

---

## El testamento vital

*Carlos Pintado Estóbal es sacerdote de la diócesis de Zaragoza. Licenciado en Derecho Canónico por la Universidad Pontificia de Salamanca, es juez del tribunal eclesiástico y profesor de Derecho Canónico en el Centro Regional de Estudios Teológicos de Aragón. Además, trabaja como Capellán en el Hospital Provincial de Zaragoza y desempeña la función de Secretario de la Provincia Eclesiástica de Aragón. Fue requerido por el profesor Calatayud Maldonado para explicar a los alumnos de la Facultad de Medicina de Zaragoza el posicionamiento ético de la Iglesia acerca del Testamento Vital. Este escrito fue entregado a los estudiantes y le sirvió de base para pronunciar la conferencia sobre el tema.*

### 1. Introducción.

La investigación científica está dando buenos resultados en todos los campos y también en el médico y farmacológico. Los descubrimientos, si bien son un bien para el hombre, algunos están planteando muchas dificultades de carácter práctico y ético.

Todos compartimos el principio de que la investigación científica en nuestro campo tiene como finalidad la búsqueda de la salud del individuo, pero muchos se preguntan si en el campo de la investigación “todo vale”, si el principio “el fin justifica los medios” puede ser un axioma absoluto en la medicina y si el uso indiscriminado de los descubrimientos obtenidos es lícito.

Desde hace años estas cuestiones han sido motivo de reflexión y de debate en los más variados foros especializados o de opinión, en colectivos sanitarios, en los campos políticos y jurídicos y en instituciones sociales de distinto signo.

Como respuesta a estas cuestiones surgieron diversas iniciativas como las declaraciones de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas, o el denominado Testamento Vital, algunas de las cuales han recibido el carácter normativo.

Este debate de importantes implicaciones éticas también mereció la atención de especialistas en Bioética y moral. Entre los diversos autores católicos que desde hace años han profundizado sobre el Testamento Vital y la Muerte Digna o la Eutanasia, cuyos trabajos se pueden encontrar en revistas de investigación como Civiltá Católica, Revista de Teología Moral, Estudios Morales, podemos señalar: R. Simón - Ética y antropología de la muerte - en 1979; P. Moitiel - El hombre cara a la muerte - en 1979; Benzerath, en 1980; A. Bondolfi - Sobre el problema de la eutanasia y de la muerte- en 1980; A. Auterio, en 1983; López Azpitarte- El derecho a morir con dignidad - en 1985 o la publicación de Javier Gafo - La Eutanasia y el arte de morir. Dilemas éticos de la medicina actual - Madrid UPCM 1990.

El tema que nos convoca está relacionado con la concepción de la vida y de la muerte y el posicionamiento de los individuos frente a estas cuestiones; con la vida digna del enfermo y con su muerte digna; con los cuidados médicos que debe recibir el paciente en situación terminal y las repercusiones éticas de esas actuaciones médicas. Por todo ello para hablar del Testamento vital no podemos dejar de hacer referencia a la Eutanasia, a los Cuidados Paliativos y a la Muerte Digna, a sabiendas de que algunas de estas cuestiones se abordarán en otras clases de este curso.

La exposición que voy a desarrollar a continuación, que va a ser breve por razones obvias, intenta recoger algunas tesis significativas, según mi opinión, sobre esta materia en los ámbitos político, jurídico, médico, ético, moral y social, para terminar con algunas consideraciones personales a modo de conclusión.

## **2. El Testamento Vital en los foros políticos y el ordenamiento jurídico.**

El término Testamento Vital es una expresión relativamente reciente y comenzó a emplearse en algunos foros sociales con algunas variaciones (Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas). Aparece en el panorama político y social a medida que la eutanasia va abriéndose camino entre la opinión pública como una buena y legítima respuesta a la situación de sufrimiento extremo del enfermo terminal.

