

Ética y Muerte Digna
Ethics and Death with Dignity

Ética y Muerte Digna
Ethics And Death With Dignity

ANDALUCÍA. Comisión Autónoma
de Ética e Investigación Sanitaria
Ética y muerte digna = Ethics and death
with dignity / [Comisión Autónoma de Ética e
Investigación Sanitaria ; vocales, Pablo Simón
Lorda, Francisco J. Alarcos Martínez]. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, [2008]
165 p. ; 20 cm
Texto paralelo en castellano e inglés
1. Derecho a morir 2. Eutanasia-ética
3. Suicidio asistido 4. Bioética I. Simón
Lorda, Pablo II. Alarcos Martínez, Francisco J.
III. Andalucía. Consejería de Salud
IV. Ponencia sobre Ética y Muerte Digna (1ª.
2008. Sevilla) V. Título
W 85.5

Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria

Vocal de la Comisión: Pablo Simón Lorda
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Vocal de la Comisión: Francisco J Alarcos Martínez
Cátedra Andaluza de Bioética. Facultad de Teología. Granada.

Ponencia: "Ética y Muerte digna"
Ponency: "Ethics and Death with Dignity"

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Depósito legal: SE-7033-2008

Producción, Diseño Gráfico e Impresión:





ÍNDICE / SUMMARY

JUSTIFICACIÓN / RATIONALE.....

1. Vida digna y Muerte digna / Dignified life and Dignified dying.....

- "Derecho a la muerte digna" versus "derecho a la dignidad de la muerte".....

"Right to die with dignity" versus "right to the dignity of death"

- Más allá de los nombres: Los contenidos.....

Beyond names: content

2. El problema de las palabras / The problem with words

- Eutanasia y suicidio asistido.....

Euthanasia and assisted suicide

- Limitación del esfuerzo terapéutico.....

Limitation of treatment

- Rechazo del tratamiento ó denegación de consentimiento.....

Refusal of treatment or revocation of consent

- Sedación paliativa.....

Palliative sedation

- Suspensión y atención médica por fallecimiento.....

Interruption of medical care due to death

3. La posición de las Morales Religiosas ante la muerte digna / The position of religious morals on dignified death.....

- La posición de las Iglesia Católica ante la idea de muerte digna.....

The position of the catholic church on the idea of dignified death

-Una síntesis de las afirmaciones fundamentales de la Ética Teológica Católica en relación con la muerte digna.....

Synthesis of the fundamental declarations of catholic theological ethics regarding death with dignity

..... pág 10

..... pág 13

..... pág 18

..... pág 20



..... pág 25

..... pág 30

..... pág 41

..... pág 48

..... pág 55

..... pág 59



..... pág 61

..... pág 71

..... pág 84

● Morir en el Hinduismo y en el Buddhismo.....

Death in hinduism and buddhism

● Morir en el Judaismo.....

Death in judaism

● Morir en el Islam.....

Death in islam

4. La bioética y la muerte digna / Bioethics and death with dignity.....

● Eutanasia y suicidio asistido.....

Euthanasia and assisted suicide.

● Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).....

Limitation of treatment (LT)

● Rechazo del tratamiento.....

Refusal of treatment

● Sedación paliativa.....

Palliative sedation

● Suspensión de atención médica por fallecimiento.....

Interruption of medical attention due to death

OPINIÓN Y RECOMENDACIONES / OPINION AND RECOMMENDATION.....

GLOSARIO / GLOSARY.....

BIBLIOGRAFÍA / BIBLIOGRAPHY.....

..... pág 88

..... pág 96

..... pág 104



..... pág 111

..... pág 120

..... pág 124

..... pág 125

..... pág 126

..... pág 127



..... pág 129

..... pág 143

..... pág 153

JUSTIFICACIÓN RATIONALE

La Sra. Consejera de Salud, Dña. María Jesús Montero expresó en su comparecencia ante la Comisión de Sanidad del Parlamento de Andalucía en Mayo de 2008, su intención de “impulsar la tramitación de la Ley reguladora de la dignidad de las personas ante el proceso de la muerte” durante la presente Legislatura. Esta ley trataría de “establecer los criterios y condiciones que el sistema sanitario deberá desarrollar para garantizar una atención adecuada durante el proceso final de la vida, basada en evitar el sufrimiento, y el respeto a la dignidad y a la libre decisión de cada uno”. Para ello dicha norma incluiría los siguientes aspectos claves:

In her appearance before the Healthcare Commission of the Andalusian parliament, Ms. María Jesús Montero, Regional Minister for Health, expressed her intention to “push through a Death with Dignity Act” during her term of office. The aim of the Act would be to “establish the criteria and conditions to be adopted by the health system to guarantee adequate healthcare during life’s final process based on the prevention of suffering and respect for each person’s dignity and free choice”. To achieve this the Act would include the following key points:

- Garantizar el acceso a los cuidados paliativos y al tratamiento del dolor.

- Establecer el derecho a la atención sanitaria en domicilio en la etapa final.

- Prohibir la obstinación terapéutica.

- Actualizar la normativa que regula la Voluntad Vital anticipada.

- Regular la aplicación de la toma de decisiones de las personas en las situaciones terminales."

Como uno de los primeros pasos del proceso de estudio y redacción de un Proyecto de Ley sobre esta materia, la Sra. Consejera ha solicitado un informe de opinión y recomendaciones a esta Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitarias. Esta ponencia, que se somete a debate en el seno de la Comisión, trata de dar respuesta a esta petición.

- To guarantee access to palliative care and pain treatment.

- The right to receive home health care during the final stage.

- To outlaw therapeutic obstinacy.

- To update Living Will legislation.

- To regulate the implementation of decisions taken by people in terminal situations.

One of the first steps taken by the Regional Minister in the process of studying and creating a bill on this subject was to request this Andalusian Commission on Healthcare Ethics and Research to draw up an opinion report and make its recommendations. This paper, to be debated by the commission, has been written in response to this request.





VIDA DIGNA Y MUERTE DIGNA
ETHICS AND DEATH WITH DIGNITY

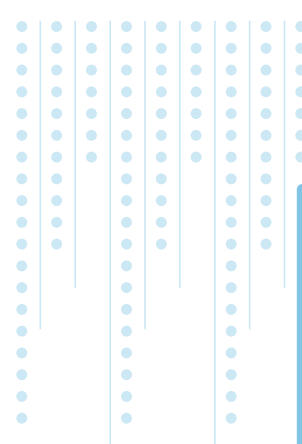




Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. Ese deseo es reconocido como preámbulo de los derechos humanos y desarrollado en los diferentes ordenamientos jurídicos tanto internacionales como nacionales. Es decir, parece existir un firme acuerdo internacional en la defensa de este principio ético-jurídico formal de raíces kantianas y judeocristianas como el marco en el cual debe encajarse cualquier propuesta normativa respecto a como deben tratarse entre sí los seres humanos. Los problemas comienzan cuando tratan de delimitarse los contenidos materiales concretos que dan sentido real a la idea de vivir dignamente. Sin duda la Declaración Universal de los Derechos Humanos es el producto más granado de esta concreción. Pero aun ella es fuente de discusión y, en cualquier caso, no puede entenderse como algo definitivo, sino como un resultado provisional, que necesita ser repensado continuamente.

All human beings aspire to a dignified life. This wish is acknowledged to be a prelude to human rights and has been applied to international and national legal systems. This means that there seems to be strong international agreement to defend this formal ethical-legal Kantian and Judeo-Christian-based principle as a framework for any regulatory proposals regarding how human beings should treat each other. The problems start when one tries to delimit the specific material content which gives real meaning to the ideal of dignified living. The Universal Declaration of Human Rights is no doubt the greatest result of this specification, but even this is a source of debate and in any event cannot be considered definitive but rather a provisional result which needs constant revision.





A la idea de "muerte digna" le pasa lo mismo. La muerte forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano, y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna. Una vida humana digna no se puede truncar con una muerte indigna. La cuestión, por tanto, radica en la articulación del concepto de vida digna para que la muerte, de acuerdo a lo que es constitutivo e inviolable en todos y cada uno de los seres humanos, también lo sea.

La exigencia ética formal de la "muerte digna" también se nombra con otras expresiones equivalentes: "muerte digna del hombre", "morir humanamente", "derecho a la propia agonía", "morir serenamente", "derecho a la propia muerte", "muerte ideal", muerte "a la antigua", etc. Casi todas ellas están presentes en las grandes tradiciones filosóficas y religiosas de la humanidad. De hecho, el mismo término "eutanasia" no significa etimológicamente más que eso "buena muerte". En este sentido etimológico, el término "eutanasia" condensa magníficamente el ideal de la muerte digna.

The same is true for the idea of "death with dignity". Death is part of life. Dying is the final act in the individual biography of each human being and cannot be divorced from the same as if it were something different. Therefore, the imperative of dignified living also includes death. A dignified life requires a dignified death. A dignified human life cannot be cut short by an undignified death. The root of the question, therefore, lies in defining the concept of dignified living so that death, as that which is an inherent and inviolable part of each and every human being, can also be dignified.

The official ethical demand for "death with dignity" is also contained in other equivalent expressions: "man's dignified death", "humane death", "right to one's own dying moments", "ideal death", "old-fashioned" death, etc. Nearly all these can be found in the great philosophical and religious traditions of mankind. In fact, etymologically, the term "eutanasia" just means "good death". Etymologically speaking, the term "eutanasia" is a wonderful condensation of the concept of death with dignity. In this sense, therefore, who would not wish "eu-



Por tanto, en este sentido, ¿quién no desea para sí y para sus seres queridos, la "eutanasia"? El problema del término "eutanasia" es que se ha ido cargando históricamente de otros significados, lo que lo convierte en un término muy polisémico que conviene utilizar hoy en día con precisión, como veremos más adelante.

thanasia" for themselves and their loved ones? The problem with the term "euthanasia" is that over time it has taken on other meanings, making it a very polysemic term which should nowadays be used with precision, as we shall see further on.





“DERECHO A LA MUERTE DIGNA” VERSUS “DERECHO A LA DIGNIDAD DE LA MUERTE”.

El ideal de la buena muerte se ha ido concretado en el discurso de los últimos 25 años como “derecho”, “el derecho a la muerte digna” o el “derecho a morir con dignidad”.

En su formulación originaria este “derecho” no se pretendía como la introducción de un derecho en el sentido preciso del ordenamiento jurídico, digamos como “derecho legal”. Más bien haría una referencia al universo de la ética, es decir, expresaría una exigencia ética que debería ser reconocida.

De hecho aunque este “derecho” no está recogido como tal en las Declaraciones o Pactos sobre derechos humanos, existe un debate importante acerca de la posibilidad de considerarlo un nuevo derecho humano de tercera generación .

Ni siquiera la Recomendación 1418 (1999) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre “Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos

“RIGHT TO DIE WITH DIGNITY” VERSUS “RIGHT TO THE DIGNITY OF DEATH”.

In the space of the last 25 years the good death ideal has gradually acquired the status of a “right”, “right to a dignified death” or the “right to die with dignity”.

In its original meaning, the term “right” was not intended to establish a right in the strict legal sense of the term, i.e., a “legal right”; rather, it referred to the ethical universe, that is, it expressed an ethical demand in need of recognition.

In fact, although this “right” is not included as such in human rights declarations or pacts, there is considerable debate about the possibility of considering it a new, third generation human right.

Not even Recommendation no. 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe on “Protection of the Human Rights and Dignity of the terminally Ill and the Dying”, possibly the international ethical text which has probed this question to the greatest extent, specifically talks of

terminales y moribundos", el texto ético internacional que posiblemente más ha profundizado en esta cuestión, habla explícitamente del "derecho a la muerte digna".

Posiblemente el problema no está tanto en el concepto formal, sino en el miedo a los contenidos concretos que deban incluirse en él. Y el contenido más polémico es, sin duda, el que tiene que ver con la posibilidad de incluir el derecho a decidir cuándo y cómo se va a morir y a exigir de otros que materialice dichos deseos. Tanto es así que toda la Recomendación 1418 está atravesada por la insistencia en "reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero".

En esta línea, y seguramente por los mismos motivos, los desarrollos del derecho positivo sobre esta materia también han evitado el uso de la expresión "derecho a la muerte digna". Como ejemplo paradigmático por lo que nos atañe, cabe señalar el artículo 20 del vigente Estatuto de Autonomía para Andalucía, que habla del "derecho a la dignidad ante el proceso de muerte".

the "right to a dignified death".

It could be that the problem lies not so much in the concept itself as in a fear of the specific contents which should be included, the most controversial issue doubtless being that which concerns the possibility of including the right to decide when and how one is going to die and to demand that others put these wishes into practice. So much so that the insistence on "recognising that a terminally ill or dying person's wish to die never constitutes any legal claim to die at the hand of another person" runs through Recommendation 1418".

In this sense and undoubtedly for the same reasons, developments in positive law regarding this subject have also avoided using the expression "right to a dignified death". A paradigmatic example of such a case is article 20 of the current Statute of Autonomy for Andalusia, which mentions the "right to die with dignity".





MÁS ALLÁ DE LOS NOMBRES: LOS CONTENIDOS

Así pues podríamos decir que existe un acuerdo unánime en la idea de que las personas merecen vivir y, por tanto, morir, dignamente. Pero no existe tal acuerdo con respecto a todos los contenidos que exige este ideal de muerte digna. Mejor dicho, podemos decir que existe acuerdo con respecto a la gran mayoría de los contenidos, y el desacuerdo atañe prácticamente a uno solo: si el derecho a la muerte digna implica o no que las personas enfermas tengan el derecho a que otros acaben con su vida cuando ellas lo solicitan.

Es por tanto, muy importante, empezar por los acuerdos, porque paradójicamente son muchos más que los desacuerdos, aunque en general todo el mundo, la opinión pública y sobre todo los medios de comunicación, tienden a resaltar más los desacuerdos.

Por tanto, puede decirse que existe un acuerdo sustantivo en el plano ético y jurídico en que el derecho a la dignidad en el proceso de muerte implica el derecho a:

BEYOND NAMES: CONTENT

We could therefore say that there is unanimous agreement on the idea that people deserve to live and therefore, to die with dignity. No such agreement exists however regarding all the content demanded by this ideal of dignified death. To be more specific, we can say that there is agreement regarding most of the content and disagreement in practice is centred on only one issue: whether or not it is within a patient's right that another person put an end to his life when he so requests.

It is therefore very important to start with the agreements because these, paradoxically, are far more numerous than the disagreements, although generally speaking everyone, public opinion and above all the media tend to draw more attention to the disagreements.

We can therefore say that there is substantive agreement on an ethical and legal level that the right to a dignified death implies the right:



1 La confidencialidad de sus datos de salud

2 Participar activamente en el proceso de toma de decisiones, lo que implica el derecho a:

a) La información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, pero a su vez ello incluye el:

I. Derecho a rechazar la información si así lo desea.

b) La decisión sobre los tratamientos que desea recibir, lo que incluye su derecho a:

I. Rechazar determinados tratamientos, aunque ello pudiera poner fin a su vida.

c) Redactar, cuando todavía es capaz, un "Testamento Vital" lo que implica:

I. Contar con los mecanismos legales y administrativos que garanticen su realización con criterios de equidad y accesibilidad.

II. Expresar sus deseos y preferencias respecto a los tratamientos o cuidados que desea o no recibir cuando él no pueda tomar decisiones por

1 For their medical records to be kept in confidence

2 To take an active part in the decision-making process, which implies a right to:

a) Information on the diagnosis, prognosis and treatment of the disease, but also includes the

I. Right to refuse the information if they wish to

b) Decide on treatment they wish to receive, which includes their right to:

I. Refuse certain treatments, even though doing so could put an end to their life.

c) Draw up, while they are still capable, a "Living Will", which implies:

I. Having at their disposal the legal and administrative means to guarantee this with criteria of fairness and accessibility.

II. Expressing their desires and preferences regarding the treatment and care they wish or do not wish to receive when they cannot make decisions for themselves.

III. Designating a person to act as re-



sí mismo.

III. Designar a la persona que actuará como su representante cuando él no pueda decir, estableciendo las funciones y límites de dicha representación.

IV. Reivindicar que dichas indicaciones sean respetadas por sus familiares y por los profesionales que lo cuidan.

3 Recibir cuidados paliativos de alta calidad, lo que implica:

- a) Accesibilidad a dichos cuidados con criterios de equidad.
- b) Instalaciones sanitarias adecuadas, o soporte domiciliario efectivo.
- c) Tratamiento adecuado del dolor físico y de otros síntomas.
- d) Soporte psicológico y alivio del sufrimiento espiritual.
- e) Sedación paliativa si así lo solicita y consiente.
- f) Acompañamiento familiar en el proceso de muerte.

También puede decirse que existe un

representative when they cannot decide, establishing the functions and limits of this representation

IV. Demanding that these indications be respected by both family members and the professionals charged with their care

3 To receive high quality palliative care, which implies:

- a) Equitable access to said care
- b) Suitable healthcare installations, or effective home help
- c) Adequate treatment of physical pain and other symptoms
- d) Psychological support and relief from spiritual suffering
- e) Palliative sedation if consciously requested
- f) To be accompanied by family members when dying

It can also be said that there is significant agreement that the right to a dignified death DOES NOT imply the right to receive all kinds of healthcare and medical technology for

importante acuerdo en que el derecho a la dignidad del proceso de muerte NO implica el derecho a recibir todo tipo de atención y tecnología sanitaria para mantener la vida biológica, de manera ilimitada, cuando el conocimiento científico y la experiencia profesional indican que dichos tratamientos no evitarán la muerte final o lo harán con unas condiciones ínfimas de calidad de vida personal.

Por tanto, parece que el único punto de desacuerdo estriba en si el derecho a la dignidad de la muerte incluye o no el derecho de un paciente a pedir a otra persona, habitualmente un profesional de la salud, que acabe con su vida de una manera inmediata y efectiva.

Esto no quiere decir que todos y cada uno de los ciudadanos o profesionales sanitarios españoles lo vean necesariamente así. Puede haber personas que, desde posiciones morales particulares, piensen que alguna de las actuaciones antes etiquetadas como contenidos aceptables del derecho a la dignidad del proceso de muerte no serían aceptables para ellos, lo que les llevaría a plantear una objeción de conciencia. Tales posiciones son perfectamente legítimas, siempre y cuando se respeten al mismo tiempo los derechos, en el sentido ético y jurídico, de los pacientes afectados.

the unlimited maintenance of biological life when scientific knowledge and professional experience indicate that this treatment will not save the patient from eventual death, or doing so will result in very poor quality of life for the patient.

It seems, therefore, that the only disagreement rests on the issue of whether the right to die with dignity does or does not include the right of a patient to request another person, usually a healthcare professional, to put an immediate and effective end to his life.

This does not mean that each and every Spanish citizen or healthcare professional necessarily agrees with this. There may be those who consider that some of the activities labelled as acceptable contents of right to a dignified death would not be acceptable to them, given their particular moral standpoint, a situation which would lead them to conscientious objection. Such positions are perfectly legitimate as long as they also accept the ethical and legal rights of the affected patients.





EL PROBLEMA DE LAS PALABRAS
THE PROBLEM WITH WORDS



Una de las grandes dificultades del debate en torno al ideal de la muerte digna y sus contenidos es la de los términos, la de las palabras y su significado.

Sin duda la palabra más importante de todas, la aparentemente más polisémica y cargada de valor, tanto en un sentido positivo como negativo, es la palabra "eutanasia". Tanto es así que el debate en torno al "derecho a la muerte digna" o el "derecho a la dignidad en el proceso de muerte" se reduce con frecuencia al debate sobre "la eutanasia" o "el derecho a la eutanasia".

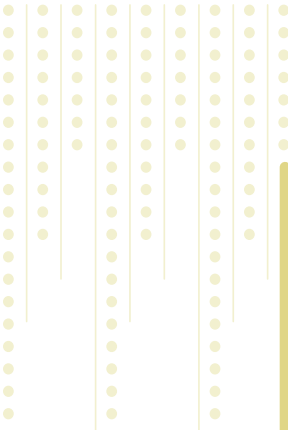
Pero lo cierto es que noticias periodísticas, debates televisados, tertulias de radio, artículos académicos, encuestas de opinión, etc, atribuyen con frecuencia significados completamente diferentes a dicha palabra, con lo que los juicios morales y jurídicos que

One of the main stumbling blocks regarding the debate on the dignified death ideal and its contents is the issue of terminology - words and their meaning.

Doubtless the most important word of all and that which seems to be the most polysemic and heavily laden, both in a positive and negative sense, is the word "euthanasia". So much so, that the debate on the "right to a dignified death" or the "right to die with dignity" is frequently reduced to a debate on "euthanasia" or "the right to euthanasia".

It is true to say, however, that press articles, television debates, radio talk shows, academic papers, opinion polls, etc. often attribute a completely different meaning to the word, the result being that the moral and





reflejan suelen ser distintos y, a menudo, contrapuestos. Parece por tanto necesario un importante esfuerzo colectivo por aclarar significados, precisar términos, descalificar usos abusivos de las palabras. Y es que ser precisos con el lenguaje es un requisito imprescindible para garantizar procesos de deliberación moral cuyo resultado tenga sentido para los participantes en él y afectados por él. Argumentar en serio, en Ética, en Derecho, en Política, exige un acuerdo mínimo sobre el significado de los términos que se usan. Y en un mundo globalizado y multicultural como el que vivimos esto parece ser, cada vez más, al mismo tiempo tan urgente como inevitable. Sin ese mínimo metodológico estamos abocados al escenario de la confusión permanente.

En nuestra opinión, la aclaración del uso adecuado de la palabra “eutanasia” pasa por diferenciar cinco escenarios diferentes en los que con frecuencia se usa dicho término. La propuesta es que el uso de la palabra “eutanasia” se restrinja exclusivamente a uno de ellos y se evite en los otros cuatro. Los escenarios son: eutanasia y suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico,

legal judgements passed are usually different and often contrary. It seems necessary, therefore, to make a significant, collective effort to clarify meanings, define terms and disqualify incorrect use of words. Linguistic precision is an essential requirement for guaranteeing moral deliberation processes whose results have meaning for those involved and those affected by them. To engage in serious argument, be it on ethics, law or politics, demands minimum agreement on the meaning of the terms used and in our global, multicultural world this increasingly seems to be both urgent and inevitable. The absence of this basic methodological requirement would lead to a scenario of permanent confusion.

In our opinion, a clarification of the correct use of the word “eutanasia” involves five different scenarios where this term is frequently used. We propose that the use of the word “eutanasia” should be restricted to only one of these and should be avoided in the remaining four. These scenarios are: eutanasia and assisted suicide, limitation of treatment, refusal of treatment, palliative



rechazo de tratamiento, sedación paliativa y suspensión de atención médica por fallecimiento. Veamos a continuación cada uno de ellos.

sedation and interruption of medical care due to death. Let's take a detailed look at each of these.



EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

La palabra eutanasia es la reina de la discordia y la confusión en los debates en torno a la muerte digna. Eutanasia es una bella palabra que, como ya se ha mencionado, etimológicamente tan sólo significa buena muerte. Es una constante histórica de las sociedades y culturas humanas el haber buscado modos muy diversos de procurar el "bien morir" a sus miembros. Por tanto, el debate tal y como lo conocemos actualmente, arranca en realidad cuando la búsqueda de la buena muerte comienza a convertirse en una práctica medicalizada, es decir, como integrante de un rol profesional definido, el rol médico. Y por tanto la discusión moderna en torno a este término está profundamente marcada por la crisis general del modelo clásico de ejercicio de dicho rol, el modelo paternalista, y por los condicionantes científico-tecnológicos en que se despliega, esto es, la medicina tecnificada. Es decir, la introducción de la idea de autonomía de las personas para tomar sus propias decisiones y su aplicación al contexto de las decisiones clínicas, y la capacidad creciente de intervención de la medicina en la vida y la muerte.

EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The word euthanasia is the main source of discord and confusion in debates on death with dignity. Euthanasia is a beautiful word which etymologically, as we have mentioned before, means good death. It is a historical constant in human societies and cultures which have sought diverse means of procuring "good death" for their members. Therefore, the debate as we know it today really dates to when the search for a good death began to become a healthcare practice, i.e., an integral part of a defined professional role, the medical role. As such, today's discussions on this term are deeply marked by the general crisis of the traditional model of the exercise of this role, the paternalistic model and by the scientific and technological circumstances in which it is deployed, i.e., technical medicine. This means that the introduction of the notion of a person's autonomy to take his own decisions and its application to the context of clinical decisions and the increasing capacity of medicine to intervene in the life and death of a person have, during the 20th century, set the scene for a radically new debate on "euthanasia"



te de las personas han configurado, a lo largo del siglo XX, un escenario para el debate sobre la “eutanasia” radicalmente nuevo y distinto al de los siglos anteriores.

La complejidad de los matices en torno a la “eutanasia” en la era moderna impulsó el uso de adjetivos para tratar de diferenciar los diferentes tipos de actuaciones “eutánicas” que los profesionales sanitarios podían realizar. Y cuando los adjetivos resultaron insuficientes, comenzaron a crearse palabras alternativas.

En la tabla 1 (pag 144-146) se recogen una lista de estos adjetivos y neologismos. Todavía hoy en día hay expertos en bioética o en derecho que utilizan esta terminología. La que quizás sigue siendo más utilizada es la distinción entre eutanasia “activa” y “pasiva”. Por ejemplo, el Dictamen Nº 90/2007 del Consejo Consultivo de Andalucía sobre el caso Inmaculada Echevarría todavía utiliza esta distinción.

El único neologismo admitido por la Real Academia Española es “distanasia”, que el Diccionario de la Lengua Española define


which differs from that of preceding centuries.

The complexity of the nuances surrounding “eutanasia” in modern times prompted the use of adjectives intended to differentiate between different types of “eutanasia-based” activities which healthcare professionals could engage in. When the adjectives ran dry, alternative terms began to be created.

Table 1 (pag 145-147) shows a list of these adjectives and neologisms. Today there are still experts in bioethics and legal experts who use this terminology. Perhaps the most widely spread term still is use is the distinction between “active” and “passive” euthanasia. For example, Decision 90/2007 of the Advisory Board of Andalusia on the case of Inmaculada Echevarría still uses this distinction.

The only neologism accepted by the Royal Spanish Academy is “dysthanasia”, which the Dictionary of the Spanish Language defines as “disproportionate therapeutic treatment which prolongs the dying process





como “tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados”.

Pero el resultado de todas esas distinciones y palabras no ha sido más que generar una enorme confusión en los profesionales, los ciudadanos y los medios de comunicación, e impedir la progresión real del debate de forma sensata. Por eso, ha llegado el momento de abandonarlas definitivamente. La propia Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados paliativos ya abogaron por ello en 2002.

En la tabla 2 (pag 148) se encuentran recogidas algunas de las palabras que se entrecruzan en los debates sobre la eutanasia y que deben ser utilizadas con propiedad. La más importante es la propia palabra eutanasia, de la que debe hacerse un uso restringido para referirse a aquellas actuaciones que:

a) producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata,

of terminally ill patients”.

However, all these distinction and words have only created enormous confusion among professionals, citizens and the media and hindered the real progress of sensible debate. This is why the time has come to abandon them once and for all. The Spanish Medical Association and the Spanish Society for Palliative Care were already calling for this in 2002.

Table 2 (pag 149) shows some words applied to debates on euthanasia which should be used correctly. The most important of these is the word euthanasia itself, which should be restricted to situations which:

- a) cause the death of the patient, i.e., directly as a result of a single and immediate cause-effect relationship,
- b) occur through express, repeated and informed requests by patients capacitated to do so,
- c) in a context of suffering, understo-



b) se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad,

c) en un contexto de sufrimiento, entendido como "dolor total", debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo mediante cuidados paliativos, y

d) son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

Cuando, en este contexto, la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte, se habla de suicidio médicamente asistido o suicidio asistido sin más.

En general, el debate actual circunscribe estas actuaciones a la práctica de los pro-


od as "total pain", as a result of an incurable disease which the patient feels to be unacceptable and which it has not been possible to mitigate by other means, for example, palliative care and

d) are carried out by healthcare professionals who know the patients and who have a significant clinical relationship with them.

When, in this context, professional activity is limited to supplying patients with the essential elements to enable them to put an end to their own life, it is called physician-assisted suicide or simply assisted suicide.

