer una segunda solicitud, así como de la obligación de firmar el consentimiento informado. Es evidente que el alzamiento de estas medidas se debe a la imposibilidad de que el paciente manifieste su voluntad durante el periodo de situación de incapacidad de hecho.

Una vez practicada la solicitud, aunque pudiese resultar evidente, ya que el principio base de la solicitud ha de ser la autonomía del paciente<sup>16</sup>, este podrá solicitar un aplazamiento para la administración de la ayuda para morir, o directamente, revocar su decisión.

La ley instituye un proceso deliberativo sobre el diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables y cuidados paliativos, en el que el médico responsable, tras recibir la solicitud del paciente se asegura de que este

comprenda todas las posibilidades distintas a la muerte. El proceso debe de producirse con celeridad, dentro de los dos días naturales desde que verifica el cumplimiento de los requisitos formales de la solicitud. Además, tiene previsto un sistema de refuerzo por el que el médico responsable tiene la obligación de remitir la misma información por escrito al paciente dentro de los siguientes cinco días naturales. Esta deliberación se practica hasta en dos ocasiones, tras la primera solicitud, pero también tras la segunda. En este caso, la intención del legislador es garantizar que el paciente tenga presente todas las alternativas y circunstancias tendentes a formar su voluntad sobre solicitar la administración de la prestación de ayuda para morir.

A la conclusión del proceso deliberativo retomado tras la segunda solicitud, si el paciente no varía su voluntad, el médico responsable recabará la firma del documento del consentimiento informado en el plazo de veinticuatro horas.

Paralelamente al proceso ya mencionado, el médico responsable debe de solicitar un informe a un médico consultor. Dicho profesional sanitario, deberá tener formación específica en la patología del paciente y no puede formar parte del equipo del médico responsable<sup>17</sup>. El sentido del informe deberá de versar acerca de la cumplimentación de los requisitos formales y de fondo para solicitar el auxilio a morir. El plazo con el que cuenta el médico consultor para remitir su informe será de diez días naturales a contar desde la fecha de la segunda solicitud. Una vez emitido, se deberá de

<sup>16</sup> Art. 4.2 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>17</sup> Art. 3 e) L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

comunicar al paciente las conclusiones de dicho estudio en un plazo no superior a veinticuatro horas<sup>18</sup>.

Si el informe del médico consultor confirmase el criterio del médico responsable, este último tendrá que remitir al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación la comunicación de que está previsto prestar ayuda para morir al paciente dentro de los tres días hábiles siguientes tras la notificación al paciente de las conclusiones del médico consultor.

La Ley determina que los gobiernos autonómicos constituyan en su ámbito territorial una Comisión de Garantía y Evaluación, excepto en los casos de Melilla y Ceuta en los que lo hará el Ministerio de Sanidad.

Estas Comisiones tienen las funciones de verificar el procedimiento practicado por parte del médico responsable y el médico consultor, comprobar que la prestación de la ayuda para morir se efectúa, revisar la adecuada cumplimentación documental obligatoria practicada por el médico responsable tras la realización de la eutanasia activa directa, así como resolver posibles situaciones de conflicto de interés y reclamaciones por denegaciones de la solicitud de prestación de ayuda para morir y agotando la vía administrativa de la solicitud. Por otra parte, fuera del ámbito estrictamente procedimental, tienen funciones consultivas como intercambiar buenas prácticas y proponer mejoras en su reunión anual con el Ministerio de Sanidad, resolver cuestiones y dudas que puedan surgir en su ámbito autonómico y elaborar un informe de evaluación anual sobre la aplicación de la normativa. Adicionalmente, se otorga a los gobiernos de las Comunidades Autónomas la posibilidad de asignar más funciones a sus Comisiones de Garantía y Evaluación<sup>19</sup>.

Aunque la Ley otorga a los gobiernos de las Comunidades Autónomas, salvo las excepciones ya mencionadas, la competencia de constituir la Comisión de Garantía y Evaluación en sus respectivos ámbitos territoriales, la composición de cada Comisión está delimitada en la norma. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá contar al menos con siete miembros entre los que se debe de incluir personal médico, de enfermería y juristas.

Una vez que el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación recibe la comunicación favorable por parte del médico responsable para la práctica de la prestación de ayuda para morir, el mismo tendrá que designar en el plazo de dos días a dos miembros de la Comisión, que deberán ser un profesional médico y un jurista, para que se pronuncien acerca de si se han cumplido con los requisitos y condiciones para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Se otorga facultades discrecionales a los miembros designados por el presidente para que, puedan examinar a fondo la documentación obrante en el procedimiento, así como entrevistarse con los médicos intervinientes, el equipo asistencial, inclusive con el paciente. Cabe destacar, que con independencia a las actuaciones de verificación que puedan realizar, los miembros designados tienen siete días naturales para emitir el informe. Si no hubiese acuerdo unánime, la verificación se practicará por el pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá de forma definitiva -se sobreentiende que será válido el resultado de la verificación en un sentido u otro por mayoría simple-.

La resolución definitiva, por tanto, será emitida por la Comisión de Garantía y Evaluación (por los dos miembros designados, o por el pleno),

---

<sup>18</sup> Art. 8 L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>19</sup> Arts. 17 y 18 de la L.O. 3/2021, de 24 marzo, de regulación de la eutanasia.

y transmitida por su presidente al médico responsable en un plazo máximo de dos días.<sup>20</sup> Aunque el art. 11 de la Ley no indica fecha máxima para administrar la ayuda para morir en las modalidades disponibles y elegidas por el paciente, se puede deducir que el plazo máximo desde la resolución sea de dos meses, como consecuencia de lo previsto en el art. 18 b) de la Ley por la que se establece que una de

las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación es verificar en un plazo máximo de dos meses desde la resolución definitiva, si se ha prestado la ayuda para morir. El procedimiento está enfocado a que sea ágil y sea efectuado con máximo cuidado, evitando la prolongación del sufrimiento del paciente, por lo que es poco probable que se llegue a cumplir el plazo máximo descrito.

### 3.5.2.- De la denegación de la solicitud a recibir ayuda para morir

Hasta ahora me he referido al camino procedimental que parte desde la solicitud hasta su estimación mediante resolución y su ejecución. Dedicaré unas líneas en este punto del análisis a la denegación de la solicitud de recibir ayuda para morir.

La solicitud puede ser denegada cuando no reúna los requisitos exigibles previstos en la Ley como, por ejemplo y a meros efectos enunciativos, puede ser que la enfermedad grave e incurable del paciente no origine sufrimientos físicos y graves insoportables y constantes con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva<sup>21</sup>.

Como se puede observar, el proceso regulado para la eutanasia activa directa tiene la particularidad de estar llena de plazos relativamente cortos, contando con días naturales, y con diferentes fases de valoración y verificación, en la que las posibilidades de recibir denegaciones son varias. Esto no es muy usual en procedimientos administrativos donde el administrado tiene la expectativa de recibir una resolución, poder recurrirla en reposición o alzada y finalmente, en su caso, disponer de la vía judicial para defender sus intereses.

La primera posibilidad de denegación que la Ley dispone se produce a los 10 días naturales a contar desde la primera solicitud del paciente. En este caso, el médico responsable remitirá por escrito al paciente su decisión de forma motivada, alegando las circunstancias por las que se resuelve la petición en sentido desfavorable.

Tras recibir la notificación denegatoria, el paciente podrá interponer de 15 días naturales escrito de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación, que resolverá en el plazo de veinte días, agotando la vía administrativa. Por tanto, si la resolución definitiva de la Comisión de Garantía y Evaluación resultase denegatoria, el paciente sólo podrá recurrir la decisión ante la jurisdicción contencioso-administrativa.<sup>22</sup>

La segunda posibilidad se dará tras los diez días a contar desde la segunda solicitud en la que el médico consultor podría emitir un informe desfavorable con efectos denegatorios para el paciente. En tal caso, el paciente que sería notificado de dicha circunstancia en veinticuatro horas y contaría, como en el primer supuesto, con quince días naturales para presentar una reclamación contra la decisión ante la

<sup>20</sup> Art. 10 de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>21</sup> Art. 3 c) en relación con el art. 5 d) de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>22</sup> Art. 7.2 de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Comisión de Garantía y Evaluación y, esta última, resolvería en veinte días de forma definitiva, agotando la vía administrativa. De nuevo, en caso de que la resolución definitiva fuese negativa, el paciente puede acudir a la vía judicial<sup>23</sup>.

La tercera posibilidad es que, en el proceso de verificación de la Comisión de Garantía y Evaluación, esta resuelva denegando la solicitud

del paciente, por observar la no cumplimentación de los requisitos formales y de fondo del procedimiento establecido. El paciente podrá reclamar la decisión ante la misma Comisión, que volverá a resolver para agotar la vía administrativa. Ante una denegación, el administrado podrá recurrir a los Tribunales<sup>24</sup>.

### 3.5.3.- De la protección de la intimidad y confidencialidad del paciente

Superada la explicación acerca del cauce del procedimiento, hay que reseñar que la Ley exige a los profesionales que intervengan el proceso que lo hagan guardando secreto, protegiendo la intimidad del paciente, y con máximo cuidado a los protocolos y buenas prácticas vigentes.

La norma no sólo pretende habilitar al ciudadano que cumpla los requisitos previstos para solicitar ayuda para morir a que pueda hacerlo,

sino que además, lo haga en el centro sanitario de su elección disponible, incluso en su domicilio, decidiendo sobre la modalidad que se le pueda administrar la prestación, y con la obligación para el equipo asistencial a acompañar al paciente hasta el momento de su muerte. Se requiere especial atención a la confidencialidad de los datos personales del paciente y el deber de guardar secreto acerca del procedimiento<sup>25</sup>.

### 3.5.4.- Del conflicto de interés

Por razones deontológicas que pudieran resultar obvias, en caso de que haya cualquier causa que pueda afectar el criterio o capacidad de valoración o verificación por parte de los profesionales participantes en el procedimiento, estos deberán de abstenerse o podrán ser recusados. Este principio rector le es aplicable

también a los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación<sup>26</sup>.

El paciente puede presentar reclamaciones solicitando la recusación de un profesional interviniente en su proceso ante la Comisión de Garantía y Evaluación. Su escrito deberá de ser resuelto en el plazo de veinte días naturales.

### 3.5.5.- Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios

Dentro del capítulo dedicado a las garantías obrantes en la Ley, se recoge el derecho a

objeción de conciencia, para lo que las administraciones sanitarias deben de crear un

<sup>23</sup> Art. 8.4 de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>24</sup> Arts. 10.3 y 18 a) de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>25</sup> Arts. 11, 14 y 19 de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>26</sup> Arts. 14 y 18 b) de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir. El registro se reviste de especial protección al amparo de lo previsto en la normativa de protección de datos de carácter personal. Para ser incluido en el registro como objetor, se exige que los profesionales sanitarios que quieran objetar lo hagan por escrito y de manera anticipada. Precisamente esta regulación tiene la peculiaridad de que el ejercicio de objeción de conciencia se registra con carácter general identificando al sujeto que lo ejerza al amparo del ejercicio de su libertad ideológica protegida constitucionalmente en el art. 16 de la Constitución, pero también que lo tenga que ejercer anticipadamente. Es decir, antes de que pueda ser requerido de participar en el procedimiento.

Es mi observación que este criterio por el que se limita la forma de objeción de conciencia sólo podrá ser respetado y será constitucionalmente amparable, en tanto y en cuanto sean disponibles y efectivos los registros para profesionales sanitarios objetores, y en segundo

lugar, siempre y cuando pueda ser ejercido de forma anticipada por disponer de dichos registros antes de ser requeridos para realizar una intervención en la ayuda para morir de un paciente<sup>27</sup>.

De este modo, la Ley observa las exigencias jurisprudenciales de que las administraciones públicas adviertan y dispongan medios por los que los profesionales objetores de conciencia puedan hacerlo al amparo del art. 16 de la Constitución. Resulta de especial interés la protección que brinda el Tribunal Constitucional a la objeción de conciencia en relación con al derecho a la libertad ideológica y con respecto a la concepción sobre la vida del objetor, en su sentencia 145/2015, de 25 de junio, en la que estimó que era admisible que un farmacéutico objetor de conciencia se negase a dispensar una píldora del día después.<sup>28</sup>

En definitiva, los profesionales sanitarios que quieran ejercitar objeción de conciencia, lo podrán hacer en el ejercicio de sus derechos y libertades constitucionalmente protegidos.

### 3.6.- Del carácter limitado de los derechos fundamentales en nuestro ordenamiento jurídico

La polémica central técnico-jurídica e, inclusive, el debate moral acerca de la ley reguladora de la eutanasia, giran en torno a si la vida es un derecho de carácter absoluto, o por si el contrario, no tiene carácter ilimitado. En el supuesto de que nuestro Ordenamiento asuma como suya la última de las aseveraciones, en un sentido positivo, deberemos de afirmar que el derecho a la vida está limitado y,

preguntarnos en consecuencia, dónde están dichos límites. De hecho, el recurso de inconstitucionalidad presentado por el Grupo Parlamentario de Vox al que he hecho una breve alusión en la introducción, esgrime el carácter absoluto del derecho a la vida.

Para aclarar esta cuestión de forma sintetizada, argumentaré primeramente que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos acepta la

---

<sup>27</sup> Art. 16 de la L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Resolución de 3 de agosto de 2021, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que regula el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación de ayuda para morir del Servicio de Salud del Principado de Asturias («B.O.P.A.» 6 agosto).

Orden de 6 de julio de 2021, por la que se crea y regula el Registro de profesionales sanitarios de Canarias objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir («B.O.I.C.» 13 julio).

Ley 13/2021, 22 junio, por el que se regula la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en desarrollo de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia («D.O.G.C.» 25 junio).

<sup>28</sup> Véase especialmente los Fundamentos Jurídicos 4 y 5 de la STC 145/2015 de 25 de junio.

posibilidad de que los Estados regulen la eutanasia, y con ello, limiten a través de una norma un derecho fundamental como es el derecho a la vida. Así la sentencia ya meritada del TEDH de 14 de mayo de 2013 (Gross vs Suiza), resuelve una discusión que no se circunscribe a la limitación del derecho a la vida, sino que a la falta de garantías procedimentales acerca de la eutanasia. Es más, el Tribunal recomienda indirectamente a los Estados a que, si despenalizan la eutanasia, la regulen.

Por su parte, el Tribunal Constitucional en sus primeros años de funcionamiento, dando respuesta a controversias acerca del carácter limitativo o no de los derechos fundamentales, señaló que todos los derechos fundamentales tienen sus límites. Reproduciré una frase utilizada en el fundamento jurídico quinto de la Sentencia del Tribunal Constitucional 2/1982, de 29 de enero, que declaró *“En efecto, no existen derechos ilimitados. Todo derecho tiene sus límites que, como señalaba este Tribunal en Sentencia de 8 abr. 1981 («Boletín Oficial del Estado» de 25 abr.) en relación a los derechos fundamentales, establece la Constitución por sí misma en algunas ocasiones, mientras en otras el límite deriva de una manera mediata o indirecta de tal norma, en cuanto ha de justificarse por la necesidad de proteger o preservar no solo otros derechos constitucionales, sino también otros bienes constitucionalmente protegidos”*.

Aún cuando desde un punto de vista social era impensable en la España de 1982 aprobar una ley reguladora de la eutanasia, el Tribunal Constitucional ya declaraba que *“todos los derechos fundamentales tienen sus límites”*.

Por tanto, de acuerdo con la doctrina sobre los derechos humanos del TEDH y con la jurisprudencia constitucional, es posible aprobar una Ley Orgánica que configure la limitación del derecho a la vida a través del ejercicio del derecho reconocido de solicitar y recibir ayuda para

morir, siempre y cuando sea en ponderación y relación con otros derechos fundamentales como la dimensión del derecho a la integridad física reconocida en el art. 15 de la Constitución, o la libertad ideológica reconocida en el art. 16 de la Carta Magna.

El Tribunal Constitucional, en el FJ 3 de su Sentencia número 110/2006, de 3 de abril, también declaró que los límites de los derechos fundamentales han de ser interpretados con criterios restrictivos y en el sentido más favorable a la eficacia y a la esencia de tales derechos (SSTC 159/1986, de 16 de diciembre, FJ 6; 254/1988, de 23 de enero, FJ 3; 3/1997, de 13 de enero, FJ 6). En otras palabras, los límites de los derechos no pueden anular los mismos mediante su desarrollo normativo, y deben de configurarse e interpretarse en el sentido más estricto posible.

Por lo anterior, la eutanasia en cualquiera de sus formas y, particularmente en la ahora permitida, la activa y directa, se permite con diagnósticos extremos aparejados a un sufrimiento sostenido e insostenible. El criterio restrictivo es claro y no se puede solicitar y recibir la ayuda para morir en cualquier circunstancia.

Como conclusión, diré que la eutanasia puede contrariar las creencias de un sector de la población. Lo relevante es que se trata del reconocimiento de un derecho individual ejercitado en solicitud por el paciente.

