

DOSSIER DE PRENSA

**ANTE LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA
DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA
EN ESPAÑA**

2020

ÍNDICE

1. Introducción

2. Cuestión terminológica

3. SITUACIÓN INTERNACIONAL

- Eutanasia en España
- Eutanasia en el mundo
- Teoría de la ‘Pendiente resbaladiza’

4. Cuestión médica

5. Cuestión jurídica

6. Cuestión religiosa

1. INTRODUCCIÓN

En el debate actual sobre las diferentes actuaciones en la fase final de la vida, concretamente en un momento en el que los legisladores son proclives a legalizar la eutanasia, la Iglesia Católica hace un llamamiento a defender y cuidar la vida desde su concepción hasta la muerte natural.

Es comprensible que las difíciles circunstancias que provocan algunas enfermedades o una experiencia familiar desagradable pueden ser causa de una posición personal a favor de la eutanasia. Pero es necesario advertir que los casos extremos no generan leyes socialmente justas. Además, la mayoría de los ejemplos que aparecen a través de los medios de comunicación son utilizados y presentados como irresolubles, y ensalzan como argumento para regular la eutanasia el “sufrimiento intolerable” de enfermos y familiares. Sin embargo, éste -paradójicamente- se postula como el mayor argumento contra la eutanasia hoy, ya que esta condición indispensable para que se dé esta práctica no debería tener cabida en una sociedad en la que existen los Cuidados Paliativos.

Lamentablemente, en la actualidad, el acceso a esta especialidad médica es insuficiente y desigual en España. Lo mismo ocurre con la Ayuda a la Dependencia, que no llega a los enfermos y sus familiares; o con las Unidades del Dolor, que denuncian falta de medios y recursos. Ante este contexto de precariedad asistencial en el final de la vida, la eutanasia se presenta como la única alternativa viable para el enfermo crónico o terminal, cuya libertad y autonomía a la hora de solicitar la “prestación de ayuda para morir” -eufemismo empleado en la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia- queda en entredicho, ya que su decisión nunca será realmente libre, sino que quedará condicionada por los factores anteriormente mencionados. En este sentido, reconocer la eutanasia como derecho se convierte en un grave problema ético porque evidencia una derrota social y profesional ante el problema de la enfermedad y la muerte.

De este modo, **para la Iglesia Católica la verdadera alternativa a la eutanasia es la humanización de la muerte, es decir, ayudar al enfermo a vivir (no a morir) lo mejor posible durante la fase final de su vida, expresando el apoyo en todas las etapas de la enfermedad; garantizando el acceso universal y equitativo a Cuidados Paliativos de calidad; mejorando el trato y los cuidados requeridos, tanto físicos, como psicológicos y espirituales, al paciente y a su familia; exhortando también a nuestros políticos a invertir en investigación y en Sanidad; y exigiendo unas políticas sociosanitarias que realmente respondan a las necesidades de la población, que busquen aliviar el sufrimiento, sin terminar con la persona.**

Por tanto, el debate social y político no se debe imponer sobre el derecho a decidir cuándo y cómo morir, sino sobre la ineludible vocación de cualquier sociedad democrática de ayudar a vivir hasta el final de la vida.

2. CUESTIÓN TERMINOLÓGICA

Ante la nueva Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia, debemos clarificar la terminología empleada, ya que en numerosos casos se presentan conceptos ambiguos, que generan mayor confusión. Así, debemos distinguir entre:

- **Eutanasia:** se entiende por eutanasia la acción u omisión deliberada por parte del personal sanitario con el objetivo de poner fin a la vida de un paciente, a petición propia o de algún familiar. Esta definición, por tanto, pone el acento en la intencionalidad de la acción, lo que conlleva necesariamente desechar el uso de términos ambiguos como “eutanasia pasiva o indirecta”, ya que ambas expresiones se refieren al mismo concepto. Ni mucho menos tiene cabida la eutanasia involuntaria, ya que estaríamos hablando de un homicidio.
- **Suicidio asistido:** actuación mediante la que se proporciona, a petición expresa de una persona capaz, los medios necesarios para que consume el suicidio.
- **Sedación Paliativa:** técnica médica que consiste en la administración de fármacos en dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia del paciente lo necesario para aliviar uno o más síntomas refractarios, es decir, síntomas que pese a los diversos tratamientos empleados no mejoran y provocan un gran sufrimiento a la persona. Para que haya garantía ética, se pone el acento en el objetivo de esta práctica, es decir, en el control de los síntomas refractarios, dejando que la enfermedad siga su curso, pero en ningún momento el fin último es provocar la muerte. Por tanto, **la sedación paliativa no es una práctica eutanásica. Además, está totalmente respaldada por la Iglesia Católica**, tal y como recoge el Catecismo (nº 2277): “El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable”.
- **Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET):** consiste en la retirada o no inicio de una medida o procedimiento diagnóstico o terapéutico contraindicado o no indicado, por ser fútil o desproporcionado en cuanto a que produce altos riesgos y escasos beneficios al paciente. Esto es, que no contribuyen a la recuperación del paciente ni al alivio de los síntomas que padece, sino que, por el contrario, pretenden prolongar la fase terminal de una enfermedad, incrementando el sufrimiento que esto conlleva. Al respecto, el papa Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium Vitae* mantiene que “en estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte”. Por tanto, el enfermo no muere por no aplicar o retirar ciertas terapias, ni los sanitarios buscan con ello provocar la muerte del paciente, sino que se protege

al mismo de un sufrimiento mayor, dejando que la enfermedad siga su curso y aceptando la llegada de la muerte de forma natural.

3. SITUACIÓN INTERNACIONAL

- **Eutanasia en España:**

La Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia fue admitida a trámites en el Congreso de los Diputados el 12 de febrero de 2020, con un respaldo mayoritario de la cámara con 201 votos a favor, 140 en contra y 2 abstenciones. A causa de la pandemia provocada por la COVID-19 los trámites parlamentarios se vieron interrumpido, retomándose el mes de septiembre de este mismo año.

La propuesta de Ley presentada por el Partido Socialista Obrero Español pretende “dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demandada sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”. Como causas de este supuesto debate social esgrime las siguientes: “La creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y la conciencia social y de los personales; o el conocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario, entre otros factores”.

En la ley se dispone que las personas que podrían beneficiarse de la aplicación de la eutanasia deben estar “en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables” o “en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal”. Igualmente, el solicitante debe tener nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud (Art. 5, a).

Una demanda que deberá formular en dos ocasiones, “de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas” (Art. 5, c). No obstante, el texto legal recoge que “si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente” (Art. 5, c).

Esta solicitud podrá ser revocada por el solicitante en cualquier momento. “Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda a morir” (Art 6, 1).

En cuanto al procedimiento, queda descrito en el capítulo III de la Proposición de Ley: una vez recibida la solicitud, el doctor responsable “en el plazo máximo de dos días” deberá realizar un “proceso deliberativo” con el paciente sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables. Una información que deberá ser

explicada tanto oralmente como por escrito. Transcurridas 24 horas tras el proceso deliberativo “el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir”. En caso de que el solicitante quiera continuar, se comunicará a un médico consultor que “deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones en el plazo máximo de diez días naturales”. Tras la presentación de este informe, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en la ley. “No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin el citado control previo en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico responsable”.

Por su parte, la Comisión de Evaluación y Control designará a dos miembros en los dos días siguientes de recibir la comunicación de la solicitud que comprobarán si concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir esta prestación. “En el plazo máximo de siete días naturales (...) los miembros designados elevarán a la Comisión una propuesta para la aprobación o denegación de la solicitud” (Art. 10, 1). Una propuesta, sin embargo, no vinculante para la Comisión, que será la que emita la resolución definitiva “en el plazo más breve posible”. “Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso administrativa” (Art. 10, 5).

En el Capítulo IV de la Proposición de Ley se establece que **la eutanasia “estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública”**. Además, asegura que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaborará en el plazo de tres meses -desde la entrada en vigor de la ley- un manual de buenas prácticas “para orientar la correcta puesta en práctica”.

Igualmente, en el artículo 16 se garantiza la objeción de conciencia del personal sanitario que se niegue a practicar la eutanasia, si bien, las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales objetores de conciencia “que tendrá como objeto facilitar la necesaria información a la administración para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir”.

Finalmente, en su artículo 18 la proposición describe que “la muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos”. En consecuencia, se modificará el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre del Código Penal.

- **Eutanasia en el mundo:**

La proposición de Ley afirma que es necesario legalizar la eutanasia porque lo está en otros países de nuestro entorno. No obstante, **se trata de una práctica poco común en el mundo**. En Europa, por ejemplo, apenas tres países han legalizado la eutanasia, mientras que solo uno ha hecho lo propio con el suicidio asistido.