Generally speaking, today's debate circumscribes these actions to healthcare professionals, not to the general public. That is, the debate is focused on whether or not these kinds of actions can be part of the professional functions of doctors and nurses seeking to alleviate suffering by ending the patient's life. In some European countries, such as Holland or Belgium, this has been accepted by society, the general public and





fesionales sanitarios, no de los ciudadanos en general. Es decir, el debate se centra en si puede o no llegar a formar parte de las atribuciones profesionales de los sanitarios realizar este tipo de actuaciones, que buscan el alivio del sufrimiento mediante la producción de la muerte. En algunos países de nuestro entorno, como Holanda o Bélgica, la sociedad, la ciudadanía y los profesionales, así lo han asumido. El suicidio médicamente asistido está también regulado en el Estado norteamericano de Oregón, donde la eutanasia sigue siendo delito. Un caso particular es el de Suiza, donde la eutanasia está penalizada, como en Oregón, pero en cambio puede realizarse tanto suicidio médicamente asistido como auxilio al suicidio, es decir, que no siempre y necesariamente tiene que realizarse en un contexto médico.

Es un requisito imprescindible para hablar de eutanasia el que exista una petición expresa y reiterada del paciente. La no existencia de consentimiento informado expreso del paciente hace que la actuación del profesional deba ser etiquetada sin más como homicidio. Habitualmente, dado que se realiza en un contexto de sufrimiento in-

professionals. Physician-assisted suicide is also regulated in the state of Oregon, in the US, where euthanasia is still a crime. A case in point is Switzerland, where euthanasia is penalised, as in Oregon, although both physician-assisted suicide and assisted suicide is accepted, i.e., it does not necessarily have to be performed within a medical context.

For an action to be considered euthanasia an absolute precondition is the existence of an express, repeated request by the patient. In the absence of the patient's express, informed consent, the actions of the professional should simply be labelled homicide. To this, "compassion" could possibly be added as a mitigating circumstance, as the professional's ultimate goal, given that his actions are performed within a context of intense suffering, is usually to alleviate suffering. In any event, there seems to be a general consensus that homicide is always, in principle, an unethical action and is, naturally, penalised under the Penal Code, irrespective of the existence of mitigating circumstances.

This is why expressions such as "voluntary



tenso, y lo que pretende el profesional es, en última instancia, el alivio de ese sufrimiento, podría quizás añadirse la atenuante de la “compasión”. Pero en cualquier caso parece que existe acuerdo general en que el homicidio es siempre, en principio, una actuación contraria a la ética, y por supuesto jurídicamente punible según el Código Penal, con o sin atenuantes.

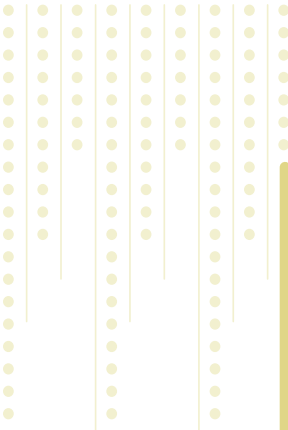
Por ello, las expresiones “eutanasia voluntaria” y “eutanasia involuntaria” son innecesarias y confusas. La eutanasia siempre es, por definición, voluntaria, y la eutanasia involuntaria no es eutanasia, sino homicidio. Lo mismo puede afirmarse de expresiones como “eutanasia directa” o “eutanasia activa”, pues la eutanasia es, por definición, siempre ambas cosas y el problema de las contrarias, “indirecta” o “pasiva”, es que no son eutanasia. Todas estas expresiones, adjetivos y neologismos deberían ser abandonados en aras de la precisión y la claridad.

Por tanto, resulta especialmente imprecisa y necesitada de cambio urgente la definición que de eutanasia proporciona el Diccionario de la Lengua Española de la

eutanasia” and “involuntary euthanasia” are unnecessary and confusing. Euthanasia, by definition, is always voluntary and involuntary euthanasia is not euthanasia but homicide. The same can be said of expressions such as “direct euthanasia” or “active euthanasia”, as, by definition, euthanasia always refers to both and the problem with the opposites, “indirect” or “passive”, is that they are not euthanasia. All these expressions, adjectives or neologisms should be abandoned in the interests of precision and clarity.

As a result, the following definition of euthanasia in the Royal Spanish Academy’s Dictionary of the Spanish Language is particularly imprecise and needs to be changed urgently: “action or omission which, in order to alleviate the suffering of terminally ill patients, accelerates the moment of death, with or without their consent”. We also recommend improving the way the word “eutanasia” is used in the catechism of the Catholic Church (Table 3, page 151). In the same vein, the article on “eutanasia” in Wikipedia should also be revised; the meaning is ambiguous because of the use of





Real Academia Española: “acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él.” También sería conveniente que mejorara la utilización que de la palabra “eutanasia” hace el Catecismo de la Iglesia Católica (Tabla 3, pag 150). En la misma línea debería ser revisada la entrada “eutanasia” en Wikipedia, que resulta ambigua por el uso de los calificativos antes comentados. Asimismo, los programas de eliminación de discapacitados físicos o mentales de la Alemania Nazi no deberían ser llamados de “eutanasia”, sino de homicidio o asesinato eugenésico o, si se quiere, dado el intento de exterminación total de todos los pertenecientes a esas categorías, de genocidio eugenésico. Por último, el uso de la palabra “eutanasia” en el mundo de la práctica veterinaria, para referirse al sacrificio de animales lesionados, enfermos o viejos es también muy desafortunado y aumenta la confusión de los ciudadanos.

Los términos “eutanasia” y “suicidio médicamente asistido” no están recogidos como tales en el Código Penal español. Sin embargo las actuaciones que anteriormente

the aforementioned definitions. Likewise, programmes to eliminate the mentally or physically handicapped in Nazi Germany should not be called “eutanasia” but homicide or eugenic murder or, if preferred, given the attempt to totally exterminate all people falling under this category, eugenic genocide. Finally, in veterinary spheres the use of the word “eutanasia” to describe the sacrifice of wounded, sick or old animals is also unfortunate and adds to the confusion of the general public.

The terms “eutanasia” and “physician-assisted suicide” as such are not found in the Spanish Penal Code. However, the aforementioned actions used to describe “eutanasia” fit the offence described in article 143.4 of the Penal Code (PC), which carries a reduced sentence. The classification is significant, as article 143 as a whole regulates the ways a person can participate in another person’s suicide; in addition to this, it is part of Title One of Book Two of the Penal Code. This Title, which covers articles 138 to 143, is called “Homicide and its forms”. For the moment, therefore, what we are calling “eutanasia” here would, as far as our Pe-




hemos expuesto para caracterizar la "eutanasia" encajan en el tipo penal descrito en el artículo 143.4 del Código Penal (CP), que le asigna penas atenuadas. La ubicación es significativa, puesto que el artículo 143 regula en su conjunto las formas de participación en el suicidio de otro y, por otra parte, este artículo se encuadra en el Título Primero del Libro segundo del Código Penal. Ese Título, que abarca los artículos 138 a 143, se denomina "Del homicidio y sus formas". Así pues, en el momento presente, lo que aquí denominamos "eutanasia" sería, para nuestro Código Penal, una forma especial de homicidio que implica un modo singular de participación en el suicidio libre y voluntario de otra persona en unas circunstancias determinadas. La persona que realiza este acto no tiene que ser necesariamente, según este artículo, un profesional sanitario. El encuadre exacto del "suicidio médicamente asistido" en el tipo del artículo 143.4 CP también es complejo, puesto que la conducta tipificada es la de cooperación con actos "necesarios" a la muerte del paciente, y a veces, en el contexto del suicidio asistido, resulta difícil diferenciar estos actos de los que no lo son. En cualquier caso actualmente, salvo error u

nal Code is concerned, be a special form of homicide involving a particular way of participating in the free and voluntary suicide of another person in certain circumstances. The person undertaking this action, according to the article, does not necessarily have to be a healthcare professional. The precise classification of "physician-assisted suicide" in the offence described in article 143.4 is also complex, as the conduct described involves cooperating in acts which are "necessary" to bring about the death of the patient and at times, in the context of assisted suicide, it is difficult to differentiate between these acts and others of a different nature. In any event, nowadays in Spain, unless we are much mistaken, there is no penalty attached to article 143.4 PC, so it is difficult to tell exactly how jurisprudence would interpret this article if it were applied.

In Spain, as in other European countries, there is an on-going debate on whether or not euthanasia and physician-assisted suicide are acceptable in terms of civil ethics. In 2002 a survey among Spanish physicians carried out by the Centro de Investigaciones Sociológicas found that 41.5% of subjects





omisión por nuestra parte, no existe ninguna condena en España amparada en el artículo 143.4 CP, lo que hace difícil saber la interpretación exacta que la jurisprudencia dará a este artículo a la hora de aplicarlo.

En nuestro país, como en otros países europeos de nuestro entorno, existe actualmente un debate abierto sobre la admisibilidad o no de la eutanasia y el suicidio asistido en términos de ética civil. En 2002, una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas a los médicos españoles encontró que un 41,5 % de los encuestados creía que debía cambiarse la ley para permitir a los enfermos terminales capaces, pedir y recibir el suicidio asistido por un médico y/o la eutanasia. Otra encuesta de 2006 del Instituto de la Juventud a los jóvenes españoles encontró que un 76% de los encuestados estaban a favor de ayudar a morir a los enfermos terminales si lo solicitasen. Y un 51% de los 175 profesionales que contestaron una encuesta en el 6º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en junio de 2006, “apoyarían” o “probablemente apoyarían” una ley que despenalizase la eutanasia.

polled thought the law should be changed to enable capable terminally ill patients to request and receive physician-assisted suicide and/or euthanasia. Another survey carried out in 2006 by the Instituto de la Juventud among Spanish youths found that 76% of subjects polled were in favour of helping terminally ill patients to die if they requested it. Furthermore, 51% of the 175 professionals answering a survey during the 6th National Conference of the Spanish Society of Palliative Care held in June, 2006, “would support” or “would probably support” a law legalising euthanasia.

Nevertheless, there does not seem to be sufficient ethical consensus on this matter. Some groups of private citizens, such as the Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente the Instituto Borja de Bioética or the Bioethics and Law Observatory and public organisations such as the Catalonia Bioethics Advisory Committee, are actively calling for euthanasia to be both ethically and legally accepted in certain circumstances. Other equally important groups, however, do not consider it acceptable. For example, according to article 27.3 of the Medical Ethics



Sin embargo no parece existir un consenso ético suficiente al respecto. Hay grupos de ciudadanos privados, como la Asociación federal Derecho a Morir Dignamente, el Instituto Borja de Bioética o el Observatorio de Bioética y Derecho, y órganos de carácter público como por ejemplo el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, que abogan activamente por su admisibilidad ética y jurídica en determinadas circunstancias. Sin embargo hay otros colectivos no menos relevantes que no lo consideran aceptable. Por ejemplo, el Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la Organización Médica Colegial (OMC) dice en su artículo 27.3 que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”. Menos directo, aunque también opuesto, es el pronunciamiento del Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (artículo 70).


La posición de la Iglesia Católica oficial española, desde los presupuestos de su moral religiosa, también mantiene desde siempre una postura radicalmente contraria a su admisibilidad ética y jurídica (Véase más adelante).

and Deontology Code 1999 of the Spanish Medical Association (OMC) “a physician will never intentionally cause the death of any patient, even if the latter expressly requests him to do so”. Less direct and also contrary, is the statement of the Deontology Code of the Catalan Medical Association Council (article 70).

The position held by the official Spanish Catholic Church, based on the premises of its religious morality, has always been one of radical opposition to the ethical and legal acceptance of euthanasia (see below).

As far as we know none of the leading Spanish bioethical associations (the Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, the Asociación Española de Bioética y Ética Médica, the International Society of Bioethics and the Associació de Bioètica i Dret) or healthcare and law associations (the Asociación Española de Derecho Sanitario and the Asociación de Juristas de la Salud) have declared their official position on the subject, although many members of these associations have stated their own private views. In short, it seems that the social debate, as inevitable as it is necessary, should





En lo que sabemos ninguna de las Asociaciones de bioética relevantes en España (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Asociación Española de Bioética y Ética Médica, Sociedad Internacional de Bioética y Associació de Bioètica i Dret), ni de las de Derecho Sanitario (Asociación Española de Derecho Sanitario y Asociación de Juristas de la Salud) se ha pronunciado oficialmente acerca de esta materia, aunque sí lo hayan hecho muchos de los miembros de las mismas a título individual. En resumen, parece que el debate social, tan inevitable como necesario, debe proseguir con libertad, respeto a todas las posiciones, precisión en el uso del lenguaje y seriedad en los argumentos.

Desde el punto de vista jurídico, mientras no se realice una modificación del Código Penal vigente, lo que es competencia de las Cortes Generales del Estado, parece claro que, a día de hoy, ni la eutanasia ni el suicidio asistido pueden formar parte del “derecho a la dignidad de la propia muerte” tal y como lo establece el Estatuto de Autonomía para Andalucía, ni por tanto de una disposición jurídica que desarrolle sus contenidos.

continue freely within a climate of respect for all positions, using linguistic precision and responsible arguments.

From the legal point of view and until such time as the current Penal Code is modified - which is the responsibility of the Spanish parliament - it seems clear that today neither euthanasia nor assisted suicide can be part of “a person’s right to die with dignity” established by the Statute of Autonomy for Andalusia. Nor, for that matter, can they form part of any legal provision aimed at modifying its contents.




LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) es la retirada (en inglés, *withdraw*) o no inicio (en inglés, *withhold*) de medidas terapéuticas de soporte vital porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. Según el Hastings Center, uno de los centros de bioética más importantes del mundo, se entiende por tratamiento de soporte vital (TSV) "toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal". La ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, las drogas vasoactivas, los sistemas de depuración extrarrenal, la nutrición parenteral o enteral y los hemoderivados son tratamientos de soporte vital. El encasillamiento de otros procedimientos en la categoría de TSV, como los antibióticos o la nutrición artificial mediante sonda naso-

LIMITATION OF TREATMENT

Limitation of treatment (LT) is the withdrawal, or withholding, of therapeutic life support measures because the healthcare professional considers that in the patient's present situation such measures are useless or futile as they will only succeed in prolonging biological life and will not provide functional recovery with a minimum quality of life. According to the Hastings Center, one of the world's leading bioethical centres, life-sustaining treatment (LST) means "any medical or technical intervention, procedure or medication administered to a patient with the object of delaying the moment of death, irrespective of whether or not the treatment is applied to the original disease or causal biological process". Mechanical ventilation, cardiopulmonary resuscitation, vasoactive drugs, renal replacement therapy systems, parenteral or enteral nutrition and blood products are life-support treatments. Some find it more difficult to include other procedures, such as antibiotics or nutritional support by means of a nasogastric tube, under the LST heading.





gástrica puede resultar más dificultosa para algunas personas.

La expresión Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), en cierta medida otro neologismo, ha hecho fortuna en nuestro medio y está relativamente consolidada aunque siempre pueden existir profesionales que preferirían otros términos. De hecho, el grupo de bioética de la SEMICyUC (Sociedad española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) prefiere utilizar el término Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV), que puede consistir en una omisión o una retirada de dichos tratamientos.

En cualquier caso, la retirada o el no inicio de dichas medidas permiten a la enfermedad concluir su victoria sobre la vida del enfermo. Es, por tanto, la enfermedad la que produce la muerte del enfermo, y no la actuación del profesional. La LET "permite" la muerte en el sentido de que no la impide, pero en ningún caso la "produce" o la "causa". Esta diferencia entre "permitir" la muerte y "producir" la muerte es clave, pues es la que separa la LET de la eutanasia. Y es la que trataba de reflejarse mediante la clá-

The expression "Limitation of treatment" (LT), to a certain extent yet another neologism, has made its mark in our circle and is relatively consolidated although there might always be other professionals who prefer other terminology. In fact, the SEMICyUC (Spanish society of Intensive, Critical Medicine and Coronary Units) bioethical group prefer the term Limitation of Life Support Treatment (LLST), which may consist of the failure to provide or the removal of treatment.

In any event, the removal or failure to initiate these measures allows the illness to consolidate its victory over the life of the patient. The illness, therefore, is what brings about the death of the patient and not the activity of the professional. LT "allows" death in the sense that it does not impede it, although at no time does it "bring about" or "cause" death. There is a key difference between "allowing" death and "causing" death, as this is what differentiates LT from euthanasia. This is what the traditional distinction between passive and active euthanasia was trying to convey. Decision Nº 90/2007 of the Andalusian Advisory Council concerning the case of Inmaculada Echevarría makes precisely



sica distinción entre eutanasia pasiva versus activa. El Dictamen N° 90/2007 del Consejo Consultivo de Andalucía sobre el caso Inmaculada Echevarría realiza precisamente esta distinción.

Sin duda esta distinción conceptual debe mantenerse, pero los términos deben ser modificados para evitar mantener la eterna confusión entre lo que es y lo que no es eutanasia. Lo mismo cabe decir de los términos adistanasia o antidistanasia, que deberían ser relegados al baúl de los recuerdos.


El juicio clínico sobre la futilidad de una medida no es fácil pues, como siempre en Medicina, no hay criterios matemáticos ni certezas tranquilizadoras. Pero en cualquier caso, cuando un profesional, tras una evaluación ponderada de los datos clínicos de que dispone, concluye que una medida terapéutica resulta fútil, no tiene ninguna obligación ética de iniciarla y, si ya la ha iniciado, debería proceder a retirarla. De lo contrario estaría entrando en lo que se ha denominado obstinación terapéutica, actuación anteriormente conocida con los desafortunados nombres de "encarnizamiento terapéutico"

this distinction.

Doubtless this conceptual distinction should be maintained, although the terms should be modified to avoid fuelling the eternal confusion about what is and is not euthanasia. The same can be said of the terms adysthanasia or Anti-dysthanasia, which should be consigned to the history books.

It is no easy task to arrive at a clinical judgement on the futility of a measure because, as is always the case with medicine, there are no mathematical criteria or reassuring certainties. In any event, when a professional, after lengthy evaluation of the clinical data at his disposal, concludes that a particular therapeutic measure would be futile, he is under no ethical obligation to initiate such a process and if this has already been set in motion, he should proceed to remove it. If this is not done, the professional would be entering the terrain of what has been called therapeutic obstinacy, an activity which previously went under the unfortunate names of "therapeutic ferocity", or "therapeutic cruelty", or that of "dysthanasia", a more modern term accepted by the Spanish Royal Academy. These actions are obviously





o "ensañamiento terapéutico", o con el de "distanasia", término más moderno y aceptado por la Real Academia. Obviamente estas actuaciones no son sino mala práctica clínica.

Es importante insistir en que la evaluación sobre la futilidad de un tratamiento es un juicio clínico de los profesionales basado en criterios de indicación y pronóstico. Sin lugar a dudas, como ya hemos comentado anteriormente, la decisión final deberá ponderar además otros elementos, como por ejemplo la propia opinión del paciente capaz, la del paciente incapaz a través de su Voluntad Anticipada, o la de un consentimiento por representación realizado por sus familiares. Pero la base principal de una decisión de LET es siempre un juicio clínico prudente realizado por los profesionales. Su aplicación exige además que éstos desplieguen estrategias de comunicación y negociación adecuadas con el paciente y la familia, de tal forma que puedan asumir adecuadamente la situación sin tener en ningún momento sensación de ser abandonados por los profesionales.

La práctica de la LET es muy común en las

no more than bad clinical practice.

It is important to underline that the evaluation of the futility of a treatment is a clinical judgement taken by professionals based on criteria of indication and prognosis. No doubt, as we have mentioned before, the final decision should also take other elements into account, for example, the opinion of a capable patient, of an incapable patient expressed through his Living Will, or of representative consent expressed by family members. Nevertheless, the main basis for an LT decision is always a prudent clinical judgement carried out by professionals. Implementation of the decision also demands that professionals deploy appropriate communication and negotiation strategies with the patient and family members to enable them to come to terms with the situation without feeling at any time abandoned by professionals.

LT is a common practice in Intensive Care Units all over the world, including Spain and there seems to be sufficient ethical consensus surrounding the practice. The practice is also a part of geriatric or palliative care.



Unidades de Cuidados Intensivos de todo el mundo, también de las españolas , y parece existir un consenso ético suficiente en torno a su práctica . También en Geriatría o en Cuidados paliativos tiene cabida su práctica.

En Medicina Intensiva la LET incluso está considerada un estándar de calidad. Con el objeto de que el proceso de LET responda a estos estándares de calidad el Grupo de Bioética de la SEMICYUC ha recomendado la introducción del uso sistemático de un Formulario de LET en la práctica clínica, que permita planificar y realizar el proceso de una manera transparente y clara. Se trata de un formulario similar al que en EE.UU. se conoce como POLST (Physicians Orders for Life Sustaining Treatments).

Por su parte, el artículo 27.2 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la OMC establece la corrección deontológica de la práctica de la LET.

Quizás el único punto donde no existe un acuerdo ético tan amplio es en lo relativo a la LET que implica la retirada de la alimentación e hidratación artificial, sobre todo cuan-


In intensive care medicine LT is even considered a quality standard. In order to ensure that LT satisfies these quality standards the bioethics group SEMICYUC has recommended the implementation in clinical practice of the systematic use of an LT form enabling the process to be planned and carried out in a transparent and unambiguous way. The form is similar to the so-called POLST (Physicians Orders for Life Sustaining Treatments) form used in the USA.

Article 27.2 of the Spanish Medical Association's Medical Ethics and Deontology Code 1999, for its part, establishes correct deontological practice for LT.

Perhaps the only point where such widespread ethical agreement is lacking is on the issue of LT involving removal of artificial feeding and hydration, above all when this is delivered by simple means such as nasogastric tubes, as some can interpret this as a measure of basic comfort and care which should always be maintained unless the patient has expressed otherwise.

In any event, it is important to point out





do ésta se realiza mediante sistemas sencillos como la sonda nasogástrica, pues hay personas que pueden interpretarlos como una medida de confort y cuidado básico que debe mantenerse siempre salvo que el paciente haya expresado lo contrario.

En cualquier caso es importante señalar que existe acuerdo prácticamente unánime entre los juristas acerca de que la LET no está tipificada por el artículo 143 CP. Tampoco por el artículo 196 CP, que tipifica el delito de omisión del deber de socorro de los profesionales. La LET, como resultado de un proceso de valoración clínica ponderada, e incluso colegiada entre diferentes profesionales, sobre el grado de adecuación, proporcionalidad, necesidad o futilidad de una determinada intervención médica, no es una práctica contraria a la ética, no es punible, no es eutanasia y es buena práctica clínica.

En el marco del desarrollo de un “derecho a la dignidad del proceso de muerte”, la LET opera de dos formas diferentes:

a) Por una parte introduce el derecho del paciente a que se le limiten las intervenciones que puedan producirle un sufrimiento

that there is almost unanimous agreement among lawyers that LT is not classified under article 143 of the Penal Code. , Neither is it classified in article 196 of the Penal Code which describes the crime of failing to give assistance on the part of healthcare professionals. LT, resulting from a lengthy process of clinical evaluation, even by a group of professionals, on the degree of suitability, appropriateness, necessity or futility of a given medical intervention, is not an unethical practice, is not punishable, is not euthanasia and is good clinical practice.

Within the framework of the development of a “right to a dignified death”, LT operates in two ways:

a) On the one hand, it introduces the right of the patient to limit interventions which may cause him unnecessary suffering, i.e., those

which are not compensated by a significant increase in life expectancy with a minimally humane quality of life. This is the same as saying that it is within a patient's right that professionals should avoid acting with therapeutic obstinacy.



innecesario, esto es, el que no se compensa con un aumento significativo de la esperanza de vida con una mínima calidad humana. Esto es lo mismo que decir que el paciente tiene derecho a que los profesionales eviten incurrir en conductas de obstinación terapéutica.

b) Por otra parte la LET introduce límites en un ejercicio de la libertad de decidir por parte del paciente o, más frecuentemente de su representante o sus familiares. Dicho límite impide reclamar como necesariamente legítima toda demanda de atención sanitaria independientemente del grado de justificación que pueda tener desde el punto de vista científico de la evidencia disponible y la experiencia clínica acumulada. Esto es lo mismo que decir que los pacientes no tienen derecho a reclamar tratamientos que sean claramente fútiles.

b) On the other hand, LT establishes limits to a patient's exercise of free will or more frequently, that of the patient's representative or family members. This limit prevents patients and their representatives from demanding as necessarily legitimate any medical care, irrespective of whether or not this is justified from a scientific point of view based on the available evidence and accumulated clinical experience. This is tantamount to saying that patients do not have the right to demand treatment which is clearly futile.





RECHAZO DE TRATAMIENTO O DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Así como en la toma de decisiones de LET el peso principal de la decisión recae sobre el profesional, en las decisiones de rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento el protagonismo central corresponde al paciente.

El rechazo de tratamiento forma parte de la teoría general del consentimiento informado, que es el modelo de toma de decisiones vigente en la bioética moderna. Así lo establecen con toda claridad documentos de consenso ético tan relevantes como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) o el Convenio para la protección de los Derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina del Consejo de Europa. Los Códigos Deontológicos de medicina y enfermería vigentes en España también lo contemplan así. El artículo 9.2 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la OMC dice que “el médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o

REFUSAL OF TREATMENT OR REVOCATION OF CONSENT

With LT decisions the main weight of the decision falls on the professional; with refusal of treatment or revocation of consent the onus falls principally on the patient.

Refusal of treatment is part of the general theory of informed consent, which is the current decision-making model in modern bioethics. This is clearly established by such weighty documents on ethical consensus as the UNESCO's Universal Declaration on Bioethics and Human Rights or the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine of the European Council. It is also accepted by current deontological codes governing medicine and nursing in Spain. Article 9.2 of the Medical Ethics and Deontology Code 1999 of the OMC states that “the physician must respect the right of the patient to refuse totally or partially a diagnostic test or treatment” and that he “must inform the patient of the possible consequences of his refusal in a clearly understandable way”.



parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento" y que "deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa".

Por tanto este modelo ético de toma de decisiones postula que los pacientes pueden ejercer siempre su autonomía moral y tomar las decisiones que estimen convenientes respecto a su cuerpo o su salud. Sólo en situaciones excepcionales, como el peligro para la salud pública o ante una emergencia vital súbita e inesperada que no permite demoras en la atención y donde no exista constancia previa de las preferencias del paciente, los profesionales pueden actuar sin su consentimiento.

Las decisiones autónomas de los pacientes pueden ser de aceptación o de rechazo del tratamiento indicado por los profesionales como el más beneficioso para su situación clínica. Obviamente el rechazo de la propuesta de los profesionales puede implicar la posibilidad de que el paciente ponga en serio peligro su salud o su vida.

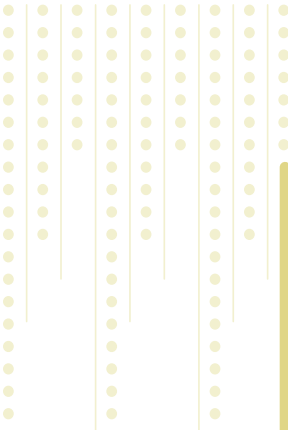
Con todo, a pesar de que en teoría exis-

According to this ethical decision-making model, therefore, patients can always exercise their moral autonomy and make decisions they deem convenient regarding their body or health. Only in exceptional situations, such as a danger to public health or in the face of a sudden and unexpected life-threatening emergency where there is no margin for delaying care and where no record of the patient's preference exists, can professionals act without a patient's consent.

The patient's autonomous decision can take the form of accepting or refusing the treatment indicated by professionals as being the most beneficial for his clinical situation. Obviously, refusing the professionals' recommendations may involve the possibility of the patient seriously endangering his health or life.

In spite of the fact that, in theory, there is a general ethical consensus on this issue in Spain, its implementation has been complicated. Informed consent is still today surrounded by important myths and confusion. Some citizens, professionals, moralists





te en nuestro país un consenso ético generalizado sobre esto, su implantación real ha resultado trabajosa. Todavía hoy el consentimiento informado está rodeado de mitos y confusiones notables. Ha sido especialmente dificultosa la aceptación, por parte de algunos ciudadanos, profesionales, moralistas y jueces, de la libertad de las personas para tomar decisiones que pongan en claro riesgo su vida. Todavía hay profesionales con reticencias a aceptar que sus obligaciones éticas respecto a sus pacientes terminan cuando les han ofrecido información detallada y consejo reiterado sobre las intervenciones que estiman más beneficiosas para su problema de salud. Cuesta aceptar que por más indicadas que estas intervenciones estén, los profesionales no tienen ninguna obligación ni ética ni jurídica de aplicarlas si el paciente las rechaza y, más costoso aún es aceptar que, en cambio, sí tienen obligación de retirarlas si ya las habían iniciado. A este respecto resulta paradigmática la histórica discusión en torno al rechazo de sangre por parte de los pacientes de la confesión religiosa de los Testigos de Jehová, que debería ser definitivamente superada en su enfoque general aunque, como en todo,

and judges in particular have found it especially difficult to accept a person's freedom to make decisions which can put his life in obvious danger. There are still some professionals who are reluctant to accept that their ethical obligations regarding their patients terminate once they have provided them with detailed information and repeated advice on the interventions they consider most beneficial to their health problem. It is difficult to accept that, no matter how appropriate these interventions may be, professionals have no ethical or legal obligation to implement them if the patient refuses. Even more difficult to accept is that they must remove these interventions if they have already been implemented. An example of this is the longstanding debate on the refusal of patients belonging to the Jehovah's Witnesses religion to accept blood. The general context of the discussion should be put behind us once and for all although, as with everything, there might still be specific ethical and legal situations of conflict which should be individually assessed.