El Estado no puede solicitar y administrar una sustancia que causa la muerte. El centro del procedimiento es el individuo.

Adicionalmente, en el caso de que se produzca una colisión de derechos, como la contemplada con el derecho a la libertad ideológica del profesional sanitario, este podrá ejercitar objeción de conciencia en los términos habilitados por la norma.

Atendiendo a todo lo expuesto y, en mi opinión, se ha legislado respetando a una consolidada jurisprudencia constitucional y observando las doctrinas imperantes en materia de

derechos humanos en Europa, sin perjuicio de los debates de carácter moral que se puedan sostener que son propio de sociedades plurales como la española.

## DOCUMENTO N° 4

## 4.- La Ley de Eutanasia. Una evaluación política desde una perspectiva cristiana

Dr. Medicina. Xesús Manuel Suárez García

### 4.1.- Cómo aproximarse a la ley

El mayor problema que tenemos hoy los evangélicos cuando intentamos hacer valoraciones políticas es que tenemos dificultades para identificar el meollo de las cosas, no sabemos encontrar las relaciones entre los diferentes elementos y tampoco sabemos construirnos un esquema de jerarquización que nos guíe en nuestro análisis. Con frecuencia acabamos o bien colocándonos por encima de los problemas y haciendo brindis al sol, o bien tragándonos acriticamente la interpretación, el discurso y el argumentario de la ideología que más nos seduce.

*Mt 3.1-6: Otra vez entró Jesús en la sinagoga; y había allí un hombre que tenía seca una mano. Y le acechaban para ver si en el día de reposo le sanaría, a fin de poder acusarle. Entonces dijo al hombre que tenía la mano seca:*

*—Levántate y ponte en medio.*

*Y les dijo:*

*—¿Es lícito en los días de reposo hacer bien, o hacer mal? ¿Salvar la vida, o quitarla?*

*Pero ellos callaban.*

Jesús no inicia con los fariseos una disputa teológica sobre el Sabbath, sino jerarquiza las cuestiones a debate, se niega a discutir los elementos formales y pone encima de la mesa los principios fundamentales, y específicamente los de “hacer bien o hacer mal” y “salvar la vida o quitarla”. Reformula el terreno del debate para centrarlo en la importancia de dilucidar cuál es el final, a dónde conducen las dos posturas en discusión.

En nuestro caso, la cuestión es: la Ley de Eutanasia ¿ayuda a salvar la vida o no? Y no estamos proponiendo una respuesta simple como “la eutanasia, por definición, quita la vida”, sino, utilizando el concepto bíblico de “salvar”

como “recuperar, llenar de valor y significado, vivificar, dignificar”, nos debemos preguntar: la Ley de Eutanasia aprobada ¿ayuda a llenar de valor la vida, a dignificarla?

Para analizar la ley de Eutanasia o cualquier otra debemos intentar identificar el conjunto de valores que la inspira y en qué modelo de sociedad creen quienes la impulsan. Es cierto que la política cumple una interesante función posterior, que es la construcción de puntos de encuentro entre diferentes; en efecto, no hay por qué compartir el mismo esquema de valores ni el mismo modelo de sociedad para conformar una ley que concite el acuerdo de posiciones confrontadas, y esto debemos tenerlo también en cuenta los evangélicos cuando definimos nuestras estrategias; en el caso de la ley que hoy revisamos, está claro que Unidas Podemos y Ciudadanos no comparten el mismo modelo de sociedad, pero no les ha sido difícil ponerse de acuerdo en apoyar la Ley de Eutanasia, de la misma manera que nosotros los evangélicos podemos apoyar muchas de las posiciones del Partido Feminista frente a la Ley Trans.

Justamente observar el apoyo de Ciudadanos debe ayudarnos a acercarnos a esta ley con una mirada más profunda, que no se limite a decir “La ley es mala porque procede de la izquierda”, porque si gobernase un partido que no es de izquierda, como Ciudadanos, tendríamos esta misma ley.

Asistimos a una reconfiguración de valores y se están laminando aquellos que durante siglos ha estado inyectando la Iglesia Católica a la

sociedad española; todavía tiene esa iglesia una cierta capacidad de influencia y su voz es escuchada por una parte de la población cuando se manifiesta en temas como el presente, pero ha ido perdiendo ascendente moral.

En mi criterio, nuestra aproximación política a la ley no se debe fundamentar en la reclamación nostálgica de un retorno a una cosmovisión tradicional católica. Nuestra aproximación debe basarse en abrirle los ojos de la sociedad al meollo de lo que está en juego, y muy específicamente probar que muchos artículos de la ley contradicen los valores de libertad y progreso que proclama, pero conducen ciertamente a una limitación de los mismos.

Los partidos del gobierno han encubierto el meollo de la ley con el humo de las proclamas y los slogans llenando su boca de palabras como “libertad” y “dignidad”; se han quedado en las formas de los dogmas ideológicos y han evitado entrar en el fondo de la cuestión. Ante esta estrategia, los evangélicos debemos aprender a usar la de Jesús: No nos interesan los discursos huecos que imponen dogmáticamente qué es progreso y qué no lo es; queremos ir al meollo y que se demuestre si la ley es realmente progresista o es todo lo contrario, y para eso, como en la estrategia de Jesús, hay que ir al final del camino que esta ley inicia: ¿A qué tipo de sociedad nos ayuda a llegar la Ley de la Eutanasia? ¿A una sociedad más libre o con más miedo? ¿Más defensora o menos de la autodeterminación de las personas? ¿Más progresista o más impositiva? ¿Se promueve o se deteriora el valor de la persona y su dignidad? Y muy prácticamente: ¿Tienen prioridad los Cuidados Paliativos en nuestra sociedad? Porque el avance de una sociedad se demuestra en el desarrollo de unos buenos cuidados paliativos a servicio de todos; hacer eutanasia no requiere un notable esfuerzo en el compromiso con las personas, pero desarrollar y dotar

de personal y presupuesto para Cuidados Paliativos supone un compromiso real con las personas y con la mejora de su bienestar: ahí se demuestra el verdadero progresismo.

La promesa de una Ley de Eutanasia viene siendo anunciada por el PSOE desde hace años. Cuando la presentó por primera vez, la mostró como un “nuevo derecho” y así lo anunció Andrés Perelló, cuyo cargo era, significativamente, secretario de “Justicia y Nuevos Derechos”. Parece importante este dato, porque nos confirma que estamos asistiendo a una reformulación de los derechos y libertades fundamentales; así el aborto se plantea no como el drama que es, sino como un derecho y un avance en la conquista de libertades, y la Ley LGTBI, que es una verdadera consagración de privilegios (véase el análisis de la Alianza Evangélica al respecto<sup>29</sup>) se presenta como una reivindicación de derechos.

Este proceso se acompaña de una rejerarquización de derechos que considerábamos que estaban sólidamente asentados. Así, la libertad de conciencia se postula que debe dejar de reconocerse como un derecho fundamental para pasar a ser aceptada como un derecho relativo; lo mismo sucede con la libertad de expresión: escuchamos al que fue relator de la ONU, Vítit Muntabhorn, decir: “Hay algunos derechos absolutos y otros que no lo son... la libertad de expresión y la libertad religiosa no son derechos absolutos y podrán ser limitados si es necesario”<sup>30</sup>. Estamos asistiendo a una laminación de libertades democráticas fundamentales que no nos afectan sólo a los evangélicos, sino a toda la sociedad. Y esta deriva se presenta progresista, cuando en realidad revierte el proceso de progreso.

Estas graves modificaciones se están produciendo en el terreno político, pero parten antes de una labor no bien perceptible en la

<sup>29</sup> <https://alianzaevangelica.es/proposicion-de-ley/>

<sup>30</sup> <https://www.actuall.com/laicismo/un-experto-lgtb-en-la-onu-propone-limitar-la-libertad-religiosa/>

mentalidad de las personas, a través de los “líderes de opinión”, las entidades culturales, los medios de comunicación, el arte, etc. Es importante el efecto que han tenido algunos casos concretos de eutanasia y, sobre todo, la forma de presentarlos, sus relatos; en este sentido, el

#### 4.2.- Cómo nos han introducido la ley

La eutanasia ya se ha estado practicando desde antes de la promulgación de la ley, y muy especialmente durante la primera oleada de la pandemia de la COVID-19. Hace años que se viene utilizando la sedación terminal en pacientes con patologías crónicas, no necesariamente en situación de muerte inminente, en situaciones que cuando menos despiertan dudas deontológicas, pero la reciente pandemia ha dado ocasión para la aplicación más extensiva de la eutanasia. Todos hemos sabido de algún caso cercano en el que una persona mayor entró en el hospital en los momentos álgidos de la pandemia y llegado un momento un médico, o incluso un enfermero, le comunicó a la familia que el paciente estaba mal, que lo iba a pasar muy mal y que iban a proceder a aplicarle un sedante que le provocaría “una muerte tranquila”; en muchos casos la explicación no era tanto la gravedad presente como la previsión de sufrimiento progresivo del paciente. Más de un familiar se quedó con la duda de si el paciente tenía un pronóstico ineludiblemente letal y si realmente procedía aplicarle esa medicación que terminaría con su vida o si, de no aplicarle la sedación terminal, habría sobrevivido, pero la mayoría de las familias ni se lo plantearon y aceptaron incluso agradecidos la propuesta.

La presidenta de las residencias de mayores declaró ante una comisión del Congreso de diputados que fue dramático ver cómo un médico entraba en las habitaciones e iba

cine ha generado un notable impacto en el cambio de mentalidad en la cuestión de la eutanasia con películas como “Mar adentro”. Son terrenos que los evangélicos hemos entregado sin resistencia, por ceguera o por dejación.

escogiendo rápidamente y señalando a los pacientes a los que decidía inyectarles morfina, con lo que se anticipaba su muerte, en una aplicación inaudita de eutanasia<sup>31</sup>. Muchos familiares ni lo supieron y la mayoría lo aceptó como algo inevitable, e incluso compasivo. Para ello, no se necesitó ninguna ley; sencillamente se argumentó que “era la solución más compasiva”. Fue dramático el final de tantos mayores en residencias o en hospitales que, sin poder comprenderlo, de repente se vieron aislados, sin la cercanía de los suyos, y en un momento alguien se les acercó con una jeringa “compasiva” para terminar todo. Personalmente no me queda duda de que durante la pandemia se ha aplicado la eutanasia en estas condiciones y lo peor es que nunca conoceremos a cuántas personas se les aplicó.

La presidenta citada hablaba también del cribaje de pacientes que determinó que un número de ancianos que, en condiciones normales habrían recibido la atención específica necesaria, fueron excluidos de la misma por la sobrecarga asistencial, con consecuencias letales. Es otra conducta que roza la eutanasia, pero no es el tema de este escrito.

En algún momento sectores de la sociedad levantaron su voz, pero rápidamente se impuso el criterio de que la sedación terminal había sido aplicada de forma humanitaria y eso “no era eutanasia”, cuando sí lo era. Una sociedad madura se habría levantado y habría

---

<sup>31</sup> <https://www.elmundo.es/espana/2020/06/07/5edbeec9fdddf5e298b457f.html>

reclamado una investigación a fondo, pero no se hizo. Los propios médicos deberían haber reclamado esa investigación, pero callaron.

Recordamos que la Ley de Eutanasia estaba para ser debatida ya en el Congreso y se aplazó justamente porque sus promotores temieron que la eutanasia practicada en la pandemia generase un sentimiento colectivo de rechazo. Pero lo cierto es que este temor desapareció pronto y en unas semanas se reactivó el proceso parlamentario ¡y la sociedad casi no reaccionó! Esto es muy preocupante, no ya para el tema de esta ley, sino para mucho más: la sociedad española está entrando en una pasividad, en una incapacidad para reaccionar pasmosa, que la deja en brazos de cualquier grupo de poder que sepa utilizar las teclas políticas y los medios de comunicación, sea del signo que sea. Esto debilita los recursos de control democrático del ejercicio del poder y deja a la sociedad indefensa ante derivas de totalitarismo.

La promulgación de la Ley de Eutanasia forma parte de una agenda que nos impone un concepto particular de progreso. Lo más preocupante para los evangélicos, que amamos la libertad y tenemos alergia a la imposición de criterios desde el poder, es que esa agenda se va estableciendo sin un período previo de debate abierto a todas las posiciones. En este caso, como en el del aborto o la ley de privilegios LGTBI, primero se sustituyó el debate por los slogans y las consignas y, una vez permeados los valores correspondientes en la mentalidad colectiva, se pasó a hablar de que “hay una mayoría social” que acepta esas ideas; desde ahí ya no fue difícil traducirlo a ley.

### 4.3.- La alternativa de los Cuidados Paliativos

Al mismo tiempo se ha aparcado y retirado activamente del debate la atención de Cuidados Paliativos.

En este proceso es muy importante el manejo de la terminología. Así, términos absolutamente correctos se van arrumbando para sustituirlos activamente por otros que no generan rechazo o incluso resultan amables; fue el caso del aborto, que fue sustituido por “interrupción voluntaria del embarazo”, una solemne tontería de expresión, pero que logró asentarse incluso entre sus detractores; en el caso de las normativas de privilegios LGTBI, se aderezó la expresión “respeto a la diversidad” y se levantó otro término para atemorizar a los adversarios, “homofobia”, que se enarbola a la primera de cambio como cualquier anatema de los tiempos del nacionalcatolicismo.

Con la eutanasia se ha seguido esta misma estrategia y el término cautivador inventado ha sido el de la “muerte digna”, que genera toda la simpatía de la población. En esa manipulación del lenguaje se ha hecho ver que una forma natural de afrontar dignamente una situación dura de pronóstico letal es la muerte activamente inducida mediante la eutanasia; se ha colocado delante el icono de la dignidad, pero el debate previo se ha ordenado de tal forma que se ha evitado entrar a hablar de qué significa “dignidad”; ciertamente los evangélicos debíamos haber reclamado que se hablase de su significado y trascendencia.

En fin, en la gestación de la Ley de Eutanasia se ha preparado a la población mediante la configuración de un marco de debate ajustado a los intereses de sus promotores y desde ahí se ha procedido a introducirla en el parlamento asegurándose una mayoría con partidos de izquierda y de derecha.

¿Por qué son importantes los Cuidados Paliativos en este tema? Porque una amplia mayoría de los pacientes que consideran la posibilidad

de la eutanasia dejan de hacerlo si se le ofrecen unos cuidados paliativos de calidad, en los que se tratan adecuadamente el dolor, la desesperanza y el miedo.

Los Cuidados Paliativos son una alternativa consistente a la eutanasia, pero el gobierno español ha esquivado constantemente el tema en el debate, a pesar de que ha sido puesto encima de la mesa no ya por otros partidos, sino especialmente por el colectivo médico, que es el que más de cerca conoce la situación de los pacientes que se encuentran en lo que se ha denominado “contexto eutanásico” (susceptibles de plantearse la eutanasia).

Ciertamente disponemos hoy de instrumentos para paliar el dolor, el problema es que no todos los pacientes tienen acceso a esos instrumentos, sólo a una minoría de pacientes se les puede ofrecer la atención médica especializada necesaria, y la razón es que no se ha desarrollado adecuadamente una política sanitaria al respecto, el número de especialistas es definitivamente insuficiente y no se ha apartado la dotación presupuestaria pertinente.

Los partidos del gobierno español proclaman continuamente su compromiso con la atención sanitaria universal y gratuita, pero su gestión

de los Cuidados Paliativos contradice de plano esta proclama.

La SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) informó que en 2017 77.698 personas que necesitaban estos cuidados no pudieron acceder a ellos y sólo 51.800 personas –siendo optimistas– pudieron hacerlo.<sup>32</sup>

Tenemos instrumentos, pero no tenemos suficiente personal ni presupuesto; por tanto, se trata de una decisión política. Uno de los elementos fundamentales de la política es la fijación de prioridades; pues bien, en el proceso de abordar situaciones de contexto eutanásico se ha dejado a un lado la dotación de Cuidados Paliativos y se ha primado la eutanasia. Esto es una decisión política sustentada en una escala de valores determinada; nos han usurpado el debate sobre esa escala de valores y nos han acotado el terreno de debate para presentarlo como una cuestión de libertad personal y de facilitación de una muerte digna. Lo que no se nos escapa es que es probable que también aquí hayan incidido criterios economicistas: es más costoso mantener dignamente a un paciente con cuidados paliativos acompañándolo hasta el final, que usar una inyección para terminar en un momento con su vida.

#### 4.4.- ¿Progresismo?

¿Cómo se colocan jerárquicamente los Cuidados Paliativos en la lista de prioridades? ¿Cómo lo reflejamos en los presupuestos anuales? ¿Qué precio estamos dispuestos a pagar como sociedad por ofrecer unos adecuados Cuidados Paliativos a todo el que lo necesite? ¿Cómo incide la Ley de Eutanasia en el gasto sanitario en Cuidados Paliativos? Es aquí de aplicación la aseveración de Jesús: “*El día de reposo fue*

*hecho por causa del hombre, y no el hombre por causa del día de reposo*”<sup>33</sup>.