Así, los Países Bajos, país pionero en su regulación, aprobó la eutanasia en 2002, bajo el nombre de ‘Ley de terminación de la vida a petición propia’; mientras que en Bélgica se llama Ley de eutanasia’ (2002). En febrero de 2009 Luxemburgo se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizar la eutanasia, aprobando la ‘Ley de Cuidados Paliativos, eutanasia y suicidio asistido’.

Además, recientemente (febrero de 2020), Portugal también ha aprobado varios proyectos de ley para despenalizar la eutanasia. Ahora, las propuestas deben ser reunidas en un único proyecto de ley que se presentará de nuevo a la legislatura portuguesa y deberá someterse a la aprobación del presidente del país antes de que entre en vigor.

Fuera de Europa, Canadá reguló la eutanasia en 2016 a través de la ‘Ley de ayuda médica a morir’, y en el estado de Victoria (Australia) la ‘Ley de muerte voluntaria asistida’ se aprobó un año más tarde.

Si nos referimos al suicidio asistido, encontramos que es legal en nueve estados de Estados Unidos (sólo cuando la supervivencia esperada del paciente es de seis meses o menos): Oregón (1994), Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013), Colorado (2016), Washington D.C. (2016), California (2016) y Hawái (2018), Nueva Jersey (2019) y Maine (2019). Por su parte, en Suiza el suicidio asistido se practica desde la década de 1940, respaldado por la ley. En el país helvético deben ser los mismos pacientes los que realizan el acto y las personas que los ayudan no deben tener intereses “egoístas” relacionados con su muerte.

- **Pendiente resbaladiza:**

La teoría de la pendiente resbaladiza o ‘efecto dominó’ es un clásico argumento consecuencialista que **se aplica a la eutanasia para deducir que una vez legalizada en casos de solicitud voluntaria, el clima social conduce a los médicos y a los familiares a deslizarse hacia su aplicación en casos de enfermos inconscientes o incapaces que no han expresado su autorización.**

Es precisamente lo que ha ocurrido en Países Bajos tras más de una década de práctica.

Concretamente en Holanda la eutanasia se legalizó en 2002 dirigida únicamente a pacientes terminales con “sufrimiento insoportable”, que no tuvieran esperanza de curación, mayores de edad y que voluntaria y libremente quisieran poner fin a su vida. Sin embargo, en 2011 en este país se practicó la eutanasia a 13 pacientes psiquiátricos. En esta misma línea se sitúa el protocolo Gröningen, que autoriza la eutanasia de niños recién nacidos con enfermedades graves. Igualmente, se ha aprobado la eutanasia para casos de enfermos con problemas psicológicos y no físicos, como la de una persona de 84 años que alegó “no tener ganas de vivir” y a la que se le practicó la eutanasia por razones de “infelicidad senil”. Otra razón que se invoca actualmente es el “dolor existencial”. Finalmente, también se han dado casos de “eutanasia no voluntaria”, es decir, sin que la solicite el paciente, a iniciativa del médico o de la familia.

Se puede apreciar, por tanto, que el establecimiento de una norma pública que regule la eutanasia -aunque a priori aparente ser restrictiva- puede flexibilizarse y trasladar un mensaje social más permisivo que a lo largo de los años tolere casos ahora impensables.

Ante esta perspectiva, **los pacientes más graves e incapacitados pueden verse coaccionados, aunque sea silenciosa e indirectamente, a solicitar un final más rápido, al entender que suponen una carga inútil para sus familias y para la sociedad. Siendo, por tanto, los pacientes más débiles o en peores circunstancias los más presionados a solicitar la eutanasia.** De la misma forma, se corre el riesgo de que familias con pacientes que no son capaces de discernir por sí mismos (demencia, inconscientes, etc.) pueden verse llevados a pedir la eutanasia de sus seres queridos en aras de evitarles un supuesto sufrimiento.