In any event, we can safely say today that this ethical decision-making model has



siempre puedan existir situaciones concretas ética y jurídicamente conflictivas que deberán ser valoradas individualizadamente.

En cualquier caso hoy puede decirse con toda claridad que este modelo ético de toma de decisiones tiene en nuestro país pleno respaldo jurídico en la vigente 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. Con respecto al rechazo de tratamientos, en su artículo 2.3 y 2.4 dice lo siguiente: "el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles" y "todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley; su negativa al tratamiento constará por escrito". Y en el apartado 5 del artículo 8, consigna el derecho a revocar el consentimiento: "el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento".


Este es el marco jurídico desde el que se ha argumentado el derecho de la pacien-

full legal backing in Spain under the current Law 41/2002, of 14 November, on the basic regulations of the autonomy of patients and rights and obligations regarding clinical documentation and information. Regarding refusal of treatment, articles 2.3 and 2.4 of the same law state: "the patient or user is entitled to freely decide, after receiving sufficient information, from the clinical options available" and "any patient or user is entitled to refuse treatment, except in cases specified under the Law; refusal of treatment must be recorded in writing". Paragraph 5 of article 8 establishes the right to revoke consent: "the patient may freely revoke, in writing, his consent at any time".

This legal framework is the basis for arguing the right of the patient Inmaculada Echevarría to request disconnection from her ventilator, a case which is doubtless a turning point in the establishment of an adequate ethical and legal consensus on the right to refuse treatment.

At no time can this situation be confused with euthanasia or assisted suicide. This has even been the predominant interpretation





te Inmaculada Echevarría a solicitar la desconexión de su respirador, un caso que sin duda marca un antes y un después en la cristalización de un consenso ético y jurídico suficiente en torno al derecho a rechazar tratamientos.

Bajo ningún concepto esta situación puede confundirse con la eutanasia o el suicidio asistido. Incluso dentro de la Iglesia Católica se ha interpretado mayoritariamente así. No hay más que leer el último párrafo del nº 2278 del Catecismo (Tabla 3, pag 150). Por eso, las opiniones discrepantes de algunos obispos respecto a este caso concreto son respetables pero, en todo caso, estrictamente personales y sin carácter vinculante u obligatorio a nivel magisterial para los creyentes católicos.

La situación de incapacidad del paciente no anula su derecho a rechazar tratamientos o denegar el consentimiento, pero sí cambia sustancialmente la forma en que puede ejercerlo. Esta es, en tal situación, la del consentimiento por representación, en el que un tercero - representante legal o persona con vínculos familiares o de hecho con el

of the Catholic Church. One only has to read the final paragraph, nº 2278, of the catechism (Table 3, page 151). This is why the contrary opinions of some bishops regarding this specific case are worthy of respect but are, in any event, strictly personal and have no binding or obligatory authority for Catholics.

The incapacity of a patient does not invalidate his right to refuse treatment or withhold consent, although it does substantially change the way in which this can be achieved. It entails, in such a situation, a consent by proxy in which a third party – either a legal representative or someone with ties to the family or to the patient – takes the decision instead of the incapable patient. This representative or family member will see that the express wishes of the patient are carried out. If these are not known, the representative will try to reconstruct what would probably have been the patient's preference based on his knowledge of the same. If this is not possible either, the representative will, in the last resort, decide what is considered clinically best for the patient.



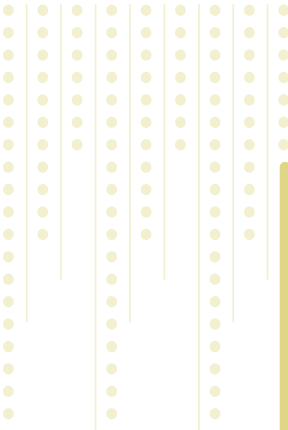
paciente - toma las decisiones en lugar del paciente incapaz. Ese representante o familiar velará por realizar los deseos expresos del paciente. Si no se conocen éstos, procurará reconstruir entonces, a partir de su conocimiento del paciente, lo que probablemente hubiera preferido y, si tampoco esto es posible, en última instancia buscará lo que se estime como mayor beneficio clínico para el paciente.

Por ello, es muy importante que las personas puedan expresar sus deseos anteriormente. Y la mejor manera de hacerlo es mediante una voluntad anticipada o instrucción previa (coloquialmente conocida también como "testamento vital"), que en España están extensamente reguladas por el artículo 11 de la Ley 41/2002 y por la legislación autonómica, aunque con muchas lagunas. El respeto de la voluntad anticipada, en una situación clínica claramente contemplada por ella, en la que un paciente solicita la suspensión o no inicio de un tratamiento es, en principio, una obligación ética y jurídica vinculante para los profesionales, por encima incluso de sus opiniones sobre el posible beneficio clínico que se obtendría del man-

This is why it is very important for people to be able to express their will beforehand. The best way of doing this is by means of an advance directive or previous statement (commonly known also as "Living Will"), which in Spain is extensively regulated by article 11 of Law 41/2002 and by regional legislation, albeit with many loopholes. In principle, obeying advance directives, within a clinical situation clearly contemplated by this same directive in which a patient requests that a treatment be interrupted or withheld, imposes on a professional a binding ethical and legal obligation, even overriding his opinion on the possible clinical benefit to be obtained by maintaining the measure. This obligation also overrides the opinions of family members or the representative appointed by the patient himself in his advance directive document, as he may not contravene the instructions of the interested party if the situation is clearly contemplated.

In the framework of the development of a "right to a dignified death", the refusal of treatment works in two complementary ways:





tenimiento de la medida. Esta obligación de respeto también está por encima de las opiniones de la familia o del representante designado por el propio paciente en su documento de voluntades anticipadas, ya que éste no podrá contravenir lo explicitado por el interesado si la situación está claramente contemplada.

En el marco del desarrollo de un “derecho a la dignidad del proceso de muerte”, el rechazo de tratamiento opera de dos maneras complementarias:

a) Por una parte parece claro que el derecho a rechazar tratamientos forma claramente parte de dicho derecho, y a su vez es expresión del derecho general al consentimiento informado de los pacientes. Las bases éticas y jurídicas, tanto a nivel internacional, nacional y andaluz, están claramente establecidas.

b) Por otra, el derecho a rechazar tratamiento se puede operativizar mediante la realización del Testamento Vital o Voluntad Vital Anticipada, pues ambos nombres tienen carta de naturaleza en Andalucía.

a) On the one hand it seems clear that the right to refuse treatment is obviously part of said right and is at the same time an expression of the patient's general right to informed consent. The ethical and legal bases have been clearly established both on an international and national level and also in the Autonomous Community of Andalusia.

b) On the other hand, the right to refuse treatment can be implemented through a Living Will, or Advance Directive, both terms being accepted in Andalusia



SEDACIÓN PALIATIVA

Por sedación paliativa se entiende la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante. En nuestro país –no así en los demás países europeos– se suele contemplar además un subtipo de sedación que se denomina sedación terminal o sedación en agonía. La única diferencia respecto a la anterior es que en este caso se administra a un paciente cuya muerte se prevé muy próxima porque está entrando en la fase de agonía. Pero entendemos que ello no implica diferencia alguna en el abordaje de los aspectos éticos y jurídicos.

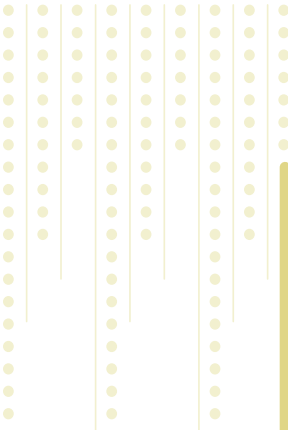
La sedación paliativa se trata de una práctica clínica que, si se realiza conforme a las indicaciones clínicas y prescripciones técnicas, y contando con el consentimiento informado del paciente o de su represen-

PALLIATIVE SEDATION

Palliative sedation means the administration of the required dosage and combination of drugs to a terminally ill patient to diminish his consciousness enough to sufficiently alleviate one or more refractory symptoms causing suffering, with the patient's informed and express consent or, if this is not feasible, that of his family or representative. In Spain, although not in other European countries, a subtype of sedation called terminal sedation or death-bed sedation is also usually considered. The only difference between this and the former is that it is administered to a patient who is expected to die in a very short time because he is entering the terminal phase. This, however, does not mean that there is any difference when dealing with the ethical and legal aspects.

Palliative sedation is a clinical practice which, if it is performed according to clinical indications and technical prescriptions and has the informed consent of the patient or his representative, should not be considered under a different light from any other health-care procedure. It is important to emphasise





tante, no debería ser considerada de un modo muy diferente al de cualquier otra actuación médica. Es importante señalar que este consentimiento debe ser expreso, bien del propio paciente, bien de su representante; lo cual no quiere decir que tenga que ser necesariamente obtenido por escrito. Hoy en día no parece ni ética ni jurídicamente adecuado aceptar el consentimiento presunto, implícito o tácito, a pesar de que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos así lo ha admitido en alguna ocasión.

Lo que hace aparentemente especial a esta actuación clínica es que uno de sus posibles efectos secundarios, por un mecanismo no del todo aclarado, puede contribuir a acortar el tiempo de vida del paciente. Por eso, para justificar esta práctica, y evitar la acusación de "eutanasia" encubierta, que como ya sabemos se ha bautizado con el rebuscado nombre de "criptotanasia", se ha acudido al uso de un antiguo principio moral, el "principio del doble efecto". Este principio dice que, cuando una determinada actuación tiene dos posibles efectos, uno positivo y otro negativo, si la persona actúa buscando intencionadamente el efecto

the need for express consent, either from the patient or from his representative; this does not imply that this consent must be given in writing. Nowadays it does not seem either ethically or legally appropriate to accept presumed consent, implicit or tacit, in spite of the fact that the Spanish Society for Palliative Care has on occasion done so.

What makes this clinical procedure seem special is that one of its possible side effects, through a mechanism as yet not totally clarified, is that it can contribute towards reducing the patient's life span. Because of this, in order to justify this practice and avoid accusations of "undercover euthanasia" which, as we know, has been given the complicated name of "cryptothanasia", an old moral principle, the "double effect principle", has been used. According to this principle, when a certain action has two possible effects, one positive and the other negative, if the person acts with the intention of achieving the positive effect but, as a consequence the negative effect is also unintentionally produced, the action is morally correct. This is the kind of argument underlying n° 2279 of the catechism of the Catholic Church (Ta-



positivo, pero como consecuencia de ello se produce además, de manera no buscada, el negativo, la actuación es moralmente correcta. Este tipo de argumentos es el que subyace en el nº 2279 del Catecismo de la Iglesia Católica (Tabla 3) así como en el artículo 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la OMC. Y es lo que ha dado lugar a atribuirle a la sedación el confuso nombre de “eutanasia indirecta”.

Quizás apelar a todo esto sea innecesario, pues todas las prácticas clínicas tienen efectos secundarios no deseados ni buscados, y no por eso se invoca continuamente este principio para justificar la conducta de los profesionales cuando esos efectos nocivos indeseables se producen. Basta con actuar correctamente desde el punto de vista científico-técnico y contar con el consentimiento informado del paciente o su representante. Cuando así se hace se actúa técnicamente y éticamente de manera correcta y conforme a Derecho, sin incurrir en el delito tipificado por el artículo 143 CP.

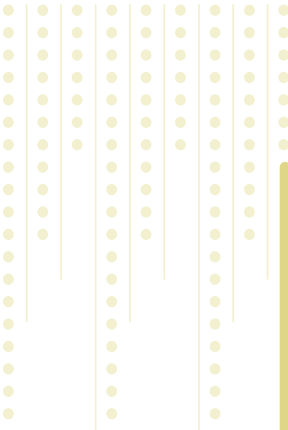
En la Comunidad Autónoma de Andalucía la práctica de la Sedación Paliativa está

ble 3) and article 27.1 of the Medical Ethics and Deontology Code 1999 of the OMC. This has also resulted in sedation being given the confusing name of “indirect euthanasia”.

Perhaps it is unnecessary to resort to this as all clinical practice has undesired and unintended side effects but this does not prompt professionals to continually invoke this principle to justify their conduct in the event of undesired, injurious effects. All that is needed is to act correctly from a technical-scientific point of view and have the informed consent of the patient or his representative. If this is the case, then the action is ethically and technically correct and law-abiding and cannot be prosecuted under article 143 PC.

In the Autonomous Community of Andalusia the practice of palliative sedation is clearly accepted under the Comprehensive Plan for Palliative Care (Plan Integral de Cuidados Paliativos), which includes a document regulating this practice: Palliative Sedation and Terminal Sedation: Guiding Principles for Taking Clinical Practice Decisions” (Sedación Paliativa y Sedación Terminal:





claramente asumida por el Plan Integral de Cuidados Paliativos, que incluye un documento regulador de su práctica "Sedación Paliativa y Sedación Terminal: Orientaciones para la toma de decisiones en la Práctica Clínica", que ya fue objeto de análisis y aprobación en su día por esta Comisión Autonómica.

Parece claro, por tanto, que el derecho a recibir la adecuada sedación, si así lo desea el paciente o su representante, forma una parte incuestionable del "derecho a la dignidad ante el proceso de la muerte", como una de las prestaciones que deben incluirse en un proceso de cuidados paliativos integrales y de calidad.

Orientaciones para la toma de decisiones en la Práctica Clínica), which has already been analysed and approved by this Regional Commission.

It seems clear, therefore, that the right to receive adequate sedation, if so requested by the patient or his representative, is an unchallengeable part of the "right to a dignified death" and one of the services which should be included in a comprehensive, quality-based palliative care process.



SUSPENSIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA POR FALLECIMIENTO

Los criterios de muerte encefálica están claramente definidos en Anexo I del Real Decreto 2070/1999 de extracción y trasplante de órganos. Cuando un paciente los cumple, el no inicio o la retirada de todas las medidas terapéuticas de soporte vital ni produce ni permite la muerte del paciente, porque en realidad ésta ya ha acontecido. Si el paciente ya fallecido es candidato a ser donante de órganos la única diferencia es que, antes de proceder a la desconexión final, se realizan una serie de intervenciones clínicas destinadas a posibilitar la conservación y extracción de esos órganos. No existe aquí ningún tipo de conflicto ni ético ni jurídico, ni cabe aquí hablar de eutanasia ni de limitación del esfuerzo terapéutico. Todas esas expresiones tienen sentido cuando se habla de pacientes vivos, no de personas ya fallecidas.

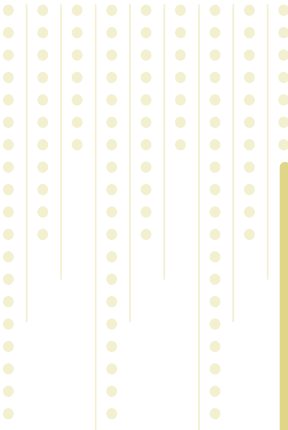
El citado Real Decreto también incluye la posibilidad de realizar la extracción de órganos en pacientes que cumplan criterios de muerte por parada cardiorrespiratoria. Como dice el mismo Real Decreto, "la irreversibilidad del cese de las funciones car-

INTERRUPTION OF MEDICAL CARE DUE TO DEATH

The criteria for brain death are clearly defined in Annexe 1 of Royal Decree 2070/1999 on the extraction and transplantation of organs. When a patient complies with these criteria, the failure to initiate, or the removal of all therapeutic life support measures neither causes the death of the patient nor allows him to die, because in fact, death has already occurred. If the deceased is a candidate for organ transplant the only difference is that before disconnection a series of clinical interventions is carried out to ensure the conservation and extraction of the organs. No kind of ethical or legal conflict exists, nor is it appropriate in this case to talk of euthanasia or limitation of treatment. All these expressions have a meaning when referring to living patients and not to those who have already died.

The aforementioned Royal Decree also includes the option of extracting organs from patients who comply with criteria of death due to cardiorespiratory arrest. As is stated in the Decree, "the irreversible nature of the





diorrespiratorias se deberá constatar tras el adecuado período de aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada", siguiendo "los pasos especificados en los protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada que periódicamente publican las sociedades científicas competentes". Así pues, la suspensión de las medidas de reanimación se produce, igual que el caso de la muerte encefálica, cuando se constata el fallecimiento del paciente. La suspensión de éstas no es, por tanto, ninguna forma de eutanasia ni de limitación del esfuerzo terapéutico.

Otra situación distinta es el problema del grado de indicación de la reanimación, su posible caracterización como terapia fútil o la aplicación de Órdenes de No Reanimar a petición de un paciente capaz o a través de su Voluntad Anticipada en caso de incapacidad. Estas actuaciones sí deben ser etiquetadas, bien como LET o bien como rechazo de tratamiento. Pero en ningún caso son formas de eutanasia.

En el marco del desarrollo del "derecho a la dignidad del proceso de muerte" este escenario es, quizás, el menos relevante.

cessation of cardiorespiratory functions must be ascertained after an appropriate period of applying advanced cardiopulmonary resuscitation techniques", following "steps specified in advanced cardiopulmonary resuscitation protocols periodically published by competent scientific societies". Cessation of resuscitation measures takes place therefore, as in the case of brain death, when the death of the patient is ascertained. This cessation is not, therefore, a form of euthanasia or a limitation of treatment.

A different situation is the problem of the extent to which resuscitation is indicated, its possible classification as futile therapy or the enforcement of a Do Not Resuscitate order given by a capable patient or transmitted through a Living Will if the latter is incapable. These activities should be labelled either as LT or refusal of treatment. However, they are never a form of euthanasia.

In the framework of the development of the "right to a dignified death" this is possibly the least relevant scenario.





3.

LA POSICIÓN DE LAS MORALES RELIGIOSAS ANTE LA MUERTE DIGNA
THE POSITION OF RELIGIOUS MORALS ON DIGNIFIED DEATH




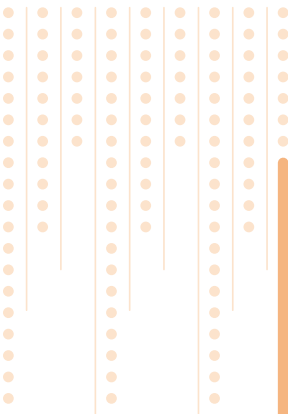
En el debate en torno a los contenidos del “derecho a la dignidad de la propia muerte” la posición de las morales religiosas y, en especial, de la moral cristiana católica, mayoritaria real o sociológicamente en la sociedad española y andaluza, es de la máxima importancia. Por eso resulta imprescindible analizar si entre dichas morales religiosas y los planteamientos de una ética civil y laica en este tema puede haber sintonía. Este aspecto es crucial para poder redactar normas jurídicas en esta materia tan sensible que comuniquen seguridad tanto a los ciudadanos como a los profesionales, y que se vivan como un factor positivo de integración social.

“Las ideas se tienen, en las creencias se vive” afirmaba Ortega y Gasset. Religiosos o no, todos los seres humanos portan un sistema de creencias, viven y desean morir desde ellas. Afirmar las creencias es ir un poco

The position of religious morals in the debate on the elements of a “right to a dignified death” and specifically, Christian Catholic morals, the most widespread in real or sociological terms in Spanish and Andalusian society, is of the utmost importance. This is why it is essential to analyse whether or not common ground can be found between religious morals and the civil, lay ethics approach. This issue is crucial for drawing up legal regulations capable of transmitting confidence to both citizens and professionals on this sensitive subject, enabling these laws to be a contributing factor towards social integration.

According to Ortega and Gasset: “One has ideas, but on beliefs one lives”. Every human being has a system of beliefs, religious or otherwise, by which they live and by which they wish to die. Declaring beliefs goes somewhat beyond ideology, as ideology has to provide complete rational self-justifi-





más allá de las ideologías, pues la ideología tiene un deber de autojustificación racional total. Su punto de partida y de llegada es la misma racionalidad de su argumentación y ese es también su límite. La lógica de la razón ideológica tiene los límites propios de la misma racionalidad. Las creencias añaden a las ideologías la incapacidad de ofrecer la respuesta definitiva y última. No les queda más remedio que el salto irracional “creo que es así” para sostenerse, aunque hasta ese último salto todas tienen la obligación de justificarse argumentativamente. Esto es importante pues en el marco de la vida digna hay un componente ineludible de creencia. La polisemia del término dignidad, tras los argumentos racionales, encierra un salto: la creencia de lo que es digno o indigno para la vida y la muerte de un ser humano.

Los consensos para legislar u ordenar jurídicamente los contenidos materiales de la vida y muerte digna han de recoger los argumentos racionales tras el destilado crítico de los mismos, es decir, tras someterse a la crítica ideológica y mostrar la fortaleza o debilidad de las razones para afirmar o negar lo que se propone. Este es el punto de con-

It starts and ends with the same rationality as its arguments and this is also its limitation. The logic of ideological reason has the same limits as rationality itself. Beliefs add to ideologies the inability to provide the definitive, final answer. There is no choice but to sustain them on the irrational statement: “That’s how I think it is”. However, prior to this last leap of faith, all beliefs must be justified with arguments. This is an important point because within the framework of a dignified life there is an inescapable element of belief. The polysemy of the term dignity, after all the rational arguments, contains a leap of faith: the belief in what is dignified or undignified for the life and death of a human being.

Any consensus on the legislation or legal organisation of the material elements of life of death must include rational arguments, once these have been critically filtered, i.e. after having been subject to ideological criticism and having shown the weaknesses or strengths of the reasons for accepting or denying the proposition. This is the common denominator of all ideological proposals: their aim to be universally valid. It will always

vergencia de toda propuesta ideológica: su pretensión de validez universal. Ésta siempre será una propuesta universal de mínimos en un marco civil donde todos se puedan sentir representados, incluidos. Pero, además, ha de incluir algunos elementos incondicionales que solo le dotan de validez las creencias, religiosas o no.


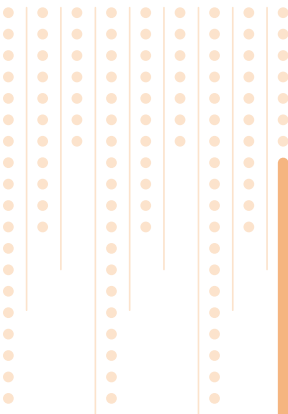
Nuestra sociedad andaluza vive desde ideas y desde creencias públicas. La afirmación de que las ideas son públicas y las creencias, religiosas o no, son privadas es insostenible. Las creencias religiosas nunca son privadas. Lo que es íntimo, habría que decir más exactamente a nivel lingüístico, es la experiencia religiosa. Esta está sostenida en la interioridad del ser humano. No hay experiencia religiosa sin intimidad que la sostenga, mientras que hay sistemas de creencias sin esta cualidad. Dicho con otras palabras. Uno puede conocer las creencias sin tener que tener experiencia íntima y personal de las mismas. Podemos, es más, deberíamos conocer los credos de las diferentes religiones, por ejemplo, aunque no tengamos la experiencia religiosa de esa confesión. Y esto porque todo credo es público. Su pre-

be the bottom-line proposal for a civil framework where all can consider themselves represented and included. However, it must also include some unconditional elements which are only given validity by beliefs, be they religious or otherwise.

Our Andalusian society is based on ideas and public beliefs. The affirmation that ideas are public and beliefs, religious or otherwise, are private cannot be upheld. Religious beliefs are never private. What is private, to be more linguistically exact, is religious experience. This is upheld within each human being. No religious experience can be upheld without intimacy, while there are systems of belief which lack this quality. In other words: One can be familiar with a belief without having to have intimate, personal experience of it. We can, indeed should, be familiar with religious creeds, for example, even though we do not have the religious experience of that particular confession. This is because all creeds are public. They intend to be public, to be put forward and known by all.

A characteristic shared by all religious creeds is that they hold inherent in them a





tensión es la publicidad, poder ser propuesto y conocido por todos.

Una particularidad de todos los credos religiosos es que llevan inherente una concepción de la dignidad para vivir y para morir. Es más, la mayoría de los presupuestos de la dignidad en nuestra cultura occidental tienen su punto de partida en credos religiosos, en concreto el judeo-cristiano, aunque con el transcurso del tiempo se hayan destilado o desmarcado de la fuente originaria. Las exigencias éticas humanas están profundamente condicionadas culturalmente y nunca se dan en estado puro. Las culturas pueden pervivir a través de instituciones que influyen en nuestra conducta con "razones" que se arraigan profundamente en nuestro ser. Nuestras decisiones éticas no se basan, sólo ni principalmente, en normas, códigos, regulaciones y filosofías éticas, sino en "razones" que subyacen a esa superficie. Nuestra forma de percibir los valores humanos básicos y de relacionarnos con ellos está configurada por nuestra cultura y nuestra forma de ver el mundo. Esta forma de percibir el mundo puede armonizar o distorsionar los valores humanos básicos y afectar conse-

concept of dignity applied to life and death. Not only that, most assumptions of dignity in our western culture are based on religious creeds, specifically, Judeo-Christian creeds, even though over time these may have become diluted or separated from the source. Human ethical demands are deeply conditioned by culture and are never found in their pure state. Cultures may survive through institutions which influence our behaviour with "reasons" which take deep root in our being. Our ethical decisions are not based, solely or mainly, on standards, codes, regulations and ethical philosophies, but on underlying "reasons". Our way of perceiving basic human values and relating to them is shaped by our culture and our way of perceiving the world. This vision of the world can either harmonise or distort basic human values and as a result, affect our ethical options.

Our cultural medium has been based on a religious framework in which individual life was a gift from God and as such could not be tampered with. Even more taboo was disposing of one's own life, not just to eliminate it, but using it to eliminate other lives. Culturally, we have only made heroes out of those

cuentemente a nuestras opciones éticas.


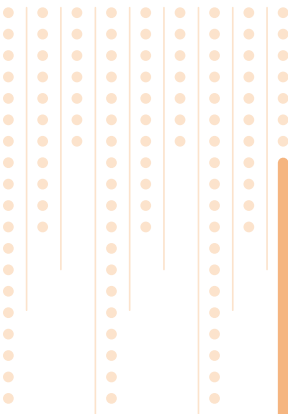
Nuestro caldo cultural ha estado sostenido desde un marco religioso en el que la vida personal era un bien de Dios contra el que no se podía atentar. Mucho menos utilizar la propia vida, no solo para eliminarla, sino para eliminar otras vidas. Culturalmente hemos elevado a héroes solo a aquellos que han dado su vida por salvar la de otros, pero nunca lo contrario. Un ejemplo que ilustra bien esto es la autoinmolación. En nuestro contexto cultural autoinmolarse dañando a la vez la vida de otros no goza de reconocimiento ético ni de aprobación religiosa. Los atentados del 11 de septiembre en New York contra las torres gemelas muestran dos cosas: las creencias tienen dimensión pública, afectan a terceros siempre, por una parte, y por otra, que hay diferencias sustantivas en la consideración de lo más digno, lo más heroico, entre unas creencias y otras así como en marcos culturales diferentes.

Esto es de una extraordinaria importancia, pues toda concreción en un texto legal con pretensión de dotar de derechos para una muerte digna tiene que estar situada en

who have given their lives to save others, but never the opposite. A good example of this is self-sacrifice. In our cultural context, sacrificing oneself while injuring the life of others is not accepted ethically or religiously. The September 11 attacks on the twin towers in New York demonstrated two things: first, that belief has a public dimension and affects the lives of others and secondly, that there are considerable differences in what is considered honourable and heroic between one belief and another and also between different cultural frameworks.

This is extraordinarily important, as any specification in a legal text aimed at granting the right to a dignified death must be situated within the cultural context in which it is to be implemented and this is only possible if the pre-text is known and acknowledged. In 1990 the Hastings Center Report magazine published a special supplement on the subject of "Theology, Religious Traditions and Bioethics", from which we would single out as particularly relevant the contribution made by Daniel Callahan. This author considers that the "de-religiosity" of today's debate is negative as it promotes a form of mo-





el con-texto cultural en el que se quiere desplegar, lo cual solo es posible si se conoce y atiende al pre-texto. La revista *Hastings Center Report* dedicaba en 1990 un suplemento especial al tema de "Teología, Tradiciones religiosas y Bioética", en el que nos parece especialmente relevante la aportación de Daniel Callahan. Considera que la "des-religiosidad" del actual debate bioético es negativa ya que fomenta una forma de filosofía moral que aspira a una neutralidad descomprometida y a un universalismo racionalista carente de base cultural por una "privatización forzada" de las creencias religiosas.