Las presiones sociales a favor y en contra de la Eutanasia provocaron en la comunidad política una reacción que ha ido desembocando en iniciativas legislativas nacionales e internacionales sobre el derecho a morir con dignidad.

### **2.1. El Parlamento Europeo.**

El Parlamento Europeo, si bien no tenemos constancia de que utilizase la expresión Testamento Vital, trató en varias ocasiones el tema de la eutanasia y el de la atención clínica a los enfermos terminales.

El Consejo de Europa, en noviembre de 1976, creó una Comisión de Salud Pública constituida por “expertos”, con la finalidad de “estudiar la actitud de los miembros de profesiones sanitarias que cuidan al paciente en situación terminal”. Dicho Comité aprobó en Estrasburgo en 1981 un informe sobre los “problemas que conciernen a la muerte y a los cuidados de los moribundos”, en el que se reconoce el deber de las Instituciones Sanitarias de ayudar a los moribundos a vivir la muerte, rechazando aprobar una ley sobre la eutanasia, ya que los expertos declararon que “no existen unos criterios esenciales y definiciones concordantes acerca de la muerte y de la eutanasia”.

El 30 de Abril de 1991, el Parlamento Europeo aprobó una Declaración en la que manifiesta la “necesidad de formar al personal médico, enfermeras y auxiliares para que sean capaces de garantizar: el tratamiento y la curación de los pacientes terminales; el tratamiento y el mantenimiento del paciente en las mejores condiciones; la dispensación al enfermo de los cuidados adecuados; y la presencia comprensiva y atenta junto a los pacientes de los profesionales sanitarios; solicita el intercambio profesional de experiencias en cuidados paliativos; y la creación en los hospitales de la Unión Europea de unidades de cuidados paliativos”, aunque en esta ocasión, “reconoce el derecho a pedir conscientemente, en ausencia de cuidados paliativos, el poner fin a la vida por parte del propio paciente”.

### **2.2. Ordenamiento jurídico español.**

El Estado Español y el Gobierno, siguiendo los pasos dados por algunas Comunidades Autónomas, también ha emitido legislación sobre esta materia.

### **2.3. Ley del Estado Español.**

El Congreso de los Diputados en sesión plenaria n. 194 de la VII Legislatura, con las enmiendas del Senado, aprobó el 31 de Octubre de 2002 la *Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica*.

El artículo 11 de esta ley legisla sobre las “Instrucciones previas”. Con este nombre se denomina al documento por el que se reconoce al paciente el derecho a decidir anticipadamente, siendo mayor de edad, capaz y libre, sobre los cuidados y el tratamiento en situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, su posible interlocutor ante el médico para velar por el cumplimiento de sus voluntades y los requisitos para que éstas tengan validez (Inscripción en un Registro Oficial, invalidez de su cumplimiento cuando éstas sean contrarias al ordenamiento jurídico y el deber de las Comunidades Autónomas de garantizar este derecho).

### **2.4. Legislación Autonómica.**

La mayor parte de las Comunidades Autónomas tienen leyes sobre esta materia, muy similar en todas ellas, cuyos requisitos fundamentales a cumplir por el paciente que suscribe dichas voluntades son: Ser mayor de edad, tener capacidad y actuar libremente; manifestar la voluntad por escrito, según recoge la Ley básica de Autonomía del Paciente, aprobada por el Congreso de los Diputados el año 2002; y que dichas voluntades no contravengan el ordenamiento jurídico ni la ética profesional.

Algunas comunidades autónomas exigen que el documento se haga ante notario o tres testigos, con un delimitado grado de parentesco con el paciente.

### **2.5. Ley de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón.**

El pleno de las Cortes aragonesas aprobó el 11 de Abril de 2002, por unanimidad, la Ley de Salud que contempla el derecho a decidir sobre la actuación sanitaria en situación terminal, aceptando el Testamento Vital y urgiendo la creación de un Registro de Voluntades Anticipadas dependiente del Servicio Aragonés de Salud.