La calidad de vida de las personas no debe someterse al “supremo” objetivo de los presupuestos, sino los presupuestos deben ponerse al servicio de la calidad de vida. Esto es verdadero progresismo, lo demás son slogans.

<sup>32</sup> <https://www.secpal.com/Preocupante-aumento-de-personas-sin-acceso-a-cuidados-paliativos-mas-de-77500-cada-ano>

<sup>33</sup> Mr 2.27

El arrinconamiento de los Cuidados Paliativos en la jerarquización de prioridades revela una falsedad fundamental en el argumentario de los partidos del gobierno español; La Ley de Eutanasia, como la del aborto o la de privilegios LGTBI, se ha presentado ornamentada de razones de progresismo: Primero se impone a través de los medios de comunicación el dogma de que esa ley es progresista y a partir de ahí cualquiera que se oponga a ella es un reaccionario; lo preocupante es que esa estrategia resulta tan eficaz, que los propios opositores a la ley, entre los que nos encontramos los evangélicos, acabamos creyendo que, en efecto, nosotros somos conservadores y los promotores de la ley son progresistas. Esto se ha replicado en otras iniciativas legislativas y ha conducido a un cambio difícil de comprender en la configuración de la mentalidad política de muchos evangélicos en la última década: sus padres se habían identificado siempre con el progresismo, pero a ellos este término les empieza a dar alergia porque lo identifican con posiciones políticas como la que defiende la presente ley.

Los evangélicos hemos caído en una trampa: creemos haber descubierto que el progresismo es la izquierda dogmática, el aborto, la Ley Trans, la Ley de Eutanasia, etc. y como consecuencia renegamos del progresismo entregándonos en brazos de los de enfrente, que, por

cierto, hasta ayer mismo no nos han venido respetando. Es un serio error de percepción política: Asumimos como incautos un apriorismo falso; en el caso presente es falso que la Ley de Eutanasia sea progresista, porque el progresismo supone entregar todos los esfuerzos al apoyo a la dignidad de la persona, supone poner la economía al servicio del hombre, y no al revés.

Cuando los partidos que apoyan la ley ignoran activamente los Cuidados Paliativos y los ponen a un lado ante la prioridad de la eutanasia, están mostrando que su jerarquización de prioridades no es progresista, porque es definitivamente más progresista invertir esfuerzos y presupuestos en paliar el dolor, acompañar y facilitar apoyo familiar y espiritual, que terminar todo con una inyección letal.

Anteponer en las prioridades políticas y presupuestarias la eutanasia a los Cuidados Paliativos no es propio de una política progresista; por tanto, los evangélicos cometeremos un grave error de estrategia política si nos oponemos a esta ley aduciendo que es progresista y de izquierdas, porque no es de ninguna manera progresista y la apoyan partidos que no son de izquierda. Nuestra estrategia debe centrarse, consecuentemente, en demostrar que no es progresista.

#### 4.5.- Aspectos fundamentales que la Ley de Eutanasia ignora

En la encuesta del CIS sobre este tema<sup>34</sup> se citan algunas causas que los encuestados aducen para tener en consideración la eutanasia, causas que tienen que ver con el **miedo**, como el miedo a perder el control mental por la enfermedad, el miedo al dolor futuro (es interesante que les aprieta tanto el miedo al dolor como el propio dolor), así como el miedo al

deterioro físico futuro. Estamos hablando de algo tan profundo y de calado espiritual como el miedo, algo sobre lo que la ley pasa de puntillas porque sus gestores desconocen cómo abordarlo.

Y hablando del miedo, nos preguntábamos al inicio a qué tipo de sociedad nos ayuda a llegar la Ley de la Eutanasia, ¿a una sociedad más

---

<sup>34</sup> [Es3307marMT\\_A.pdf \(cis.es\)](#)

libre o con más miedo? Y el miedo tiene aquí otro componente: en los países que tienen desde hace años una ley como esta se percibe en algunas personas mayores un preocupante miedo a que, si su situación física o mental se deteriora, puedan terminar con una eutanasia; y esto no es alarmismo, porque ahí están las citadas muertes inducidas por sedantes en las residencias de mayores al inicio la pandemia. Desde esta perspectiva, la cuestión de la **dignidad** es definitiva, pero los promotores de la ley han sido incapaces de abordarla consistentemente: no se cita la cuestión de la desesperanza, pero cualquiera que haya estado cerca de un paciente en las situaciones que cita la ley sabe que la esperanza o desesperanza es un elemento fundamental para el paciente. La aproximación a la muerte es sin duda dolorosa, pero es una oportunidad para poner un remate digno a toda una vida, es como el final de una composición musical que puede recapitular toda la obra y asentarla como algo grande y memorable o acabar en un conjunto de notas torpes que estropean todo lo escuchado previamente. En un momento trascendente como este la esperanza o desesperanza juegan un papel fundamental, y tanto una como otra vienen determinadas por el concepto que uno tenga de la trascendencia de la vida, y cuando hablamos de trascendencia hablamos de **espiritualidad**, entiéndase esta como se entienda. Sin duda, el componente espiritual determina la forma en que uno se acerca a la muerte y es un elemento fundamental en la preservación de la dignidad de la persona, sobre todo cuando su situación se acompaña de los condicionantes que la ley identifica como “contexto eutanásico”.

Los promotores de la ley obvian definitivamente la cuestión de la dignidad y sólo la utilizan como un slogan para hablar de “muerte digna” sin entrar a explicar qué significa dignidad ante la muerte; juegan con la palabra “dignidad” para imponer la ley, pero nos han

hurtado el debate sobre el significado profundo de la dignidad de la persona.

Podemos comprender que los redactores de la ley carezcan de convicciones espirituales consistentes y desde luego concordamos en que no se puede imponer ninguna doctrina espiritual concreta a la hora de elaborar una ley como esta, pero eso no justifica de ninguna manera que la espiritualidad haya sido activamente marginada de la redacción de la ley. Es muy significativo que en uno de los borradores se hablaba de facilitar el acompañamiento espiritual del paciente si este lo requería, pero esto ha sido eliminado del texto final; ha sido una decisión política incongruente con las proclamas de “dignidad” y ha obedecido a causas ideológicas.

Algo parecido sucede con el papel clave de la **familia** en estas situaciones. La referida encuesta del CIS cita como motivos para considerar la eutanasia el miedo a tener que depender de los demás y sentir que uno es una carga personal para la familia. Es interesante que detrás de esto hay razones de amor a los familiares, que llevan a preferir terminar con algo tan sumamente valioso para el paciente como es su vida, para evitarles sufrimiento y carga a las personas queridas. Los gestores de la ley han sido incapaces de entrar en esto y han liquidado toda referencia al papel fundamental de la familia en estas situaciones.

También uno de los borradores promovía el acompañamiento y el protagonismo de la familia, pero ha sido quitado de un plumazo del texto. Parece que los redactores han puesto empeño en ningunear la relevancia de la familia en toda actividad humana y especialmente en situaciones en las que creyentes y no creyentes precisan y desean más que ninguna otra cosa el afecto y apoyo de la familia. Incluirla en la ley no suponía obligación de gasto ni compromisos especiales, pero parece que molestaba a la ideología. Una ley como esta debe ser

una ley de todos y para todos, no un medio de manipulación ideológica.

#### 4.6.- Algunas recomendaciones

Una vez aprobada la ley, parecería que no nos queda mucho que hacer. Sin embargo, sí que tenemos posibilidades de actuación. Apunto algunas:

1. Hacer labor de concienciación, empezando por nuestras propias iglesias. Hemos de conocer antes de nada hasta qué punto nuestros hermanos están informados del contenido de la ley y de sus consecuencias. Hay que conocer especialmente el grado de conocimiento y la posición de nuestros jóvenes.
2. Promover la reflexión y generar un argumentario para presentar en cada entorno.
3. Dentro de ese argumentario es esencial asegurarse de desmontar el criterio de “progresismo” y las proclamas de dignidad y libertad con los que se vende la ley.
4. En la ley hay algunos artículos que ofrecen alguna garantía para que no se haga un uso incontrolado de la eutanasia. Hay que hacer un seguimiento activo de los casos que van a ir surgiendo y vigilar que se cumplan esos criterios.
5. Cuando Samuel comprobó que su pueblo quería someterse a la servidumbre de la monarquía<sup>35</sup>, no se quedó en las quejas de plañidera, sino se comprometió con su pueblo explicándole pormenorizadamente el significado y las consecuencias de aquella decisión; eso debemos hacer nosotros. Y, como Samuel después de establecida la monarquía, no debemos adoptar una actitud escapista y fatalista, sino seguir comprometidos con nuestra sociedad para

limitar los daños y requerir al menos garantías. Por tanto, hemos de iniciar una labor de concienciación en la sociedad civil, explicando las cuestiones que hemos planteado y reclamando activamente el desarrollo y la dotación presupuestaria de Cuidados Paliativos. Estoy convencido de que una correcta asistencia, disponible para toda la población, de Cuidados Paliativos, será la mejor profilaxis de ejercicio de la eutanasia.

6. Aprendamos de la estrategia de los promotores de la ley: Un arma que se ha mostrado muy eficaz es la presentación de casos y la conformación de relatos con un mensaje claro; recordemos el efecto del caso de Ramón Sampedro. Debemos recopilar casos que se muestren como una alternativa consistente a la eutanasia y conformar relatos que los describan adecuadamente haciendo ver los valores de dignidad, esperanza, acompañamiento y coraje.

¿A qué tipo de sociedad nos ayuda a llegar la Ley de la Eutanasia? ¿A una sociedad más libre o con más miedo? ¿Más defensora o menos de la autodeterminación de las personas? ¿Más progresista o más impositiva? ¿Se promueve o se deteriora el valor de la persona y su dignidad?

Espero que las reflexiones presentadas ayuden a dar respuesta a estas preguntas y así podamos diseñar un correcto análisis político de la Ley de Eutanasia.

---

<sup>35</sup> 1S. 8

## DOCUMENTO Nº 5

## 5.- LA EUTANASIA - PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

---

Dra. Psicología. Claudia Porras

Abordar la perspectiva psicológica de la eutanasia demanda como primera medida una comprensión emocional y empática de aquella persona que llega a la consideración de que la muerte es la solución al sufrimiento que padece.

Considerar la forma de finalizar la vida está sujeto a convicciones personales. Las concepciones morales o creencias están en la base del planteamiento de la muerte. A continuación, analizaremos los pensamientos, estados emocionales y factores psicológicos que inciden en la eutanasia.

### 5.1.- Trayectoria psicológica del sufrimiento

Reaccionamos de diversas maneras ante el malestar psicológico, podemos experimentar tristeza, angustia, ansiedad, desmoralización, depresión, entre otros. Varias de estas reacciones transcurren en la persona que padece un sufrimiento incontrollable y en sus familiares. Sin embargo, el sufrimiento es un estado emocional complejo, en el que la persona que lo experimenta siente amenazada su integridad, se ve impotente para enfrentarla y se hace latente el agotamiento de los recursos personales que requiere para afrontar dicha amenaza.

No es lo mismo sufrir que experimentar angustia, es correcto que todo sufrimiento desencadena malestar, pero no todo malestar se extiende hasta la condición de sufrimiento.

El amplio espectro de efectos psicológicos ejerce una presión que, sin adecuada atención y control, inciden de forma perjudicial en la persona y en su entorno próximo hasta llegar a la elección extrema de acabar con la vida. Por ello, describiremos cuales son los efectos y estados psicológicos más relevantes, con el fin de facilitar una detección temprana que permita proporcionar el apoyo oportuno.

Un punto de partida puede ser la tristeza, está es la emoción que surge cuando

experimentamos de forma continuada situaciones desagradables, adversas, que implican la pérdida de algo valioso para nosotros. La intensidad de la tristeza es proporcional al suceso que la desencadena. Lo convencional es que la tristeza desaparezca cuando la persona se adapta a la situación, la supera de forma progresiva o consigue regular dicho sentimiento.

Generalmente, la tristeza tiene una duración breve y remite cuando se pone fin al motivo o la persona ha conseguido adaptarse. Hasta aquí la tristeza cobra un valor importante para la persona ya que ha comunicado la falta de satisfacción y la necesidad de solución o cambios. Sin embargo, si este estado emocional cobra mayor intensidad, tornándose en patológico, empezará a reducir nuestro interés por lo que nos rodea perdiendo la integración y competencia social. Altera nuestro estado de ánimo y se pierde de vista el motivo inicial por el que apareció la tristeza, afectando de manera notoria el rendimiento global de la persona.

Por otra parte, si el malestar es continuado y percibido con alta intensidad, puede aparecer el **deseo de morir**. Este es un reflejo de estar perdiendo la esperanza. Se puede entender que el deseo es una pulsión, motivación o

anhelo de experimentar algo que se quiere. El deseo se manifiesta en palabras y en la carga emocional que refleja la intensidad con la que algo se quiere conseguir. No obstante, **el deseo de morir no debería ser confundido con el acto en sí de decidir morir.**

El deseo consiste en la intención de que, de una forma rápida, llegue el fin de un padecimiento o acabar con la enfermedad presente. Experimentar este malestar implica un transcurso complejo y cambiante de sentimientos, en el que se viven emociones ambivalentes, cuya expresión de sufrimiento no siempre indica la intención final de acelerar la muerte o llevar a cabo acciones que la precipiten, sino de acabar con el displacer que se está experimentando.

Cuando la presencia de una enfermedad severa o un pronóstico poco favorable irrumpe en el bienestar personal, el malestar, los síntomas físicos y /o psicológicos, unidos a la pérdida de autonomía, podrían hacer entrar a la **persona en una condición de dependencia. Este estado puede conllevar la pérdida del sentido de la vida y dar lugar a sentimientos de desesperanza** que producen la pérdida de roles sociales, familiares y hasta profesionales. Esta situación psicoemocional es también conocida como **“síndrome de desmoralización”**, caracterizado por distrés o angustia existencial, pérdida de esperanza, del sentido de la vida y desamparo. Resulta del fracaso de no haber podido adaptarse a la situación de vida experimentada y no poder satisfacer las expectativas propias o del entorno. Es un estado de rendición, en el que no se poseen los recursos para cambiar la situación. Este síndrome suele ser entendido como la percepción de incapacidad de **no poder responder a una situación estresante.** Esta es una de las condiciones psicológicas más delicadas, debido a que el sentido de la vida y su significado se han perdido. Hay ausencia de motivación personal, aislamiento social y presencia de ideación suicida. No

obstante, no puede ser confundido con una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo o con cualquier otro trastorno psiquiátrico.

La principal diferencia respecto a la depresión es que en esta última, la pérdida de interés o de capacidad de disfrute no está presente (anhedonia). Mientras que la persona desmoralizada si puede disfrutar del presente y se haya limitada al no poder anticipar el placer futuro. Entre los factores que predisponen y mantienen la presencia de este síndrome, se encuentra la historia de una enfermedad avanzada, dinámicas familiares disfuncionales con pérdida de soporte, escaso apoyo social sin soporte relacional del equipo asistencial. Llama la atención que **los factores relacionados con las creencias religiosas y espirituales, se convierten en un factor protector ante el riesgo de padecer el síndrome de desmoralización** (Kissane et al., 2009).

Es posible que la persona no llegue a desarrollar un síndrome de desmoralización, pero si presente sintomatología relacionada a estados de ánimo depresivos y ansiosos.

Existen varios factores que desencadenan reacciones depresivas, como pueden ser: incapacidad física, dolor crónico, escaso apoyo social y la presencia de preocupaciones existenciales. Por su parte, la ansiedad, surge como respuesta a la incertidumbre que desencadenan los sucesos de vida y que se anticipa a los riesgos o amenazas que se puedan padecer en el futuro.

El trayecto de la diversidad de situaciones emocionales vividas ante una experiencia de sufrimiento, se extiende desde la mínima sensación de vulnerabilidad hasta la depresión incapacitante o más allá. Son muchas las manifestaciones emocionales que indican el riesgo que presenta una persona ante la situación de suicidio o la decisión de la muerte anticipada. **Todos estos estados emocionales, aún los**

**síndromes y alteraciones, admiten tratamiento. Aún más cuando se ha conocido que aquellos que experimentan estados de desmoralización o depresión ven afectada su capacidad de toma de decisiones e incluso pierden competencia para dar consentimiento a la muerte.**

De hecho, la sociedad Española de Psiquiatría ha presentado un ideario en el que resalta que muchos pacientes con trastorno mental presentan en el fondo de su sintomatología el suicidio. Por ello, solicitan que la valoración psiquiátrica sea obligatoria cuando el estado de ánimo, la cognición, el consentimiento, la voluntariedad e incluso el juicio estén en cuestión, independientemente de la enfermedad primaria que motive la solicitud de muerte anticipada. Además, interesa **tener presente las características que hacen sospechar del malestar psicológico para que la detección temprana, el acompañamiento y el apoyo emocional continuado estén disponibles para los pacientes que puedan necesitarlo.**

Por último, cuando los estados de vulnerabilidad indican que se está en un entorno de

fragilidad y de sufrimiento progresivo, erróneamente se puede considerar que la eutanasia es la solución a dicha vulnerabilidad que podría ser de tipo social. Por ejemplo, ante una condición de discapacidad se puede estar transmitiendo el mensaje de que algunos tengan más derecho a la vida que aquellos que por padecer una condición tengan que pasar por un mayor esfuerzo y desafío.