La tradición cristiana, mayoritaria entre nosotros, ha sostenido desde sus orígenes que:

- La vida humana es un bien personal (por tanto, quitar la vida propia o ajena va en contra de la caridad debida hacia los demás o hacia uno mismo), pero no solo personal, sino también un bien comunitario (atentar contra la vida ajena o la propia lesiona la justicia). La vida no

ral philosophy which aspires to uncommitted neutrality and a rationalist universalism devoid of cultural foundations for an "enforced privatisation" of religious beliefs.

The Christian tradition, to which most of us adhere, has, since its origins, sustained that:

- Human life is an individual asset (therefore, taking your own life or that of another person contravenes the charity owed to others or to yourself) and not only an individual but also a common asset (to make an attempt on another person's life or on your own offends justice). Life does not only belong to me, as the liberal tradition would state many centuries later, it also belongs to others, being experienced as a divine gift.
- At the same time, however, Christianity has also been infused with the idea that each individual is responsible for his life and that they must account to God for what


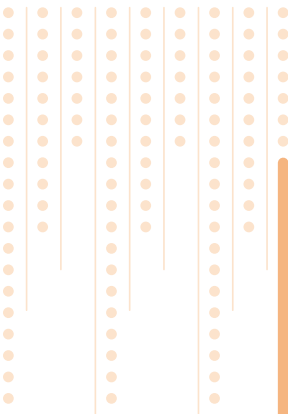
solo es mía, como dirá muchos siglos después la tradición liberal, es también de los demás al ser experimentada como Don de Dios.

- Pero, a la vez, también ha permeado en el cristianismo la idea de que cada uno es responsable de su vida, y de que lo que haga cada cual con ella ha de rendir cuentas a Dios. Esto significa que las decisiones que yo tome responsablemente han de incluir a los otros y al Otro, en sentido trascendente, y que en ellas es donde se pone en juego la propia dignidad. Es de extraordinaria importancia que el Concilio Vaticano II sitúe la dignidad humana en la fidelidad a la propia conciencia.
- En este sentido, para la tradición cristiana la vida, siendo un bien, no es un valor absoluto. Entregarla por fe y por amor a los demás es lo único absoluto. Con esta afirmación en ningún caso se quiere decir que la vida sea un valor relativo, sino

they do with it. This means that any decision I take must responsibly include others and The Other, in the transcendental sense and it is in these decisions that my own dignity is played out. It is extraordinarily important that the Second Vatican Council describes human dignity as loyalty to one's own conscience.

- In this sense, according to Christian tradition, life, being an asset, is not an absolute value. Devoting it to others through faith and love is the only absolute. In no way does this statement mean that life is a relative value, but rather that it is a universal value which is only overriden by an absolute value: faith. No-one who has faith can eliminate the life of another human being, except in the case of aggression and legitimate defence where two universal values are at stake, as both are equally worthy. We must not forget that human beings, according to the Christian tradition, are worthy because they are made "in





que es un valor universal que solo cede por un valor absoluto: la fe. Nadie con fe puede eliminar otra vida humana, salvo en el caso de agresión y legítima defensa donde dos valores universales están en juego, pues ambas son igual de dignas. No podemos olvidar que los seres humanos, en el marco de la tradición cristiana, son dignos por ser "imagen de Dios".

- En el tema del final de la vida, desde los orígenes de la Iglesia, se ha considerado una obra de misericordia orar y acompañar a bien morir. Procurar la "buena muerte" ha sido durante siglos una de las tareas a la que los cristianos han dedicado sus mayores esfuerzos personales e institucionales . Aunque es verdad que la cuestión de la "calidad de vida" es muy reciente y que ha podido situarse en conflicto con el de "sacralidad de la vida" sostenido por la Iglesia, en las últimas décadas hay bastante acuerdo en armonizar ambos.

the image of God".

- Regarding the end of life, since the origins of the Church it has been considered a compassionate act to pray and help a person achieve a good death. The quest for a "good death" has for centuries been an undertaking to which Christians have devoted their greatest individual and institutional efforts. Although it is true that the question of "quality of life" is a recent arrival and might have come into conflict with the "sacredness of life" held by the Church, there has been widespread agreement to harmonise these issues.

LA POSTURA DE LA IGLESIA CATOLICA ANTE LA IDEA DE MUERTE DIGNA

La postura oficial de la Iglesia Católica ante la eutanasia es sustancialmente equiparable a la de las grandes religiones: otras Iglesias cristianas, judaísmo, islamismo, budismo, hinduismo . Sin embargo sí puede haber diferencias respecto a otros escenarios de la muerte digna, como la LET .

La situación ideal desde el punto de la moral cristiana es la que integra el valor de la vida humana y el derecho a morir dignamente.

El Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal Alemana formuló el contenido de este derecho básico del hombre del siguiente modo:

“Al afrontar un problema tan fundamental es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el último acontecimiento importante de la vida, y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien debe ayudarle en dicho momento. Esto

THE POSITION OF THE CATHOLIC CHURCH ON THE IDEA OF DIGNIFIED DEATH


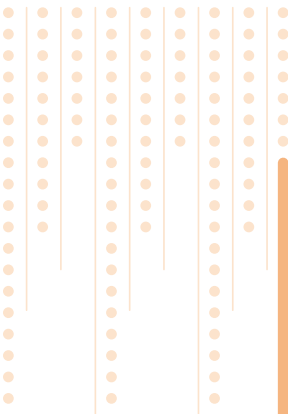
The position of the Catholic Church on euthanasia is largely comparable to that of major religions: other Christian churches, Judaism, Islam, Buddhism, Hinduism. However, there could be differences with regard to other dignified death scenarios, such as LT.

From the point of view of Christian morals the ideal situation is that which integrates the value of human life and the right to die with dignity.

The Permanent Council of the German Episcopal Conference expressed this basic human right as follows:

“In the face of such a fundamental problem it is first necessary to secure one point: man has the right to a humane death. Death is the last important event in life and no-one may deprive man of this, but should rather help him in this moment. This means, above all, to alleviate the suffering of the sick, ultimately, even, by administering analgesics to enable the person to overcome the last





significa, ante todo, aliviar los sufrimientos del enfermo, eventualmente incluso con el suministro de analgésicos, de forma tal que pueda superar humanamente la última fase de su vida. Ello significa que es necesario darle la mejor asistencia posible. Y ésta no consiste solamente en los cuidados médicos, sino, sobre todo, en prestar atención a los aspectos humanos de la asistencia, a fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y de calor humano en los que él sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su humana existencia. Forma parte de esta asistencia también el que al enfermo no se le deje solo en su necesidad de encontrar una respuesta al problema del origen y del fin de la vida, ya que son éstos los últimos problemas religiosos que no se pueden eliminar ni rechazar. En tales momentos, la fe constituye una ayuda eficaz para resistir y hasta para superar el temor a la muerte, ya que da al moribundo una sólida esperanza”.

Antes de esta declaración (11 Setiembre 1947) ya Pío XII afirmaba: “Si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo causal alguno directo, puesto por la

phase of life in a humane way. This means that he should be given the best care possible. This does not only consist of medical care but, above all, attending to the humane aspects of care in order to surround the dying person with an atmosphere of trust and human warmth in which he feels the acknowledgement and the high esteem in which his human existence is held. Part of this care also consists of ensuring that the patient's is not abandoned in his need to find an answer to the problem of the origin and aim of life, as these are ultimate religious problems which cannot be eliminated or rejected. In such moments, faith is an effective remedy for resisting and even overcoming fear of death as it gives the dying person well-founded hope”.

Before the appearance of this declaration (11 September, 1947), Pius XII had already declared: “If there is no direct causal connection between narcosis and the ending of life, administered according to the wishes of the interested parties or the nature of events... and if, on the contrary, the administration of narcotics in itself has two different effects, on the one hand, alleviating

voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas... y, si por el contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte, el alivio de los dolores y, por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita” .

Pio XII aceptaba, por tanto, la sedación paliativa, que entonces era calificada como “eutanasia activa indirecta”.

Por su parte, el 5 de Mayo de 1980, la Congregación para la Doctrina de la Fe publicaba una importante toma de postura de la Iglesia Católica sobre el tema de la eutanasia. Los principales puntos de este documento eran los siguientes:

- Condena de la eutanasia y subraya el valor cristiano del dolor y la posibilidad de que el creyente pueda asumirlo voluntariamente. Pero añade:

“No sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para


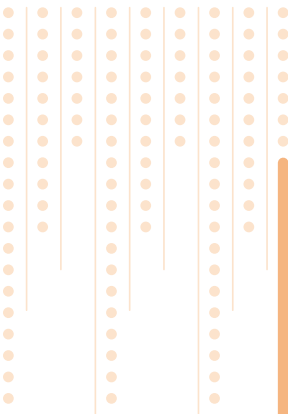
pain and on the other hand, shortening of life, then it is licit”.

Pius XII, therefore accepted, palliative sedation, which was considered at that time to be “active indirect euthanasia”.

For their part, the Congregation for the Doctrine of Faith published on 5 May 1980 an important definition of the position of the Catholic Church on the issue of euthanasia. The following are the main points of this document:

- It condemns euthanasia and emphasises the Christian value of pain and the possibility that the believer will accept it voluntarily. It adds, however:
“Nevertheless, it would be rash to make individual heroic behaviour the general rule. On the contrary, human and Christian caution suggests the use of appropriate medicine to alleviate or suppress pain for most patients.”
- It reaffirms the traditional eccle-





la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor”.

- Se reafirma la doctrina clásica eclesial de la legitimidad del uso de calmantes que pudiesen abreviar indirectamente la vida y condena el encarnizamiento terapéutico:

“Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo”.

- Acepta el “derecho a morir” que entiende como “el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana”. Insiste en que este “derecho a morir”, “no designa el derecho a procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera”.

- La Declaración supera la terminología de medios ordinarios/ extraor-

diastical doctrine of the legitimacy of the use of pain killers which could indirectly shorten life and condemns therapeutic cruelty:

“Nowadays it is very important to protect, at the time of death, the dignity of the human being and the Christian concept of life against a technicality which is in danger of being abused.”

- It accepts the “right to die”, which it interprets as “the right to die serenely, with human and Christian dignity”. It insists that this “right to die” “does not confer the right to secure, or be secured, death at will”.

- The Declaration discards the terminology of ordinary/extraordinary means and substitutes it with two new terms, proportionate/disproportionate means, which are already to be found in discussions on Catholic moral theology. It regards this change to be necessary “owing both to the imprecision of the term (ordinary) and the rapid progress of

dinarios y utiliza, en su lugar, una nueva pareja de términos que ya estaba presente en las discusiones de la teología moral católica, la de medios proporcionados/desproporcionados. Considera que este cambio debe realizarse “tanto por la imprecisión del término (ordinario) como por los rápidos progresos de la terapia”. Para evaluar el carácter proporcionado o no de un medio terapéutico habrá que tener en cuenta “el tipo de terapia, el grado de dificultad y riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales”. Esta nueva terminología es importante y no es meramente un cambio de nombre: significa no centrarse en las características de las terapias médicas usadas, sino tener también muy en cuenta el conjunto de circunstancias que rodean al propio enfermo y su proceso de muerte.

therapy”. An evaluation of whether or not a therapeutic measure is proportionate must take into account “the type of therapy, the degree of difficulty and risk it involves, the cost involved and the possibility of applying it with the desired results, taking into account the condition of the sick person and his degree of physical and moral strength”. This new terminology is important and is not merely a change of name: it means one should not focus on the characteristics of the medical therapies used but also bear in mind the overall circumstances surrounding the patient himself and his death process.

- As a result of the above, it declares:

“It is also licit to interrupt the application of these (disproportionate) measures when the results will fall short of expectations”.

In answer to the question of who must decide in these cases, the





- Como consecuencia de lo anterior afirma:

“Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (desproporcionados), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos”.

A la pregunta sobre quién debe decidir en estos casos, se citan en primer lugar al propio enfermo y a sus familiares, y después al médico. Este tiene la capacidad para ponderar “si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de las mismas”.

- Se afirma claramente la legitimidad del dejar morir en paz:

“Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer”.

El no recurrir a una terapia costosa o arriesgada “no equivale al

document lists first the patient and family members, followed by the physician. The latter has the capacity to evaluate “whether the suffering and discomfort imposed on the patient by the techniques used outweigh the possible benefits of the same”.

- It clearly declares the legitimacy of letting a patient die in peace:

“It is always licit to be satisfied with the normal means medicine can provide”.

Failure to resort to expensive or risky therapy “is not equivalent to suicide”. In the face of inevitable, imminent death, in spite of the measures applied, it is licit to conscientiously make the decision to renounce treatment which would only achieve a precarious and painful prolongation of life, without abandoning, however, the normal treatment owed to a patient in similar circumstances”. Therapeutic cruelty, therefore, is again rejected. In these

suicidio". Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de 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 en casos similares". Se vuelve a rechazar, por tanto, el encarnizamiento terapéutico. En estos casos, "el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiese prestado asistencia a una persona en peligro".

Por su parte la Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe publicó el 15 de Abril de 1986 una "Nota sobre la Eutanasia". Lógicamente es un documento que enlaza con el anteriormente reseñado, pero del que, sin embargo, nos parece importante resaltar los siguientes puntos:

- Se alude a la ambigüedad de la petición de eutanasia que pueda formular el enfermo y se hace


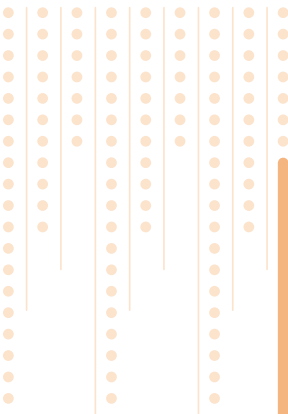
cases "the physician has no reason for anxiety, as if he had not been of assistance to a person in danger".

The Spanish Episcopal Commission for the Doctrine of Faith, for their part, published a "Note on Euthanasia" on 15 April, 1986. This, of course, is linked to the above; however we think it important to highlight the following points taken from this document.

- Mention is made of the ambiguous nature of a patient's request for euthanasia and special reference is made to how difficult it is for modern man and his culture to accept death and to know how to help a terminal patient:

"There is a significant taboo (about death), our society shuns it and hides it away. Much has been written about how difficult it is for modern man to integrate the fact of death. The perspective of death causes great anxiety to many of our contemporaries and makes it extraordinarily difficult to relate to a seriously





una especial referencia a la dificultad del hombre y de la cultura de nuestro tiempo en asumir la muerte y saber ayudar al paciente terminal: Sobre la muerte

“[Sobre la muerte] pesa un importante tabú y nuestra sociedad la margina y la oculta. Se escribe mucho sobre la dificultad del hombre de nuestro tiempo para integrar el hecho de la muerte. La perspectiva de la muerte crea en muchos de nuestros contemporáneos una inmensa angustia, que dificulta extraordinariamente nuestra relación con el enfermo grave: no sabemos acercarnos a él, acompañarle en sus temores y esperanzas, proporcionarle el apoyo y calor humano que tanto necesita”.

- Se alude también a la deshumanización de las grandes instituciones hospitalarias, a la dificultad del personal sanitario - y también de los familiares y los capellanes - para saber acompañar humanamente

ill person: we don't know how to approach him, how to accompany him in his fears and hopes and how to give him the support and human warmth he so badly needs”.

- Mention is also made of the dehumanisation of large hospitals, of how difficult it is for healthcare personnel – and also family members and chaplains – to know how to accompany a terminally ill person in a humane way. Criticism is made of the lack of information given to the patient and the falsehoods created around him which prevent him from communicating. Our culture, therefore, faces the challenge of accepting the fact of death and freeing it of taboos:

“We must reinsert death into our way of thinking, without denying or repressing it. Death is inevitably part of life and repressing it causes us anxiety and hampers our relationship with those who are nearing the end of their life. We must clarify our

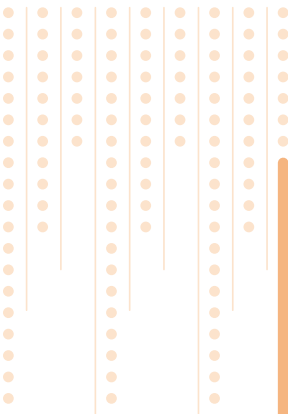

al enfermo terminal. Se critica la falta de información al enfermo y las mentiras que se crean a su alrededor y le bloquean su comunicación. Nuestra cultura tiene ante sí el reto de asumir el hecho de la muerte y de no tabuizarlo:

“Es necesario reintroducir la muerte en nuestros esquemas mentales, sin negarla ni reprimirla. La muerte forma inevitablemente parte de la vida y su represión origina en nosotros sentimientos de angustia y bloquea nuestra relación con las personas que están próximas al fin de su existencia. Es necesario aclarar nuestra compasión por el enfermo terminal, para saber descubrir en ella nuestro propio miedo a la muerte, que nos impide una relación humana adecuada con quien se está muriendo”. Se subraya que el enfermo necesita “muchas más cosas que la aplicación de terapias médicas sofisticadas”.

compassion for the terminally ill to see in it our own fear of death which prevents us from maintaining an adequately humane relationship with a dying person”. The document emphasises that the patient needs “a lot more than sophisticated healthcare therapies”.

- Finally, the Note emphasises the specifically Christian, God-fearing approach to tackling the ethical issue of euthanasia. “For Jesus... man's biological and temporal life, although a fundamental value, is not the absolute supreme value”. The document stresses this ethic of Jesus, by which “he who loses his life, gains life”, by which “no-one has more love than he who gives his life for his friends”. For a believer, the way Jesus accepted his death is an example for Christians to follow because “in life and in death we belong to God”. We consider it significant that this Note does not adopt a form of argument frequently found among Catholic writers



- 
- 
- Finalmente, esta Nota subraya la coloración específicamente cristiana y creyente al abordar el tema ético de la eutanasia. “Para Jesús... la vida biológica y temporal del hombre, aun siendo un valor fundamental, no es el valor absoluto y supremo”. Insiste en esa ética de Jesús por la que “el que pierde su vida, la gana”, por la que “nadie tiene más amor que el que da la vida por sus amigos”. Para el creyente en Jesús, su forma de asumir la muerte es un modelo a seguir por el cristiano, ya que “en la vida y en la muerte somos del Señor”. Nos parece importante que esta Nota no asuma una forma de argumentar presente con cierta frecuencia en los escritores católicos al hablar de la vida humana: el afirmar que es un valor absoluto. Esto no es verdad para el mensaje de Jesús. Para la ética de Jesús, la vida es un valor fundamental, pero no constituye un absoluto; el único absoluto para Jesús es la causa del Reino de Dios.

when referring to human life: the declaration that it is an absolute value. This is not true of the message of Jesus. For Jesus' ethics, life is a fundamental value, but it is not an absolute; the only absolute for Jesus is the cause of the Kingdom of God.

Following this, the Spanish Episcopacy, through the Episcopal Commission of Pastoral Assistance to Health Care Workers, published a Living Will which lays down the believer's attitude to his own death. Inspired in the aforementioned church doctrine euthanasia is not accepted, although the believer requests that physicians “*should not keep me alive through disproportionate or extraordinary means... nor should my death be prolonged unnecessarily or irrationally; I should be given suitable treatment to alleviate any suffering*”. This document is addressed “*to my family, my doctor, my priest, my notary*”, in which the interested party wishes to share with them the responsibility of these difficult decisions and “*minimise any possible feeling of guilt*”.

Posteriormente, el Episcopado Español, a través de la Comisión Episcopal de Pastoral Sanitaria hizo público un Testamento Vital en que se expresan las actitudes del creyente en relación con su propia muerte. Inspirándose en la doctrina eclesial, antes expresada, no se acepta la eutanasia, pero se pide que *“no se me mantenga en vida por medios desproporcionados o extraordinarios... ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos”. Es un documento dirigido “a mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario”, en el que el interesado desea compartir con aquéllos la responsabilidad ante estas difíciles decisiones y “atenuar cualquier posible sentimiento de culpa”.*

Juan Pablo II en la importante encíclica “Evangelium Vitae” (EV) afirma que:


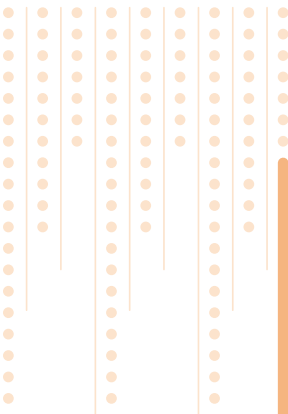
“De acuerdo con el Magisterio de mis predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia Católica confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana”.

John Paul II, in the important encyclical “Evangelium Vital” (EV) declares that:

“In harmony with the Magisterium of my Predecessors and in communion with the Bishops of the Catholic Church, I confirm that euthanasia is a grave violation of the law of God, since it is the deliberate and morally unacceptable killing of a human person”.

This doctrine is “based upon natural law and the written Word of God; it is transmitted by the Church’s Tradition and taught by the ordinary and universal Magisterium” (no. 65). In line with the Declaration on Euthanasia at the Congregation for the Doctrine of the Faith, 1980, the EV opposes therapeutic cruelty and reasserts the legitimacy of not resorting to extraordinary or disproportionate therapies which could prolong the life of the patient at the cost of great pain and very little likelihood of him recovering his health, where the cost incurred by the subject and his family should be taken into consideration. Based on this, he declares that euthanasia is distinct from refraining from “therapeutic cruelty”. “Certain healthcare interventions no longer appropriate to the patient’s real situation due to their being disproportionate





Se trata de una “doctrina fundamentada en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal” (nº 65). Siguiendo la línea de la Declaración sobre la Eutanasia de la Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980, EV se opone al ensañamiento terapéutico y reafirma la legitimidad de no recurrir a terapias extraordinarias o desproporcionadas que podrían prolongar la vida del enfermo, pero al precio de grandes dolores y de muy pocas probabilidades de recuperación de la salud, en donde habría que tener en cuenta los costes que impone al interesado y a su familia. Por ello afirma que *la eutanasia es distinta a la renuncia al “ensañamiento terapéutico”*. No son obligatorias “*ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar, o bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia*”. Si la muerte se prevé “*inminente o inevitable*”, se puede renunciar a tratamientos que “*procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia*”, sin interrumpir las curas normales. Pero debe examinarse si son tratamientos

to the expected results or too burdensome for him and his family” are not compulsory. If death is “imminent or inevitable”, treatments which “would only achieve a precarious and painful prolongation of life” should be discontinued, without abandoning normal care. However, it should be assessed whether these treatments are proportionate to a possible improvement. This is not equivalent to suicide, but is “the acceptance of the human condition in the face of death” (no. 65). He repeats the already traditional Catholic doctrine from the time of Pius XII, i.e., that it is legitimate to administer pain killers to alleviate the patient's pain, even though this could shorten his life. Following the thoughts of Pius XII, he is in favour of a patient being able to consciously experience the approach of his own death, without making this a general rule (no. 65; cf. nn. 14 and 15). “As they approach death people ought to be able to satisfy their moral and family duties and above all they ought to be able to prepare in a fully conscious way for their definitive meeting with God”. He emphasises the value of palliative care aimed at making suffering more bearable in the final stage and to ensure the patient is not

proporcionados a perspectivas de mejoría. Esto no equivale al suicidio, sino que es *"la aceptación de la condición humana ante la muerte"* (nº 65). Vuelve a repetir la doctrina católica, ya clásica desde Pio XII, de que es legítimo administrar calmantes para aliviar los dolores del enfermo, aunque de ello se siguiese una abreviación de su vida. Siguiendo el pensamiento de Pio XII, expresa la valoración positiva de que el enfermo pueda vivir también conscientemente la cercanía de la propia muerte, aunque no generaliza este punto. (nº 65; cf. nn. 14 y 15). *"Acercándose a la muerte, los hombres deben estar en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales familiares y, sobre todo, deberán poder prepararse con plena conciencia al encuentro definitivo con Dios". Subraya el valor de los cuidados paliativos con el fin de hacer más soportable el sufrimiento en fase final y asegurar el acompañamiento del enfermo* (nº 65).

Por último resulta imprescindible señalar lo que el Catecismo de la Iglesia Católica, como compendio doctrinal católico, afirma respecto al tema del final de la vida. (Tabla 3, pag 150).

alone (no. 65).


Finally, it is essential to indicate what the Catechism of the Catholic Church, as the compendium of Catholic doctrine, has to say on the subject of the end of life. (Table 3, page 151).





UNA SÍNTESIS DE LAS AFIRMACIONES FUNDAMENTALES DE LA ÉTICA TEOLÓGICA CATÓLICA EN RELACIÓN CON LA MUERTE DIGNA

Las afirmaciones fundamentales de la ética teológica católica en relación con el derecho del hombre a morir dignamente son las siguientes:

- 
- a) Es necesario garantizar la atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica para aliviar su dolor y prolongar su vida con calidad humana.
 - b) No puede privarse al moribundo del morir en cuanto "acción personal": el morir es la suprema acción del hombre. Sin embargo para la tradición cristiana católica esta acción no puede llegar al punto de producirse la propia muerte o reclamar de otros que se la produzcan.
 - c) Es preciso liberar a la muerte del "ocultamiento" a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la

SYNTHESIS OF THE FUNDAMENTAL DECLARATIONS OF CATHOLIC THEOLOGICAL ETHICS REGARDING DEATH WITH DIGNITY

The following is the fundamental Catholic theological ethic regarding the right of man to die with dignity:

- a) Care of the dying person must be guaranteed, using all the means currently available to medical science to alleviate his pain and prolong his life with humane quality.
- b) The dying person cannot be prevented from dying as a "personal action": death is man's supreme action. However, according to Christian Catholic doctrine, this action cannot be extended to the point of the patient causing his own death or requiring others to do so.
- c) Death should be freed of the "concealment" to which it is subject in today's society: currently, death is surrounded by secrecy.

clandestinidad.

- d) Hay que organizar los servicios hospitalarios de forma que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitaria.
- e) Debe favorecerse la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte: la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial.
- f) Pertenece al contenido del "derecho a morir humanamente" el proporcionar al moribundo todos los remedios oportunos para calmar el dolor, aunque este tipo de terapia suponga una abreviación de la vida y suma al moribundo en un estado de inconsciencia. Sin embargo, no se puede privar al moribundo de la posibilidad de asumir su propia muerte, de hacerse la pregunta radical de su existencia, de la libertad de optar por vivir lúcidamente aunque con dolores, etc.
- g) La creación de una situación de


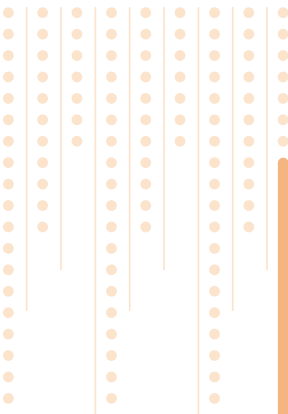
d) Hospital services should be organised to allow death to become an event consciously accepted by man and experienced within the community.

e) The experience of the human-religious mystery of death should be encouraged: religious assistance in such circumstances becomes particularly significant.

f) The "right to a humane death" includes providing the dying person with any appropriate remedy to alleviate pain, even though this kind of therapy may result in a shortening of life and renders the dying person unconscious. However, the dying person may not be deprived of the possibility of accepting his own death, of asking himself the basic question of his existence, of the freedom to choose to live lucidly, albeit in pain, etc.

g) It is immoral and contrary to Christian morals to create a situation





obstinación terapéutica, es inmoral, contraria a la moral cristiana. Lógicamente este principio general debe aplicarse a las situaciones concretas y no será fácil en ciertas circunstancias saber si se está incidiendo en ese ensañamiento. Pero es importante esa afirmación general, en contra de ciertos planteamientos que siguen reflejando actitudes vitalistas a ultranza. La atención sanitaria no debe centrarse únicamente en la prolongación de la vida del enfermo. Es verdad que esa lucha contra la enfermedad y la muerte es un indiscutible objetivo de la praxis sanitaria y ha tenido una gran importancia en el avance de la Medicina, pero no puede convertirse en un objetivo que deba ser buscado siempre. La acción sanitaria tiene también otros dos puntos de mira: la voluntad del enfermo y la urgencia de humanizar su proceso de muerte. Los médicos deben ser sensibles a revisar sus actitudes ante el enfermo, incluso a no concretar sus propias angustias ante la muerte en actitudes vitalistas. La muerte

of therapeutic obstinacy. Logically, this general principle must be applied to specific situations and in some circumstances it will not be easy to determine whether or not one is guilty of this cruelty. However, this general affirmation is important, in contrast to some approaches which continue to reflect a life-at-any-cost attitude. Healthcare should not be focused solely on prolonging the patient's life. Although it is true that the battle against sickness and death is an indisputable aim of healthcare praxis and has played an important part in the progress of medicine, it cannot become the eternal goal. Healthcare activity also has two other perspectives: the wishes of the patient and the need to render his death more humane. Doctors should be capable of reviewing their attitudes towards their patients and even of avoiding expressing their own anxiety about death through life-at-all-cost attitudes. Often, the death of a patient is not a failure on the part of the

de un enfermo no es muchas veces un fracaso para un médico; el verdadero fracaso es la muerte deshumanizada. Por el contrario, debe valorarse éticamente de forma muy positiva y es el ideal de la praxis sanitaria ante un enfermo terminal "acompañar a bien morir".

h) Los pacientes, siguiendo los dictados de su conciencia, pueden establecer límites al tratamiento que reciben cuando los consideran desproporcionados o que pueden prolongarles un sufrimiento que consideran inasumible. En este sentido, la realización de Testamentos Vitales o Voluntades Anticipadas es plenamente coherente con la moral cristiana.