La ley aragonesa contempla también, al igual que alguna otra autonomía, que la expresión de voluntades se pueda hacer ante el funcionario o empleado público encargado del Registro de Voluntades Anticipadas.

### **2.6. Registro sobre Testamento Vital y Voluntades Anticipadas.**

El primer Registro sobre esta materia se crea en Febrero de 1996 en la sede de la Asociación Catalana “Derecho a Morir Dignamente”.

La legislación, de la que Cataluña fue pionera, supone una cultura sanitaria que reconoce en el campo político los derechos de los pacientes y su autonomía en materia sanitaria a poder morir dignamente, mediante la firma de un documento de Voluntades Anticipadas por cualquier persona mentalmente capacitada y mayor de edad para disponer sobre el tratamiento terapéutico digno a recibir en situación terminal para evitar el uso de métodos desproporcionados para mantener su vida artificialmente. Voluntad que se ha manifestar antes de llegar a una situación así que impida al paciente manifestarse libremente.

Dicha voluntad puede hacerse ante Notario, con la dificultad que supondría el hacer efectiva inmediatamente, en caso urgente, dichas voluntades; o tres testigos, de los cuales sólo dos no han de ser parientes en segundo grado.

El Decreto 100/2003, de 6 de Mayo, del Gobierno de Aragón, aprueba el Reglamento de Organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas, que recoge la legislación sobre esta materia de la Ley aragonesa de Salud de 2002 y además de las condiciones para las mismas presenta un anexo de solicitud de Inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas.

Con el fin de hacer efectivas las normativas anteriores, la Consejería de Salud del Gobierno de Aragón ha enviado recientemente a todos los centros de salud una hoja informativa para que los facultativos conozcan y cumplan estas disposiciones y derechos de los pacientes.

Un medio local de información escrita de Zaragoza se hacía eco el pasado 6 de Octubre de la Aprobación en el Congreso, el día 5 de Octubre, de “la creación de un Registro Nacional de Instrucciones Previas, que centralice los Documentos de Voluntades Anticipadas con el que ya cuentan la mayoría de las comunidades autónomas”<sup>[1]</sup>.

Días después otro rotativo aragonés informaba que “1027 aragoneses ya han dejado constancia, en el Registro Aragonés de Voluntades Anticipadas, sito en el Paseo María Agustín, o en el Centro sanitario al que normalmente se acude”, de su voluntad anticipada de que “no se dilate mi vida por medios por medios artificiales como fluidos intravenosos, fármacos o alimentación que sólo estén dirigidos a prolongar mi supervivencia”<sup>[2]</sup>.

El día 11 de Noviembre de 2004 había 1051 aragoneses inscritos en el Registro Aragonés de Voluntades Anticipadas del Gobierno de Aragón.

## **3. La profesión médica-sanitaria.**

Desde los más variados colectivos médicos, internacionales y nacionales, se ha reflexionado sobre la atención a los pacientes en los últimos momentos de su existencia.

### **3.1. Código Internacional de Ética Médica.**

Este Código Internacional que fue aprobado en Londres en 1949, enmendado en Sydney en 1968 y posteriormente en Venecia en 1983, regula en los artículos 28 y 31 lo siguiente:

Art. 28: En el apartado primero declara su rechazo a la eutanasia como contrario a los fines propios de la profesión médica, y en el apartado segundo afirma que: “*En caso de enfermedad*

*incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre”.*

Art. 31: “El médico en ningún caso dejará de prestar su atención al paciente que la necesitara por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes y tratará de persuadirlos a que depongan su conducta, aplicando, en las situaciones límite, previo requerimiento de la autoridad judicial, la imprescindible asistencia médica”. (La mención de este artículo nos trae a la memoria el asesinato del Doctor Muñoz en Zaragoza a manos de activistas del GRAPO, en cumplimiento de este principio ético).