De igual forma, ocurriría con las personas en edad avanzada que, padeciendo enfermedades crónicas y sufrimiento, pueden considerar que morir es una alternativa a elegir para aceptar y terminar con su condición.

Hemos visto como la variabilidad emocional que se experimenta surge por la intensidad del sufrimiento. Emociones como la tristeza o deseos de muerte, son expresiones de malestar que no confirman si verdaderamente quieren la muerte quienes padecen. Si existieran los tratamientos o condiciones que se necesitan, es posible que sus deseos se dirijan al fin del sufrimiento o de la situación.

## 5.2.- Afectación del entorno familiar y sus implicaciones

La familia desempeña un papel fundamental en la estabilidad, seguridad y vinculación personal que desarrollamos a lo largo de la vida. Ante una situación de vulnerabilidad y expreso sufrimiento es totalmente comprensible que la familia se convierta en el entorno principal de bienestar y realice la función de cuidado para quien padece. En este tipo de situaciones, la familia experimentará cambios en su manera de funcionar, los roles, estilos de relación e incluso la dinámica que se había configurado, previa a la situación, se verá afectada; pudiendo ocasionar desequilibrio al enfrentarse a nuevas demandas y restricciones que exigen cambios y nuevas habilidades ante dificultades desconocidas. **Estar preparados para atender**

**los factores que influyen en la familia resulta esencial. El sufrimiento y la enfermedad no solo pueden llegar a desencadenar una crisis existencial en la persona que padece, que de igual forma pueden producir una crisis emocional dentro de la familia.**

La persona que se encuentra en un estado dependiente de los entornos puede experimentar sentimientos ambivalentes que hacen que, para la familia, su trato y cuidado resulte, en ocasiones, difícil. Esta situación se puede agravar aún más si la persona percibe que su malestar se convierte en una carga para aquellos a los que ama. **El esfuerzo físico, económico y la variedad de sacrificios que tienen que llevar a cabo aquellos familiares o seres queridos**

que se encuentran cerca a la persona con malestar, puede ser considerado erróneamente como una razón más para considerar acabar con la vida.

Por su parte, la familia se enfrenta a gran variedad de controversias entre lo que siente y piensa. Suelen sentir confusión respecto al desgaste que experimentan por la dedicación que exige el cuidado del paciente, si se separa de dichos cuidados se corre el riesgo de que la persona se sienta abandonada. Cómo saber donde está el límite entre atender las necesidades del que padece y las necesidades propias del cuidador. También, se corre el riesgo de que la dependencia lleve a una pérdida de autonomía donde el control supera los límites personales de un adulto que se dirige por sí solo. Plantearse reorganizar los roles y funciones que hacía la persona dependiente o no hacerlo para que no aumente su sensación de pérdida. **Toda esta ambivalencia emocional afecta la salud de la familia que intenta reprimir y soportar la “tensión del cuidador”, desencadenando reacciones de ansiedad, frustración, agotamiento y hasta rendición. Este es**

uno de los escenarios de mayor atención porque, de manera indirecta, influye en la elección de acabar con la vida. **Comprobar que ni siquiera el entorno que se ama y en el que se encuentra bienestar, puede conducir la situación, precipita la decisión de morir. Percibir a la familia como otro afectado más del sufrimiento lo acrecienta.**

Es posible que las familias lleguen a solicitar la atención de la persona dependiente, transfiriendo la responsabilidad del cuidado en otros, como puede ser el sistema sociosanitario, sin encontrar muchas posibilidades de tener los apoyos suficientes. Por ello, **la claudicación de la familia (de forma episódica o definitiva) precipita decisiones como la eutanasia.** Por tanto, **no se puede considerar la eutanasia como un avance en los derechos humanos si a dicha elección se llega por la ausencia de las suficientes y eficaces ayudas sociosanitarias que son necesarias.** El apoyo social, emocional y psicológico que requieren los familiares y allegados implicados en el sufriente, resulta esencial para mantener la vitalidad y el ánimo

### 5.3.- Implicaciones psicológicas del profesional sanitario

Los profesionales de la salud tienen entre los fines primordiales del ejercicio, dedicarse al bienestar físico en pro de la vida, para ello, combaten toda enfermedad que la altera, y, por tanto, luchan contra la muerte.

La formación dirigida a saber como actuar con una persona y la familia que padece una enfermedad incurable, es una necesidad urgente de este sector. Medicina paliativa, recursos personales de atención psicológica, están en la base formativa que facilita la relación terapéutica y humanizada entre profesional y paciente. **Sentirse provistos frente a la angustia y soledad de la persona que sufre, que sigue un proceso diagnóstico irreversible, requiere preparación.**

Existe la posibilidad de que, ante una enfermedad considerada incurable, los profesionales de la salud se encuentren impotentes y se vea atacada su confianza en el “hacer profesional” que se dirige a curar. **Con la desesperanza de una vida en sufrimiento, el médico se puede ver arrastrado ante la sensación de fracaso de no poder detenerlo.** Es en este momento cuando **consolar, aliviar,** es lo único que se puede hacer por el que sufre, este acto **desde la profesión no debe ser considerado en poco.** **Sobre todo, para que no se le considere muerto sin haber fallecido aún, que no perciba un abandono médico.** Para aquel que tiene un mal pronóstico, las palabras de tranquilidad, la confianza, el ánimo y el acompañamiento del

equipo médico tiene una gran importancia, el efecto psicológico sobre la persona que sufre suma de manera reconfortante.

Dado que los profesionales de la salud se encuentran ante la tesitura de un gran cambio en su estado personal para abordar su trabajo profesional desde la emoción y con el ánimo de dar apoyo y conmiseración a aquel que cura; **es comprensible que se les dificulte formar parte del proceso que implica acabar con la vida por la que están luchando y a la que se dedican.**

**Objetar razones de conciencia para no formar parte del acto de la eutanasia**, no sólo tiene un trasfondo de **ética y razones personales**, si no que implica una **condición psicológica exigente** para el profesional en cuestión. Este **distrés** será aún mayor si, previo a tener que exponerse a esta situación, se le pide que deba **inscribirse de forma obligatoria en un registro** de profesionales sanitarios que objetan conciencia. La sensación psicológica de ser **coaccionados a decidir**, les pone en una situación de **indefensión** ante posibles estigmas y represalias. La objeción de conciencia debe ser protegida.

## REFERENCIAS

- Kissane DW, Treece C, Breitbart W, McKeen NA, Chochinov HM. Dignity meaning and demoralization: Emerging paradigms in end-of-life-care. En: Chochinov HM, Breitbart W, editores. Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York: Oxford University Press; 2009. p. 324---40.
- Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, TomásSábado J, Balaguer A. The wish to hasten death: A review of clinical studies. Psychooncology. 2010;20: 795---804.
- Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmman-Sutter, C. (2014a). Intentions in wishes to die: analysis and a typology—A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. Psycho-Oncology, 23(9), 1021-1026.
- Ohnsorge, K., Gudat, H., & Rehmman-Sutter, C. (2014b). What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. BMC palliative care, 13(1), 1.
- Medicina Paliativa. (2002). Medicina Paliativa. En Arán (Ed.), Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 9, págs. 37-40. Madrid: Arán.
- Velasco, M. L.; Sinibaldi, J. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno, 2001.
- . «Los fines de la medicina». Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2005, p. 64-68.

## DOCUMENTO Nº 6

## 6.- IMPLICACIONES Y SIGNIFICACIÓN BÍBLICO TEOLÓGICA DE LA LEY DE EUTANASIA

---

Rvdo. Dadonim Vila Morales, Dr. Th, PhD.

### 6.1.- Pertinencia de un análisis bíblico teológico respecto a la eutanasia

La Iglesia Evangélica reúne a más de 630 millones de feligreses en el mundo.<sup>36</sup> Uno de cada cuatro cristianos en el mundo es evangélico.<sup>37</sup> En tal sentido, el liderazgo eclesiástico evangélico global debe trabajar seriamente en fortalecer la estructuración del pensamiento ético, doctrinal y teológico de su feligresía, en medio de un mundo cada vez más relativista en lo que a moralidad y valores respecta. Es responsabilidad de la Iglesia Evangélica el levantar su voz profética para advertir a la sociedad postmoderna de la importancia de preservar los principios bíblicos como referentes necesarios para una adecuada aplicación de la justicia social.

Uno de los temas más candentes en la actualidad del debate bioético del final de la vida es la eutanasia, cuya aprobación legal se ha impuesto desde agendas liberales y que generan severos conflictos en la deontología médica, la jurisprudencia, el Derecho Penal y la más esencial axiología humana: el derecho a la vida y su protección como derecho universal. En tal sentido, la teología como rama del saber y del hacer social está obligada a responder desde su propia metodología y en legítimo derecho en el actual diálogo de saberes. Éste último validado por los novedosos enfoques de complejidad en la filosofía y de las ciencias en general, que se expresan en la armonización disciplinar de los paradigmas emergentes: Bioética,

Hermenéutica, Holismo ambiental, los estudios de Ciencia Tecnología Sociedad y Religión, etc. y que desde la complementariedad disciplinar en la búsqueda de soluciones a problemas complejos, han generado un cambio de mentalidad en la idea de hacer ciencia y de abordar la realidad.<sup>38</sup> De esta manera, cada rama del saber tiene la obligación de aportar su perspectiva y legitimidad teórica en virtud del bien común. Por ello se levanta también la Teología con voz propia para defender y proteger el derecho a la vida.

Un estudio realizado en los Estado Unidos de Norteamérica, para evaluar el posicionamiento doctrinal de las instituciones eclesiales cristianas, respecto a la Eutanasia tuvo como objeto de estudio a 55 denominaciones y federaciones cristianas. En el mismo se incluyó a la Iglesia Católica Romana, la Iglesia Ortodoxa de América, la Iglesia Anglicana de América, a las iglesias protestantes históricas y a las iglesias evangélicas, incluyendo a la Iglesia Adventista del Séptimo Día y al Ejército de Salvación. El resultado evidenció que el 41,8 % de dichas instituciones eclesiales no cuentan con una declaración oficial que muestre su posicionamiento teológico doctrinal respecto a este tema.<sup>39</sup> Si se entiende que el 74,54% de la población norteamericana profesa el cristianismo (226 millones de norteamericanos) y en su inmensa

---

<sup>36</sup> Mark Hutchinson, John Wolffe, *A Short History of Global Evangelicalism*, Cambridge University Press, Reino Unido, 2012, p. 12.

<sup>37</sup> Brian Stiller, *Evangelicals Around the World: A Global Handbook for the 21st Century*, Thomas Nelson, Estados Unidos, 2015, p. 18-19, 21.

<sup>38</sup> Dadonim Vila Morales. *Actualización epistemológica de los programas doctorales en las ciencias médicas*. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad de la Habana, 2016.

<sup>39</sup> [http://christianbiowiki.org/wiki/index.php/Physician-Assisted\\_Suicide/Euthanasia](http://christianbiowiki.org/wiki/index.php/Physician-Assisted_Suicide/Euthanasia). El Centro de Bioética y Dignidad Humana | Trinity International University, 2019.

mayoría dicha población estaba representada en las instituciones eclesiales estudiadas, se puede inferir que 94,5 millones de norteamericanos que se declaran cristianos no contaban al momento de dicho estudio, con un posicionamiento doctrinal oficial de parte de sus instituciones eclesiales. Esta carencia favorece la incertidumbre de la feligresía que pudiera desconocer el sustento bíblico teológico para establecer un juicio ético ante un fenómeno tan complejo.

Por su parte, en España, en un estudio observacional realizado por el autor, en fecha 20 de noviembre de 2021, en el que se accedió a la página web oficial de la Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España (FEREDE) para evaluar la existencia de una declaración oficial doctrinal de las Agrupaciones acreditadas en FEREDE respecto a la eutanasia, se pudo comprobar que de las 19 agrupaciones religiosas evangélicas que aparecen acreditadas, el 26,3 % no cuentan con una página o sitio web oficial. Se evidenció que todos los sitios web rezaba una Declaración de Fe de sus principios básicos doctrinales. De ese 73,7% restante sólo el 10 % mencionan el cuidado y la protección de la vida en sus declaraciones doctrinales y sólo una agrupación incluyó una Declaración Doctrinal respecto a la Eutanasia al momento del estudio (ver Anexo 1).

La ausencia de un posicionamiento doctrinal al respecto en el 95% de los sitios web oficiales

de las instituciones y federaciones evangélicas de España demuestra la pertinencia de un análisis bíblico-teológico que sirva de sustento al juicio ético que realizará la feligresía evangélica en nuestro contexto, que según varios medios de prensa sobrepasa el millón y medio de residentes en España.<sup>40</sup>

Ante la sentida necesidad de abordar desde un enfoque teológico la legalización de la eutanasia en España, amparada jurídicamente desde el pasado 18 de marzo de 2021, se hace necesario establecer nuestro posicionamiento metodológico, al comprender que la doctrina tiene su sustento en la teología. Debemos definir entonces, que entendemos por teología: a “la ciencia que estudia *la revelación trinitaria de Dios al hombre* y la interpretación y conceptualización teórica que el hombre hace de esta, así como su instrumentación metodológica para la sistematización de los principios emanados de dicha revelación y su aplicación en la vida del hombre como ser espiritual y social”.<sup>41</sup> En tal sentido la teología dependerá de la autoridad concedida a la Biblia y su adecuada interpretación. Esta teología con sólidos fundamentos bíblicos será el sustento de la doctrina; y así entendemos a la doctrina como: “la aplicación práctica de un sistema teológico que se traduce en la manera de vivir y expresar la fe por un grupo de creyentes y que tiene énfasis en la práctica del desempeño eclesial en su contexto”.<sup>42</sup>

## 6.2.- La Biblia y la eutanasia

Para comprender la revelación de Dios a la humanidad en su misión salvífica (*missio Dei*), el teólogo y el creyente en general, deben comprender que la fuente primaria de esa revelación es la Palabra revelada, o sea, la *Santa*

*Biblia*. Sobre dicha premisa y el presupuesto de la necesidad de la Fe en Dios y el auspicio del Espíritu Santo para la interpretación bíblica, es que el teólogo busca respuestas con humildad y obediencia a la Palabra de Dios.

<sup>40</sup> [https://www.eldiario.es/sociedad/evangelicos-espanoles-catolicismo-verdadera-religiosa\\_1\\_1781781.html](https://www.eldiario.es/sociedad/evangelicos-espanoles-catolicismo-verdadera-religiosa_1_1781781.html)  
<https://www.europapress.es/sociedad/noticia-asi-son-minorias-religiosas-viven-espana-20160601172504.html>  
[https://elpais.com/sociedad/2014/06/12/actualidad/1402606692\\_853823.html](https://elpais.com/sociedad/2014/06/12/actualidad/1402606692_853823.html)

<sup>41</sup> Dadonim Vila Morales. *Teología del Nuevo Testamento*. La Habana: Editorial Sapientiam, 2016;22.

<sup>42</sup> *Ibid*, 32.

Si la Biblia, entendida como revelación trinitaria de Dios al hombre, es el sustento de nuestro quehacer teológico y doctrinal, debemos acercarnos a la Palabra de Dios para entender cuáles son los principios bíblicos y fundamentos revelados respecto a la vida, el libre albedrío, la autoridad sobre lo creado, la muerte como escapatoria del sufrimiento y el suicidio asistido.

A continuación, presentaremos algunos de estos principios bíblicos:

Estamos entonces obligados a comenzar por el Génesis, cuando Dios revela su propósito creacional y distingue la creación del hombre de todo lo antes creado, para declarar en Gen. 1: 26-27 “Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza; y señoree en los peces del mar, en las aves de los cielos, en las bestias, en toda la tierra, y en todo animal que se arrastra sobre la tierra. Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó.” Es importante destacar en la Biblia que, desde el momento de su creación, el ser humano fue creado a imagen de Dios, en cuanto a su carácter espiritual, por lo que es superior a cualquier otro ser viviente terrenal. Dios hizo algo excepcional al crear al hombre (Génesis 2:7) “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.” Ese soplo de vida de Dios sobre el hombre le dio una conformación *imago Dei* (a la imagen de Dios) en cuanto a que el hombre es un ser además espiritual. Por tanto, el ser humano es imagen de Dios y un ser espiritual y superior a los demás seres vivientes.