4. CUESTIÓN MÉDICA

La eutanasia es, asimismo, un asunto controvertido en el ámbito sanitario, ya que implica necesariamente la participación médica para aplicar esta mal llamada “ayuda a morir”. No obstante, **son numerosas las asociaciones médicas que se han mostrado contrarias a esta práctica.**

Es el caso de la **Asociación Médica Mundial (AMM)**, que representa a las organizaciones médicas colegiales de todo el mundo, y que afirmaba en su resolución adoptada en octubre de 2019 durante su septuagésima asamblea general: “La AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica (...) Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo”. En esta línea, la declaración de la AMM defiende que el deber hipocrático del médico es conservar la vida del paciente y acusa de falta de ética cualquier acción conducente a acabar con ella.

Por otra parte, en nuestro país, la **Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)** publicó un manifiesto en el año 2002 que sostenía que “la legalización de la eutanasia en España no es oportuna, ni prioritaria”, alegando que según estudios “muy rigurosos” la petición de eutanasia por parte de los enfermos “disminuye al mejorar la formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y en Cuidados Paliativos”. Estos hallazgos, mantiene, son “congruentes en las comunicaciones de las unidades especializadas de Cuidados Paliativos de nuestro entorno donde el número de peticiones de eutanasia es muy bajo. Todo ello permite aventurar la hipótesis de que una legislación permisiva con la eutanasia frenaría la implicación, tanto científica como asistencial, de algunos médicos y profesionales de la salud en la atención a unos enfermos sin posibilidad de curación que requieren una considerable dedicación de tiempo y recursos humanos”.

Esta es una opinión que ha reiterado recientemente el **expresidente de SECPAL, Marcos Gómez Sancho**, en una entrevista televisiva en la que defendía que “la aplicación de la eutanasia es incompatible con la ética médica y la prohíbe su deontología”. Además, añadía que “no hay ningún motivo para acabar con el sufriente y, en cambio, hay muchos recursos para acabar con el sufrimiento”.

En esta línea se posiciona también la **Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL)** que manifiesta en un documento hecho público en noviembre de 2016 que “no podemos apoyar la legación de la eutanasia ni el suicidio asistido en un contexto que no garantiza la cobertura al 100 % de la población que necesita Cuidados Paliativos, habiendo gente que sufre y sin contar con los medios necesarios para que estas personas y sus familias tengan los cuidados a los que tienen derecho”. En su alegato, además, instan a mejorar el “soporte económico y social” para los enfermos y sus cuidadores.

Los especialistas en Cuidados Paliativos, por tanto, acompañan de forma integral al paciente en la fase final de su vida y cuenta con avanzadas técnicas que alivian el dolor y controlan los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, esta atención apenas llega al 50 % de los pacientes que lo requieren. **Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 80.000 personas fallecen cada año sin los Cuidados Paliativos que necesitan.** En este sentido, es significativo que España ocupa el puesto número 23 -a nivel mundial- en Cuidados Paliativos, y el 14 en Europa, solo por delante de Polonia, Portugal, Grecia y Lituania.

Igualmente destacable es la precaria **Ayuda a la Dependencia**, un recurso que resulta casi inaccesible para el enfermo y que conlleva trámites que se demoran más de dos años. Según los últimos datos publicados, **más de 38.000 personas al año mueren con esta ayuda asignada, pero sin percibir la prestación.**

Por su parte, la **Sociedad Española del Dolor (SED)** y los profesionales de las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) también han manifestado ser insuficientes y denuncian la falta de medios.

Finalmente, el Comité de Bioética de España se ha pronunciado recientemente (6 de octubre de 2020) sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia. En su informe expresa que “existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutanasia y/o auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública. Y ello no solo por razones del contexto social y sanitario, sino, más allá, por razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía”. Al igual que las asociaciones médicas mencionadas anteriormente, desde este Comité defienden que “el deseo de una persona de que un tercero o el propio Estado acabe con su vida, directa o indirectamente, en aquellos casos de gran sufrimiento físico y/o psíquico debe ser siempre mirado con compasión, y atendido con una actuación compasiva eficaz que conduzca a evitar los dolores y procurar una muerte en paz. Sin embargo, tal compasión no consideramos que legitime ética y legalmente una solicitud que, ni encuentra respaldo en una verdadera autonomía, atendido el contexto actual de los cuidados paliativos y sociosanitarios, ni, además, queda limitada en sus efectos al propio espacio privado del individuo”. Por tanto, “legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son harto difíciles de prever, como la experiencia de nuestro entorno nos muestra”. Además, concluyen, “la eutanasia y/o auxilio al suicidio no son signos de progreso sino un retroceso de la civilización, ya que

en un contexto en que el valor de la vida humana con frecuencia se condiciona a criterios de utilidad social, interés económico, responsabilidades familiares y cargas o gasto público, la legalización de la muerte temprana agregaría un nuevo conjunto de problemas”. Y desde un plano jurídico insisten en que “la mirada compasiva con la que hemos insistido a lo largo del Informe que debe ser apreciada la solicitud del sujeto que pide la eutanasia y/o auxilio al suicidio creemos que ya está recogida normativamente en nuestro Código Penal, y ello explica que en España el ingreso en prisión por actos eutanásicos sea algo no solo insólito, sino desconocido en las últimas décadas”.