### **3.2. Organización Médica Colegial Española.**

En 1986 la Comisión Central de Deontología de esta organización realizó una declaración para clarificar expresiones como: “ayudar a morir “ o “muerte digna”, afirmando que: “*La asistencia médica al moribundo, es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales del médico, mientras que la eutanasia es la destrucción deliberada de una vida humana, y aunque se realizara a petición de la víctima o por motivos de piedad en el que la ejecuta, no deja de ser un crimen que repugna profundamente a la vocación médica sincera”.*

Asimismo dice que: “*un médico es culpable de una grave infracción deontológico si se niega a prestar al moribundo una asistencia médica competente y, sobre todo, si se arroga el poder desorbitado de destruir voluntariamente una vida humana”.*

### **3.3. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos.**

A veces se denomina eutanasia pasiva al uso de Cuidados Paliativos o a la declaración de voluntades mediante el Testamento Vital o Voluntades Anticipadas, lo cual crea confusión.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) advirtió en una Declaración el año 2001 sobre diversas cuestiones referentes a los avances técnicos y su utilización en la terapia a

enfermos terminales<sup>[3]</sup>. En la Declaración se afirma entre otras cosas que “en la actualidad se dispone de medidas capaces de dar soporte vital prolongado incluso a pacientes con enfermedades irreversibles, lo cual está generando preocupación al conocerse que a veces, se efectúan intervenciones médicas, diagnósticas o terapéuticas, produciendo sufrimientos inútiles en enfermos incurables o que no cuentan con el adecuado consentimiento informado”. La declaración denuncia la confusión del término eutanasia pasiva ya que considera que la eutanasia puede aplicarse por acción o por omisión, pues tan eutanasia es aplicar un fármaco letal como omitir una medida terapéutica que estuviese correctamente indicada, ambas suponen la muerte en el enfermo, tanto en la intención como en el resultado. La clave para diferenciar entre “permitir la muerte” y la “eutanasia por omisión” es “la intención que preside la conducta médica”. “No hay objeciones médicas legales para emplear altas dosis de analgésicos en el tratamiento del dolor de un paciente en situación terminal, aunque esto pueda suponer de manera indirecta un adelanto de la muerte, cuando la intención del tratamiento no es provocarla. Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia”.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos defiende en su declaración que el principio que subyace en los cuidados paliativos reside en la “defensa a la consideración de la dignidad humana del paciente en situación terminal como un valor independiente del deterioro de su calidad de vida... se trata de dar la atención técnica humana que necesitan los enfermos en situación terminal, con la mejor calidad posible y buscando la excelencia profesional, precisamente porque tienen dignidad”.

Esta declaración la avala la experiencia: en el primer semestre del año 2000 había en España 208 equipos de Cuidados Paliativos que en 1999 atendieron a 23.000 pacientes terminales, el 80% de ellos con cáncer.

### **3.4. Asociación PROSAC (Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos).**

La Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos celebró sus II Jornadas Nacionales en Zaragoza el año 1988 y entre sus conclusiones manifestó la necesidad de la formación de los Profesionales Sanitarios en asuntos como la Eutanasia y la Muerte Digna. Con el fin de hacer realidad esta propuesta, durante el curso 1988-1989 se realizó un Seminario de Bioética que reflexionó sobre el papel de los profesionales sanitarios ante la Eutanasia y la Muerte Digna.

Entre las propuestas finales de este Seminario se señalaron: la necesidad de influir en las instituciones educativas y en la sociedad, utilizando los medios informativos, para que se aborde de una manera objetiva el tema de la muerte de los individuos como fin natural del hombre, desdramatizando esta situación humana incluso entre los creyentes; pedir a las autoridades académicas que en los programas de formación de los profesionales sanitarios se dé una buena información sobre la atención a los enfermos terminales y sus derechos; elaborar un protocolo para la atención de los enfermos terminales; y presentar un Testamento Vital que promueva la buena muerte cristiana frente a otros documentos de voluntades previas que inducen a la eutanasia activa.