En tal sentido el hombre, como corona de la creación, tiene autoridad de administración sobre todo lo creado y el derecho de matar para comer a los seres vivos inferiores a él. El Sal. 8:5-6 nos dice: “Le has hecho poco menor que los ángeles, Y lo coronaste de gloria y de honra. Le hiciste señorear sobre las obras de tus manos; Todo lo pusiste debajo de sus pies.” De

esta manera Dios le entrega al hombre una responsabilidad espiritual, ética y administrativa, sobre sí mismo y sobre todo lo creado, de forma tal que es el propio hombre quien puso nombre a los animales (Gen. 2:20).

Si bien el ser humano tiene autoridad de administración y dominio sobre las criaturas inferiores a él, está sujeto a las leyes divina y debe respeto y obediencia a Dios, quien es el creador y juez de todo lo que existe. Por ello el ser humano no tiene autoridad para dañarse a sí mismo, ni para dañar a otros humanos. Esta verdad revelada se valida y ratifica en Gen. 4:8, cuando aparece el primer homicidio de la historia humanidad y Dios interviene personalmente para castigar a Caín por haber matado a Abel. El propio Dios se lamenta de lo ocurrido: “Y él le dijo: ¿Qué has hecho? La voz de la sangre de tu hermano clama a mí desde la tierra.” (Gen. 4:10) Caín había quebrantado la ley divina de no cortar la vida de seres humanos, a diferencia de lo que sí podía hacer el hombre para alimentarse con los seres vivos no espirituales (plantas y animales).

Consecuentemente Caín recibe un duro castigo y el destierro de Dios, Gen. 4:11-13: “Ahora, pues, maldito seas tú de la tierra, que abrió su boca para recibir de tu mano la sangre de tu hermano. Cuando labres la tierra, no te volverá a dar su fuerza; errante y extranjero serás en la tierra. Y dijo Caín a Jehová: Grande es mi castigo para ser soportado.” El mensaje de Dios era claro y contundente, el cometer acto de homicidio o suicidio es abominación al Señor. De hecho, este principio bíblico se ratifica constantemente en la Biblia. En Gen. 9:6 nos dice: “El que derrame sangre de hombre, por el hombre su sangre será derramada, porque a imagen de Dios hizo El al hombre.”. En el Decálogo aparece: “No matarás” (Ex. 20:13) so pena de muerte (Ex. 21:12; Lev. 24:17) y esta orden divina se repite en: Lev. 17:11; Deut. 4:41-42 y 19:2-13, entre otras. Dios valora nuestras vidas desde el momento de la concepción (Salmo

139: 15-16) y en este mandamiento divino está prohibido acabar con la vida humana. Dios nos ama mucho y Su plan o deseo para nosotros es que tengamos vida en abundancia y que recibamos la vida eterna a través de Jesús (Jn 10:10 y 3:16).

Aunque la Biblia no menciona directamente el acto de la eutanasia, sí muestra un mandamiento que es primordial para un creyente: “No matarás”. Es decir, que tanto el que da su consentimiento, como el que realiza el acto mismo de acortar una vida, se constituye homicida. Además, la palabra enseña lo valiosa que es la vida del ser humano para el Señor: “Dios mío, tú fuiste quien me formó en el vientre de mi madre. Tú fuiste quien formó cada parte de mi cuerpo” (Sal 139:13). Es decir que, aunque la muerte es inevitable para todos los seres humanos, solo Dios puede decidir el tiempo de una vida. Porque nada de lo que el hombre tiene, le pertenece, ni aún la vida (Sal 24:1) Por ello la Biblia instituye que ser humano tiene autoridad sobre todo lo creado, pero no tiene la potestad de segar su propia vida ni la de otro individuo.

No solo la Biblia protege la vida, sino que responsabiliza al ser humano con el cuidado de su cuerpo, llamándole a santidad. El principio bíblico de la protección y cuidado de nuestros cuerpos aparece refrendado innumerables veces. En 1 Co 6:19-20 nos advierte: “¿O no sabéis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, que está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Pues por precio habéis sido comprados; por tanto, glorificad a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios.” Otra alerta a no precipitar la muerte aparece en Eclesiastés 7:17 “No seas demasiado impío, ni seas necio. ¿Por qué has de morir antes de tu tiempo?”.

La Biblia señala claramente que la vida es dada por Dios para disfrutarla mientras nos sea dada y que no tenemos autoridad para quitarla. En Eclesiastés 8:8 nos dice: “No hay hombre que tenga potestad sobre el espíritu para retener el

espíritu, ni potestad sobre el día de la muerte; y no valen armas en tal guerra, ni la impiedad salvará a los que la practican.” En Job 12:10 dice: “En su mano está la vida de todo ser viviente, y el aliento de toda carne de hombre”.

Mucho más complicado se torna el tema de complicidad o solicitud de acelerar la muerte en el creyente redimido por la sangre de Cristo, pues su cuerpo viene a ser morada del Espíritu Santo. Por ello la Biblia sanciona severamente al que atentare contra el templo del Espíritu. 1 Cor. 3:16-17: “¿No sabéis que sois templo de Dios, y que el Espíritu de Dios mora en vosotros? Si alguno violare el templo de Dios, Dios destruirá al tal: porque el templo de Dios, el cual sois vosotros, santo es.” La Palabra de nos convoca a aceptar la voluntad divina y aún así soportar las dolencias del envejecimiento y de la enfermedad, como muestra de obediencia ante Dios, con una aptitud gozosa. En 2 Corintios 4:16-18 nos ilustra el apóstol diciendo: “Por tanto, no desmayamos; antes, aunque este nuestro hombre exterior se va desgastando, el interior no obstante se renueva de día en día. Porque esta leve tribulación momentánea produce en nosotros un cada vez más excelente y eterno peso de gloria; no mirando nosotros las cosas que se ven, sino las que no se ven; pues las cosas que se ven son temporales, pero las que no se ven son eternas.”

El cristiano debe esperar el tiempo de Dios sabiendo que aún en medio del sufrimiento tendrá la ayuda del Señor, pues sólo Él establece los tiempos de nuestras vidas. Eclesiastés 3:1-2 “Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora. Tiempo de nacer, y tiempo de morir; tiempo de plantar, y tiempo de arrancar lo plantado”.

La Biblia nos muestra la correcta actitud de hombres como Job que en medio del dolor emocional por las múltiples pérdidas de sus hijos, de sus posesiones y de la propia salud, aún

cuando su mujer le instaba a que acabara con su vida, este hombre justo, perseveró en integridad ante Dios. Job 2:9-10 “Entonces le dijo su mujer: ¿Aún retienes tu integridad? Maldice a Dios, y muérete. Y él le dijo: Como suele hablar cualquiera de las mujeres fatuas, has hablado. ¿Qué? ¿Recibiremos de Dios el bien, y el mal no lo recibiremos? En todo esto no pecó Job con sus labios.”

El ser humano debe aceptar la soberanía Dios y consecuentemente no debe atentar contra su integridad física. 1 Samuel 2:6 nos recuerda que: “Jehová mata, y él da vida; El hace descender al Seol, y hace subir.” En Job 1:21: 21 expresa su conformidad con los designios divinos, “Y dijo: Desnudo salí del vientre de mi madre, y desnudo tornaré allá. Jehová dio, y Jehová quitó: sea el nombre de Jehová bendito.” Aunque nadie puede ponerse en el lugar del que padece día a día con una enfermedad terminal; sólo el que la padece sabe el dolor que representa vivir con una condición de esta magnitud. Sin embargo, Dios conoce la situación y siente ese mismo dolor, Él es el refugio para el afligido. El salmista decía: “Mi carne y mi corazón desfallecen; Mas la roca de mi corazón y mi porción es Dios para siempre” (Sal. 73:26). Si somos hijos de Dios y descansamos en Él, debemos aceptar Su voluntad y entender que la vida terrenal es sólo preparación para la vida eterna. El apóstol Pablo nos anima diciendo: “Porque esta leve tribulación momentánea produce en nosotros un cada vez más excelente y eterno peso de gloria” (2 Corintios 4:17: 17).

Estos principios bíblicos deben ser aplicados también a los no creyentes, “Porque esto es bueno y agradable delante de Dios nuestro Salvador, el cual quiere que todos los hombres sean salvos y vengan al conocimiento de la verdad. Porque hay un solo Dios, y un solo mediador entre Dios y los hombres, Jesucristo hombre” (1 Tim. 2:3-5) La etapa final de la vida es

un momento precioso para que el ser humano reflexione sobre su vida y mire a Dios y le busque y prepare su espíritu para encontrarse con Dios. “Porque es necesario que todos nosotros comparezcamos ante el tribunal de Cristo, para que cada uno reciba según lo que haya hecho mientras estaba en el cuerpo, sea bueno o sea malo. Conociendo, pues, el temor del Señor, persuadimos a los hombres; pero a Dios le es manifiesto lo que somos; y espero que también lo sea a vuestras conciencias.” (2 Corintios 5:10-11) “Así que, hermanos, os ruego por las misericordias de Dios, que presentéis vuestros cuerpos en sacrificio vivo, santo, agradable á Dios, que es vuestro racional culto.” (Romanos 12:1: 12) La vista del creyente debe estar puesta en Jesús, quien nos dio el mayor ejemplo de sumisión a la soberanía y voluntad del Padre, es en Él que tenemos la esperanza de gloria. “Y limpiará Dios toda lágrima de los ojos de ellos, y la muerte no será más, y no habrá más llanto, ni clamor, ni dolor: porque las primeras cosas son pasadas.” (Ap. 21:4)

Podemos concluir que el solicitar la muerte, asistir el suicidio, o propiciar la muerte de un enfermo por causa de su dolencia es contrario a los principios bíblicos y hay muchísima revelación divina que demuestra que esto desagrada a Dios. En tal sentido la cristiandad debe abstenerse de esta práctica y evitar cualquier complicidad directa o indirecta. 2 Co 12:9: 9 nos recuerda la respuesta de Dios ante el aguijón de la carne de San Pablo: “Y me ha dicho: Bástate mi gracia; porque mi poder se perfecciona en la debilidad. Por tanto, de buena gana me gloriaré más bien en mis debilidades, para que repose sobre mí el poder de Cristo”. Dios es creador de la vida y los cristianos defendemos la vida, entendida como un don de Dios, a pesar incluso, del sufrimiento. Job 33:4 dice “El Espíritu de Dios me ha hecho, y el aliento del Todopoderoso me da vida.” En este análisis bíblico de los principios divinos respecto a la vida, la muerte y su

posicionamiento contrarios a la eutanasia y el suicidio asistido, debemos recordar que existe en la Biblia dos relatos de solicitud asistencia al suicidio, sin embargo ambos casos ocurrió en personas que estaban alejados de la voluntad de Dios y en actitud de rebeldía. Resulta evidente que morir de una manera tan indigna, es una manera de remarcar las consecuencias del pecado en sus vidas. Tal es el caso de la muerte de Abimelec, que se relata en el Libro de los Jueces de Israel, en el capítulo noveno. Abimelec era hijo de Gedeón, para entonces no estaba establecido el reinado en Israel, sino que eran jueces elegidos por Dios quienes gobernaban. Sin embargo Abimelec, hijo de Gedeón y de una sierva suya, no era el hijo legítimo para sustituir a su padre, pues eran 70 hermanos y otros gozaban de mayor derecho, sin embargo éste se rebeló contra Dios, aceptó dinero del templo de Baal, contrató mercenarios con ese dinero para matar a 68 de sus hermanos, escapando con vida sólo el más pequeño y su vida fue contraria a la voluntad de Dios.

Por eso la Biblia relata que Dios enjuició a Abimelec y en Jueces 9:53-54 se describe “Pero una mujer arrojó una muela de molino sobre la cabeza de Abimelec rompiéndole el cráneo. Entonces él llamó apresuradamente al muchacho que era su escudero, y le dijo: Saca tu espada y mátame, no sea que se diga de mí: 'Una mujer lo mató.' Y el muchacho lo traspasó, y murió”. El suicidio asistido por el escudero de este hombre fratricida, sanguinario, idólatra y desafiante a la voluntad de Dios es una clara manera de juicio divino y de deshonra por sus múltiples pecados.

El otro ejemplo bíblico de solicitud de suicidio asistido no llegó a consumarse, sino que tuvo

la negativa de la persona convocada y culminó en un suicidio. Este caso ocurrió de manera similar, como forma de remarcar la consecuencia de alejarse de Dios y se relata en 1 Samuel 31:4-5 “Entonces Saúl dijo a su escudero: Saca tu espada y traspásame con ella, no sea que vengan estos incircuncisos y me traspasen y hagan burla de mí. Pero su escudero no quiso, porque tenía mucho miedo. Por lo cual Saúl tomó su espada y se echó sobre ella. Al ver su escudero que Saúl había muerto, él también se echó sobre su espada y murió con él.”

Saúl murió huyendo de los filisteos; debido a su profunda rebelión contra Jehová, Saúl no estaba listo para pelear, pues sabía que no contaría con la protección de Dios: “Y cuando vio Saúl el campamento de los filisteos, tuvo miedo, y se turbó su corazón en gran manera” (1 de Samuel 28:5). Saúl había consultado el día antes a una adivina, lo cual era abominación ante el Jehová (1 de Samuel 28:19). En esa persecución murieron los hijos de Saúl (Jonatán, Abinadab y Malquisúa) porque el juicio decretado por Dios ante el pecado de Saúl incluía cortar su descendencia del trono de Israel. Clarke explica que la muerte de Saúl no fue un franco suicidio, pues “Aparentemente, estaba mortalmente herido cuando le suplicó a su escudero que apagara la chispa de vida que le quedaba... aunque esta herida aceleró su muerte, sin embargo, no podía ser la causa propiamente dicha, ya que estaba herido antes y lo hizo con la convicción de que no podría sobrevivir”.<sup>43</sup> El pecado de Saúl, su rebelión endurecida y su eventual ruina afectaron a muchos más que a él mismo e incluso que a su familia inmediata. Literalmente puso en peligro a toda la nación de Israel por causa de su pecado y fue desechado por Dios (1 Sam. 15:23).

---

<sup>43</sup> The [Enduring Word](https://es.enduringword.com/comentario-biblico/1-de-samuel-31/) Comentario bíblico en español de David Guzik <https://es.enduringword.com/comentario-biblico/1-de-samuel-31/>

### 6.3.- La teología conservadora y la eutanasia

El pecado original fue pretender desafiar a Dios (Gn 3). La causa de la muerte y del sufrimiento es el pecado. Una de las consecuencias que trajo el pecado a la humanidad fue el dolor y la muerte (Gn 2:17). Todo sufrimiento en este mundo tiene como causa el pecado, incluso el sufrimiento relacionado con la tierra y la naturaleza (Ro 8:20-21). El pecado siempre tendrá consecuencias para el ser humano (Núm 32:23) y todo dolor, enfermedad, muerte, y violencia que vemos en nuestro entorno es producto del pecado.

Uno de los grandes problemas que vemos en Génesis con el pecado es el deseo del ser humano de querer ser como Dios, buscando una autonomía y un poder que lo convierta en "Creador" para dejar de ser criatura. Temas como la eutanasia o el suicidio asistido, y otros asuntos similares son solo una muestra de cómo el ser humano, rebelado y enemistado contra Dios, no respeta al dador de la vida. Desecha el orden natural establecido por Dios y quiere tener dominio total sobre la creación.<sup>44</sup> Este trasfondo teológico deriva en un conflicto moral por cuanto es siempre *una forma de homicidio*, pues implica que un hombre da muerte a otro.

Los que defienden el suicidio asistido o la eutanasia, niegan el mandato divino y rechazan la valoración de la vida humana. El razonamiento es: "Yo soy dueño de mí mismo; la hora y manera en que yo muera es parte de mi autonomía y por tanto de mi vida privada; Entonces yo mantengo mi 'derecho de morir', y nadie me lo puede quitar".<sup>45</sup> Esta afirmación de soberanía personal promete libertad pero acarrea auto-

destrucción. Resuena con la falsedad del razonamiento de Satanás con Eva: "No moriréis; sino que sabe Dios que el día que comáis de él, serán abiertos vuestros ojos, y seréis como Dios, sabiendo el bien y el mal" (Génesis 3:4,5). Como en cualquier circunstancia en que se ejerce la elección personal fuera de los parámetros de la ley de Dios, en la práctica de la eutanasia la consecuencia invariable es la muerte física y espiritual.

En este sentido, el ocasionar la muerte ha de estar en la intención de quien practica la eutanasia. No es eutanasia, el aplicar un tratamiento necesario para aliviar el dolor, aunque acorte la expectativa de vida del paciente como efecto secundario no deseado; a este fenómeno se le llama el principio del doble efecto.<sup>46</sup>

Singer desde su ética utilitarista y defensora de la eutanasia, convoca a despojar a la sociedad de la "vieja moral" refiriéndose a la cristiana, y plantea de un modo abierto y sin tapujos la necesidad de un giro copernicano en ética, de una revolución ética donde no se mencione el carácter sagrado de la vida.<sup>47</sup> Para H. T. Engelhardt los argumentos que se invocan generalmente contra la eutanasia, como el carácter sagrado de la vida, fidelidad a la profesión médica, etc., son paternalistas y la sociedad debe ser despojada de ellos.<sup>48</sup> Por todo ello la Iglesia está compelida a generar un muro de contención ético en la sociedad, acorde a la moralidad cristiana.