En definitiva, no son pocas las asociaciones de profesionales sanitarios que expresan su preocupación y oposición ante la aprobación de una ley de eutanasia, ya que ésta podría generar desconfianza hacia los profesionales de la salud al entenderse que su aplicación no sería indiferente para la economía de una institución sanitaria.

5. CUESTIÓN JURÍDICA

Desde el punto de vista jurídico, **en España actualmente la eutanasia está regulada como delito a través del artículo 143 del Código Penal**. Éste, en su punto 4, dispone lo siguiente:

“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.

Así, la pena prevista para este delito (la eutanasia) es inferior a las indicadas para la cooperación al suicidio (número 2, prisión de dos a cinco años) o para la cooperación ejecutiva al suicidio (número 3, prisión de seis a diez años).

Por otro lado, la regulación del proceso final de la vida de un paciente en España también se resume en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente y sus derechos. En lo relativo al reconocimiento del derecho a rechazar el tratamiento, dispone que “todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento”, a excepción de que haya riesgo para la salud pública o “riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”.

En cambio, lo que sí está regulado tanto en una Ley Básica y en todas las Comunidades Autónomas es la posibilidad de realizar las denominadas **instrucciones previas o voluntades anticipadas**, por parte del paciente y el uso de la sedación terminal, por parte de los profesionales de la medicina.

No obstante, dado que el consentimiento o petición de la eutanasia por parte del enfermo debe ser sea expresa (verbal o escrita), seria e inequívoca, es discutible si puede autorizarse este tipo de conductas en el llamado testamento vital, ya que la doctrina entiende que es muy cuestionable porque el paciente debe tener control del acto hasta

el último momento. Así, no parece que sea posible aplicar el precepto respecto de aquellas personas que en el momento de la decisión estaban privadas de conocimiento, por más que tiempo atrás hubieren manifestado su consentimiento en el testamento vital o de otra forma.

- **La eutanasia como derecho:**

La nueva proposición de ley no solo busca la despenalización de la eutanasia, sino que ésta sea considerada como un derecho individual al que podrá acogerse quien sufra “una enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado” o “una discapacidad grave, crónica e irreversible” que le cause “un sufrimiento insoportable”. Así, este nuevo derecho individual quedaría inserto en el espacio de la autonomía de las personas para poner fin a la vida de un paciente, cuando éste decide que la conservación de aquella es incompatible con el sostenimiento de su dignidad personal.

Sin embargo, **ni siquiera existe constitucionalmente la disponibilidad de la vida como tal. De hecho, si existiera este derecho absoluto sobre la vida, podría defenderse, por ejemplo, el derecho a traficar con los propios órganos o a aceptar la esclavitud de forma voluntaria.**

Este debate ha llevado al ámbito jurídico a plantearse, en primer lugar, la necesidad regulatoria de una ley de la eutanasia y del suicidio asistido cuando el eje de este proyecto normativo y verdadero propósito de la norma es la reforma parcial del artículo 143 del Código Penal, despenalizando parcialmente diversos supuestos de eutanasia, sin una norma garantizadora del acceso a los Cuidados Paliativos, a través de una ley básica reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida, cuya línea a seguir son las instrucciones previas y la extensión de los Cuidados Paliativos.

Al respecto, más de 160 juristas (entre los que se encuentran 82 catedráticos, 74 profesores titulares y seis miembros de varias academias jurídicas y 37 universidades públicas españolas) firmaron el 7 de octubre de 2020 un manifiesto en el que alertan que la ley de eutanasia es “inconstitucional” y piden su retirada porque “constituye una grave amenaza a la seguridad de los mayores y enfermos”.