#### **4. La Iglesia Católica.**

El uso cada vez más habitual de analgésicos en la medicina para el tratamiento del dolor planteó problemas éticos entre los médicos a mediados del siglo XX.

Un grupo de médicos planteó una pregunta al Papa sobre “la cuestión de la supresión del dolor y de la conciencia del enfermo por medio de narcóticos”. Pío XII respondió que si no y en ningún modo es querida o buscada la muerte del paciente, aunque se corra un cierto riesgo en el enfermo es moralmente aceptable el uso de analgésicos a disposición de la medicina. Siempre preservando el principio que “no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo”.

##### **4.1. Juan Pablo II.**

En muchas ocasiones Juan Pablo II ha hablado sobre la salud humana, el respeto a la vida de los enfermos terminales y el uso de la terapia de cuidados paliativos. Sobre estos asuntos voy a citar únicamente tres textos pontificios.

En el Mensaje con motivo de la VIII Jornada Mundial del enfermo, Juan Pablo II alababa que en la sociedad actual la salud “*se presenta como aspiración a una armonía más plena y a un sano equilibrio físico, psíquico, espiritual y social*”.

El 23 de Marzo de 2002 dirigió en el Vaticano un discurso a los participantes en el Congreso de la Organización Mundial de Gastroenterología en el que les dijo:

*“No podemos por menos de alegrarnos al constatar la creciente disponibilidad de recursos técnicos y farmacológicos, que permiten descubrir oportunamente en la mayor parte de los casos los síntomas del cáncer e intervenir así con más rapidez y eficacia. Os exhorto a no conformaros con los resultados obtenidos; es necesario continuar con confianza y tenacidad tanto en la investigación como en la terapia, utilizando los recursos científicos más avanzados. Ojalá que los jóvenes médicos sigan vuestro ejemplo y aprendan, gracias a vuestra ayuda, a recorrer este mismo camino tan benéfico para la salud de todos.*

*...Es preciso acercarse al enfermo con sano realismo, evitando crear en el que sufre el espejismo de que la medicina es omnipotente. Hay límites que son humanamente insuperables; en estos casos es necesario saber acoger con serenidad la propia condición humana... Esta se manifiesta también en la muerte, meta natural del curso de la vida en la tierra. Educar a la gente para que la acepte serenamente forma parte de vuestra misión.*

*...La complejidad del ser humano exige además que, al proporcionarle los cuidados necesarios, no sólo se tenga en cuenta el cuerpo, sino también el espíritu. Sería presuntuoso contar entonces únicamente con la técnica. Desde este punto de vista, un ensañamiento terapéutico exasperado, incluso con la mejor intención, en definitiva no sólo sería inútil, sino que no respetaría plenamente al enfermo que ya ha llegado a un estadio terminal”.*

El pasado jueves, 12 de Noviembre, en audiencia en el Vaticano a los participantes a la Conferencia Internacional promovida por el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y que este año ha tenido como tema de estudio “Los cuidados paliativos”, el Papa tras recordar que “*la medicina está al servicio de la vida*”; ha recordado a los trabajadores sanitarios que “*el sufrimiento, la ancianidad, el estado de inconsciencia, la inminencia de la muerte no disminuyen la intrínseca dignidad de la persona, creada a imagen de Dios*”; además de rechazar la eutanasia que “*pretende establecer quien puede vivir y quien debe morir... - pues - ...la eutanasia en vez de rescatar a la persona del sufrimiento, la elimina*”, reitera la doctrina de la Iglesia de que “*el rechazo al encarnizamiento terapéutico no es un rechazo del paciente a su propia vida*”, y “*la eventual decisión de no comenzar o interrumpir una terapia será considerada éticamente correcta... el rechazo al encarnizamiento terapéutico es expresión de respeto que se debe en todo momento al paciente*”, ya que “*los cuidados paliativos están destinados a hacer más soportable el sufrimiento del enfermo*”<sup>[4]</sup>.