El principio teológico de la vida como regalo de Dios está siendo suplantado por las corrientes liberales y la práctica médica actual que parece haberse vuelto incompatible con la creencia en

<sup>44</sup> Juan Manuel Vaz. *Una respuesta bíblica a la eutanasia y el suicidio asistido*. 31 de marzo 2021. En: <https://www.coalicionporelevangelio.org/articulo/respuesta-biblica-eutanasia-suicidio-asistido/>

<sup>45</sup> Cameron Nigel. *Autonomy and the 'right to die' in Dignity and Dying: A Christian Appraisal*. Grand Rapids, Mich.: Eerdmans Publishing Company, 1996, p.23.

<sup>46</sup> J. Boyle. *The Principle of Double Effect: Good Actions Entangled in Evil*. en AAVV: *Moral Theology Today: Certitudes and Doubts*. The Pope John Center, Sant Louis, Missouri 1984, 243-260.

<sup>47</sup> Singer, Peter. *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona, Paidós, 1997.

<sup>48</sup> H.T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Nueva York/Oxford: Oxford University Press, 1986.

que toda forma de vida humana posee el mismo valor. Corresponde a la Iglesia defender el carácter sacrosanto de la vida al entender que la propia dignidad humana comienza por el deber de respetar la propia existencia humana y aceptarse tal cual, pues la dignidad humana no se supedita a estereotipos sociales de existencia humana, sino que la propia existencia humana lleva implícita dicha dignidad.

Nadie puede atentar contra la vida de una persona inocente sin oponerse al amor de Dios por esa persona, sin violar un derecho fundamental y, por tanto, sin cometer un delito de la mayor gravedad. Todos tienen el deber de llevar su vida de acuerdo con el plan de Dios. Esa vida se confía al individuo como un bien que debe dar fruto en la tierra, pero que encuentra su perfección plena sólo en la vida eterna.<sup>49</sup>

Un dilema teológico es, si se debe respetar el deseo de vivir o morir de una persona. El derecho a la vida es un derecho fundamental y básico; el más importante que una sociedad está obligada a proteger. No es la sociedad una entidad autorizada para determinar quién debe vivir o morir, ese derecho es fundamental y universal y todo ser humano tiene derecho a la vida. El dilema sería si esa sociedad está empleando suficientes recursos para asegurar la adecuada calidad de vida, incluso de cuidados paliativos para los enfermos en fase terminal o con enfermedades crónicas degenerativas severas. Existe además suficientes recursos médicos que favorecen la mitigación del dolor y el empleo de tratamiento coadyuvantes que cada vez más contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Ahora bien, es correcto entender que tampoco es bíblicamente aceptable el ensañamiento terapéutico, entendido como distanasia, cuando se mantiene a un paciente con vida de manera artificial y prolongada y sin pronóstico posible

de recuperación o reversibilidad. Tal es el caso de pacientes con muerte cerebral que han estado durante años acoplados a máquinas y en progresivo deterioro físico. Resulta incluso respetable que alguien se niegue a recibir asistencia sanitaria pues considere que prefiere vivir los últimos días de sus vidas con mayor calidad y rodeados de sus seres queridos, en lugar de morir solo en un hospital. En cualquier caso el advenimiento de la muerte natural, ya sea con asistencia médica o sin ella no es censurable.

Respecto a la eutanasia el Presbiterio General de las Asambleas de Dios considera, que la Iglesia tiene el deber de: (1) proclamar la dignidad del hombre como la creación soberana de Dios, (2) reafirmar la autoridad de Dios sobre la vida desde la concepción hasta la muerte, y (3) afirmar el significado de la esperanza de gloria para el sufrimiento de la humanidad.<sup>50</sup> La justa decisión de obedecer los mandatos de Dios trae verdadera libertad. Dentro de los parámetros de Su ley, el individuo puede anticipar el gozo de sus bendiciones. Dios encara a cada uno de nosotros con alternativas absolutas: “A los cielos y a la tierra llamo por testigos hoy contra vosotros, que os he puesto delante la vida y la muerte, la bendición y la maldición; escoge, pues, la vida, para que vivas tú y tu descendencia; amando a Jehová tu Dios, atendiendo a su voz, y siguiéndole a él; porque él es vida para ti” (Deut. 30:19-20).

Para el creyente, la muerte no es la derrota final sino una transición en la que se intercambia lo percedero por lo impercedero, lo temporal por lo eterno, lo imperfecto por lo perfecto. El creyente experimenta la certeza aun cuando se enfrenta a la muerte. Job concluye: “Entonces llamarás, y yo te responderé; tendrás afecto a la hechura de tus manos” (Job 14:15). El salmista implica la simetría de la actividad de Dios en su nacimiento y muerte, cuando

---

<sup>49</sup> *Declaration on euthanasia*. Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. Rome, may 5, 1980.

<sup>50</sup> La santidad de la vida humana: El suicidio, el suicidio con asistencia médica, y la eutanasia. (*Declaración Adoptada por el Presbiterio General en sesión del 9 al 11 de agosto del 2010*)

escribe: “Y en tu libro estaban escritas todas aquellas cosas que fueron luego formadas, sin faltar una de ellas” (Salmo 139:16).

Si el comienzo de la vida (concepción) y su final (muerte) están en las manos de Dios, entonces el aborto, el suicidio y la eutanasia, representan las máximas violaciones de Su prerrogativa. Si bien el aborto roba del vientre una vida que todavía no ha empezado; la eutanasia y el suicidio asistido precipitan a la tumba la vida que aún no ha terminado. La polémica acerca de la eutanasia y el suicidio asistido también ignora las profundas implicaciones espirituales de la transición de la vida a la muerte. Sus defensores y practicantes no ofrecen ninguna información acerca de la realidad espiritual más allá de la muerte. Esta aparente ingenuidad es indicio

#### 6.4.- La Teología del sufrimiento

Cabe entonces enunciar una pregunta: ¿Si la muerte no era el ideal de Dios para los seres humanos, por qué deben soportar el sufrimiento de la enfermedad? Esto nos conduce ineludiblemente a profundizar en la Teología del sufrimiento.

Nuestra dificultad en comprender la soberanía de Dios en la muerte sólo corresponde a nuestra dificultad en comprender su actividad en el sufrimiento humano. Desde la perspectiva bíblica, el sufrimiento es potencialmente purificador y son llamados bienaventurados los que sufren: “He aquí, tenemos por **bienaventurados** a los que **sufren**” (Santiago 5:11). El Sermón del Monte, descrito en Mateo capítulo 5, es una clara enseñanza de Jesús respecto al acompañamiento que hace Dios de los que padecen. Llama Bienaventurados o dichosos a los pobres en espíritu (v.3), porque de ellos es el reino de los cielos; a los que sufren y lloran, porque ellos recibirán consolación (v.4). Es el sufrimiento del creyente un lugar donde se entrega a Dios dependiendo totalmente de Él y esperando el consuelo y las fuerzas del cielo. El

de la decepción espiritual en que se basa la filosofía del derecho de morir.

Por supuesto, la muerte no era el ideal de Dios. La muerte empezó como resultado de la rebelión y se extendió posteriormente de un hombre a la raza entera: “Por tanto, como el pecado entró en el mundo por un hombre, y por el pecado la muerte, así la muerte pasó a todos los hombres, por cuanto todos pecaron” (Rom. 5:12). El plan de Dios es librarnos de este último enemigo. “¿Dónde está, oh muerte, tu aguijón? ¿Dónde, oh sepulcro, tu victoria? ya que el aguijón de la muerte es el pecado, y el poder del pecado, la ley. Mas gracias sean dadas a Dios, que nos da la victoria por medio de nuestro Señor Jesucristo” (1 Cor. 15:55-57).

apóstol San Pablo nos advierte: “No os ha sobrevenido ninguna prueba que no sea humana; pero fiel es Dios, que no os dejará ser probados más de lo que podéis resistir, sino que dará también juntamente con la prueba la salida, para que podáis soportarla.” (1 Cor. 10:13).

Desde la perspectiva de los defensores del suicidio asistido y la eutanasia, el sufrimiento no tiene sentido y es degradante y por ello consideran que una vez que el ser humano está bajo sufrimiento puede ser justificable hasta el homicidio. Esto abre un debate que se contrapone al hedonismo materialista y al utilitarismo del positivismo pragmático, donde pareciera inferirse que una vez que el ser humano dejó de ser productivo y socialmente útil, convirtiéndose en una carga para otros, su vida deja de tener valor y en tal sentido es justificable incluso facilitar su eliminación.

Job ofrece el prototipo del sufrimiento significativo. Él soportó dolor y desfiguración. “Entonces salió Satanás de la presencia de Jehová, e hirió a Job con una sarna maligna desde la

planta del pie hasta la coronilla de la cabeza” (Job 2:7). La reacción insensible de la esposa de Job es curiosamente contemporánea: “¿Aún retienes tu integridad? Maldice a Dios, y muérete” (Job 2:9). Rechazando su incitación, Job retenía su integridad, y afirmaba su completa confianza en Dios, diciendo: “Yo sé que mi Redentor vive, y al fin se levantará sobre el polvo; y después de deshecha esta mi piel, en mi carne he de ver a Dios” (Job 19:25,26).

El sufrimiento es comprensible cuando vemos a Aquel que fue “despreciado y desechado entre los hombres, varón de dolores, experimentado en quebranto” y que “ciertamente llevó él nuestras enfermedades, y sufrió nuestros dolores” (Isaías 53:3,4). La pasión de Jesús nos asegura que Él se identifica con nuestros sufrimientos y que su fidelidad nos preservará durante las inevitables pruebas y tribulaciones de la vida. Esta es la esperanza de los que sufren y realmente el único consuelo ante el dolor implacable. Cristo se identifica con el sufrimiento de la humanidad, sufrió el dolor y la agonía por amor a la humanidad, y sana el sufrimiento de la humanidad. Los apóstoles de Jesús sufrieron y murieron martirizados y ese dolor físico es visto incluso como una honra al ser partícipes de los sufrimientos de Cristo (1 P.4:13)

La porción de la Primera Epístola de Pedro 4: 12-19 nos enseña la actitud que debe tener el creyente ante el sufrimiento: “<sup>12</sup> Amados, no os sorprendáis del fuego de prueba que os ha sobrevenido, como si alguna cosa extraña os aconteciese, <sup>13</sup> sino gozaos por cuanto sois participantes de los padecimientos de Cristo, para que también en la revelación de su gloria os gocéis con gran alegría. <sup>14</sup> Si sois vituperados por el nombre de Cristo, sois bienaventurados, porque el glorioso Espíritu de Dios reposa sobre vosotros. Ciertamente, de parte de ellos, él es blasfemado, pero por vosotros es glorificado. <sup>15</sup> Así que, ninguno de vosotros padezca

como homicida, o ladrón, o malhechor, o por entremeterse en lo ajeno; <sup>16</sup> pero si alguno padece como cristiano, no se avergüence, sino glorifique a Dios por ello. <sup>17</sup> Porque es tiempo de que el juicio comience por la casa de Dios; y si primero comienza por nosotros, ¿cuál será el fin de aquellos que no obedecen al evangelio de Dios? <sup>18</sup> Y: Si el justo con dificultad se salva, ¿En dónde aparecerá el impío y el pecador? <sup>19</sup> De modo que los que padecen según la voluntad de Dios, encomienden sus almas al fiel Creador, y hagan el bien.”

La perspectiva bíblica del sufrimiento rechaza frontalmente la filosofía del derecho de morir, una lógica que dice que el valor de la vida de una manera u otra es condicional y en el caso de los enfermos incurables, el valor está condicionado a la “calidad de la vida”. ¿Qué sucede con otras clases de personas que no son saludables, jóvenes, y vigorosas? ¿Qué pensar de los niños que padecen de parálisis cerebral infantil severa y están postrados y vegetando en un lecho sin consciencia incluso de su propia existencia? Asistir la eutanasia o al suicidio de los enfermos incurables establece un precedente ominoso que abre la puerta a una devaluación más general de la vida y a una práctica más amplia de la eutanasia. Aun el *American College of Physicians* (Colegio Norteamericano de Médicos) ha expresado su preocupación de que la eutanasia y el suicidio asistido podrían llevar a acciones contra los pobres, los enfermos crónicos, los que tienen problemas mentales, los discapacitados, y los niños menores.<sup>51</sup>

La historia justifica esta preocupación. En el decenio de 1920 los médicos alemanes empezaron a tomar en consideración que “podría haber una vida que no fuera digna de seguir” y adoptaron la práctica de la eutanasia para los enfermos crónicos, y después consintieron a una definición más amplia de personas

---

<sup>51</sup> *American College of Physicians Ethics Manual. Seventh Edition.* <https://doi.org/10.7326/M18-2160>

“indignas”.<sup>52</sup> La legalización en Europa de la eutanasia voluntaria deja la puerta entreabierta a la práctica de la eutanasia involuntaria, lo que condicionaría que en caso de ancianos y enfermos crónicos declarados mentalmente incapaces y bajo la tutela de terceros, estos últimos tuvieran la potestad de solicitar la eutanasia sin el explícito consentimiento del incapacitado mental. Hoy, las leyes sobre “la muerte digna” banaliza la vida y la esencia misma de la raza humana, generando una gran crisis de valores y un severo conflicto ético al que debe enfrentarse la cristiandad en su acción modeladora social.

La sociedad que acepta poner fin a la vida de algunas personas, teniendo como baremo a la calidad de vida que tienen y a su estado de salud y, además, con la complicidad de terceros, cae en el craso error de considerar indigna y menos valiosa la vida de algunas personas enfermas o intensamente disminuidas. El instinto de conservación de la vida, la voluntad de superar las limitaciones, el deseo natural de amar y ser amado y la posibilidad incluso de recuperar la salud, se ven eclipsados con el deseo de algunos, bajo los conceptos de autodeterminación y de calidad de vida, de poner fin a la propia vida o, incluso de librar a la sociedad del problema que representa atender al disminuido.<sup>53</sup>

La pandemia ha puesto de manifiesto la fragilidad de la vida y ha suscitado un amplio debate sobre la igualdad de derechos a los mejores cuidados y recursos médicos, al mismo tiempo que indignación por el descarte en la atención a personas mayores. Ha crecido la conciencia de que acabar con la vida no puede ser la solución para abordar un problema humano. De igual manera, la muerte provocada no puede

ser un atajo que nos permita ahorrar recursos humanos y económicos en los cuidados paliativos y el acompañamiento integral. Por el contrario, frente a la muerte como solución, es preciso invertir en los cuidados y cercanía necesarios en la etapa final de esta vida; ésta es la verdadera compasión.

De igual manera, es correcto que ante la inminencia de la muerte, se pueda tomar la decisión de renunciar a tratamientos invasivos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, evitando así el ensañamiento terapéutico o incluso acelerar la muerte por las posibles complicaciones derivadas de dichos tratamientos. En tales casos, no deben interrumpirse bajo ningún concepto los cuidados básicos como las curas diarias de heridas, las adecuadas higiene corporal y alimentación del paciente, así como la administración de medicamentos paliativos. Resulta además de gran importancia el apoyo afectivo y emocional al enfermo.

La no aplicación de tratamientos invasivos o generadores de sufrimientos con mayor coste que beneficio en pacientes en fase terminal, no es eutanasia, siempre que se continúen proveyendo la asistencia necesaria para el mantenimiento básico de la vida. Por el contrario, si hubiese la intencionalidad de provocar la muerte al negar la asistencia sanitaria o el cuidado elemental, se estaría implementando una eutanasia pasiva. La eutanasia es pasiva o negativa (omisión) cuando la muerte es procurada a través de la no administración de tratamientos, intervenciones, medicamentos, terapias que resulten vitales para preservar la vida de una persona, o la negación a dar alimentos cuando el enfermo se encuentre en fase terminal.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> L. Alexander, “Medical science under dictatorship.” *New England Journal of Medicine* (1949), 241:44.

<sup>53</sup> Claudio Lavados Montes. Eutanasia. Criterios en la Enseñanza de la Iglesia. Ciencias Religiosas N. 16. Biblioteca Digital DIBRI -UCSH por Universidad Católica Silva Henríquez UCSH -DIBRI.