En nuestra opinión, una normativa jurídica que al regular el "derecho a la dignidad en el proceso de muerte" respetara estos postulados básicos no entraría en contradicción ni con tradición moral de la Iglesia Católica ni con la reflexión teológico moral actual.

physician; the real failure is a dehumanised death. On the contrary, ethically it should be praised and "helping a good death" is the ideal healthcare practice regarding a dying patient.

h) Patients, according to the dictates of their conscience, can establish limits to the treatment they receive when they consider this to be disproportionate or tending to prolong a suffering they consider unbearable. In this sense, drawing up a Living Will or an Advance Directive is completely in line with Christian morality.

In our opinion, legislation which regulates the "right to a dignified death" while respecting these basic postulates will not be contradicting either the moral doctrine of the Catholic Church or current theological thought.



MORIR EN EL HINDUISMO Y EN EL BUDDHISMO

Antes que nada cabe decir que Hinduísmo y Buddhismo, a pesar de ser religiones muy fecundas y ricas en el mundo oriental, no representan la totalidad de las manifestaciones religiosas de dicha área geográfica del mundo. Para acercarse, a fondo, al mundo oriental, se debería también considerar la religión de Confucio y de Lao-Tse, así como el Jainismo, el Yoga y otras sabidurías orientales que se mueven en el terreno fronterizo de la filosofía y de la religión.

El **hinduismo** se apoya sobre varios corpus de textos, todos considerados, de una manera o de otra, emanados del absoluto divino comunicándose libremente en el hombre. Estos distintos textos que constituyen el corpus, sin contradecirse verdaderamente y sin suplantarse entre sí, se dejan sin embargo disponer según un orden de antigüedad y de autoridad decreciente, pero también de popularidad creciente. El grueso fundamental de dichos textos lo ocupan los Vedas y dentro de esta colección de libros, los Upanishads constituyen los fragmentos más filosóficos y metafísicos de cuantos existen en la tradición oriental.

DEATH IN HINDUISM AND BUDDHISM

First of all, it should be said that Hinduism and Buddhism, in spite of being fertile, widespread religions in the East, do not represent all the religious manifestations of that part of the world. In order to make an in-depth study of the East we should also consider Confucianism, the teaching of Lao-Tse, Jainism, Yoga and other Eastern wisdoms on the borderline between religion and philosophy. . .

Hinduism rests on several bodies of text all of which are in some way considered to emanate from the absolute divine, freely communicated to man. The different texts which constitute the corpus, without really contradicting or supplanting each other, can nevertheless be arranged in descending order of antiquity and authority, though also in ascending order of popularity. The main body of these texts are the Vedas and within this collection of books the Upanishads are the most philosophical and metaphysical fragments of all those found in the eastern tradition.

The theory of karma, which both explains


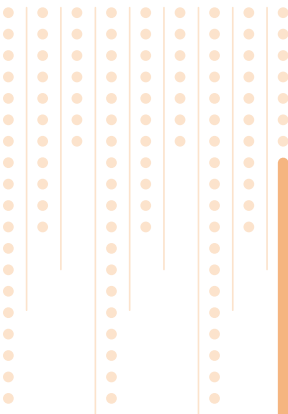
La teoría del karma, que a la vez explica las causas e impone las leyes de nuestro destino, ha penetrado profundamente en la mentalidad india, construyendo el marco de una peculiar psicología. Todo lo que existe está bajo el dominio de la ley de la causalidad. Nada ocurre en el dominio de la existencia debido al azar, fortuitamente. Esta ley de la causalidad es la primera gran ley del universo. La más estricta causalidad que controla a la realidad empírica en su integridad implica la interdependencia de todo lo que existe, ya que todo es el efecto de una multiplicidad de causas y condiciones, y al mismo tiempo todo da origen a otros efectos; y todas estas series causales están interconectadas entre sí.

La interdependencia es otra gran ley del universo. Y es sobre ella como el Hinduismo y también el Buddhismo construye una ética de la solidaridad entre todos los seres, animales, plantas, la naturaleza no-consciente y las cosas. Toda acción moral, buena o mala, crea méritos o deméritos, exige necesariamente el premio o el castigo, en esta vida o en otras existencias futuras, estableciéndose así su estrecha conexión con el postulado de

the causes and lays down the laws of our destiny, is deeply rooted in Indian mentality and frames a singular psychology. All that exists is ruled by causality. Nothing in the domain of existence occurs at random, by chance. The law of causality is the first great universal law. The most stringent causality which controls all empirical reality involves the interdependence of all that exists as everything is the product of multiple causes and conditions and at the same time it all gives rise to other effects; and all these causal events are interconnected.

Interdependence is another great universal law. On this law both Hinduism and Buddhism construct an ethic of the solidarity between all beings, animals, plants, non-conscious nature and all things. All moral action, be it good or bad, creates merits and demerits and necessitates reward or punishment either in this life or in future reincarnations, thus establishing its close connection with the principle of reincarnation. The law of karma and the mechanism of reincarnation enact justice. A just action bestows merit (punya) on its originator which will bear fruit either in this or subsequent lives under the





las reencarnaciones. La ley del karma y el mecanismo de las reencarnaciones llevan a cabo una obra de justicia. La acción justa producirá a su autor un mérito (punya) destinado a fructificar, ya en esta vida, ya en otra existencia, bajo la forma de satisfacciones diversas. De la misma manera, la acción injusta engendra un demérito (papman) generador de sufrimientos múltiples en esta vida o en una vida aún por venir.

En medio de los textos sagrados del Hinduísmo hay que conceder un lugar muy particular a la Baghavad-Gita o Canto del Bienaventurado. A lo largo de este texto de profundo tono religioso y espiritual, se desarrollan las líneas fundamentales de la ética hinduista que se fundamenta en la tesis de la acción desinteresada. La ética del Gita es a la vez formal y material: hay que cumplir el propio deber de acuerdo con la propia naturaleza, pero este deber está determinado por el lugar del individuo en el todo social mayor, es decir, en virtud de la clase a la cual pertenece. El desinterés egoísta en la acción es fundamental para determinar la bondad de la misma. En el Hinduísmo, la acción en sí misma es neutral. Su valor radi-

guise of various satisfactions. Likewise, an unjust action breeds a demerit (papan), which generates numerous sufferings in this or a future lifetime.

Within the sacred texts of Hinduism, a special place should be given to the Bhagavad-Gita, or the Song of the Divine One. This deeply religious and spiritual text lays out the main lines of Hindu ethics, which are based on the theory of disinterested action. The ethic of the Gita is both formal and material: you must do your duty according to your own nature, although this duty is determined by the place each individual occupies in society, that is, according to the social class to which he belongs. The disinterested nature of the action is a fundamental determinant of the goodness of the same. According to Hinduism, action itself is neutral. The value of the action lies in the intention, i.e., in what drives the action. If the action is driven by personal gain, to satisfy oneself, the action has no moral value; however, if the action is completely disinterested and is performed out of love of duty without considering the possible consequences then it can be qualified as being morally good.

ca en la intencionalidad, esto es, en el motor de la acción. Si el motor del actuar el bien personal, es el complacerse a uno mismo, entonces la acción carece de valor moral; mientras que si la acción es completamente desinteresada y se hace por amor del deber y sin considerar las posibles consecuencias de la misma, entonces la acción puede calificarse de moralmente buena.

El eje central de la cosmovisión budhista se sustenta en las Cuatro Nobles Verdades que Buddha predicó en el discurso de Benarés. Todo es sufrimiento (dukkha). ¡He aquí la primera Noble Verdad! La existencia del sufrimiento o el mal es la razón de ser misma del budismo. El sufrimiento debe entenderse como síntoma y como enfermedad. En el primer sentido incluye todas las posibles pérdidas físicas y mentales. En el segundo sentido es la obligación de experimentar esos males, la que es inseparable de la existencia individual. El origen del sufrimiento es el deseo: el deseo sensual, el deseo de vivir, el deseo de no vivir. La disolución del deseo es la liberación total (Nirvana).


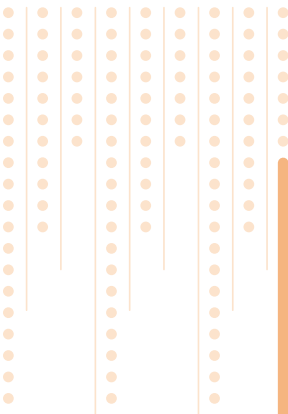
La ética del **Buddhismo** se articula a par-

The Buddhist cosmovision is centred on the Four Noble Truths which Buddha preached in Benares. Life means suffering (dukkha). And this is the first Noble Truth! The existence of suffering, or evil, is the very reason d'etre of Buddhism. Suffering should be taken as a symptom and an illness. In the first sense it includes any possible physical and intellectual loss. In the second sense it is the obligation to experience these evils, which is inseparable from individual existence. The origin of suffering is desire: sensual desire; the desire to live; the desire not to live. Dissolution of desire is complete liberation (Nirvana).

Buddhist ethic is based on the fundamental experience of compassion for the suffering of others and is summed up in five precepts: refrain from killing, refrain from stealing, refrain from immoral sexual conduct, refrain from lying, refrain from drinking intoxicating liquor.

The issue of death is central to Buddhism and it can only be sufficiently understood within the context of Brahmanic philosophy. Death has a special place in the chain of continuity and in cosmic and biological





tir de la experiencia fundamental de la compasión frente al sufrimiento ajeno y se concreta en los cinco preceptos: abstenerse de matar, abstención de robar, abstenerse de una conducta sexual inmoral, abstenerse de decir mentira, abstenerse de beber bebida embriagante.

La cuestión de la muerte es central en el Buddhismo. Solamente se puede comprender adecuadamente en el marco de la filosofía brahmánica. La muerte es un punto muy especial en la cadena de la continuidad y en la transitoriedad cósmica y biológica. La muerte es parte del ciclo continuo de la existencia y del sufrimiento terrenal, pero constituye el punto crítico y significativo, un modelo de experiencia soteriológica. No existe el individuo, no se puede hablar de sanciones que afecten al individuo en el futuro. Tampoco nombra el Buddhismo a ningún dios de quien hayan provenido tablas de la ley, revestidas de una autoridad sobrenatural. Nada más característico del pensamiento de Gautama que la forma de consuelo que le ofrece al individuo que sufre. No hay ninguna promesa de una futura compensación, como por ejemplo un

transience. Death is part of the continuous cycle of existence and earthly suffering, although it is a critical and significant point, a model of soteriological experience. The individual does not exist; there is no punishment to be inflicted on the individual in the future. Neither does Buddhism mention any god from whom commandments have issued, invested with supernatural authority. What most characterises the philosophy of Gautama is the kind of solace he provides the suffering individual. There is no promise of any future compensation, such as a meeting in heaven; however he mentions the universality of suffering, he invites the individual to observe his pain, not as something belonging to him, but to the universe, inseparable from life itself: all suffering is self-inflicted, inherent in the concept of "I". Solace is found in knowing things as they really are.

Death is not the absolute end of life, but of individual life. Death is the death of the body and not the decomposition of life per se. This idea of life and death has various consequences on the bioethical debate on human death. Euthanasia, LT, therapeutic obstinacy, etc..., all these issues acquire a

encuentro en los cielos, pero se habla de la universalidad del sufrimiento, se lleva al individuo a mirar su pena, no como propia sino como universal, inseparable de la vida misma: toda pena es autoinfrigida, inherente en el concepto de un yo. El consuelo se encuentra en el conocimiento de las cosas como realmente son.


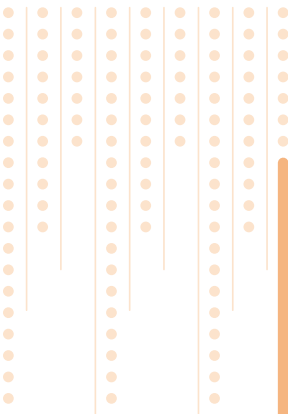
La muerte no representa el final absoluto de la vida, sino de la vida individual. La muerte es la muerte del cuerpo, no la descomposición de la vida per se. Esta concepción de la vida y de la muerte tiene distintas consecuencias en el debate bioético en torno al morir humano. Eutanasia, LET, obstinación terapéutica, etc..., estas cuestiones adquieren una particular comprensión a la luz de la lógica de la circularidad. Algunos autores consideran que no se puede hablar de una ética hinduista, y menos todavía de una bioética hinduista. Desde esta perspectiva intelectual, no existe un tronco ético unitario, sino distintas formas morales e interpretaciones de la vida humana. Por de pronto, cabe partir de un axioma ético fundamental del hinduismo: la vida debe ser respetada, pues es algo sagrado, es manifestación del

certain meaning in the light of circular logic. Some authors are of the opinion that there is no Hindu ethic, much less Hindu bioethics. From this intellectual perspective there is no single ethical basis but different moral forms and interpretations of human life. For the moment we can use as a basis a fundamental ethical axiom of Hinduism: life should be respected because it is sacred, the manifestation of the only ineffable God, Brahma. All life, not only human life, should be respected as it is the microcosmic expression of the soul of the world, of the source of reality, which is Brahma. Nevertheless, individual life as such is fictitious, provisional and precarious, torn out of its womb of original unity by its fundamental principle of individuation.

It should be stressed that in Buddhism there are different interpretations of the meaning of dignified death and various ways of understanding compassion, the definition of the fundamental virtue.

The desire to continue our present lifetime is the result of ignorance and illusion. Therapeutic cruelty using artificial means is immoral. Buddhism can uphold the con-





Único Dios inefable, Brahma. Toda vida y no sólo la vida humana debe ser respetada, pues es la expresión microcósmica del alma del mundo, de la fuente de realidad que es Brahma. Sin embargo, la vida individual, en cuanto tal, es ficticia, provisional y precaria y está desgarrada por el principio de individuación de su raíz, de su matriz, que es la unidad originaria.

Es preciso afirmar que desde el Buddhismo existen distintas interpretaciones de lo qué significa morir dignamente y distintos modos de comprender la articulación de la virtud fundamental que es la compasión. El deseo de continuar la vida presente está causado por la ignorancia y por la ilusión. El encarnizamiento terapéutico con medios artificiales es inmoral. Desde el Buddhismo se puede apoyar la idea de limitación de tratamientos, una forma de no-acción, en la cual la naturaleza siga su curso sin ninguna intervención. Sin embargo, desde el Buddhismo, el suicidio no resulta una salida moral al drama de la existencia, pues, la liberación no pasa por la autoaniquilación, sino por la praxis de la compasión, por la superación del yo y el vaciamiento de uno mismo. El sui-

cept of limitation of treatment, a form of non-action in which nature follows its course without intervention. However, according to Buddhism, suicide is not a moral escape from the drama of existence as liberation is not achieved through self-annihilation but through the practice of compassion, subjugation of ego and the emptying of oneself. Suicide is a way of resolving momentary suffering, but circular logic prevails and a new existence emerges.

In the report published by the European Council, The human rights, ethical and moral dimension of health care, bioethical problems are approached from various religious and symbolic perspectives. In his article *Le Bouddhisme et le droit au respect de la personne humain face aux risques liés au développement des biotechnologies*, J. Martin declares that the prime negative act in Buddhist ethics is the suppression of life, either one's own or that of another person. Nevertheless, he recognises that euthanasia is a complex problem, not easily solved. In spite of this, he suggests various ethical guidelines for approaching the issue: first, never intervene directly to eliminate a life; second,

cidio es un modo de resolver el sufrimiento momentáneo, pero la lógica de la circularidad se impone y emerge una nueva existencia.

En el informe publicado por El Consejo de Europa, *La santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales*, se contemplan los problemas bioéticos desde distintas perspectivas religiosas y simbólicas. J. Martin, en su artículo titulado *Le Bouddhisme et le droit au respect de la personne humain face aux risques liés au développement des biotechnologies* afirma que el primer acto negativo de la ética budhista es la supresión de la vida, sea propia o ajena. Sin embargo, reconoce que la eutanasia se trata de un problema complejo y de difícil solución. A pesar de ello, sugiere diferentes directrices éticas para enfrentarse a la cuestión: en primer lugar, jamás intervenir directamente para suprimir una vida; en segundo lugar, tratar de paliar el sufrimiento inútil; en tercer lugar, evitar el encarnizamiento terapéutico, y, en último lugar, ayudar a morir dignamente al paciente, acompañarle de un modo solidario.

try to alleviate useless suffering; third, avoid therapeutic cruelty; and finally, help the patient to die with dignity and accompany him in a caring way.





MORIR EN EL JUDAISMO

El **judaísmo** insiste especialmente en la responsabilidad moral de toda acción, de toda palabra y de todo pensamiento humano. Para la Torá, la Ética no es una asignatura sino el ineludible telón de fondo de la vida misma y el terreno en el que el ser humano se juega su destino espiritual, su relación con Dios. La religión que religa al hombre con Dios, es también objeto del juicio moral en sus aspectos aparentemente más rituales y específicos. La escala de valores morales de la Torá es considerada como un regalo de Dios, una manifestación excelsa de su voluntad, y de su sabiduría y bondad. En efecto, el Supremo Creador, no solo da la vida al hombre sino que ilumina su acción cotidiana con los imperativos morales contenidos en la Revelación del Sinaí.

La vida, la terrenal y la eterna, constituye un valor primordial para el judaísmo como lo expresa la Misná en su "Tratado de los Principios". La vida terrenal se considera solo un pasaje entre la eternidad que la precede y la eternidad que la sigue, como lo enseña el mismo tratado de la Misná. Esa preparación religiosa y moral es precisamente lo que da

DEATH IN JUDAISM

Judaism lays particular emphasis on the moral responsibility of every human action, every word and every thought. According to the Torah, ethics is not a subject for study, rather it is the inescapable backdrop of life itself and the field on which human beings stake their spiritual destiny, their relationship with God. A religion which reconnects man with God is also the object of moral judgement in it apparently more ritualistic and specific aspects. The scale of moral values of the Torah is considered to be a gift from God, a supreme manifestation of His will and of His wisdom and goodness. Indeed, the Supreme Creator does not only give man life, he illuminates his daily actions with the moral imperatives contained in the Revelation at Sinai.

Life, both earthly and eternal, is a primordial value for Judaism, as expressed by the Mishnah in its "Treatise of Principles". Earthly life is considered to be a mere passage between the eternal life preceding it and that which will follow, according to the teachings of the same Mishnah treatise. This religious


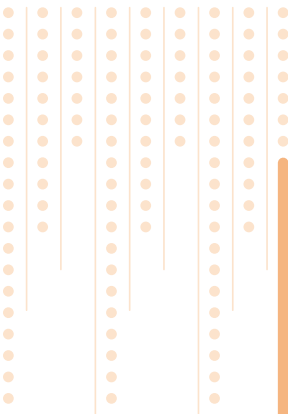
valor a la existencia temporal en este mundo, constituyendo a la vez, el objeto de la revelación divina y de la ley que la expresa. Por lo tanto cada minuto de vida aquí, se considera como una oportunidad más de perfeccionamiento con vistas a la necesaria preparación para acceder al palacio de la vida eterna. Prolongar al máximo la vida es pues un imperativo, y el bienestar físico de un ser vivo, en cualquier etapa de su existencia es responsabilidad de todo el pueblo ya que de él depende que cada individuo cumpla su parte en la labor de progreso espiritual que le concierne, no solo porque de ella depende su futuro como persona, durante toda la eternidad, sino también el devenir de toda la humanidad, solidaria tanto en sus fallos como en sus logros, ante el Creador.

Se ha de hacer pues todo lo posible para salvar la vida de cualquier paciente o persona accidentada, proporcionándole el tratamiento más adecuado a cargo incluso de la comunidad, si el enfermo carece de medios para costearlo. Todas las fuentes judías coinciden en destacar el valor supremo de la vida. Tenemos el deber de preservar tanto la propia como la ajena. Optar por la vida y defenderla es un deber religioso, expresado

and moral grounding is precisely what lends value to temporal existence in this world and is at the same time the object of divine revelation and the law through which it is expressed. Therefore, every minute of life here is considered to be yet another chance to achieve perfection in view of the preparation required to gain entry to the palace of eternal life. It is, therefore, imperative to prolong life and physical well-being, as long as possible, as this will determine whether or not each individual can carry out his particular part in the task of spiritual progress, not only because his future as a person for all eternity depends on this, but because this will also determine the fate of all humankind, jointly liable for its failings and achievements, before the Creator.

Everything possible must be done, therefore, to save the life of any patient or accident victim, providing him with the most appropriate care, to the point of being paid for by the community if the patient lacks the means to pay. All Jewish sources coincide in highlighting the supreme value of life. It is our duty to preserve both our own life and that of others. To choose life and defend it is a





en la Torah. Porque cada ser humano, creado a imagen y semejanza de Dios, es único e irrepetible, el Talmud añade: “Quien mantiene en vida a un solo ser, se le considera como si hubiera asegurado la vida del mundo entero”.

Es tan esencial el respeto debido a la vida en toda circunstancia, que se ha de posponer el cumplimiento de cualquier deber religioso, ante la posibilidad de prolongar una vida, la de cualquier hombre o mujer, aunque solo sea unos instantes. Quien conoce el rigor de las reglas que garantizan el reposo físico y espiritual del Shabbat –sábado-, apreciará aun más las transgresiones a esas mismas reglas que la Torá permite cuando está en juego una sola vida. En ese caso, no sólo la transgresión deja de ser tal para transformarse en un mérito, sino que la necesaria intervención con la consiguiente interrupción del reposo sabático, ha de ser efectuada por la persona más digna y meritoria de la comunidad, como si de un privilegio se tratara. La misma Torá establece las circunstancias absolutamente excepcionales en las que un mártir puede considerar preferible la muerte a la vida “por la santificación del Nombre de Dios”.

religious duty expressed in the Torah. Because each human being, created in the image of God, is unique and unrepeatable and the Talmud adds: “He who saves a single life, it is as if he had preserved an entire world”.

The respect due to life in all circumstances is so essential that the fulfilment of any religious duty must be postponed in favour of prolonging the life of any man or woman, albeit only for a matter of seconds. Those who are familiar with the strictness of the rules guaranteeing the physical and spiritual rest of the Shabbat – Saturday – will appreciate the import of the transgressions of these rules tolerated by the Torah when a single life is at stake. In this case, not only does the transgression become a merit, but the necessary intervention and subsequent interruption of the Shabbat rest should be carried out by the most honourable and praiseworthy member of the community as if it were a privilege. The Torah itself establishes the totally exceptional circumstances in which a martyr may consider death preferable to life “for the sanctification of the name of God”.

Physicians have both legal authorisation


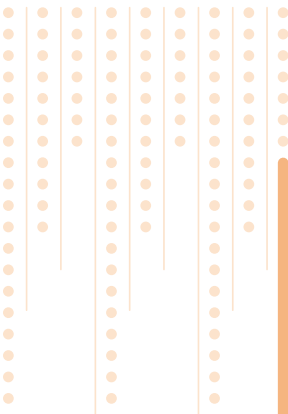
Los médicos tienen a la vez la autorización legal y la obligación de diagnosticar y ordenar el tratamiento, que en conciencia, consideren el más adecuado para cada caso. Pueden y deben incluso tomar los riesgos necesarios, si las circunstancias lo exigen, siempre y cuando las posibilidades de éxito sean superiores a las de fracaso, y siempre a juicio del médico que, en caso de duda, solicitará el consejo, el asesoramiento o la intervención de uno o varios colegas. La libre elección del médico es un derecho establecido por la ley judía desde la más remota antigüedad.

Preservar la salud previniendo la enfermedad es un deber religioso expresado por la Torá en Exodo 15,26. La prevención incluye elegir un estilo de vida equilibrado, la debida alternancia de trabajo y reposo, actividad y meditación, la abstención del consumo de drogas como el alcohol, el tabaco u otras, y una alimentación sana. Informar al enfermo de su situación real no es un deber ni moral ni religioso, a menos que esa información sea útil para su tratamiento, Pero el judaísmo exige en este trance, las máximas precauciones “para no atraer la desgracia con nuestras palabras” dirá el Talmud. Se trata de no disminuir las ansias de vivir del paciente, ni aten-

and the obligation to diagnose and order the treatment which, in all conscience, they consider to be most appropriate in each case. They can and even must take all necessary risks if the circumstances so demand, as long as the chances of success outweigh those of failure and always at the discretion of the physician who, if doubts persist, should seek the advice, assessment or intervention of one or more colleagues. The right to freely choose one's physician has been established in Jewish law since time immemorial.

The preservation of health and the prevention of disease is a duty expressed by the Torah in Exodus 15,26. Prevention includes choosing a balanced lifestyle, the necessary alternation of work and rest, activity and meditation, abstinence from drugs such as alcohol, tobacco or others and healthy eating habits. Informing the patient of his real situation is neither a moral or religious obligation unless this information is of use in his treatment. However, in this situation Judaism demands the utmost care be taken “to avoid bringing misfortune with our words”, as the Talmud says. This involves not diminishing the patient's desire to live or offending his digni-





tar a su dignidad o faltarle al debido respeto a toda persona, creada a la imagen de Dios. El Talmud expresa con la máxima claridad la importancia de mantener viva la fe del enfermo en su posible mejoría y curación, en este dicho: “Aunque sienta en su cuello el peso de la espada, jamás abandone la esperanza en la misericordia divina”.

La preparación a la muerte es un ejemplo de esa atención a la persona en su doble dimensión física y espiritual. Dicha preparación consiste en primer lugar, en sugerir discretamente al enfermo grave que ya ha entrado en lo que se considera las fases terminales de su enfermedad, que ordene sus asuntos temporales y a continuación, se reconcilie con su Creador. Por ordenar los asuntos temporales se entiende la cancelación de deudas o préstamos que tenga contraídos, la redacción de un testamento que evite problemas a sus sucesores si los hubiere, y en general la clarificación y si posible la solución, de todos los asuntos terrenales que tenga pendientes. La reconciliación con el Creador consiste en la confesión en voz muy queda, ante Él - y sólo ante Él - de los errores que se hayan cometido, arrepintiéndose de ellos. La ley establece que tanto la confesión como la invitación

ty or failing to afford him the respect due to every person created in the image of God. The Talmud is extremely clear on the importance of maintaining the patient's faith in his possible improvement or recuperation when it says: “Even though he feels the weight of the sword on his neck, may he never abandon hope in divine mercy”.

Preparation for death is an example of this consideration for a person in his physical and spiritual dimension. This preparation consists of first discreetly suggesting to the seriously ill patient that he has already entered what is considered the final stage of his illness, that he should put his temporal affairs in order and then reconcile himself to his Creator. By putting his temporal affairs in order is meant cancelling any outstanding debts or loans, drawing up a will to avoid causing problems to his heirs, should he have any and in general clarify and if possible resolve all remaining earthly affairs. Reconciliation with his Creator consists of confessing quietly before Him – and only before Him – any transgressions and repenting for them. The law establishes that both the confession and the preceding invitation should be made in the presence

que la precede, sean hechas en presencia de personas adultas, capaces de dominar sus reacciones de dolor, con el fin de evitar al enfermo sufrimientos inútiles que debilitarían su resistencia ante la muerte.

El enfermo en estado agónico se denomina en lengua hebrea "gosés". El "gosés" debe ser tratado en todo, con el máximo respeto, como cualquier otra persona viva. En el tomo titulado Yoré Delá del Sulhán Aráj - código redactado por el ya citado Rabí Yosef Caro- se establecen las normas de los cuidados debidos a los enfermos y la obligatoriedad de visitarles, especificando minuciosamente todo aquello que se refiere al "gosés ". Los que le cuidan han de cubrir su desnudez si por algún movimiento involuntario se hubiese descubierto, pero no están autorizados a desplazarle, ni a moverle para limpiarle, ni a cerrarle la boca, ni siquiera a moverle la almohada, porque cualquier gesto brusco podría acelerar el fallecimiento lo cual está terminantemente prohibido por la Ley.