### **5.2. Congregación para la Doctrina de la fe.**

La Santa Sede por medio de la Congregación para la Doctrina de la Fe, el 5 de Mayo de 1980, aprobó una Declaración sobre la Eutanasia en la que hace un llamamiento a los médicos cristianos y a los fieles acerca del “Uso proporcionado de los medios terapéuticos” en la enfermedad para evitar el encarnizamiento terapéutico en la búsqueda de la salud del enfermo.

En la Declaración se afirma: “*si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a su capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios que son llamados a conservar y hacer fructificar.*

*... La muerte voluntaria o sea el suicidio es, por consiguiente tan inaceptable como el homicidio... el suicidio es a menudo un rechazo del amor hacia sí mismo, una negación de la natural aspiración a la vida, una renuncia frente a los deberes de justicia y caridad hacia el prójimo, hacia las diversas comunidades y hacia la sociedad entera aunque a veces intervengan, como se sabe, factores psicológicos que pueden atenuar o incluso quitar la responsabilidad*”.

Existe una opinión muy generalizada entre la gente, de escaso rigor científico, de que el uso continuado de calmantes provoca adicción, lo que hace que muchos enfermos aguanten el dolor hasta situaciones límite. En esta Declaración vaticana también se aborda la cuestión acerca del uso de los analgésicos y el documento, si bien alaba la libertad de aquellos cristianos que rechacen el uso de analgésicos para paliar su dolor, reconociendo en este gesto un valor si lo asocian a los sufrimientos de la Pasión de Cristo, no deja de reconocer esta acción como extraordinaria y rechaza calificar de negativa el uso de los mismos: “*al contrario, la prudencia humana y cristiana sugieren para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se derive como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrárselos según los consejos del médico*”.

Este documento recuerda que “*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... y preservar el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana*”.

Teniendo en cuenta que “*cada uno tiene el deber de curarse y de hacerse curar*”, la declaración hace algunas puntualizaciones finales:

- “*A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición de la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase de experimentación y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad*”.
- “*Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos ... - lo cual no supone la aceptación del*

*suicidio y la eutanasia sino la simple aceptación de la condición humana evitando el uso desproporcionado de los medios”.*

- *“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”.*

#### **4.3. El Catecismo de la Iglesia Católica.**

Al referirse a la Eutanasia tiene dos puntos que hacen referencia a lo que se entiende por Testamento Vital.

n. 2278: *La interrupción de tratamientos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítimo. 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.*

n. 2279: *Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden legitimar ser 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 buscada, 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.*

#### **4.4. Conferencia Episcopal Española.**

La Conferencia Episcopal Española en Sesiones de la Comisión Permanente del 20 al 22 de Septiembre de 1989, aprobó una declaración y unas normas sobre cuestiones relacionadas con la Eutanasia y el Derecho a morir con dignidad.

La Declaración afirma que al paciente no le “cuesta tanto el aceptar que tiene que morir cuanto el miedo a una muerte prolongada y dolorosa, en soledad o con la única compañía de artefactos técnicos”. Por lo cual aprobó la puesta en marcha en las diócesis españolas de un “Plan de Acción sobre la Eutanasia y la Asistencia a Bien Morir”.

En el documento se define la buena muerte como la: “renuncia a tratamientos que prolonguen abusiva e irracionalmente el proceso de morir; rechaza la eutanasia directa (pedir para sí o para otra persona la supresión directa de la vida, para paliar los sufrimientos que puede acarrear dicho proceso); y petición de los tratamientos adecuados para paliar tales sufrimientos aunque acortan - sin suprimir directamente - dicho proceso”.

Para hacer realidad estas últimas voluntades del enfermo, que debe hacer un individuo de manera consciente y libre, los Obispos aprobaron un texto que denominaron **Testamento Vital**. El Testamento Vital, que fue un documento pionero en esta materia y fue traducido a muchas lenguas, es una verdadera Declaración de Intenciones.