Igualmente, en el documento, explican que la proposición de ley planteada por el Partido Socialista “es contraria a los artículos 10, 14, 15, 43.1, 49 y 50 de la Constitución Española, que protegen la dignidad de toda persona humana y sus derechos irrenunciables a la igualdad y no discriminación, a la conservación de la propia vida y a la protección de la salud aun cuando pueda encontrarse reducida, y especialmente cuando se trata de disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos o de ciudadanos en su tercera edad”.

Para terminar, han denunciado que resulta “insólito” que una ley orgánica del calado de la eutanasia “se tramite como proposición de ley y no como proyecto de ley”. “Es algo absolutamente inusual en nuestra tradición parlamentaria de los últimos 40 años. Es muy raro que haya proposiciones de leyes orgánicas relativas a derechos fundamentales”.

CUESTIÓN RELIGIOSA

Ante el debate generado acerca del final de la vida humana, la eutanasia y el suicidio asistido, la Conferencia Episcopal Española ha propuesto un documento que lanza “una mirada de esperanza sobre estos momentos que clausuran nuestra etapa vital en la tierra”.

Titulado **‘Sembradores de Esperanza: Acoger, proteger y acompañar en la etapa final de esta vida’**, el documento, hecho público el pasado 1 de noviembre de 2019 por la Subcomisión Episcopal para la Familia y la Defensa de la Vida, pretende ayudar a “buscar el sentido del sufrimiento, acompañar y reconfortar al enfermo en la etapa última de su vida terrenal, llenar de esperanza el momento de la muerte, acoger y sostener a su familia y seres queridos e iluminar la tarea de los profesionales de la salud”.

El documento, presentado en formato pregunta-respuesta, se divide en una introducción, siete capítulos y un epílogo. En los capítulos el texto reflexiona sobre el debate social sobre la eutanasia, el suicidio asistido y la muerte digna, la ética del cuidado de los enfermos y la medicina paliativa. Igualmente, denuncia la ilicitud de la obstinación terapéutica y declara de forma taxativa que la eutanasia y el suicidio asistido son prácticas “éticamente inaceptables”. Asimismo, **propone una serie de medidas para “fomentar una cultura del respeto a la dignidad humana” y expone una mirada desde la fe de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.**

Además de ‘Sembradores de Esperanza’, desde la Conferencia Episcopal Española se ha publicado un nuevo texto titulado **‘No hay enfermos “incuidables”, aunque sean incurables’** y se está redactando la *Instrucción pastoral sobre el acompañamiento en la muerte y el duelo. Anuncio de la Vida eterna. La celebración de exequias e inhumaciones*, documento en el que trabajan de manera conjunta las Comisiones Episcopales para la Doctrina de la Fe y para la Liturgia. Así, entre los cinco puntos planteados para desarrollar el nuevo documento, relacionado con el final de la vida, se señala el sentido de la muerte del cristiano y se reflexiona sobre la pastoral con ocasión de la enfermedad, muerte y exequias de los cristianos.

Finalmente recomendamos la lectura de los siguientes documentos a aquellas personas que deseen profundizar en el Magisterio de la Iglesia sobre el sufrimiento, la dignidad humana, la enfermedad, la muerte y la eutanasia:

- Pío XII, *Discurso sobre las implicaciones morales y religiosas de la analgesia* (1957).
- Juan Pablo II, Carta Apostólica *Salvifici doloris* (1984).
- Juan Pablo II, Encíclica *Veritatis splendor* (1993).
- Juan Pablo II, Encíclica *Evangelium vitae* (1995).
- Benedicto XVI, Encíclica *Spe salvi* (2007).
- Francisco I, *Discurso a los participantes en la Asamblea plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe* (2018).
- Congregación para la Doctrina de la fe, *Declaración sobre la eutanasia, iura et bona* (1980).

-Consejo Pontificio para los agentes sanitarios, *Cuidados paliativos: situación actual, diversos planteamientos aportados por la fe y la religión. ¿Qué hacer?* (2004).

-Conferencia Episcopal Española, *Declaración con motivo del proyecto de ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida* (2011).

-Conferencia Episcopal Española, Documento aprobado por la CEE de voluntades anticipadas (1989).

-Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva Carta de los Agentes Sanitarios* (2017)

-Congregación para la Doctrina de la Fe, *Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales* (2007).



Más información

Delegación Diocesana de Medios de Comunicación

Archidiócesis de Sevilla

Plaza Virgen de los Reyes, s/n. 41004 SEVILLA

☎ 954 505 505 Ext. 685