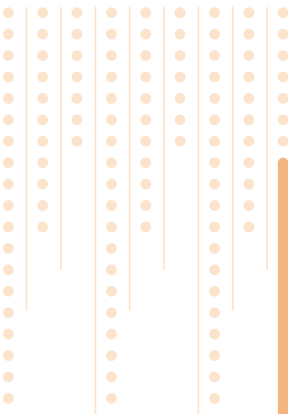
Cuando la muerte parece inminente, es costumbre avisar a uno o más miembros de la Hebrá Kaddisá -la Santa Fraternidad- for-

of an adult capable of controlling his expression of pain in order to avoid causing the patient pointless suffering which would weaken his fight against death.

In Hebrew a dying patient is called the "goses". The "goses" must be treated with the utmost respect in all things, as should any other living person. In the book titled Yore Dea of the Shulchan Aruch, the code drawn up by the aforementioned Rabbi Joseph Caro establishes the rules governing the care due to the ill and the obligation of visiting them and describes in great detail everything concerning the "goses". The carers must cover the patient's nudity if he has involuntarily uncovered himself, but they are not authorised to move him, not even to wash him, not to close his mouth or even to move his pillow because any sudden movement could hasten the moment of death which is strictly forbidden by law.

When death appears imminent one or more members of the Chevra Kadisha, the Holy Society, are usually called. The Society, made up of volunteers from each community, always numbering 18 (the numerical





mada por voluntarios que, en cada comunidad y en número de 18, -valor numérico de las letras que forman la palabra hebrea Hay (vivo)- acompañan a cada persona desde los últimos momentos de su agonía, velando por la aplicación de la ley judía en las últimas fases del tratamiento médico. Durante los últimos minutos de la vida y mientras se supone que el enfermo aun puede oír, se proclama la unidad de Dios con las palabras del credo judío: *“Escucha Israel, el Eterno, nuestro Dios, el Eterno es Uno”* (Deuteronomio, 64) y se leen salmos y otros textos sagrados fijados en el ritual de oraciones. Cuando ya ha sido constatada la muerte, y siguiendo los criterios de la tradición judía, un hijo o el pariente más próximo debe cerrar con suavidad los ojos del difunto, dejando transcurrir unos minutos por si ocurriera alguna reacción positiva inesperada. Cerrar los ojos de una persona antes de tiempo es como derramar su sangre.

Contemplar la posibilidad de practicar o legalizar la eutanasia no es coherente con las enseñanzas judías sobre la vida y la muerte. La ley tradicional judía prohíbe la eutanasia activa, es decir cualquier acción que pueda acelerar la muerte, considerándola como un asesinato. Quien incurre en la infracción de

value of the letters of the Hebrew word Hay (alive), accompany each person from his last moments before death and see to it that Jewish law is observed during the last stages of medical treatment. During the last moments of life, while the patient can presumably still hear, the unity of God is declared using the words of the Jewish Creed “Hear Oh Israel, the Eternal our God, the Eternal is One” (Deuteronomy, 64) and psalms and other sacred texts established in the prayer ritual are read. When death has been confirmed, according to the criteria of the Jewish faith, the son or closest relative must gently close the eyes of the deceased after having waited for a few minutes in case there is some unexpected positive reaction. Closing a person's eyes before time is like shedding his blood.

In Jewish teaching on life or death there is no place for considering practicing or legalising euthanasia. Traditional Jewish law prohibits active euthanasia, i.e., any action which could accelerate death - and considers it to be murder. He who violates this law is considered to be a murderer and is treated as such. If the patient is responsible

esta prohibición es considerado y tratado como asesino. Si quien se provoca la muerte voluntariamente es el enfermo mismo, se le considera suicida. Pero por otra parte, la misma ley autoriza y a veces incluso declara obligatoria, la retirada de cualquier factor, presente en el cuerpo del paciente o exterior a él, susceptible de retrasar, en el enfermo terminal, la fase final de esta vida .

Ningún pariente próximo o lejano tiene derecho a disponer del cuerpo o de parte de él, ni antes ni después del fallecimiento, cuyo preciso momento sólo puede ser determinado según los criterios de la sola Halajá. Ni siquiera el propio enfermo, caso de que esté consciente, puede opinar acerca de la conveniencia o no de aplicar tal o cual método terapéutico en los momentos finales de su vida porque se le considera demasiado implicado para poder juzgar razonablemente la situación en que se encuentra, a la luz de la tradición. Tampoco se considera a nadie dueño de sus propios órganos para disponer de su uso tras la muerte, a menos que, y siempre según los criterios de la Halajá, el trasplante permita salvar a otra persona cuya vida corre un peligro inminente.

for causing his own death he is considered to be guilty of suicide. However, the law authorises, indeed at times demands, the removal of any factor either within or outside the patient's body which could delay, in the case of a terminally ill patient, the final stage of this life.

No immediate or distant family member can have any claim over the body or part of it, either before or after death – the exact moment of which can only be determined according to the Halakha. Not even the patient himself, if he is conscious, can give any opinion on whether or not it is advisable to apply a particular therapeutic method during his final hours because he is considered to be too directly affected to be able to reasonably evaluate his own situation in the light of tradition. Neither is any person considered to own his own organs and cannot dictate their use after his death unless, always following the criteria of the Halakha, the transplant makes it possible to save another person whose life is in imminent danger.





MORIR EN EL ISLAM

La vida humana, desde el punto de vista islámico, es sagrada, protegida y respetada. Cualquier agresión se considera ante Dios como el más grande de los crímenes, después del de no creer en Dios. *“Por esta razón, prescribimos a los Hijos de Israel que quien matara a una persona que no hubiera matado a nadie ni corrompido la tierra, fuera como si hubiera atado a toda la Humanidad”* (Corán:5:32).

Puesto que todo el género humano es considerado como una sola familia, agredir a una persona es, en realidad, agredir al género humano. Máxime cuando sea la persona asesinada creyente en Dios. *“Y quien mate a un creyente premeditadamente, tendrá la gehena como sanción, eternamente. Dios se irritará con él, le maldecirá y le preparará un castigo terrible”* (Coran:4:93).

Todos los textos coránicos y de la tradición del Profeta, con respecto al homicidio, se aplican de forma igual al suicidio, pues quien se suicida por cualquier medio come-

DEATH IN ISLAM

Human life from the Islamic perspective is sacred, protected and respected. Any aggression is considered to be the greatest crime before God, after the crime of not believing in God. *“For that cause We decreed for the Children of Israel that whosoever killeth a human being for other than manslaughter or corruption in the earth, it shall be as if he had killed all mankind”* (Koran: 5:32).

As all humankind is considered to be one great family, harming one person is tantamount to harming humankind itself, especially when the person killed is a believer. *“If a man kills a believer intentionally, his recompense is Hell, to abide therein (For ever): And the wrath and the curse of Allah are upon him and a dreadful penalty is prepared for him”* (Koran: 4; 93).

All Koranic texts and those of the teachings of the Prophet dealing with homicide are applied equally to suicide; he who commits suicide in any way is committing a crime against a person, without any right.

te un crimen contra una persona, sin ningún derecho.

La vida del hombre no es propiedad suya, puesto que no se ha creado a sí mismo, ni a un órgano, tampoco a una célula, sino que es un depósito encomendado a él por Dios: no tiene derecho alguno a despreciarlo, ni a dañarlo. *“No os matéis a vuestras almas, Dios es misericordioso con vosotros”* (Corán:29).

Determinar el momento del fallecimiento de una persona es una cuestión muy importante porque implica numerosas cuestiones médicas, tales como retirar los medios artificiales que mantienen las constantes vitales del individuo o sustraer un órgano con el fin de trasplantarlo a otra persona, como el corazón, por ejemplo. También implica ciertas cuestiones jurídicas islámicas relacionadas con la herencia, la familia, etc.


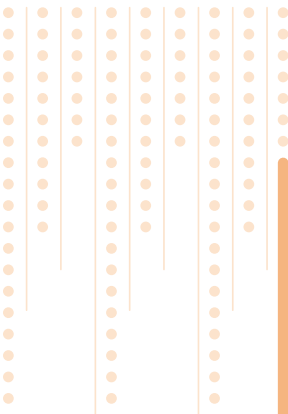
En el tercer encuentro en Amman (Jordania), del 11 al 16 de Octubre de 1986, la Asamblea Internacional de Derecho Islámico adoptó una definición del momento de muerte basada en la muerte total del cere-

A man's life does not belong to him because man has not created himself, not even one single organ or cell, rather, it is a receptacle entrusted to him by God: he is not entitled to scorn it or damage it. *“Do not kill yourselves. God is merciful to you”* (Koran: 4; 29).

Determining the moment of a person's death is very important because it implies several healthcare issues, such as removing any artificial means maintaining the patient's vital signs or removing an organ, such as the heart, to be transplanted to another person. There are also certain issues of Islamic law concerning inheritance, family, etc.

In its third convention, held in Amman (Jordan) from 11 to 16 October, 1986, the Islamic Law Council adopted a definition of the moment of death based on total brain death (including the thalamus), in spite of the fact that some physiological functions can be maintained by artificial means. The Council supplied the following definition of death from the Islamic perspective: *“It is deemed in Islamic Law that the person has died and that all the Islamic legal rulings per-*





bro (incluido el tálamo), a pesar de poder mantener algunas funciones fisiológicas a través de medios artificiales. Definió la muerte desde el punto de vista islámico de la siguiente manera: "La muerte humana, y todas las consecuencias jurídico-islámicas que de ella se derivan, se establece cuando concurre una de las dos circunstancias siguientes: En caso de paro cardio-respiratorio completo e irreversible con verificación médica. En caso de comprobación médica del cese de la función cerebral, aunque se mantenga, o se pueda mantener, la función cardio-respiratoria de forma mecánica".

Esta nueva definición aprovecha unos decretos jurídicos islámicos ya conocidos en el pasado, y por analogía consideraron la muerte del cerebro, como la de la lesión mortal. Así pues, en la persona cuyo cerebro ha muerto y permanece el resto de sus órganos con cierta movilidad con la ayuda de medios artificiales, esta movilidad se considera como convulsión de la muerte. Por tanto, se deduce que eliminar los medios artificiales que mantienen funciones fisiológicas en una persona cuyo cerebro está muerto ya, no se considera crimen desde la pers-

taining to death are applicable in the event of one of the following: The heart and respiratory functions cease completely and the physicians determine that such functions will not resume. Physicians confirm the cessation of brain function although cardiorespiratory functions are, or can be, maintained by mechanical means".

This new definition uses some already known Islamic legal decrees which by analogy considered brain death to be the fatal lesion. According to this, in the case of a person whose brain has died and whose remaining organs retain a certain degree of movement through artificial means, this movement is considered to be a death convulsion. Therefore, they infer that eliminating the artificial means maintaining the physiological functions of a person whose brain is already dead is not considered a crime from the point of view of Islamic law; it is even possible to remove a still living organ, for example, the heart, in order to transplant it into another person.

Although it is practically impossible to arrive at an exact definition of euthanasia,

pectiva de la legislación islámica; incluso se permite sustraer algún órgano aún con vida para trasplantarlo a otra persona, como, por ejemplo, el corazón.

A pesar de que la definición exacta de la eutanasia casi es una tarea imposible, podemos citar algunos conceptos generales para clarificar la posición legal islámica:

1 Homicidio piadoso o eutanasia activa.

a) Muerte resultante de una acción positiva dirigida de manera directa a poner fin a la vida de una persona a petición propia.

b) Homicidio con dosis medicamentosa fuerte que conduce a la muerte.

c) Muerte resultante de una acción positiva para terminar con la vida de un recién nacido con una malformación congénita que amenaza su vida y que es llevada a cabo al no suministrarle alimento alguno.

2 Homicidio piadoso o eutanasia pasiva.

Normalmente se aplica a los enfermos en

we can quote a few general concepts to clarify the legal position of Islam.

1 Merciful homicide or active euthanasia.

a) Death resulting from a positive action directly aimed at ending the life of a person at his own request.

b) Homicide by strong dosage of drugs resulting in death.

c) Death resulting from a positive action to end the life of a newly born infant with congenital, life-threatening malformation, achieved by withholding any kind of food.

2 Merciful homicide or passive euthanasia.

Normally applied to patients who are about to die.

a) Treatment is discontinued and drugs which have no effect are withheld.

b) All drugs are withheld in the complete certainty that they will have





estados de agonía.

- a) Se elimina el tratamiento y no se le administran fármacos que ya no dan resultado.
- b) No administrar ningún fármaco, por saber a ciencia cierta que no dará ningún resultado.
- c) Proporcionar un tratamiento que pueda ayudar a dulcificar la agonía y aminorar las angustias y dolores, a pesar de que este tratamiento conduciría a la muerte.

3 Conclusión.

Kharadawi dice: *si el tratamiento ayuda a la curación del enfermo es obligatorio llevarlo a cabo (wayib) desde la visión legislativa islámica. Y si no es así, y el tratamiento no es factible y se espera la curación del enfermo, nadie entre los legisladores islámicos lo recomienda y tampoco lo tolera. Añade: tratar al enfermo con fármacos o instrumentos para prolongar las funciones fisiológicas vitales del enfermo, cosa que prolonga el tiempo de enfermedad y dolor, no es recomendado (ustahab) ni es debido (wayib) y la intervención correcta del médico no se considera como agresión a la vida del enfermo, sino al revés: quizá será a su favor y a*

no effect.

- c) Treatment is administered which could help sweeten the patient's dying moment and reduce anxiety and pain, even though this treatment may result in death.

3 Conclusion.

Qaradawi says: if the treatment can help the patient to recover, it is compulsory, according to Islamic law, to administer it (wayib). If this is not the case and the treatment is not feasible and the patient is not expected to recover, no Islamic legislator recommends or tolerates this treatment. He adds: treating the patient with drugs or instruments to prolong his vital physiological functions and thus prolonging the duration of the disease and pain, is neither recommended (ustahab) or correct (wayib) and the correct intervention of the physician is not held to be an attack on the life of the patient, but quite the contrary: it could be beneficial to the patient and his family.

He also adds: to disconnect the patient from artificial means, an act which cannot

favor de su familia.

Añade también: *retirar al paciente los medios artificiales, hecho que no se puede considerar como homicidio piadoso o eutanasia activa, sino forma pasiva, está permitido legalmente desde el punto de vista islámico.*

Cualquier otro tipo de homicidio directo o activo, tal como la eutanasia eliminadora o económica, está totalmente prohibido (Haram) y se clasifica como homicidio intencionado. Para finalizar, recogemos una cita de la **Declaración Islámica Universal de Derechos Humanos** (Paris, 19 de Septiembre de 1981):

- a) La vida humana es sagrada e inviolable y debe llevarse a cabo con todos los esfuerzos que sean necesarios para protegerla. En particular, nadie debe ser expuesto a sufrir lesiones ni a la muerte salvo bajo la autoridad de la ley.
- b) Tras la muerte, como en la vida, el carácter sagrado del cuerpo de una persona debe ser inviolable. Los creyentes están obligados a vigilar que el cuerpo de una persona sea tratado con la solemnidad requerida.

be conceived as merciful homicide or active euthanasia but rather a form of passive euthanasia, is legally admissible from the Islamic point of view.

Any other kind of direct or active homicide, such as eliminatory or economic euthanasia, is totally forbidden (Haram) and is classified as intentional homicide. Finally, we quote the Universal Islamic Declaration of Human Rights (Paris, 19 September, 1981):

- a) Human life is sacred and inviolable and every effort shall be made to protect it. In particular no one shall be exposed to injury or death, except under the authority of the Law.
- b) Just as in life, so also after death, the sanctity of a person's body shall be inviolable. It is the obligation of believers to see that a deceased person's body is handled with due solemnity.



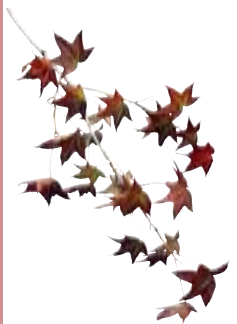


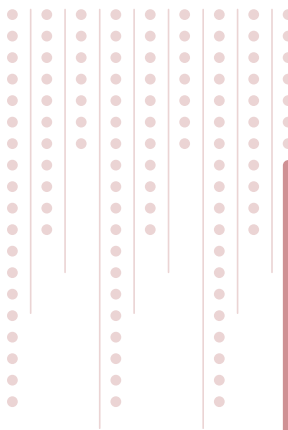
LA BIOÉTICA Y LA MUERTE DIGNA
BIOETHICS AND DEATH WITH DIGNITY



La moderna Bioética no viene a ser más que el intento de aplicar a la realidad de la Biomedicina y la Biología modernas los postulados de una ética caracterizada como civil y laica cuyo paradigma es la Declaración Universal de los derechos Humanos. En este intento, la bioética busca la manera de justificar los juicios y las acciones como respetuosos con la dignidad de los seres humanos sin necesidad de apelar a convicciones religiosas. Es más, de lo que se trata es de explorar cómo aceptar o rechazar determinadas acciones como dignas o indignas de los seres humanos independientemente de las convicciones religiosas, políticas o ideológicas que tenga cada uno. Esto es tan inevitable como necesario en una sociedad tan pluralista como la nuestra. Por eso la vía para lograr este reto tan difícil solo puede ser el acuerdo, el consenso dialógico en torno tanto a los principios éticos básicos como en torno a los procedimientos de decisión.

Modern bioethics is no more than an attempt to apply to the reality of modern biomedicine and biology the postulates of ethics described as civil and lay, the paradigm of which is the Universal Declaration of Human Rights. In doing this, bioethics searches for a way to justify opinions and actions which respect human dignity without resorting to religious convictions. Furthermore, the aim is to explore how certain actions can be accepted or rejected as being worthy or unworthy of human beings irrespective of each person's religious, political or ideological convictions. This is as inevitable as it is necessary in such a pluralist society as our own and this is why such a difficult challenge can only be overcome by agreement and consensus through dialogue both on basic ethical principles and the decision-making process. This exactly describes the Andalusian Commission on Healthcare Ethics and Research's own deliberation framework. The





Este es precisamente el marco de reflexión propio de la Comisión Autónoma de Ética e Investigación de Andalucía. El capítulo anterior ha mostrado cual es la posición básica de las morales religiosas respecto a los distintos escenarios sobre el final de la vida planteados en el capítulo 2. Vemos que, en general, el rechazo a la eutanasia y el suicidio asistido son unánimes, y en cambio la aceptación de los otros escenarios más plausible, aunque con matices diferenciales entre unas y otras posiciones morales. En este capítulo veremos qué puede decirse de esos escenarios desde los principios éticos básicos de la bioética. Estos principios son los cuatro siguientes:

- **Principio de No-Maleficencia:** Debe evitarse realizar daño físico, psíquico o moral a las personas. Para ello debe evitarse realizarles intervenciones diagnósticas o terapéuticas incorrectas o contraindicadas desde el punto de vista científico-técnico y clínico, inseguras o sin evidencia suficiente, y proteger su integridad física y su intimidad.

above chapter showed the basic position of religious morality with regard to various end-of-life scenarios put forward in Chapter 2. It can be seen that, generally speaking, there is unanimous rejection of euthanasia and assisted suicide but acceptance of other more plausible scenarios, albeit with subtle differences between various moral positions. In this chapter we shall see what the basic ethical principles of bioethics have to say about these scenarios. The following are the four principles in question:

- **The principle of nonmaleficence:** One should avoid causing people physical, mental or moral harm. To achieve this one must avoid making diagnostic or therapeutic interventions which are incorrect or contradictory from a scientific-technical or clinical point of view, unsafe or lacking sufficient evidence and protect the patient's physical integrity and privacy.
- **Principle of Justice:** A fair distribution of the benefits and burdens should be secured, enabling



- **Principio de Justicia:** Debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas, facilitando un acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas a los recursos disponibles, y un uso eficiente de los mismos.
- **Principio de Autonomía:** Debe respetarse que las personas gestionen su propia vida y tomen decisiones respecto a su salud y su enfermedad.
- **Principio de Beneficencia:** Debe promocionarse el bienestar de las personas, procurando que realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible.

Una cuestión importante a tener en cuenta es que estos 4 principios no están situados todos en un mismo plano, sino en dos diferentes, aunque complementarios.

Un primer plano lo marcan los principios de no-maleficencia y justicia, y tiene que ver con el marco estructural en el que tiene lugar la relación clínica. Tienen una dimensión

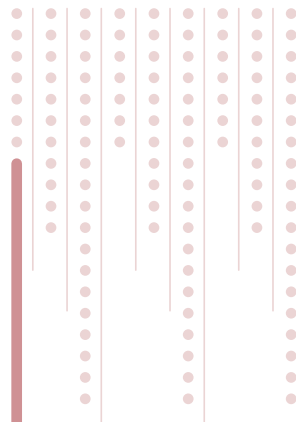
people to have non-discriminatory, adequate and sufficient access to the available resources and to make efficient use of them.

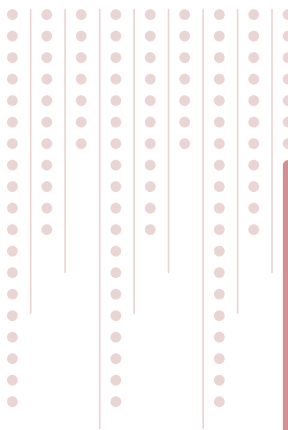
- **Principle of Autonomy:** People should be able to manage their own lives and make decisions with regard to their health and illness.
- **Principle of Beneficence:** People's welfare should be promoted, taking steps to help them achieve their own goals and happiness as far as possible.

An important point to consider is that these 4 principles are not all placed on the same level, but on two complementary levels.

The first level is occupied by the principles of nonmaleficence and justice and concerns the structural framework of clinical relations. This is a relatively public level and establishes the limits of what can and cannot be decided on the second level.

The first thing healthcare organisations





básicamente pública. Establecen los límites entre lo que puede decidirse o no en el segundo plano.

Así, lo primero que tienen que garantizar las organizaciones sanitarias y los profesionales es que la atención a los ciudadanos evite en lo posible el riesgo de producirles daño y ponga a su disposición los procedimientos y tecnologías más efectivas para la protección y promoción de la salud (Principio de No-Maleficiencia).

Lo segundo que tienen que asegurar es que la inversión de los recursos públicos en dichos procedimientos y tecnologías sea eficiente y que, una vez se han puesto a disposición de los ciudadanos, el acceso a ellos sea equitativo (Principio de Justicia).

En un plano diferente se encuentran las obligaciones nacidas del contenido de la relación clínica. Aquí el encuentro privado entre los profesionales y los pacientes permitirá concretar lo que se entienda por mejorar o cuidar la salud de las personas, y establecer, de entre las prácticas indicadas, las que se realizarán finalmente y las que no. El

and professionals have to guarantee is that in their dealings with citizens they will avoid as far as possible the risk of causing them harm and will provide them with the most effective procedures and technologies for protecting and enhancing health (Principle of nonmaleficence)

The second thing they must guarantee is that spending of public resources on these procedures and technologies should be carried out effectively and that once these have been made available to the public, access to them should be fair (Principle of Justice).

On a different level are the obligations stemming from the content of the clinical relationship. Here, the private meeting between professional and patient will specify what is understood by improving or caring for a person's health and establish which of the indicated procedures will be finally applied and which will not. The only limit which cannot be breached is that which is established in the previous level with regard to nonmaleficence and justice.



único límite que no puede sobrepasarse es el que establecen, en el plano anterior, la no-maleficencia y la justicia.

El profesional benéfico aportará a la relación clínica sus conocimientos científico técnicos y su experiencia clínica con el objeto de ayudar al paciente a valorar entre las alternativas disponibles, estableciendo la indicación adecuada (Principio de Beneficencia).

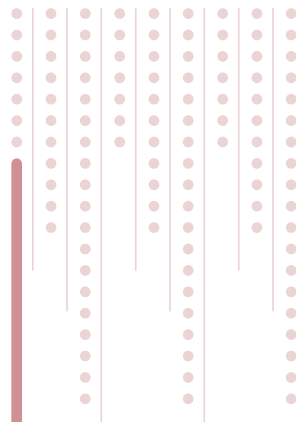
El paciente autónomo aportará a la relación clínica sus valores, sus preferencias, sus creencias y su valoración subjetiva de su calidad de vida (Principio de Autonomía).

Por tanto, lo que llamamos "consentimiento informado", la clave de las relaciones sanitarias modernas, no es más que el resultado de un proceso de deliberación acerca de las obligaciones éticas derivadas de la autonomía y la beneficencia, en un marco predefinido por la no-maleficencia y la justicia. Una decisión clínica debe empezar siempre confrontándose con los principios del marco (no-maleficencia y justicia), y sólo si los supera debe ponderarse en función de los del conte-

The beneficent professional will bring his scientific and technical knowledge and clinical experience to bear on the clinical relationship in order to help the patient choose from among the available alternatives, establishing the most appropriate advice (Principle of Beneficence).

The autonomous patient will contribute his values, preferences, beliefs and his subjective evaluation of his quality of life to the clinical relationship (Principle of Autonomy).

What we call "informed consent", therefore, the key to today's healthcare relationship, is simply the result of a process of deliberation on the ethical obligation derived from autonomy and beneficence within the pre-established framework of nonmaleficence and justice. A clinical decision should always start by confronting the framework principles (nonmaleficence and justice). Only when these are satisfied should those of the content (autonomy and beneficence) be considered.






nido (autonomía y beneficencia).

Pero el juicio moral sobre la legitimidad ética de una determinada actuación no se hace sólo con principios. La complejidad de la vida real es tan enorme que con frecuencia ningún sistema de normas o principios éticos es capaz de dar respuesta adecuada a todas las situaciones.

A veces, paradójicamente, nos vemos obligados a justificar excepciones a los principios porque entendemos que una aplicación ciega de los mismos, desatendiendo a los contextos reales, puede ser más perjudicial que quebrantarlos. En tales casos optamos por el mal menor y justificamos excepciones. Todo sistema de principios y normas lleva aparejado, inevitablemente, un elenco de excepciones. Esto no desautoriza los principios o normas, que siguen siendo válidas, pero las resitúa en una perspectiva humanizadora, siempre y cuando la justificación de la excepción sea correcta.

Todo este planteamiento es clave para analizar desde el punto de vista de la bioética los diferentes escenarios que antes se han apuntado. Veámoslo a continuación.



However, one cannot arrive at a moral judgement of the ethical legitimacy of a certain action purely based on principles. Real life is so complex that often no system of ethical rules or principles can provide the right answer to all situations. At times, paradoxically, we must justify exceptions to the principles on the understanding that blind application of these principles, in disregard of the real context, could be more harmful than overriding them. In these cases we should choose the lesser evil and justify the exceptions. Any system of principles and rules inevitably carries with it a catalogue of exceptions. This does not discredit the principles or rules – they continue to be valid – but redefines them as long as the exception is correctly applied in a human perspective.

This approach is essential for analysing the scenarios described above from a bioethical perspective as we shall see below.

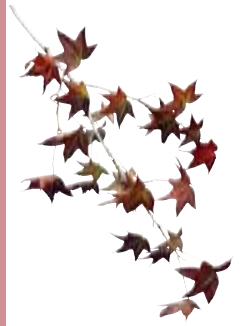
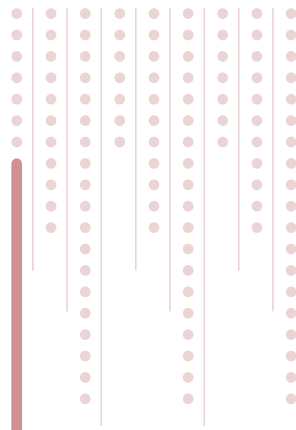
NONMALEFICENCE

JUSTICE

AUTONOMY

**INFORMED
CONSENT**

BENEFICENCE





EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

En contra de lo que durante mucho tiempo se ha dicho el principal problema ético de la eutanasia y el suicidio asistido no es si es o no aceptable que una persona quiera morir y solicite a otra que ponga fin a su vida. Aunque esto pueda plantear problemas desde el punto de vista de las morales religiosas, desde el punto de vista de la bioética civil es perfectamente legítimo, algo derivado del principio de autonomía. Dicha petición, para poder ser tenida en consideración sólo tiene que cumplir los requisitos que exigimos a las acciones autónomas: ser libre y voluntaria, ser informada y ser realizada en condiciones de capacidad. El problema viene después de que esa petición se ha formulado y consiste en determinar cuáles son las obligaciones de los demás, en concreto de los profesionales sanitarios respecto a esa petición. Es decir, la cuestión es si esta petición se configura como un derecho que genera un deber tanto en los profesionales, como en las instituciones sanitarias y en la sociedad en general.