Este Plan de Acción episcopal al referirse al Testamento Vital lo define como “un antídoto contra la eutanasia” y es concebido como “un medio de aspirar a vivir una buena muerte”, teniendo en cuenta que el Documento no va dirigido a enfermos terminales - resultaría inoportuno-, sino a cristianos sanos como “un modo de pedir con libertad humana y cristiana unas condiciones que permitan morir sin sufrimientos insoportables y con asistencia humana y espiritual”. Concluyendo que la intención que recoge el Testamento Vital se puede declarar y firmar en un documento que incluso puede rechazarse posteriormente.

#### **5. Conclusión.**

El Testamento Vital es un paso importante para recuperar la metafísica de la vida frente a la física de la vida como valor en alza en la medicina actual. Una física de la vida que al ser considerada como valor absoluto, si bien intenta curar al hombre no tiene el menor escrúpulo en

producir la muerte de aquel a quien por principio debe procurar la salud, bajo el pretexto de evitar el dolor y el sufrimiento en el enfermo.

Algunas veces se identifica la aceptación del denominado Testamento Vital como una forma Eutanasia Pasiva, términos que no se deben confundir pues son realidades distintas.

La eutanasia pasiva es una forma de eutanasia que permite dejar morir a un paciente intencionadamente mediante la omisión de cuidados o tratamientos que son necesarios y razonables. El Testamento Vital, por el contrario, ejercita la voluntad libre del paciente de omitir el uso de tratamientos desproporcionados aceptando la muerte como hecho natural de su condición humana.

La filosofía que subyace en el Testamento Vital es que la capacidad de autodeterminación del hombre no es total y absoluta, en el caso de que así lo fuera el hombre estaría legitimado para poner fin a su propia vida. Por medio del Testamento Vital el enfermo acepta su propia muerte, evitando procurarla, como fenómeno natural de esencia humana y supone un rechazo del enfermo al alargamiento de su vida mediante el uso de métodos desproporcionados o la utilización de terapias agresivas que supongan el encarnizamiento terapéutico en su persona con escasas probabilidades de éxito.

A pesar de todo no podemos dejar de aceptar que el Testamento Vital o “living will” tampoco está exento de inconvenientes. El Hastings Center sondeó en 1991 el parecer de los médicos norteamericanos sobre esta cuestión y la encuesta, cuyos resultados fueron publicados en The New England Journal of Medicine, manifestó el escepticismo y reservas de los profesionales respecto al “testamento vital” declarándolo en algunos casos de escasa utilidad, ya que éste es una declaración hecha en frío y con salud muy alejada de la situación real del enfermo próximo a la muerte, teniendo en cuenta que una persona no puede realmente saber cuáles serán sus preferencias en caso de enfermedad terminal pues la mayoría sabe poco de los procedimientos existentes para prolongar la vida.

El Testamento Vital que sugiere la Iglesia católica más allá de una declaración de derechos reconocido por nuestro ordenamiento jurídico y reflejado en la legislación a que hemos hecho referencia, es una aceptación de la vida en los últimos momento de la existencia humana y una aceptación digna de la muerte del ser humano.

No obstante, bien por razones éticas o religiosas, podemos decir que quien firma un “Testamento Vital” o un documento de “Voluntades Anticipadas” solicita el derecho a una muerte digna cuando se encuentra en estado de reclamar, es decir, cuando como persona es capaz de anticipar su voluntad de decidir sobre su fallecimiento en serenidad, lo cual es ética y moralmente loable.

Zaragoza 16 de Noviembre de 2004.

*Carlos Pintado Estóbal,  
Capellán del Hospital de Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza.*

[volver a índice](#)

thalithaqumi  
Zaragoza, junio 2005

---

[1] 20 Minutos - 6 de Octubre de 2004, p. 6.

[2] Heraldo de Aragón – 1 de Noviembre de 2004, p. 5.

[3] Revista Medicina Paliativa. (Ene-mar 2002).

[4] Evangelium Vitae 65.