<sup>54</sup> Santiago Roldán García. Algunas consideraciones para una valoración desde la teología moral al debate sobre la eutanasia en Colombia. *Revista Iberoamericana de Bioética* / nº 11 / 01-22 [2019] [ISSN 2529-9573] DOI: 10.14422/rib.i11.y2019.008

Los motivos de nuestra actuación, como la compasión y el deseo que nuestros seres queridos no sufran, no pueden cambiar el fin intrínseco de nuestro actuar, que en la eutanasia, es el de privar la vida a otro, o cooperar con su suicidio. Si los motivos emocionales prevalecieran sobre la naturaleza de los actos, hasta el punto de hacer a éstos social y jurídicamente justificables, no sería posible la convivencia, pues cualquier acto, fuera el que fuese, podría quedar legitimado en virtud de los motivos íntimos del que los ejecuta. La consecuencia de esta mentalidad, que es también expresión del entorno cultural que se vive, tiende a resolver el problema del sufrimiento eliminándolo.<sup>55</sup>

En este momento crítico que vive la humanidad de pandemias, muertes y desesperación, es imperativo que regresemos a la eterna pauta absoluta del valor humano arraigado en la verdad bíblica. Tenemos que retornar a la estimación divina del valor y de la dignidad de la vida, sea nacida o aún no nacida, joven o

anciana, saludable o sufrida. Tenemos que reconocer de nuevo a Aquel en quien somos hechos a su imagen, a Aquel que determina la hora de nuestro comienzo y la hora de nuestro fin, y a Aquel que provee a los que sufren significado y esperanza mediante la obra redentora de la Cruz.<sup>56</sup>

En la moralidad de los actos ocurre un fenómeno de objetividad y de subjetividad. Lo objetivo son las normas de la moralidad a las que está referido el individuo por la gracia y por la acción del Espíritu Santo presentes en su conciencia. Lo subjetivo es el proceso interior por medio del cual el sujeto, después de confrontar el comportamiento que va a elegir con las normas objetivas de moralidad y con el impulso del Espíritu Santo, libremente opta por el bien. Pero puede optar por el mal que percibe como tal en su conciencia; evidentemente, este proceso interior de libre albedrío será juzgado por Dios.<sup>57</sup>

## 6.5.- Derecho a decidir sobre tratamiento vital

La ley española establece el derecho a realizar testamento vital o manifestación de voluntad anticipada, en la que la persona manifiesta cómo desea que se le trate médicamente cuando no pueda expresarse por sí mismo y cuando ya haya fallecido decidir sobre el destino de sus órganos. De esta manera, tanto los que están a favor de la eutanasia como los que están en contra pueden expresar su voluntad y posición ética respecto a la eutanasia, con carácter vinculante al momento de encontrarse en la postrimería de la vida. Es por ello que se recomienda que el creyente que lo considere oportuno, realice una manifestación de

voluntad anticipada, que podrá efectuarse ante la Consejería de Salud de su comunidad autónoma, cuyas particularidades podrá encontrar a través de su página web oficial. Otra opción es acudir ante notario para efectuar un testamento vital.

A fin de que el acto notarial o la manifestación de voluntad anticipada sea eficaz y genere obligaciones ante terceros, debe registrarse oportunamente ante el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de cada comunidad autónoma y luego ante el Registro Nacional de Instrucciones Previas. Asimismo, deberá incorporarse a la historia clínica para facilitar el

---

<sup>55</sup> *Evangelium Vitae*, 15

<sup>56</sup> La santidad de la vida humana: El suicidio, el suicidio con asistencia médica, y la eutanasia. (*Declaración Adoptada por el Presbiterio General en sesión del 9 al 11 de agosto del 2010*)

<sup>57</sup> Santiago Roldán. (2007). *Una reflexión desde la teología moral a la hominización del embrión humano* (Trabajo de Grado). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Teología, Bogotá, Colombia.

conocimiento del mismo por parte de los médicos y para hacer efectivas también modificaciones o revocaciones del mismo.

En este proceso, siempre que exista la posibilidad, resulta importante nombrar un representante que conozca estos deseos y esté dispuesto a hacer lo posible porque se cumpla de manifiesta voluntad y asimismo hacer llegar el testamento vital al médico de cabecera e incluirlo en el historial médico en caso necesario.

Existen tres maneras de realizar la declaración de no consentimiento de realización de la eutanasia, aunque varía parcialmente en algunas comunidades: Ante el Centro de la Salud correspondiente, como ocurre en el País Vasco, con tres testigos de los que dos no podrán ser familiares directos; ante el personal del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de la comunidad autónoma correspondiente; o ante notario para la realización del testamento vital.

El testamento vital puede modificarse o revocarse de la misma forma en que se realizó, cuidando igualmente de su inscripción, a fin de que sea conocido por todos los implicados en su cumplimiento en su momento.

El contenido del testamento vital puede variar según los deseos del paciente, estableciendo lo que considera una muerte digna, los cuidados y tratamientos que desea le sean o no suministrados, el nombramiento de uno o varios representantes que se encarguen de hacer llegar a los médicos la voluntad del paciente y que cuiden de su cumplimiento, el destino que dar a sus órganos, o si desea ser enterrado o incinerado. Diferentes grupos religiosos animan a sus feligreses a que realicen dicha manifestación de voluntades contraria a la eutanasia e incluso es posible su realización en privado y que esta sea presentada luego ante las instituciones de salud para su registro (Ver anexo 2).

## 6.6.- Nuestra doctrina y la eutanasia

Vivimos en una sociedad en democracia y ella entendida como esencial para el correcto desarrollo social, vista siempre en el marco de un Estado de Derecho, donde toda garantía de derecho es a su vez restricción de derecho.<sup>58</sup> Por ejemplo, la Iglesia Evangélica tiene el derecho y la libertad para expresar su postura ética respecto a la eutanasia y a su vez, la consecuente obligación de respetar otras posiciones antagónicas. Esto ha sido llamado, pluralismo moral y es una característica de la sociedad postmoderna en democracia en todas las dimensiones de interrelación social: política,

filosófica, religiosa, socioeconómica, etc. Precisamente este pluralismo, se forja en el seno de una nueva concepción de la libertad, entendida como libertad negativa, o sea, como no interferencia; y una nueva figura del sujeto moral esto es, como sujeto autónomo.<sup>59</sup>

Para dar solución a esta especie de callejón sin salida, y con el fin de alcanzar una ley que sea justa para todos, la democracia ha apelado al

<sup>58</sup> Dadonim Vila Morales. Teoría del Derecho Médico. ECIMED: La Habana, 2013.

<sup>59</sup> Z Díaz Montiel. (2007). *J. Habermas: Lenguaje y diálogo, el rol del entendimiento intersubjetivo en la sociedad moderna.*

principio de la tolerancia.<sup>60</sup> En este sentido la solución consiste en aceptar una concepción de la justicia política que sea común para todos, ya que es imposible alcanzar acuerdos a partir de nuestras propias concepciones morales encontradas e irreconciliables. Tal concepción de la justicia política ha de tener como primer principio absoluto el reconocimiento de la igualdad de la libertad para todos los miembros de una sociedad democrática.<sup>61</sup>

En definitiva, el principio democrático de la tolerancia se aplica en el debate público político buscando arreglos institucionales no en virtud de encontrar la verdad, sino de encontrar acuerdos de convivencia razonables para mantener el orden y la armonía social. La pluralidad moral pretende que la cuestión sobre la práctica de ciertas prerrogativas quede en manos de los individuos. En efecto, son ellos mismos, y en virtud de sus propias concepciones morales, quienes en último término han de resolver la cuestión. Eso no exime de responsabilidad a la Iglesia de establecer sus fundamentos éticos y de enseñarlos en libertad de conciencia, con apego al respeto del libre albedrío que Dios le ha dado a toda la humanidad.<sup>62</sup>

Roldán plantea: “Es innegable por lo tanto comprender que un elemento inherente a la conciencia humana es la capacidad para *sopear* comparativamente los valores y deberes, cuando estos se hallan presentes en dos o más opciones posibles que se presenten a la conciencia y que resulten opuestamente en conflicto. De igual forma, es inherente a la conciencia humana el *captar*, en dicho proceso comparativo de valores y deberes, en cuál de los extremos de la balanza reside una mayor cantidad de bienes o de bondades. De esta

manera la conciencia del individuo es capaz de discernir el bien mayor frente a otros bienes en conflicto. O vista la misma realidad en términos negativos, la conciencia es capaz de discernir cuál es el mal menor entre dos males que se seguirán de un determinado comportamiento”.<sup>63</sup>

Nuestra conceptualización de la teología entiende como objeto primario de estudio teológico a la revelación trinitaria de Dios al hombre concretada en la Biblia y por tanto toda teología para ser coherente en la aplicación del método teológico debe partir de los fundamentos bíblicos. A su vez la teología es el soporte teórico de la doctrina, entendida como la aplicación práctica de un sistema teológico que se traduce en la manera de vivir y expresar la fe por un grupo de creyentes en su contexto.<sup>64</sup> Resulta entonces imperativo estructurar los referentes normativos que consideramos debe tener la iglesia Evangélica Española en general y las Asambleas de Dios en España en particular al abordar el problema de la eutanasia como práctica legalizada en nuestro contexto.

Para ello se realiza la siguiente declaración de Fe y Conducta cristianas:

1. Las Asambleas de Dios de España expresa su rechazo a las prácticas de la eutanasia y el suicidio asistido, por considerarse contrarias a la revelación divina que protege la conservación de la vida de todo ser humano. En tal sentido todo cristiano deberá abstenerse de dichas prácticas pecaminosas, para sí o para otros, evitando cualquier forma de complicidad en actos que generen la muerte.

---

<sup>60</sup> Mauricio Correa Casanova. *Dos versiones rivales sobre la tolerancia*. La crítica de Michael Sandel a John Rawls. *Veritas*, vol. I, nº 14 (2006), 97-119.

<sup>61</sup> Mauricio Correa Casanova. *La eutanasia y el argumento moral de la Iglesia en el debate público*. *Veritas*, Vol. I, nº 15 (2006) 245-267.

<sup>62</sup> A. Múnera, (2019). La moral como antropología teológica. *Theologica Xaveriana*, (68-69), 305-332. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/teoxaveriana/article/view/25075>

<sup>63</sup> Santiago Roldán (2005). *Teología e Bioética*. En *Cadernos Teología Pública*, Vol. 14 (pp. 5-21). Brasil: UNISINOS.

<http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/teopublica/014cadernosteologiapublica.pdf>

<sup>64</sup> Dadonim Vila Morales. *Teología del Nuevo Testamento*. La Habana: Editorial Sapientiam, 2016; 32.

2. Es deber de la Iglesia de Jesucristo levantar su voz profética para advertir de los riesgos ético, moral y espiritual que conllevan la instauración de la eutanasia y del suicidio asistido como método de evitar el dolor y el sufrimiento. La iglesia como sal y luz, tiene el deber de expresar en términos incondicionales la esencia de sus principios morales y sus convicciones espirituales.

3. Es el deber y responsabilidad de las autoridades gubernamentales, de la sociedad civil, de las instituciones de salud y de los colegios profesionales de sanitarios el proveer los medios necesarios para el alivio del dolor. La solución ante el sufrimiento de los pacientes en estado terminal no es la eutanasia ni el suicidio asistido, sino la implementación de tratamientos y recursos que permitan una mejor calidad de vida y la eliminación del dolor como principal causa de sufrimiento.

4. El uso de medicación para el alivio del dolor, con efectos secundarios que potencialmente acorten la vida del paciente en fase terminal, entendido como doble efecto se considera aceptable y necesario, siempre que el potencial acortamiento de la vida del paciente sea un efecto secundario no deseado y no exista otra vía más inocua de obtener iguales o mejores resultados.

5. Es un deber cristiano el mostrar amor con hechos tangibles a los que sufren enfermedades degenerativas y dolores crónicos. La declaración más fuerte a favor de los enfermos incurables y en contra del suicidio asistido y la eutanasia, la hacen los individuos que proveen apoyo espiritual en los hogares de dichos enfermos o en los centros de cuidado paliativo,

quienes sirven como capellanes en hospitales, o quienes ofrecen cuidado amoroso en los asilos de ancianos, y de otra manera ministran a los que están sufriendo y muriendo. Las congregaciones locales deben potenciar los ministerios de misericordia y acompañamiento a los pacientes desahuciados. El apóstol Juan nos amina, “hijitos míos, no amemos de palabra ni de lengua, sino de hecho y en verdad” (1 Juan 3:18).

6. Es también un deber cristiano el proveer atención pastoral sabia y sensible a creyentes y familiares involucrados en estos dilemas éticos. Urgimos a la promoción de los cuidados paliativos, que ayudan a vivir la enfermedad grave sin dolor y al acompañamiento integral, por tanto también espiritual, a los enfermos y a sus familias. Este cuidado integral alivia el dolor, consuela y ofrece la esperanza que surge de la fe y da sentido a toda la vida humana, incluso en el sufrimiento y la vulnerabilidad.

7. Es muy recomendable que los creyentes expresen formalmente su negativa a ser objetos de eutanasia en caso de incapacidad mental o estar bajo la tutela o representación de un tercero durante la fase terminal de cualquier enfermedad letal. Esta declaración de negativa ante una posible eutanasia es un derecho legal de todo residente en España y existe la manera de realizarse oficialmente a través de la página web de cada Consejería de Salud de las comunidades autónomas o mediante un testamento vital ante notario, con sus consecuentes inscripciones en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de cada comunidad autónoma y del Registro Nacional de Instrucciones Previas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *American College of Physicians Ethics Manual. Seventh Edition.* <https://doi.org/10.7326/M18-2160>
2. Assemblies of God. Euthanasia, and extraordinary support to sustain life, 2016. Retrieved from [http://ag.org/top/beliefs/topics/contempissues\\_18\\_euthanasia.cfm](http://ag.org/top/beliefs/topics/contempissues_18_euthanasia.cfm)
3. Bacon, F. *The Oxford Francis Bacon IV* (ed. Michael Kieran) (From the original: *The Advancement of Learning*, 1605), New York, NY: Oxford University Press, 2000.
4. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2001.
5. Blanco, L.G. *Muerte digna: consideraciones bioético-jurídicas*. Buenos Aires: Ad Hoc., 1997
6. Brian Stiller, *Evangelicals Around the World: A Global Handbook for the 21st Century*, Thomas Nelson, Estados Unidos, 2015, p. 18-19, 21.
7. Caddell, David P., and Rae R. Newton. *Euthanasia: American Attitudes toward the Physician's Role*. *Social Science & Medicine*, vol. 40, no. 12, June 1995, pp. 1671–1681. EBSCOhost, doi:10.1016/0277-9536(94)00287-4.
8. Callahan, D. *When Self-determination Runs Amok*, en: *Hastings Center Report*, 1992.
9. Carrasco, I. *Eutanasia*, en: Consejo Pontificio para la Familia, *Lexicón*, Madrid: Palabra, 2002.
10. Ciccone, L. *Eutanasia, problema católico o problema di tutti?*. Roma, Città Nuova, 1991.
11. Comitato Nazionale Italiano per la Bioetica. *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*. *Medicina e Morale*, 1999, 6.
12. Correa Casanova, Mauricio. *Dos versiones rivales sobre la tolerancia. La crítica de Michael Sandel a John Rawls*. *Veritas*, vol. I, nº 14; 2006, pp. 97-119.
13. Correa Casanova, Mauricio. *La eutanasia y el argumento moral de la Iglesia en el debate público*. *Veritas*, Vol. I, nº 15; 2006, pp. 245-267.
14. Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. *Declaration on euthanasia*. Rome, may 5, 1980.
15. Díaz Montiel, Z. y J. Habermas: *Lenguaje y diálogo, el rol del entendimiento intersubjetivo en la sociedad moderna*, 2007.
16. Dyer, K. *Death and dying: Definition of Voluntary active euthanasia*, 2006. Retrieved from <http://dying.about.com/od/glossary/g/vae.htm>
17. Engelhardt, D. *La eutanasia y el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente*. *Acta Bioética*, VIII – 1; 2002.
18. Engelhardt, H.T. *The Foundations of Bioethics*, Nueva York/Oxford: Oxford University Press, 1986.
19. Engelhardt, T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1995
20. *Evangelium Vitae*, 15. Encíclica Papal Juan Pablo II, 1995. En: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html)
21. Gardner, D. B. *Quality in Life and Death: Can We Have the Conversations?*. *Nursing Economic\$*, vol. 30, no. 4, July 2012, pp. 224–227. EBSCOhost, search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=79279189&site=eds-live.
22. Giraldo, J. A. *Declaración Pastoral Jesucristo Rey del Universo, Señor de la vida. Del presidente de la Conferencia Episcopal*. Santafé de Bogotá, D. C. 23 de noviembre, 1997.
23. Giraldo, J. A. *Declaración del presidente de la Conferencia Episcopal de Colombia sobre la Eutanasia*. Santafé de Bogotá, D. C. 29 de mayo, 1997.
24. Günderson, M. *A Right to Suicide Does not Entail a Right to Assisted Death*. *Journal of Medical Ethics*; 3, 1997.
25. Hardwig, J. *Is There a Duty to Die?* *Hastings Center Report* 27, nº 2, 1997.
26. Herranz, G. *Deontología médica y vida terminal*. *Medicine e Morale*, 1, 1998.
27. [http://christianbiowiki.org/wiki/index.php/Physician Assisted Suicide/Euthanasia](http://christianbiowiki.org/wiki/index.php/Physician_Assisted_Suicide/Euthanasia). Centro de Bioética y Dignidad Humana | Trinity International University, 2019.
28. <http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/teopublica/014cadernosteologiapublica.pdf>
29. [https://elpais.com/sociedad/2014/06/12/actualidad/1402606692\\_853823.html](https://elpais.com/sociedad/2014/06/12/actualidad/1402606692_853823.html)
30. [https://www.eldiario.es/sociedad/evangelicos-espanoles-catolicismo-verdadera-religiosa\\_1\\_1781781.html](https://www.eldiario.es/sociedad/evangelicos-espanoles-catolicismo-verdadera-religiosa_1_1781781.html)
31. <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-asi-son-minorias-religiosas-viven-espana-20160601172504.html>
32. IBB. *Declaración del Institut Borja de Bioètica (Universitat Ramon Llull): Hacia una posible despenalización de la eutanasia*. Esplugues de Llobregat. Enero, 2005.
33. Boyle J. *The Principle of Double Effect: Good Actions Entangled in Evil*, en AAVV: *Moral Theology Today: Certitudes and Doubts*. The Pope John Center, Sant Louis, Missouri, 1984, pp. 243-260.
34. Jochemsen, H. *Euthanasia in Holland: An Ethical Critique of the New Law*. *Journal of Medical Ethics*, 1999, pp. 20.
35. Alexander, L. *Medical science under dictatorship*. *New England Journal of Medicine*. 1949, 241:44.
36. *La santidad de la vida humana: El suicidio, el suicidio con asistencia médica, y la eutanasia*. Declaración Adoptada por el Presbiterio General en sesión del 9 al 11 de agosto, 2010.
37. Lavados Montes, C. *Eutanasia. Criterios en la Enseñanza de la Iglesia*. *Ciencias Religiosas* N. 16. Biblioteca Digital DIBRI -UCSH por Universidad Católica Silva Henríquez UCSH -DIBRI.
38. Lee, L. W. *The Oregon paradox*. *The Journal of Socioeconomics*, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.10.008>
39. Lifton, R. J. *The Nazi Doctors: Medical killing and the psychology of genocide*. Basingstoke, UK: Macmillan, 1986.
40. Longmore, P. K. *Assisted Suicide — What Euthanasia Activists Say, What People with Disabilities Say*. *The Western Journal of Medicine*. 1992;157: 2, pp. 190–191. EBSCOhost, search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=1441486&site=eds-live.