Hasta ahora la respuesta mayoritaria ha

EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

Contrary to what has been said for a long time now, the main ethical problem with euthanasia and assisted suicide is not whether or not it is acceptable that a person should wish to die and should ask another person to put an end to their life. Even though this might raise problems from the point of view of religious morals, it is perfectly legitimate from the point of view of civil bioethics and is derived from the principle of autonomy. In order to be considered, this request must simply satisfy the conditions demanded by autonomous actions: it must be free and voluntary, it must be informed and it must be carried out by a capable patient. The problem arises once this request has been made and consists of determining the obligations of others with respect to this request, specifically those of healthcare professionals. That is, whether the request takes the form of a right which creates an obligation for professionals, healthcare institutions and society in general.

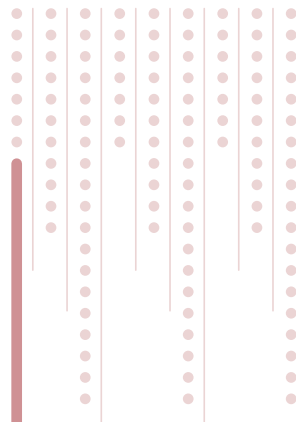
To date, the most widespread answer has been that this request cannot be carried out because it breaks another fundamental


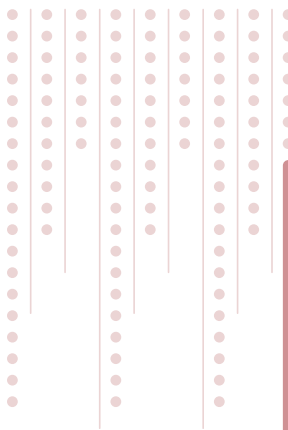
sido que dicha petición no puede ser atendida porque quebranta otro principio ético fundamental, uno de los que establece el marco de legitimidad de toda actuación sanitaria: el principio de no-maleficencia. Los profesionales no pueden hacer cosas contrarias a la buena práctica clínica, por mucho que se lo pidan los pacientes. Y hasta ahora, en nuestro país y en la gran mayoría de los países, producir la muerte de los pacientes es algo considerado maleficente, una mala práctica clínica, algo contrario a la ética profesional y a la ética civil. Tanto es así que, como ya se ha dicho, estas conductas suelen estar sancionadas penalmente, tal y como sucede en nuestro país.

Pero eso no quiere decir que en el futuro las cosas no puedan ser distintas. Ya hemos señalado que muchas personas, grupos, etc, consideran que las actuaciones eutanásicas pueden ser compatibles con el respeto debido a la dignidad de los seres humanos. Eso precisa de dos vías de legitimación, distintas, pero que pueden ser complementarias: Una es reconsiderar la idea de que producir la muerte de los pacientes, con las condiciones que se han expuesto al definir el término

ethical principle, one which establishes the framework for legitimacy in any medical situation: the principle of nonmaleficence. Professionals cannot do things which are contrary to good clinical practice no matter how much a patient requests them to do so. Up till now in Spain and most other countries, causing the death of a patient is considered maleficent, bad clinical practice and contrary to professional and civil ethics. So much so that, as we have said before, these actions are usually punished by law as is the case in Spain.

However, this does not mean that things may not change in the future. We have already shown how many people, groups, etc., think that euthanasia can be compatible with respect for human dignity. This requires two different but complementary processes of legitimation: One consists of reconsidering the idea that causing the death of a patient, under the conditions described when defining the term euthanasia, is contrary to the principle of nonmaleficence and as such cannot be carried out by a healthcare professional. This reflection demands a sound process of social meditation



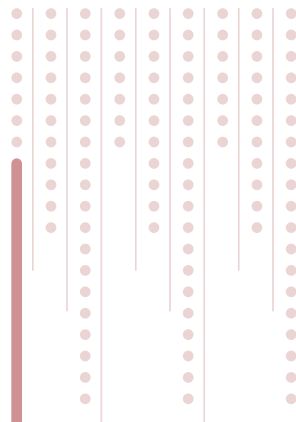


eutanasia, es algo contrario al principio de no-maleficencia y que, por tanto, los profesionales sanitarios no pueden realizarlo. Esta reflexión exige un proceso sólido de maduración social acerca de cuáles son los contenidos que definen el rol de los profesionales sanitarios. Exige aceptar que, si bien el fin de estos profesionales es, de forma general, proteger la salud y la vida, a veces en determinadas situaciones esto puede llevar a los profesionales, paradójicamente, a producir la muerte del paciente. En el fondo esta es la reflexión que han hecho países como Holanda, Bélgica o Luxemburgo. Esta vía abre la puerta a procesos de legalización de esta práctica, tal y como ha sucedido en estos países. La otra vía es la de la excepción. Es decir, consiste en aceptar que, como norma general, forma parte del principio de no-maleficencia la prohibición de producir la muerte de los pacientes. Pero al mismo tiempo considerar que, en determinadas situaciones extremas, lo menos malo es quebrantar dicho principio y justificar una excepción. Esto exige definir con cuidado las situaciones concretas en que puede realizarse tal acción, y ser rigurosos en su aplicación para evitar abusos. Esta vía abre la

on the definition of the role of a healthcare professional. It means we must accept that, although it is true that the goal of these professionals is, generally speaking, to protect health and life, at times and in certain situations this may lead a professional to paradoxically cause the death of a patient. This is essentially the reflection made by countries such as Holland, Belgium or Luxembourg. This process makes it possible to legislate on this practice, as has been achieved in these countries. The other process is that of the exception. This consists of accepting that, as a general rule, the prohibition on causing the death of a patient is part of the principle of maleficence, but at the same time considering that, in certain extreme situations, the lesser of two evils would be to break this principle and justify an exception. This would entail a careful definition of the specific circumstances in which such actions may be carried out and rigorous application of these to avoid any possible abuse. This paves the way for legalisation processes in which the practice of euthanasia would still be considered a crime but would be accepted under certain conditions. In Spain, a previous case in point which is public knowledge was

puerta a procesos de despenalización, en los que la práctica de la eutanasia sigue siendo considerada delito, pero se acepta en determinados supuestos. En España tenemos un antecedente de este tipo con la despenalización del aborto, con las luces y oscuridades en su aplicación que son conocidas por todos. En cualquier caso, el debate en torno a esta cuestión es algo que atañe a toda la sociedad española, y no sólo a la andaluza. Exigiría además una modificación del Código Penal español, algo para lo que ni el Gobierno de Andalucía ni su Parlamento tienen competencias. Por eso, por el momento, la legislación andaluza no puede contener una autorización ni de la eutanasia ni del suicidio asistido.


the legalisation of abortion with the pros and cons associated with its application. In any event, the debate on this issue concerns the whole of Spanish society, not only Andalusia. Furthermore, it would require modifications to the Spanish Penal Code which goes beyond the authority of the Regional Government of Andalusia and its Parliament. For this reason, for the time being Andalusian legislation cannot authorise either euthanasia or assisted suicide.





LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

El análisis de la LET en términos de ética civil también tiene como protagonista principal al principio de no-maleficencia, pero ahora junto al principio de justicia. Según se ha expuesto la LET se basa en un juicio clínico de los profesionales acerca de la utilidad o inutilidad de un determinado tratamiento. Los profesionales no pueden iniciar o mantener tratamientos inútiles, porque eso es contrario a la buena práctica clínica, contrario al principio de no-maleficencia. Además se lesiona el principio de justicia, pues implica hacer un mal uso de los recursos sanitarios, algo especialmente grave si se trata de recursos públicos. Por tanto la obstinación terapéutica es contraria a la ética civil, a la bioética. Por el contrario, la LET es buena práctica ética. En la LET el principio de autonomía, es decir, el deseo del paciente respecto al tratamiento, juega un papel totalmente secundario. En todo caso, el clínico podrá tomarlo en consideración en el momento de tomar la decisión final, pero nunca podrá constituir el punto clave para argumentar éticamente sobre la misma.



LIMITATION OF TREATMENT (LT)

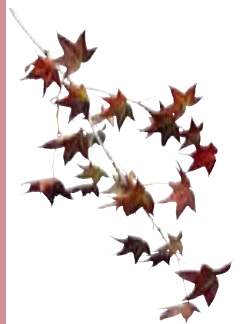
When analysing LT in terms of civil ethics the main issue is also the principle of nonmaleficence, although here it is joined by the principle of justice. As we have already said, LT is based on professional clinical judgement regarding the appropriateness of a particular treatment. Professionals cannot initiate or maintain useless procedures because this is contrary to good clinical practice and contrary to the principle of nonmaleficence. Furthermore, it infringes on the principle of justice as it involves making inappropriate use of healthcare resources, which is particularly serious if these are public resources. Therapeutic obstinacy, therefore, contravenes civil ethics and bioethics. LT, nevertheless, is a good ethical practice. In LT the principle of autonomy, i.e. the wishes of the patient with respect to a particular treatment, is secondary. In spite of this, the physician may take these wishes into consideration when making his final decision but they can never constitute the key issue for an ethical debate on this decision.

RECHAZO DE TRATAMIENTO

A diferencia de la LET el fundamento ético principal del rechazo de tratamiento es el principio de autonomía. Aunque un tratamiento estuviera indicado, y por tanto su aplicación estuviera dentro de los límites de la buena práctica clínica al respetar los principios de no-maleficencia y justicia, el clínico no puede iniciarlo si el paciente, ejercitando su autonomía moral, lo rechaza. Lo mismo cabe decir de la situación en la que, una vez iniciado el tratamiento, el paciente retira el consentimiento y solicita su suspensión, aun a sabiendas de que ello le producirá la muerte. El único requisito que cabe exigir es que dicha decisión del paciente sea expresión real de su autonomía moral, es decir, que sea libre, informada y realizada en condiciones de capacidad. Si se cumplen estas condiciones no cabe poner reparos éticos al rechazo de tratamiento. Se podrá tratar de persuadir al paciente de que reconsidere su decisión, se podrá insistir en que valore las consecuencias de su decisión, no sólo para sí mismo, sino también para otros, por ejemplo sus familiares, etc, pero si tras este proceso de deliberación el paciente se reafirma en su decisión no hay argumentos éticos para no respetarla.

REFUSAL OF TREATMENT


Unlike LT, the key ethical principle behind refusal of treatment is the principle of autonomy. Even though the treatment may be correct and its application may therefore be within the bounds of good clinical practice through respecting the principle of non-maleficence and justice, the physician cannot initiate it if the patient, through use of his moral autonomy, refuses. The same can be said of the situation where after having started treatment the patient retracts consent and requests it be suspended in the knowledge that this could cause his death. The only requirement that can be made is that the decision should be the true expression of moral autonomy, i.e. that it should be freely made, informed and expressed by a capable patient. If these conditions are satisfied there can be no ethical objections to the refusal of treatment. Efforts could be made to persuade the patient to reconsider his decision; one could insist that he weigh up the consequences of his decision, not only for his own sake but for that of others such as his family, etc. However, after deliberation, if the patient reasserts his will there can be no ethical grounds for failing to respect the decision.





SEDACIÓN PALIATIVA

La sedación paliativa no es diferente de cualquier otro tratamiento, con sus indicaciones clínicas y sus potenciales efectos secundarios, que incluso pueden llevar a la muerte. Por tanto, el proceso de sedación debe respetar el marco ético de los cuatro principios éticos de igual forma que cualquier otro tratamiento. Esto significa hacerlo en la indicación adecuada y de manera técnicamente correcta (principio de no-maleficencia), con un buen uso de los recursos (principio de justicia), contando con el consentimiento informado del paciente o de su representante o sustituto (principio de autonomía) y procurando optimizar su bienestar (principio de beneficencia). Cuando estas condiciones se cumplen, la práctica de la sedación paliativa es éticamente correcta.



PALLIATIVE SEDATION

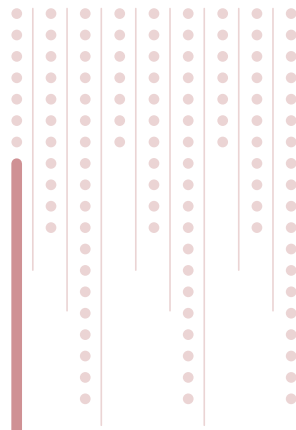
Palliative sedation is no different from any other treatment with its clinical indications and possible side effects which could even lead to the death of the patient. The sedation process must therefore respect the framework of the four ethical principles in the same way as any other treatment. This means following the right indications and using the correct techniques (principle of nonmaleficence), making good use of resources (principle of justice), with the informed consent of the patient or of his representative or substitute (principle of autonomy) and taking steps to enhance his well-being (principle of beneficence). When these conditions are satisfied the practice of palliative sedation is ethically correct.

SUSPENSIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA POR FALLECIMIENTO

En este escenario en realidad no se plantean conflictos éticos de ninguna clase, salvo que alguien quiera discutir los criterios de determinación de la muerte, tanto de la muerte cerebral como de la muerte por parada cardiorrespiratoria. Cuando una persona está muerta no hay sujeto moral, sólo queda el respeto debido al cadáver que, en ningún caso, tienen el mismo rango que el respeto debido a las personas vivas.

INTERRUPTION OF MEDICAL ATTENTION DUE TO DEATH

This scenario does not actually pose any kind of ethical conflict unless we wish to argue over the criteria established for determining death, meaning both brain death and cardiorespiratory death. When a person is dead there is no moral subject and all that remains is due respect for the body which is never on the same scale as the respect due to the living.





PINIÓN Y RECOMENDACIONES
PINION AND RECOMMENDATIONS

Opinión y recomendaciones

En opinión de esta Comisión el proceso de desarrollo y tramitación de una "Ley reguladora de la dignidad de las personas ante el proceso de la muerte" puede considerarse una oportunidad histórica para que la sociedad andaluza reflexione sobre las dimensiones éticas de la idea de muerte digna y, en última instancia, goce de mayor seguridad jurídica a la hora de aplicar sus contenidos en la vida diaria y en la práctica sanitaria. En este sentido esta Comisión no puede sino apoyar el inicio de dicho proceso.

Desde el punto de vista de una ética civil consideramos que existe consenso suficiente en la sociedad española y andaluza para considerar aceptables prácticas sanitarias tales como los cuidados paliativos, el rechazo de tratamientos por un paciente – aún cuando dicho rechazo pueda poner fin a su vida -, la limitación del esfuerzo terapéutico o la sedación paliativa. Una disposición legislativa que desarrolle dichos supuestos sería coherente con el marco vigente de valores y principios éticos.

Sin embargo no parece existir por el momento consenso suficiente para aceptar éticamente las prácticas eutanásicas, que además es una práctica considerada como delictiva por el Código Penal. Una disposición legislativa de la Comunidad Autónoma de Andalucía que contemplara dicha práctica sería, por ahora, algo no sustentado en un acuerdo ético suficiente y contrario a Derecho. Las morales religiosas también se opondrían decididamente en este punto. Esto no quiere decir que deba zanjarse el debate social en torno a las circunstancias en que dichas actuaciones pueden considerarse éticamente aceptables, antes al contrario, debe proseguir de una forma abierta, madura y crítica.

En opinión de esta Comisión un desarrollo legislativo regulador de la dignidad del proceso de muerte debería recoger necesariamente los siguientes contenidos éticos, aquí expuestos como derechos:



Opinion and Recommendations

In the opinion of this Commission the process of developing and passing a “Death with Dignity Act” could be taken as a historic opportunity for Andalusian society to meditate on the ethical dimensions of the concept of dignified death and ultimately provide greater legal backing for implementing it in every day life and medical practice. In view of this, the Commission wholeheartedly supports the undertaking.

From the point of view of civil ethics we think that there is sufficient consensus in Spanish and Andalusian society to consider as acceptable medical practices such a palliative care, a patient's refusal of treatment - even when this may put an end to life -, limitation of treatment, or palliative sedation. A legislative provision regulating these situations would be in tune with current ethical values and principles.

However, there does not as yet seem to be enough consensus for ethically accepting euthanasia which is, in any event, considered a criminal offence under the Penal Code. A legislative provision passed by the Andalusian Autonomous Region authorising this practice would for the moment lack sufficient ethical agreement and would be against the law. Religious morals would also roundly oppose this issue. This does not mean that the social debate on the circumstances in which these actions could be considered ethically acceptable should be curtailed; on the contrary, it should be pursued openly, responsibly and critically.

In the opinion of this Commission, legislation regulating dignified death must necessarily include the following ethical points, expounded here as rights:

Opinión y recomendaciones

- El derecho de los pacientes a acceder a cuidados paliativos integrales de alta calidad, proporcionados bien en un centro sanitario o bien en su propio domicilio.
- El derecho de los pacientes a fallecer en su propio domicilio si así lo desean, sin menoscabo de la calidad de la atención sanitaria recibida.
- El derecho de los pacientes a recibir información adecuada y comprensible respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamientos posibles de su enfermedad.
- El derecho de los pacientes a participar activamente en el proceso de toma de decisiones respecto a cualquier aspecto de su proceso de enfermedad y muerte.
- El derecho de los pacientes capaces a rechazar cualquier tratamiento, aunque ello suponga el acortamiento de su vida. Del rechazo de un determinado tratamiento no puede derivarse la suspensión del resto de la atención sanitaria, que deberá seguir siéndole prestada con la mayor calidad, conforme al conocimiento científico vigente.
- El derecho de los pacientes capaces a declarar sus valores y preferencias de tratamiento mediante la cumplimentación de un Testamento Vital o Voluntad Vital Anticipada, para que sean tenidas en cuenta cuando sea incapaz de decidir por sí mismo. A este respecto debería revisarse la legislación vigente en Andalucía con el objeto de:

9) Aumentar la accesibilidad de los usuarios al Registro de Voluntades de Andalucía, especialmente



Opinion and Recommendations

- The right of patients to have access to comprehensive, high quality palliative care dispensed either in a health centre or in their own home.
- The right of patients to die in their own home if they so wish, without this being detrimental to the quality of healthcare provided.
- The right of patients to receive adequate and easily understood information about their diagnosis, prognosis and the treatment options for their disease.
- The right of patients to actively take part in the decision-making process regarding any aspect of their illness and death.
- The right of capable patients to refuse treatment, even though this might shorten their life. Refusal to accept one particular treatment must not lead to the interruption of other healthcare measures; quality treatment should continue to be administered, consistent with current scientific knowledge.
- The right of capable patients to state their values and treatment preferences by means of a Living Will or Advance Directive so that these may be taken into consideration when the patient is incapable of deciding for himself. To this effect, legislation in force in Andalusia must be revised in order to:

a) Improve user access to the Andalusian Register of Living Wills, particularly to users living in areas far removed from provincial capitals.

Opinión y recomendaciones



la de los usuarios residentes en poblaciones distantes de las capitales de provincia.

b) Aumentar el conocimiento de los ciudadanos sobre este derecho mediante la realización de campañas activas de información.

c) Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre este derecho y aspectos psicológicos, con el objeto de que por una parte puedan asesorar a los ciudadanos que deseen ejercerlo y por otra sepan respetarlo adecuadamente a posteriori.

d) Incrementar las posibilidades de acceso de los profesionales al Registro de Voluntades con el objeto de conocer el contenido de una declaración. El procedimiento de acceso debería ser seguro, fácil y rápido. La directa incorporación de la Voluntad Vital Anticipada a la Historia de Salud Digital sería el procedimiento idóneo. Mientras esto no suceda deben impulsarse protocolos y procedimientos que impulsen y faciliten la consulta del Registro.

e) Modificar el formulario de la Voluntad Vital Anticipada para hacerlo más legible y fácil de cumplimentar por los ciudadanos.

f) Ampliar las cuestiones que pueden ser incluidas en la declaración, por ejemplo las relativas a la futura participación en proyectos de investigación y ensayos clínicos.

g) Aclarar el papel que tiene el representante elegido por el paciente en el proceso de toma decisiones. Es discutible que deba reducirse a la mera aplicación mecánica de la Voluntad Vital Anticipada,



Opinion and Recommendations

- b) Improve public knowledge of this right by carrying out active information campaigns.
- c) Improve the training of healthcare professionals with regard to this entitlement and its psychological aspects to enable them to both advise citizens wishing to exercise this right and also to know how to correctly respect their wishes a posteriori.
- d) Improve professional access to the Register of Living Wills to enable them to consult the contents of a particular Will. Access should be safe, easy and quick. The ideal procedure would be to have the Living Will included directly in the patient's digital clinical record. Failing this, protocols and procedures should be put in place to facilitate consultations of the Register.
- e) Modify the Living Will form to make it more easily understood and filled out by the general public.
- f) Add more questions to the statement, for example, questions relating to future participation in clinical research and trials.
- g) Clarify the role of the patient's representative in the decision-making process. It is debatable whether this should be limited to a perfunctory enforcement of the Living Will as in many clinical situations enforcement of this nature is impossible, it being necessary to interpret the patient's wishes in the light of the contents of his Living Will. Representatives should receive detailed information about their

Opinión y recomendaciones

habida cuenta de que en muchas situaciones clínicas dicha aplicación mecánica resulta imposible, y se necesita una interpretación de los deseos del paciente a la luz de lo establecido por su Testamento Vital. Los representantes deberían recibir información específica sobre sus funciones.

- El derecho de los pacientes a que no se prolongue su vida utilizando tratamientos de soporte vital cuando su aplicación sólo prolonga la vida biológica y no aumenta las probabilidades de recuperación funcional con un mínimo de calidad de vida. Los profesionales tienen la obligación ética de evitar la obstinación terapéutica y los pacientes o sus representantes no pueden exigírsela.
- El derecho de los pacientes a recibir un tratamiento adecuado del dolor físico. Es imprescindible mejorar la formación de los profesionales sanitarios en esta materia para evitar que minusvaloren dicho síntoma.
- El derecho de los pacientes a recibir tratamiento adecuado del dolor psicológico. Dicho tratamiento debería ser proporcionado por profesionales adecuadamente cualificados para ello.
- El derecho de los pacientes creyentes a morir de acuerdo con su credo religioso, estando acompañados y espiritualmente asistidos los representantes o pastores de su confesión religiosa, cuando el paciente lo solicite y sus intervenciones no interfieran o dificulten las del equipo sanitario.
- El derecho de los pacientes a recibir sedación paliativa, que siempre debe ser realizada de forma técnicamente correcta y contando con el consentimiento informado del paciente o de su representante. Es un derecho de los pacientes decidir si desean vivir conscientemente y hasta el final el proceso de



Opinion and Recommendations

duties.

- The patient's right not to have his life prolonged through life support treatments when these would only prolong biological life and not increase the probabilities of functional recovery with a minimum quality of life. Professionals are ethically bound to abstain from therapeutic obstinacy and neither the patient nor his representatives can demand this kind of therapy.
- The right of patients to receive adequate treatment for physical pain. It is essential to improve the training of healthcare professionals in this area to prevent them from placing too little importance on this symptom.
- The right of patients to receive adequate treatment for psychological pain. This treatment should be provided by adequately qualified professionals.
- The right of religious patients to die according to their religious creed, to be accompanied and spiritually assisted by representatives or ministers from their religious confession if the patient so requests and the former's interventions do not hinder or interfere with the work of the healthcare team.
- The right of patients to receive palliative sedation, which should always be administered according to technically correct procedures and have the informed consent of the patient or his representative. The patient is entitled to decide whether he wishes to consciously and fully experience his death or prefers to remain unconscious through his last moments under the effects of palliative sedation. It should be a

Opinión y recomendaciones

muerte o si prefieren vivir los últimos momentos de forma inconsciente mediante el uso de la sedación paliativa. La consulta sistemática del paciente sobre sus preferencias al respecto debería formar parte de la práctica habitual de los profesionales sanitarios que atienden los procesos de muerte.

- El derecho de los pacientes a estar acompañados por sus seres queridos durante la atención sanitaria en el proceso de la muerte, buscando la manera de hacer compatible dicho acompañamiento con las necesidades asistenciales que establezca el equipo sanitario.
- El derecho a la protección de los datos personales del paciente que esté en proceso de muerte.

El desarrollo legislativo debería además incluir las siguientes referencias o apartados:

- En la Introducción o exposición de motivos sería conveniente:
 - a) Insistir en la necesidad de normalizar el hecho de la muerte en nuestra sociedad, sacarla del ocultamiento y de la consideración de tabú social.
 - b) Conectar la idea de dignidad de la muerte con la idea de dignidad de la vida.
- Un glosario de términos, de tal manera que se eviten dudas acerca de la interpretación correcta de su significado.
- Una referencia a que la práctica de acciones eutanásicas o de suicidio asistido es un delito tipificado



Opinion and Recommendations

standard practice of healthcare professionals attending to dying patients to systematically consult with the latter on his preferences in this regard.

- The right of patients to be accompanied by their loved ones during the healthcare treatment administered to him while dying, finding a way to make this accompaniment compatible with the medical requirements of the team of professionals.
- The right of a dying patient to non-disclosure of his personal details.

Legislative development should also include the following reference or points:

- When presenting or stating motives it would be advisable to
 - a) Emphasise the need to normalise the fact of death in our society, bring it into the light and freeing it of its status as a social taboo.
 - b) Connect the concept of dignified death with dignified life.
- A glossary of terms to prevent questions being raised about their correct interpretation.
- A reference to the fact that the practice of euthanasia or assisted suicide is a crime classified in the

Opinión y recomendaciones

por el Código Penal y que por tanto, aunque un paciente pueda solicitarlas, incluso consignarlas en su Testamento Vital, un profesional no puede llevarlas a cabo ni las instituciones sanitarias ampararlas.

- Una referencia a que, en caso de conflicto en la toma de decisiones, los profesionales, los pacientes o sus representantes pueden consultar a la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria para recibir asesoramiento. En este sentido resulta imprescindible mejorar la capacitación de dichas Comisiones para abordar tales cuestiones.
- Una referencia especial a la atención de las personas menores de edad que estén en proceso de muerte, insistiendo en su condición de especial vulnerabilidad y en la necesidad de extremar la calidad de la atención a todos los niveles, incluido el de la atención a su familia. Todos los derechos del menor son aplicables igualmente cuando se haya en proceso de muerte.

Una cuestión a valorar de manera adicional sería la posible inclusión de una referencia a los cauces y límites del derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios en estas materias.

Por último, al margen ya del desarrollo legislativo, sería conveniente impulsar y apoyar en Andalucía la investigación sobre estas materias. Sería particularmente interesante conocer las opiniones y prácticas habituales de los profesionales sanitarios a este respecto así como las opiniones y deseos de los ciudadanos. De esa manera se podrían desplegar nuevas iniciativas destinadas a mejorar el desarrollo del derecho de los ciudadanos a la dignidad en el proceso de muerte.



Opinion and Recommendations

Penal Code and as such, even though a patient may request these services and even consign them to his Living Will, professionals cannot carry them out, nor can healthcare institutions harbour them.

- A reference to the effect that, in the event of conflict in the decision-making process, patients or their representatives can consult the Andalusian Commission on Healthcare Ethics and Research for advice. In this regard it is essential to improve the capacity of these commissions to deal with such questions.
- Particular reference to the care of minors who are dying, emphasising their extreme vulnerability and the need to maximise quality of care on all levels, including the services provided to their families. All the rights of a minor are equally applicable even when he is dying.

An additional issue to be evaluated concerns the possibility of including a reference to the channels available to healthcare professionals for exercising conscientious objection with regard to these issues and their limitations.

Finally, aside from legislative development, it would be advisable to promote support in Andalusia for research into these issues. It would be particularly interesting to know the opinions and normal practices of healthcare professionals in this regard and also the opinions and wishes of the general public. This would enable the implementation of new initiatives aimed at improving the development of the citizen's right to a dignified death.



LOSARIO
LOSSARY

TABLA 1: ADJETIVOS Y NEOLOGISMOS EN RELACIÓN CON LA PALABRA “EUTANASIA” QUE DEBEN SER EVITADOS

CALIFICATIVOS DEL
TÉRMINO
“EUTANASIA”

Activa, positiva u occisiva: Son acciones encaminadas a (intencionalidad) producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre.

Pasiva, negativa o lenitiva: Consiste en la cesación (omisión) de intervenciones terapéuticas que se limitan a prolongar la vida biológica de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible.

Directa: Son acciones que producen (causalidad) la muerte de un paciente de forma inmediata.

Indirecta: Son acciones en las que el vínculo de causalidad entre la muerte del paciente y la intervención es menos evidente, bien porque no está claro el mecanismo de acción, o bien porque existe distancia temporal entre ambos.

Voluntaria, autónoma o a petición propia: Son actuaciones realizadas a petición expresa del paciente capaz.

Involuntaria o impuesta: Son actuaciones realizadas sin que medie petición expresa del paciente. Suele realizarse a petición de los familiares, o por iniciativa del propio profesional.

Es frecuente que estos tres grupos de calificativos se combinen para tratar de delimitar con más precisión de qué tipo de actuación se está hablando. Así, por ejemplo, se habla de “eutanasia activa, directa y voluntaria” o “eutanasia pasiva voluntaria”, etc.

TABLE 1: ADJECTIVES AND NEOLOGISMS TO BE AVOIDED
IN RELATION TO THE WORD "EUTHANASIA"

Active, positive or occisiva: Actions aimed at (intentionally) causing the death of a suffering patient.