41. Hutchinson, Mark; Wolffe J. *A Short History of Global Evangelicalism*, Cambridge University Press, Reino Unido, 2012, p. 12.
42. Meire, D.; Morrison, R. *America's case of serious illness: A state by state report card on access to palliative care in our nation's hospitals*, 2011. Retrieved from <http://reportcard-live.capc.stackop.com/pdf/state-by-state-report-card.pdf>
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Pro-tocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>
44. Miret, E. *Eutanasia, Filosofía y Religión*. Humanitas, Humanidades Médicas, 2003; 1,1.
45. Múnera, A. *La moral como antropología teológica*. Theologica Xaveriana. 2019; 68-69, pp. 305-332. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/teoxaveriana/article/view/25075>
46. Nigel C. *Autonomy and the 'right to die' in Dignity and Dying: A Christian Appraisal*. Grand Rapids, Mich.: Eerdmans Publishing Company. 1996, p.23.
47. Pablo VI. *El valor Religioso del Concilio*. Alocución del 7 de Diciembre de 1965 en la clausura del Concilio Vaticano II.
48. Parra, A. *La fundamentación antropológica de la teología desde el mundo rico hasta América Latina*. Theologica Xaveriana. 2019; 68-69, pp. 271-291. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/teoxaveriana/article/view/25072>
49. Pieper, A. *Ética y Moral: una introducción a la filosofía práctica*. Barcelona: Editorial Crítica. 1991.
50. Pío XII. *Discurso a los participantes al I Congreso Internacional de Histopatología del sistema nervioso*. 14 septiembre, 1942.
51. Pío XII. *Discurso al VII Congreso Internacional de Médicos Católicos*, 11 de septiembre, 1956.
52. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. *Carta a los Agentes de la Salud*. 1994, n° 125.
53. Porta, J.; Núñez, J.M.; Altisent, R. *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos*. Medicina Paliativa. 2002; 9; 1, pp. 41-46.
54. ProCon.org. "State-by-State Guide to Physician-Assisted Suicide." ProCon.org. 9 July 2018, [euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132](http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132)
55. Rahner, K. *Curso fundamental de la fe. Introducción al concepto de cristianismo*. Barcelona: Herder, 1998.
56. Ricou, M.; Wainwright T. *The Psychology of Euthanasia: Why There Are No Easy Answers*. European Psychologist, 2018, Aug.. EBSCOhost, doi:10.1027/1016-9040/a000331.
57. Roldán García, S. *Algunas consideraciones para una valoración desde la teología moral al debate sobre la eutanasia en Colombia*. Revista Iberoamericana de Bioética. 2019; 11, pp. 01-22 [] [ISSN 2529-9573] DOI: 10.14422/rib.i11.y2019.008
58. Roldán García, S. *Teología e Bioética*. En *Cadernos Teología Pública*. Brasil: UNISINOS. 2005; 14, pp. 5-21.
59. Roldán, S. *Una reflexión desde la teología moral a la hominización del embrión humano* (Trabajo de Grado). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Teología, Bogotá, Colombia, 2007
60. Salazar, R. *Comunicado del presidente de la conferencia episcopal*. Comunicado sobre la Eutanasia. Bogotá, D.C. 22 de septiembre, 2008.
61. Santidrián, PR. Clarificación del concepto de eutanasia, en: Vidal, M., *Bioética, estudios de bioética racional*. Madrid: Tecnos, 1989
62. Saunders, C. *Cuidados en la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat, 1980.
63. Sharo, S. When Prayers go unanswered. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2013; 52, 1–16. Doi:10.1111/jssr.12013.
64. Sharp, S. *Belief in Miracles and Attitudes towards Voluntary Euthanasia*. *Death Studies*, 2017; 41, 4, Apr., pp. 211–219. EBSCOhost, doi:10.1080/07481187.2016.1241838.
65. Singer, P. *Practical Ethics*, Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
66. Spaemann, R. *Ética: cuestiones fundamentales*. Pamplona: EUNSA, 1998.
67. Tettamanzi, D. *Nuova Bioetica cristiana*. Casale Monferrato: Piemme, 2002.
68. Singer, Peter. *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona, Paidós, 1997.
69. Smith, T. W., Marsden, P., Hout, M., & Kim, J. *General Social Surveys, 1972–2014* [machine-readable data file]. Principal Investigator, Tom W. Smith; Co-Principal Investigator, Peter V. Marsden; Co-Principal Investigator, Michael Hout; Sponsored by National Science Foundation. Chicago, IL: National Opinion Research Center at the University of Chicago, 2015.
70. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la eutanasia. *Medicina Paliativa* 1. 2002; 37.
71. *Society for the Right to Die: The Living Will*. New York, NY, Choice in Dying (formerly Society for the Right to Die and Concern for Dying), 1967
72. *The Enduring Word* Comentario bíblico en español de David Guzik <https://es.enduringword.com/comentario-biblico/1-de-sa-muel-31/>
73. Thomasma, D. C. Assisted Death and Martyrdom. *Christian Bioethics*, 1998.
74. Urbina, O. *Comunicado del presidente de la conferencia episcopal*. Mensaje Amemos y custodiemos la Vida. Bogotá, D.C. 10 de abril, 2019.
75. Vaz, J. M. *Una respuesta bíblica a la eutanasia y el suicidio asistido*. 31 de marzo 2021. En: <https://www.coalicionporelevangelio.org/articulo/respuesta-biblica-eutanasia-suicidio-asistido/>
76. Vila Morales, D. *Actualización epistemológica de los programas doctorales en las ciencias médicas*. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad de la Habana, 2016.
77. Vila Morales, D. *Teología del Nuevo Testamento*. La Habana: Editorial Sapientiam, 2016, p. 22.
78. Vila Morales, D. *Filosofía Universal y Teológica*. La Habana: Editorial Sapientiam, 2016; p. 32.
79. Vila Morales, D. *Teoría del Derecho Médico*. ECIMED: La Habana, 2013.
80. Wilson, K., Scott, J., Graham, I., Kozak, J., Chater, S., Viola, R., ... Curran, D. *Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide*. *Arch Intern Med*, 2000; 160(16), pp. 2454–2460. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.16.2454>

## Anexos

## ANEXOS

### Anexo 1. Existencia de Declaración Doctrinal sobre Eutanasia en los sitios web oficiales de las Agrupaciones Evangélicas acreditadas por FERED

Nº.	AGRUPACIONES ACREDITADAS FERED	DECLARACIÓN DOCTRINAL SOBRE EUTANASIA	SITIO WEB OFICIAL
1	Anabautistas, Menonitas y Hermanos en Cristo en España	NO	<a href="https://www.menonitas.org/">https://www.menonitas.org/</a>
2	Asamblea Cristiana	NO	<a href="http://www.asambleacristiana.com/">http://www.asambleacristiana.com/</a>
3	Asambleas de Dios	NO	<a href="https://asambleasdedios.es/iglesias/">https://asambleasdedios.es/iglesias/</a>
4	Asambleas de Hermanos	NO	<a href="http://www.coahes.org/">http://www.coahes.org/</a>
5	Iglesia Española Reformada Episcopal (IERE)	NO	<a href="http://www.anglicanos.org">www.anglicanos.org</a>
6	Federación Anglicana (Sección Española de la Diócesis en Europa)	NO	<a href="https://es.hrvwiki.net/wiki/Diocese_in_Europe">https://es.hrvwiki.net/wiki/Diocese_in_Europe</a>
7	Federación de Iglesias Apostólicas y Pentecostales de España (FIAPE)	NO	Sin página web oficial localizable en Google en fecha 20/11/2021
8	Federación de Iglesias Betania. (FIBE)	NO	Sin página web oficial localizable en Google en fecha 20/11/2021
9	Federación de Iglesias de Dios de España (FIDE)	NO	Sin página web oficial localizable en Google en fecha 20/11/2021
10	Federación de Iglesias Evangélicas Independientes de España (FIEIDE)	NO	<a href="https://www.fieide.org/blog/">https://www.fieide.org/blog/</a>
11	Federación de Iglesias Evangélicas Pentecostales de España (FIEPE)	NO	Sin página web oficial localizable en Google en fecha 20/11/2021
12	Iglesia Cuerpo de Cristo	NO	<a href="https://cuerpodecristo.es/">https://cuerpodecristo.es/</a>
13	Iglesia Evangélica Española (IEE)	NO	<a href="https://iee-protestante.org/">https://iee-protestante.org/</a>
	Iglesia del Evangelio Cuadrangular	NO	<a href="https://iglesiacuadrangular.es/">https://iglesiacuadrangular.es/</a>

14	Iglesia Evangélica Filadelfia	NO	Sin página web oficial localizable en Google en fecha 20/11/2021
15	Iglesias "Buenas Noticias"	NO	<a href="http://iglesiasbuenasnoticias.es">iglesiasbuenasnoticias.es</a>
16	Iglesias de Cristo	NO	<a href="https://www.idcespana.org/">https://www.idcespana.org/</a>
17	Iglesias de la Biblia Abierta	NO	<a href="https://bibliabierta.org/">https://bibliabierta.org/</a>
18	Unión Evangélica Bautista de España (UEBE)	NO	<a href="https://uebe.org/unidos/">https://uebe.org/unidos/</a>
19	Unión de Iglesias Cristianas Adventistas del Séptimo Día (UICASDE)	SI	<a href="https://adventista.es/la-atencion-a-los-pacientes-terminales/">https://adventista.es/la-atencion-a-los-pacientes-terminales/</a>

## Anexo 2. Orientaciones generales para realizar la Manifestación de Voluntad Anticipada

A continuación, se dan los criterios generales para que este acto de manifestación de voluntad anticipada tenga la eficacia práctica de un documento de últimas voluntades.

1. Se aconseja consultar previamente la normativa del registro de voluntades de cada Comunidad autónoma, que se puede encontrar fácilmente a través de internet, ya que dichas normas pueden presentar algunas diferencias
2. Presentarlo para su inscripción al registro oficial de tales voluntades de su comunidad autónoma (desde donde se dará traslado al registro nacional). En todos los registros públicos para la inscripción de las instrucciones previas y voluntades anticipadas habrá que presentar conjuntamente un formulario o solicitud de inscripción que le será proporcionado en el propio Registro o en su centro de salud; también se puede descargar de la web de su Comunidad.
3. Conviene que lo firmen también tres testigos, cuyos datos de identificación deben constar en el documento, al que se adjuntará copia

del DNI de tales testigos. También se puede otorgar ante Notario, en cuyo caso no son necesarios testigos. Los testigos deben ser personas que no convivan con el titular, ni familiares como padres, abuelos, hermanos o el esposo/a del declarante. Tampoco podrá ser testigo quien comparta un negocio con el que hace la declaración. No podrán actuar como representantes el notario autorizante del documento, el funcionario encargado del Registro de Instrucciones Previas, los testigos ante los que se formalice el documento y los profesionales que presten servicio en la institución sanitaria donde hayan de aplicarse las instrucciones previas.

4. Es conveniente que el que hace esta declaración entregue una copia a su médico y a los parientes más cercanos (esposo o esposa, hijos, etc.). Se recomienda que la copia que se entregue a los anteriormente mencionados sea copia de lo presentado en el Registro, donde conste el sello o justificante de haberlo presentado.

### Anexo 3. Manifestación De Voluntad Anticipada

*A mi familia, al personal sanitario, a mi pastor:*

*Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido.*

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

*Por ello, yo, el que suscribe ..... (nombre y apellidos), de sexo....., nacido en..... con fecha ....., con DNI o pasaporte nº..... y tarjeta sanitaria o código de identificación personal nº....., de nacionalidad....., con domicilio en ..... (ciudad, calle, número) y con número de teléfono .....,*

**MANIFIESTO**

*Que tengo la capacidad legal necesaria y suficiente para tomar decisiones libremente, actúo de manera libre en este acto concreto y no he sido incapacitado/a legalmente para otorgar el mismo:*

*Pido que, si llegara a padecer una enfermedad grave e incurable o a sufrir un padecimiento grave, crónico e incapacitante o cualquier otra situación crítica; que se me administren los cuidados básicos y los tratamientos adecuados para paliar el dolor y el sufrimiento; que no se me aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el “suicidio médicamente asistido”, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte.*

*Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humanamente mi propia muerte y para ello solicito siempre que sea posible, la presencia de mis familiares allegados y de un ministro evangélico para que se oren por mí y me ayuden espiritualmente a enfrentar el momento de la 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.*

Designo para velar por el cumplimiento de esta voluntad, cuando yo mismo no pueda hacerlo, a....., DNI ..... , domicilio en ..... y teléfono..... y designo como sustituto de este representante legal para el caso de que éste no pueda o quiera ejercer esta representación a....., DNI ..... , domicilio en ..... y teléfono.....

Faculto a estas mismas personas para que, en este supuesto, puedan tomar en mi nombre, las decisiones pertinentes.

Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier posible sentimiento de culpa o de duda, he redactado y firmo esta declaración.

Firma:

Fecha:

DNI:

Testigo	
DNI	
Domicilio y tfno.	
Firma	

Testigo	
DNI	
Domicilio y tfno.	
Firma	

Testigo	
DNI	
Domicilio y tfno.	
Firma	

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

---

- **Eutanasia.** Buena muerte. Muerte sin sufrimiento, provocada a una persona que sufre una enfermedad en fase terminal y se determina como irrecuperable.
  - **Eutanasia directa.** Supone la administración de sustancias con la finalidad de provocar la muerte.
  - **Eutanasia indirecta.** Implica la administración de sustancias con la finalidad de mitigar el dolor, aunque como efecto secundario repercute en el acelerar el proceso de la muerte del enfermo, pero este no es su objetivo.
- **Eutanasia pasiva.** Cuando no se aplican los medios para prolongar la vida a un enfermo en fase terminal, con la intención de evitar el llamado encarnizamiento terapéutico.
- **Eutanasia voluntaria.** Cuando el propio interesado es quién lo solicita.
- **Eutanasia no voluntaria.** La decisión no la toma el interesado, sino sus familiares directos (caso de que el afectado no pueda recuperar sus capacidades cognitivas y su estado de deterioro de salud sea irreversible y definitivo).
- **Eutanasia involuntaria.** Cuando la decisión no haya sido tomada por el interesado, aun cuando pudiese hacerlo

# COMISIÓN INVESTIGACIÓN

## ASAMBLEAS DE DIOS DE ESPAÑA

COMITE INVESTIGACIÓN

JOSÉ MARÍA BAENA ACEBAL

**TOMÁS SANTA MARTA RAIMUNDO**

JAVIER DE LA LAMA LAMANIEC DE CLAIRAC

**XESÚS MIGUEL VILAS BRANDÓN**

**JESÚS MANUEL CARAMÉS TENREIRO**