Passive, negative or lenitive: Consists of interrupting (omitting) therapeutic interventions which only prolong the biological life of a patient suffering from a terminal or irreversible illness.

Direct: actions which cause (causality) the immediate death of a patient.

Indirect: actions in which the causal link between the death of the patient and the intervention is less evident, either because the mechanism involved is not clear or because both occurrences occur at different times.

Voluntary, autonomous or at the patient's request: actions carried out at the express wish of a capable patient

Involuntary or imposed: actions carried out without the patient's express wish. They are usually carried out at the request of family members or at the initiative of the professional himself.

These three groups of classifications are frequently combined to try to determine more precisely what kind of action is being discussed. Thus, for example, one can talk of "active, direct and voluntary euthanasia" or "passive voluntary euthanasia", etc.

CLASSIFICATIONS
OF THE TERM
"EUTHANASIA"

Distanasia: Prolongación de la vida biológica de un paciente con una enfermedad grave e irreversible o terminal mediante la tecnología médica, cuando su beneficio es irrelevante en términos de recuperación funcional o mejora de la calidad de vida. En tal situación los medios tecnológicos utilizados en estas circunstancias se consideran extraordinarios o desproporcionados. La Distanasia se conoce también como "encarnizamiento u obstinación terapéutica".

Adistanasia o antidistanasia: Cesación de la prolongación de la vida biológica del paciente permitiendo que la enfermedad termine con la vida del paciente. Equivale a eutanasia pasiva.

Ortotanasia: Buena muerte, en el sentido de muerte en el momento biológico adecuado. Su sentido es prácticamente igual al que etimológicamente tiene la palabra eutanasia, pero se ha propuesto como alternativa a esta por las connotaciones negativas de ésta.

Cacotanasia: Acelerar deliberadamente la muerte de un enfermo sin que medie expresa voluntad por su parte. Equivale a eutanasia involuntaria.

Criptotanasia o Criptanasia: Realización encubierta, clandestina, de prácticas de eutanasia, tanto a petición de los pacientes como sin ella.

Dysthanasia: Prolongation of the biological life of a patient suffering from a serious and irreversible or terminal illness by means of medical technology when the benefits are irrelevant in terms of functional recuperation or improvement in quality of life. In such a situation the technological means used under these circumstances are considered to be extraordinary or disproportionate. Dysthanasia is also known as “therapeutic obstinacy or cruelty”.

Adysthanasia or antidysthanasia: Interruption of efforts to prolong the biological life of a patient, allowing the disease to cause the death of the patient. Equivalent to passive euthanasia.

Orthothanasia: Good death, in the sense of death occurring at the correct biological time. The meaning is practically the same as the etymological meaning of the word euthanasia, although it has been put forward as an alternative to the latter due to the negative connotations associated with it.

Cacothanasia: To deliberately hasten the death of a patient without his express desire. Equivalent to involuntary euthanasia.

Cryptothanasia or Cryphanasia: Hidden, clandestine practice of euthanasia, with or without the request of the patient.

TABLA 2: TÉRMINOS CORRECTOS QUE RODEAN A LA PALABRA “EUTANASIA”, PERO QUE SON DIFERENTES A ELLA

Eutanasia: Actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad irreversible, porque éste, siendo capaz, se lo pide de forma expresa, reiterada y mantenida, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable, y que no se ha conseguido mitigar por otros medios.

Suicidio (Médicamente) Asistido: Actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz, con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y que no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.

Suicidio: Producción voluntaria de la propia muerte. Matarse a sí mismo.

Auxilio, Ayuda o Cooperación al Suicidio: Realización de actos que son necesarios para que una persona pueda llevar a cabo un suicidio.
Inducción al suicidio: Instigar, persuadir, animar a otra persona a llevar a cabo un suicidio.

Asesinato: Matar a alguien con alevosía, ensañamiento o mediando precio.

Homicidio: Matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento.

Omisión del deber de socorro profesional: Situación en la que los profesionales sanitarios deniegan o abandonan la asistencia sanitaria debida a un paciente, derivándose entonces un grave riesgo para su salud.

TABLE 2: CORRECT TERMS RELATED TO, BUT DIFFERENT FROM, THE TERM “EUTHANASIA”

Euthanasia: Deliberate action of a healthcare professional which causes the death of a patient suffering from an irreversible illness because the latter, being capable, expressly, repeatedly and constantly requests it due to the suffering derived from his illness which he experiences as being unacceptable and which it has not been possible to mitigate by other means.

(Medically) Assisted Suicide: Action of a healthcare professional by which he supplies, at the express, repeated request of a capable patient suffering from an irreversible illness which causes him suffering which is experienced as unacceptable and which has not been possible to mitigate by other means, the knowledge and/or material means necessary to enable him to put an end to his life by effectively committing suicide whenever he wishes to do so.

Suicide: Voluntarily causing one's own death: To kill oneself.

Assisting, helping or cooperating in a suicide: Performing the necessary acts to enable a person to commit suicide.

Induction to suicide: Induce, persuade or encourage another person to commit suicide.

Murder: To kill someone with premeditation, in cold blood or for economic gain.

Homicide: To kill someone in the absence of premeditation, economic gain, or cold blood.

Failure to give professional assistance: Situation in which healthcare professionals refuse or neglect their medical duty towards a patient, resulting in a serious health risk.

TABLA 3: LA "EUTANASIA" EN EL CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA

Nº 2276: Aquellos cuya vida se encuentra disminuida o debilitada tienen derecho a un respeto especial. Las personas enfermas o disminuidas deben ser atendidas para que lleven una vida tan normal como sea posible.

Nº 2277: Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable. Por tanto, una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador. El error de juicio en el que se puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida, que se ha de rechazar y excluir siempre.

Nº 2278: La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el 'encarnizamiento terapéutico'. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirlo. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente.

Nº 2279: Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. 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. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados".

TABLE 3: EUTHANASIA IN THE CATECHISM OF
THE CATHOLIC CHURCH

N° 2276: Those whose lives are diminished or weakened deserve special respect. Sick or handicapped persons should be helped to lead their lives as normally as possible.

N° 2277: Whatever its motives and means, direct euthanasia consists of putting an end to the lives of handicapped, sick, or dying persons. It is morally unacceptable. Thus, an act or omission which, of itself or by intention, causes death in order to eliminate suffering, constitutes a homicide gravely contrary to the dignity of the human person and to the respect due to the living God, his Creator. The error of judgment into which one can fall in good faith does not change the nature of this act of homicide, which must always be forbidden and excluded.

N° 2278: Discontinuing medical procedures that are burdensome, dangerous, extraordinary, or disproportionate to the expected outcome can be legitimate; discontinuing this treatment is the refusal of "therapeutic ferocity". Here one does not will to cause death; one's inability to impede it is merely accepted. The decisions should be made by the patient if he is competent and capable or, if not, by those legally entitled to act for the patient and whose reasonable will and legitimate interests must always be respected.

N° 2279: Even if death is thought imminent, the ordinary care owed to a sick person cannot be legitimately interrupted. The use of painkillers to alleviate the sufferings of the dying, even at the risk of shortening their days, can be morally in conformity with human dignity if death is not willed as either an end or a means, but only foreseen and tolerated as inevitable. Palliative care is a privileged form of disinterested charity. As such it should be encouraged".



IBLIOGRAFÍA
IBLIOGRAPHY

Instituto Borja de Bioética: *Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Bioética i Debat.* 2005;XI(39):1-7. Disponible en <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/b&d/bioetica39esp.pdf> . Visitada en 14 de agosto de 2007.

Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret: *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia.* Barcelona, diciembre de 2003. Disponible en http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Declaracion_sobre_la_Eutanasia.pdf Visitada el 13 de agosto de 2007.

Comité Consultivo de Bioética de Cataluña: *Informe sobre la Eutanasia y la ayuda al suicidio.* Barcelona: Departament de la Salut – Generalitat de Catalunya, 2006.

Consell de Collegis de Metges de Catalunya: *Código de Deontología.* Disponible en http://www.comb.cat/cast/comb/normativa/codi_deontologic/codi_final.pdf Visitada el 12 de agosto de 2007.

Hastings Center. Guidelines on the termination of treatment and the care of the dying. Briarcliff Manor, NY; 1987.

Monzón Marín JL, Saralegui Reñá I, Abizanda Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K y Grupo de Bioética de la SEMICYUC: *Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico.* Med Intensiva. 2008;32(3):121-33

Gracia D: *Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida.* En: Fundación de Ciencias de la Salud. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. Madrid: Doce Calles, 1996. pp. 106-39.

Burns JP, Truog RD. Futility: A concept in evolution. Chest. 2007;132:1987-93.

Abel F, Sans J: Obstinació terapèutica. Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. 2005;20(5): 68-72.

Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T: El deber de no abandonar al paciente. Med Clin (Barc). 2001;117:262-73.

Fernandez Fernandez R, Baigorri Gonzalez F, Artigas Raventos A.: Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. Medicina Intensiva. 2005;29(6):338-41.

Cabré Pericas L, Solsona Durán JF, Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC: Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva. 2002;26(6):304-11.

Ameneiros Lago E, Carballada Rico C, Garrido Sanjuán, JA: Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética a la toma de decisiones? Medicina paliativa. 2006;13(4):174-7.

Martin M, Saura R, Cabre L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, Galdos P, Roca J and Working Groups of SEMICYUC and SEIUC1: Quality indicators in critically ill patients. SEMICYUC, 2005. Disponible en: http://www.semicyuc.org/calidad/quality_indicators_SEMICYUC2006.pdf. Visitada el 1 de septiembre de 2007.

Physicians Orders for Life Sustaining Treatments. Disponible en <http://www.ohsu.edu/polst/> Visitada el 12 de mayo de 2008.

Couceiro A.: El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En: Couceiro A, ed. *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastela, 2004. p. 271-275.

Moreno Villares JM, Alvarez Hernández J, García de Lorenzo A, y Grupo de Ética de la SENPE: Encuesta sobre aspectos éticos en Nutrición Artificial Domiciliaria. *Nutr Hosp.* 2007;22(1):38-45.

Romeo Casabona CM: El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana. Madrid: CERA, 1994.

Tomas-Valiente Lanuza C.: La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el derecho comparado. Humanitas. 2003;1(1):33-46. Disponible en <http://www.fundacionmhm.org/edicion.html> Visitada el 12 de agosto de 2007.

Barbero Gutiérrez J, Romeo Casabona C, Gijón P, Júdez J: Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc).* 2001;117:586-94.

Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J.: Consentimiento informado. *Med Clin (Barc).* 2001;117:99-106.

Conferencia General de la UNESCO: Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Octubre de 2005. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf> . Visitada el 18 de agosto de 2007.

Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. B.O.E.

(nº 251) de 20 de octubre de 1999.

Simón P.: Diez mitos en torno al consentimiento informado. An. Sist. Sanit. Navar. 2006;29(Supl.3):29-40. Disponible en http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple29_3.htm Visitada el 14 de agosto de 2007.

Pérez Ferrer A, Gredilla E, de Vicente J, García Fernández J, Reinoso Barbero F.: Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. Rev Esp Anestesiología y Reanimación. 2006;53:31-41.

Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret-, Parc Científic de Barcelona.: Documento sobre el rechazo de transfusiones de sangre por parte de los Testigos de Jehová. Barcelona, noviembre de 2005. Disponible en http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Testigos_de_Jehova.pdf (Visitada el 15 de agosto de 2007).

Comisión Permanente. Consejo Consultivo de Andalucía: Dictamen 90/2007. Granada, 28 de febrero de 2007.

Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P.: Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces Rev Esp Salud Pública. 2006;80(4):303-15

Couceiro Vidal A.: Las voluntades anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(4):213-22.

Seoane JA. Derecho y Planificación Anticipada de la Atención: Panorama jurídico de las Instrucciones Previas en España. Derecho y Salud. 2006;14(2):285-295.

Boceta Osuna J, Cía Ramos R, Cuello Contreras JA, Duarte Rodríguez M, Fernández López A, Sanz Amores R, Fernández de la Mota E.: Sedación Paliativa y Sedación Terminal : orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica . Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2005.

Couceiro A, Núñez JM.: Orientaciones para la sedación del enfermo terminal. Med Pal. 2001;8:138-43.

Barbero J, Camell H.: Sedación y paciente terminal: la conciencia perdida. Med Pal 1997;4(4):26-34

Comité Ético de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. Med Pal. 2002;(9): 41-46. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/secpal4.html> . Visitada el 18 de agosto de 2007.

Azulay Tapiero A.: La sedación terminal. Aspectos Éticos. An Med Interna. 2003;20:645-9.

Declaración conjunta de la Organización Médica Colegial y Sociedades Científicas Españolas sobre los sucesos del Hospital de Leganés. Emergencias. 2005;17:39-40.

Gracia D, Rodríguez-Sendín JJ (directores): Ética en cuidados paliativos. Madrid: Fundación para la Formación, OMC - Fundación de Ciencias de la Salud; 2006

Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y

la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. BOE. 2000, 4 de enero;(3):179-90.

Sociedad Española de Neurología: Diagnóstico neurológico de la muerte cerebral. Dictamen Candanchú, 1993. *Quadern Caps.* 1994;20:45-46.

Marsé Milla P.: Muerte encefálica y toma de decisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva.* 2000;24(4):189-92.

Monzón JL, Saralegui I.: Las órdenes de no reanimación: cuándo, por qué y cómo pueden establecerse. *Neurol Supl.* 2005;1(4):40-46.

MCCORMICK, R. A.: "Theology and Biomedical Ethics", en *Logos* (Santa Clara, CA) 3 (1982) 45

CALLAHAN, D.: "Religious and the Secularization of Bioethics" en, *Hastings Center Report* 20, (1990) 2- 9.

TOMAS DE AQUINO, Summa Theologica, II-II, q. 64, a. 5; VITORIA, F. DE: "Relecciones sobre el homicidio", en *Relecciones Teológicas*, Madrid, 1960, 1070-1130.

"En lo más profundo de su conciencia descubre el hombre la existencia de una ley que él no se dicta a sí mismo... cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de su corazón, advirtiéndole que debe amar y practicar el bien y que debe evitar el mal; haz esto, evita aquello. Porque el hombre tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana y por la cual será juzgado personalmente". **C. Vat. II. Gaudium et Spes, nº 16.**

"¡Ciertamente, la vida del cuerpo en su condición terrena no es un

valor absoluto para el creyente, sino que se le puede pedir que la ofrezca por un bien superior; como dice Jesús, «quien quiera salvar su vida, la perderá; pero quien pierda su vida por mí y por el Evangelio, la salvará»

(Mc 8, 35). A este propósito, los testimonios del Nuevo Testamento son diversos. Jesús no vacila en sacrificarse a sí mismo y, libremente, hace de su vida una ofrenda al Padre **(cf. Jn 10, 17)** y a los suyos **(cf. Jn 10,15)**".

Cf. JUAN PABLO II, Encíclica Evangelium Vitae, nº 47. La Conferencia Episcopal Española en la propuesta que hace de Testamento Vital a los católicos españoles, afirma: "Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto".

Sigue en pie la excepción de la legítima defensa. En la encíclica *Evangelium Vitae* de Juan Pablo II se afirma que el valor intrínseco de la vida y "el deber de amarse a sí mismo no menos que a los demás son la base de un verdadero derecho a la propia defensa". Ello le lleva a afirmar que "por tanto, nadie podría renunciar al derecho a defenderse por amar poco la vida o a sí mismo, sino sólo movido por un amor heroico" que transforma el amor a uno mismo en la radicalidad oblativa que sigue al Señor: "la legítima defensa puede ser no solamente un derecho, sino un deber grave, para el que es responsable de la vida de otro, del bien común de la familia o de la sociedad". Esto puede conllevar la eliminación del agresor, "que se ha expuesto con su acción, incluso en el caso de que no fuese mortalmente responsable por falta de uso de razón" **(nº 55)**.

Desde la primera comunidad de Jerusalén, hasta nuestra época, la Iglesia ha tejido una espléndida red de amor hacía los débiles, hacia los pobres, especialmente hacia los enfermos. Es consciente de que su misión incluye la preocupación por los que sufren. Así, en el año 165, durante el reinado del emperador Marco Aurelio, una terrible epidemia asoló el territorio de imperio romano eliminando una cuarta parte de la población durante más de una década. El mismo emperador pereció a causa de la misma. Un siglo después, una nueva plaga volvió a golpear

el imperio con unas cinco mil muertes diarias. Mientras que los paganos buscaron sobre todo poner su vida a salvo abandonando a aquellos que ya habían empezado a sufrir la enfermedad. Según Dionisio de Alejandría “desde el mismo inicio de la enfermedad, echaron a los que sufrían de entre ellos y huyeron de sus seres queridos, arrojándolos a los caminos antes de que fallecieran y tratando los cuerpos insepultos como basura, esperando así evitar la extensión y el contagio de la fatal enfermedad; pero haciendo lo que podían siguieron encontrando difícil escapar”. La conducta de los cristianos, sin embargo, no pudo ser más diferente. Cipriano de Cartago dejó constancia de la permanencia de los cristianos al lado de los enfermos con estas palabras: “...los que están bien cuidan de los enfermos, los parientes atienden amorosamente a sus familiares como deberían, los amos muestran compasión hacia sus esclavos enfermos, los médicos no abandonan a los afligidos... estamos aprendiendo a no temer la muerte”. También Dionisio de Alejandría (año 260) señalaba una situación similar: “La mayoría de nuestros hermanos cristianos mostraron un amor y una lealtad sin límites, sin escatimarse y pensando solo en los demás. Sin temer el peligro, se hicieron cargo de los enfermos, atendiendo a todas sus necesidades y sirviéndolos en Cristo, y con ellos partieron de esta vida serenamente felices, porque se vieron infectados por la enfermedad... Los mejores de nuestros hermanos perdieron la vida de esta manera, un cierto número de presbíteros, diáconos y laicos llegaron a la conclusión de que la muerte de esta manera, como resultado de una gran piedad y de una fe fuerte, parece en todo similar al martirio”.

Citado por **EUSEBIO, Historia eclesiástica, 7,22**

Un intento serio por buscar una intervención “sensata” en relación con la terminación de ciertas vidas en estado final, **cf. R. A. MCCORMICK: “The Quality of Life, the Sanctity of Life”,** en *Studia Moralia* 15 (1977) 625-641.

Sobre eutanasia y religiones, **cf. HAMEL, R. (Ed.): Active Euthanasia,**

Religion, and the Public Debate, Chicago, 1991

Sobre otras culturas ante el hecho de la muerte, cf. **GIL, E.:** *“La muerte en otras culturas y religiones”*, en GAFO, J. (Ed.), *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Madrid 1984

Ecclesia 25 (1975) 1239.

Cf. GAFO, J.: *“La eutanasia y la Iglesia Católica”*, en GAFO, J. (Ed.), *La eutanasia y el derecho a una muerte humana*, Madrid, 1989, 113-124

PIO XII: *“Discurso en respuesta a tres preguntas religiosas y morales concernientes a la analgesia”*, en *Ecclesia* nº 816 (2 de Marzo de 1957) 243

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE: *Declaración sobre la eutanasia*, 1980 (Cf. *Ecclesia* nº 1190 (12 Julio 1990) 860ss

COMISIÓN EPISCOPAL PARA LA DOCTRINA DE LA FE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA: *Nota sobre la eutanasia*, en *Ecclesia* nº 2265 (3 Octubre 1986) 620ss

Es importante la toma de postura de la **Conferencia Episcopal alemana:** *Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasia*, (1975) Cf. *La Documentation Catholique*, nº 1680, 20 de Julio de 1975, 685-687

Cf. GAFO, J.: *“Testamento vital cristiano”*, en *Razón y Fe* 221 (1990) 307-310

Cf. CONFUCIO: *Los Cuatro Libros Sagrados*, Alfaguara, Madrid, 1982. Cf. D. LESLIE, *Confucio*, Edaf, Madrid, 1991.

Cf. **LAO-TSE: *El libro del recto camino***, Alfaguara, Madrid, 1984.

Cf., **A. RAMIRO CALLE: *Yoga, refugio y esperanza***, Ediciones Cedel, Barcelona, 1967.

Cf. **L. RENOUE: *El Hinduismo***, Paidós, Barcelona, 1991.

Cf. **M. HULIN, L. KAPANI: *El hinduismo***, en J. DELUMAEU (Dir.), *El hecho religioso*. Enciclopedia de las grandes religiones, Alianza Editorial, Madrid, 1995, p. 335.

Cf. **F. TOLA, C. DRAGONETTI: *Concepción budista de la realidad***, en *Pensamiento* 52 (1996) 105-114; **G. DHARMASIRI: *Fundamentals of buddhist ethics***, Antioch, CA, 1989; **FUC. WAWRYTKO S.A. *Buddhist ethics and modern society: an international symposium***, Greenwood Press, New York, 1991; **Y. KAJIYAMA: *Fundamentals of buddhist ethics***, en *Zen Buddhism Today: Annual Raport of the Kyoto Zen Symposium* 8 (1990) 41-60; **R. Y. NAKASONE: *Buddhism***, in W. T. REICH, *Encyclopedia of Bioethics*, vol. I, New York, 1995, pp. 312-317; **S. RINPOCHE: *The tibetan book of living and dying***, Harper, San Francisco, California, 1992; **H. SADDHATISSA: *Buddhist ethics: the path to Nirvana***, Wisdom Publications, London, 1987; **S. TANIGUCHI: *Bio-medical ethics from a buddhist perspective***, in *Buddhist Digest, English Series* 26 (1990) 58-70; **H. DULMOULIN: *Understanding buddhism***, New york, 1994; **CH. SHARMA: *A critical survey of indian philosophy***, Delhi, 1991; **J- CAMPBELL (ed.): *Philosophies of India***, Delhi, 1990; **R. PANIKKAR: *El silencio de Buddha. Una introducción al ateísmo religioso***, Siruela, Madrid, 1996.

Cf. A. COOMARASWAMY: *Buddha y el evangelio del Budismo*, Paidós, Barcelona, 1989.

A. Schopenhauer vio en la compasión la virtud fundamental del Buddhismo. En *Los dos problemas fundamentales de la ética*, comenta esta actitud así: "La bondad del corazón consiste en una compasión universal y hondamente sentida hacia todo lo que tiene vida pero, ante todo, hacia el hombre; porque la sensibilidad para el sufrimiento sigue la misma marcha que el ascenso de la inteligencia: por eso, los innumerables sufrimientos espirituales y corporales del hombre reclaman la compasión con mucha mayor intensidad que el dolor meramente corporal y aun sordo del animal" (*Siglo Veintiuno*, Madrid, 1993, p. 278).

Cf. A. SCHOPENHAUER: *Manuscritos berlineses. Sentencias y aforismos*, Pre-Textos, Valencia, 1996.

Cf. Ken and Nga Truitner: *Death and dying in Buddhism*, en *Ethnic Variations in Dying, Death, and Grief*, Chicago, 1993. Se puede leer: "Death is so integral to Buddhist tradition that special education regarding death and dying is hardly needed. There is a saying in China: If you want to know about living, study Confucianism; if you want to know about death and dying, study Buddhism. Knowledge about death and dying comes from family experiences, attendance at death anniversary celebrations, lectures given by religious notables, and Buddhist literature" (p. 132).

En lengua castellana, es recomendable, por pedagógico, el artículo: **J. Masiá: *Una perspectiva sobre la muerte desde el Budismo Zen***, en *Iglesia Viva* 169 (1994) 71-72.

Sobre esta cuestión, ver: **M. ABE: *Dignità e rispetto della vita umana nella religione buddhista***, in *Dolentium Hominum* 1 (1995) 179-180;

D. KEOWN: *Buddhism & Bioethics*, New York, 1995; **C. BECKER: *Buddhist views of suicide and euthanasia***, en 40 (1990) *Philosophy East and West* 543-556; **PH. KAPLEAU: *The Wheel of Death***, London, 1989; **PH. LECSO: *Euthanasia: A Buddhist Perspective***, en 25 (1986) *Journal of Religion and Health*, 214-218; **P. VAN LOON: *A Buddhist Viewpoint***, in G. C. OOSTHUIZEN, H. A. SHAPIRO, S. A. STRAUSS, *Euthanasia*, Oxford, 1978, pp. 56-79.

Cf. P.388: "L'etica Buddhista offre solo delle prospettive, non delle certezze. La prospettiva Buddhista può manifestarsi attraverso una varietà di normative concettuali e pratiche diverse da scuola a scuola, da luogo a luogo, da momento a momento e da coscienza a coscienza".

Dice Keown: "Death is a natural part of the samsaric cycle and must be accepted as such. Death is not a final end but the doorway to rebirth and new life. The recognition that this is so leads to the abandonment of medical treatment which serves no useful purpose. From the perspective of Buddhist ethics, there is no obligation upon doctors to keep patients alive at all costs" (**op. cit., p. 186**).

Cf. M. WILJAYARATNA: *El budismo en el país de Therevada*, en J. DELUMAU (Director), *El hecho religioso*, Alianza Editorial, Madrid, 1995, pp. 446-447.

Publicado en Estrasburgo en el año 1996.

Así lo expresa: "Le premier acte négatif de l'éthique bouddhiste est la suppression de la vie (la sienne ou celle d'autrui).

Mais l'euthanasie est un problème délicat et complexe, et l'orientation des réponses est à nuancer selon qu'il s'agit d'euthanasie active ou passive. D'une manière générale, il faut refuser les interventions qui suppriment la vie, mais éviter l'acharnement thérapeutique qui est une forme d'agressivité. L'approche de la mort est essentiel et doit être paisible si

possible" (97).

"Toutefois, d'après la pensée bouddhique, la décision pourrait se faire en fonction des critères suivants:

- ne jamais intervenir directement pour supprimer une vie;
- soulager les souffrances;
- éviter l'acharnement thérapeutique;
- s'il n'y a plus rien à faire, en tenant compte des points précédents, aider à bien mourir". (op. cit., p. 167).

"Vale más una hora dedicada al retorno a Dios y a las buenas acciones que toda la vida del mundo futuro y vale más una hora de gozo espiritual en el mundo futuro que toda la vida en el mundo presente"(capítulo 4:22)

"Este mundo es como un vestíbulo para el mundo que ha de venir. Prepárate en el vestíbulo para que puedas acceder al palacio"(4:22)

"Pongo hoy por testigos contra vosotros a los cielos y a la tierra, que puse ante vosotros la vida y la muerte ... has de elegir la vida" (**Deuteronomio 30:19**).

Generalmente, una persona respetada en el entorno del enfermo, formula la invitación a la confesión con estas palabras inspiradas en un texto escrito en el siglo XIII, por el maestro catalán Rabí Nahmán de Gerona "Confiesa. Muchos confesaron pero no murieron, mientras muchos murieron y no confesaron. Como retribución a tu confesión, tú vivirás porque quien confiesa tiene parte en la vida eterna. Entonces, el enfermo dice: Confieso ante Ti, Eterno, Dios mío y de mis padres, que mi vida y mi muerte están en Tu mano. Que sea tu voluntad procurarme una perfecta curación, pero si viniese a morir, que mi muerte sirva de penitencia para obtener el perdón por todos los errores... cometidos ante Ti" (**Yoré De'ah**

338,1 y 2).

Tras el fallecimiento, la Santa Fraternidad deposita el cuerpo en el suelo para que todos mueran como nacen, iguales. Por esa misma razón se viste a todos los fallecidos con idéntica mortaja confeccionada con la tela más sencilla. La Hebrá vela también por la dignidad de las exequias tras la muerte, atiende a los familiares del difunto, acompañándoles durante los siete días de luto estricto y durante sus preceptivas visitas al cementerio que por cierto no se llama así en lengua hebrea, sino Bel ha-hayím, que significa "Casa de la Vida".

Algunas autoridades rabínicas invocan el texto del "Sulhán Arúj " en el que se establece la autorización de retirar la sal de la lengua del agonizante o de mandar a callar algún sonido rítmico que le impida morir, para deducir que estaría permitido en ciertas circunstancias, interrumpir algunos de los métodos excepcionales, llamados heroicos, empleados para prolongar artificialmente la vida. Esta excepción se aplicaría únicamente en determinados casos de muerte inminente. Para tomar cualquier tipo de decisión respecto a determinar tanto la inminencia del óbito como el momento en que ya se ha producido, se requiere la presencia de miembros de la Santa Fraternidad. Por su larga experiencia en el acompañamiento de los enfermos terminales o agonizantes, los "hebríyím" se convierten en expertos conocedores de los últimos momentos de la vida. En caso de duda, están habilitados para realizar la pertinente consulta a una autoridad rabínica. Los familiares no pueden influir en la decisión de los médicos ya que no se les considera propietarios del cuerpo de su pariente.







COMISIÓN AUTÓNOMICA DE
ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA