

# IGLESIA DE SANTIAGO

EDICIÓN ESPECIAL N° 2

PUBLICACIÓN OFICIAL DEL ARZOBISPADO DE SANTIAGO, CHILE - AGOSTO 2006



DESDE SU CONCEPCIÓN  
Y HASTA LA MUERTE  
NATURAL:

## LA VIDA UN DON A CUIDAR SIEMPRE

*Comentarios y  
reflexiones sobre:*

- *Una verdadera  
muerte digna*
- *Eutanasia*
- *Ensañamiento  
terapéutico*

# EL EVANGELIO DE LA VIDA



† FRANCISCO JAVIER ERRÁZURIZ OSSA  
Cardenal Arzobispo de Santiago

Fue muy grande el interés que despertó la edición especial de nuestro periódico *Iglesia de Santiago* acerca de la verdad de Nuestro Señor Jesucristo. La entregamos a las comunidades eclesiales en el contexto de las publicaciones que se hicieron sobre el evangélico apócrifo de Judas, que enlodaban a la Iglesia como si esta ocultara la verdad sobre Jesucristo, y de una película que echaba su pesada sombra de dudas sobre la herencia recibida por el testimonio de los Evangelios y transmitida por la Iglesia a lo largo de dos mil años. El eco que tuvo la publicación nos mueve a entregar, también en lo sucesivo, el fruto de estudios e investigaciones que fundamentan la posición de la Iglesia en temas que hoy son cuestionados por quienes buscan una liberalización de las costumbres y de las leyes que pertenecen a nuestro patrimonio cultural de raíces cristianas.

Hoy presento esta nueva edición especial de *Iglesia de Santiago*, esta vez dedicada a valorar el don de la vida. El documento de participación con el cual preparamos la V Conferencia General del Episcopado Latinoamericano, manifiesta en su V parte, que “el norte de nuestros afanes como constructores de la familia y la sociedad tiene que estar definitivamente marcado por la cultura de la vida: por el respeto a la vida, por el gozo de transmitir la vida, por la gestación de familias que sean santuarios de la vida, por la plasmación de condiciones sociales y legislativas que permitan a todos, especialmente a los más afligidos, pobres y marginados, llevar una vida digna de su condición humana, y creer en la realización de sus ansias de felicidad.” (DP 168)

En ese espíritu queremos ofrecer a las comunidades eclesiales algunas reflexiones y estudios acerca del valor inestimable de la vida. Lo hacemos porque es necesario salir al encuentro de muchas iniciativas tendientes a introducir en los ordenamientos jurídicos de numerosos países – del nuestro y de tantos otros -, principios atentatorios contra la vida de las personas. Bajo el pretexto de la compasión, de un mal entendido concepto de libertad, y de la intención de respetar cualquiera opción personal, aunque dañe gravemente a terceros y hiera a la sociedad, en muchas partes del mundo se legaliza el aborto y la eutanasia, como si fueran derechos humanos, es decir, el derecho a dar muerte a un ser humano por la acción y la colaboración de otros seres humanos.

Al ofrecer estas reflexiones y estudios nos motiva aquella afirmación del recordado Papa Juan Pablo II: “*El Evangelio de la vida está en el centro del mensaje de Jesús. Acogido con amor cada día por la Iglesia, es anunciado con intrépida fidelidad como buena noticia a los hombres de todas las épocas y culturas*” (Encíclica *Evangelium Vitae*, 1).



La Madona de la Leche, atribuido a Ambrogio Lorenzetti.  
Siena, Seminario de San Francisco, antes de 1350

Como discípulos y servidores del Evangelio de la Vida anunciado por Jesucristo, queremos defender y proteger la existencia humana desde su concepción hasta su muerte natural, con serenidad pero con convicción y firmeza. No queremos ninguna acción que amenace el primero de los derechos humanos, el derecho a la vida, y que amenace este don maravilloso de Dios, ya sea destruyéndolo, manipulándolo, abreviando sus días o aún prolongándolos de modo artificial.

Atendida la situación del debate nacional, creemos que es bueno precisar de modo claro algunos conceptos relativos a la eutanasia, al ensañamiento terapéutico y a la verdadera muerte digna, de manera que los católicos conozcan el pensamiento del Magisterio de la Iglesia en estas importantes materias que hoy están presentes en la discusión pública. Pero la vida nos llama también a responsabilizarnos como creyentes por la calidad de ella. Será reflexión y tema de otro número especial, desde la perspectiva de la justicia social.

Los invito a leer con atención este especial de *Iglesia de Santiago* y a reflexionar sobre sus contenidos, personalmente, pero también en familia y comunidad. Encomiendo estas páginas, y la luz que pueden aportar, a la Virgen Santísima, Nuestra Señora del Carmen, de quien hemos recibido a Jesús, Señor de la Vida. ■

# MORIR CON DIGNIDAD: EL MAGISTERIO DE LA IGLESIA



MONSEÑOR FERNANDO CHOMALI GARIB  
Obispo Auxiliar de Santiago

## I. La medicina y la muerte

El tema en cuestión ha sido una preocupación constante de la Iglesia Católica, la cual nos ofrece un rico Magisterio sobre la materia. Cito solamente, a modo de ejemplo, la Encíclica de Juan Pablo II *Evangelium Vitae*, acerca del valor y el carácter inviolable de la vida humana, así como su Exhortación Apostólica acerca del sentido cristiano del sufrimiento humano, *Salvificis Doloris*. De la Congregación para la Doctrina de la Fe contamos con el documento "Declaración sobre la eutanasia", y del Consejo Pontificio *Cor Unum*, con el documento "Algunas cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos". El tema también es tratado en el Nuevo Catecismo de la Iglesia Católica, así como en múltiples discursos.

El contexto próximo de este Magisterio es el hecho que la medicina ha logrado en este último tiempo un desarrollo espectacular. En la actualidad esto ha posibilitado que técnicas altamente sofisticadas y de alto costo permitan pronosticar la muerte con anticipación y prolongar el proceso que conducirá inevitablemente a la muerte de una persona. Esta situación es de hondo contenido humano y ha de ser analizada cuidadosamente debido a las implicancias antropológicas y éticas que lleva grabada.

## II. Nuevas condiciones

Bajo las nuevas condiciones tecnológicas mencionadas anteriormente y sumado un específico contexto cultural, el modo de enfrentar la etapa final de la vida ha sido objeto de acalorados debates públicos, con gran cobertura por parte de los medios de comunicación. A raíz de esto han salido a la luz algunos casos de personas que han sido mantenidas con vida en condiciones muy precarias y de modo artificial, gracias a los medios de los que se dispone actualmente.

No menos preocupación y debate ha producido el caso de personas que han solicitado la muerte como salida a situaciones de gran sufrimiento, en las que no ven en el horizonte ninguna posibilidad de mejoría, y menos un sentido al sufrimiento que padecen. Estas peticiones, que sobrepasan con creces el ámbito de la medicina, han terminado en manos de la justicia, la que ha tenido que pronunciar una sentencia.

El tema de la eutanasia no es nuevo. Platón planteaba en el libro tercero de su citada obra *La República* que: "Cada ciudadano tiene un deber que cumplir en todo Estado bien organizado. Nadie puede pasarse la vida en enfermedades y medicinas. Tú establecerás, oh Glaucón, una disciplina en el Estado y una jurisprudencia tales como nosotros la entendemos, limitándote a dar cuidados a los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo. En cuanto a los que no son sanos, se les dejará morir". En Esparta los neonatos malformados se mataban, y en la Isla de Cos, a los viejos se les daba una gran fiesta que concluía con el envenenamiento de los invitados.

Hoy el tema está patente, sólo que presenta otra cara, otras circunstancias, otro contexto cultural. Ya no son razones de Estado o sociales las que

permitirían llegar a la eutanasia, sino que el hecho que cada vez más se le reconoce al paciente un cierto derecho a disponer de su propia vida, especialmente en la fase terminal de su existencia en nombre de la libertad y del sentido que le atribuya. En efecto, está muy difundida la idea que "sólo el enfermo puede decidir el sentido de su vida. Si él juzga que su existencia ha perdido definitivamente todo valor, está en el pleno derecho de sacar sus conclusiones y de buscar abandonar esta vida. Con la ayuda de los otros en nombre de la libertad individual"<sup>1</sup>.

Son muchos los movimientos que han surgido a raíz de este debate, especialmente en los países desarrollados que reclaman el "derecho de morir". Entre estos movimientos están el *Voluntary Euthanasia Society* (Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelanda), *Exit* (Gran Bretaña y Suiza), *Society for the Right to Die* (Estados Unidos), *Association pour le droit de mourir dans la Dignité* (Francia, Bélgica y Canadá) y *NVVVE* (Holanda)<sup>2</sup>.

En este contexto, se percibe que detrás de estos grupos el concepto de calidad de vida se ha ido abriendo camino, pero a costa de ir dejando cada vez menos espacio al valor de la vida y a su sacralidad, como premisa antropológica y ética fundante de la convivencia social, de la justicia y de la paz.

La Iglesia Católica, que se reconoce como experta en humanidad, postula que la aceptación social de la eutanasia hunde sus raíces en una cultura que, marginándose cada vez más de la trascendencia, se ha ido caracterizando por la costumbre de disponer de modo arbitrario de la vida cuando aparece; de tender a estimar la vida personal sólo en la medida que comporte riqueza y placer; de valorar el bien material y el placer como bienes supremos y, en consecuencia, de considerar el sufrimiento como el mal absoluto que se debe evitar a toda costa y con todos los medios; y de considerar la muerte como final absurdo de una vida que todavía proporciona gozos, o como liberación de una vida carente de sentido porque está destinada a continuar en el dolor<sup>3</sup>.

Por otra parte, un creciente número de personas enfermas en estado terminal solicitan la muerte como única salida a su situación de soledad y muchas veces, especialmente en los países más desarrollados, de abandono<sup>4</sup>.

Este contexto cultural es el que hay tener presente a la hora de tratar el conjunto de problemáticas que giran en torno al tema de la muerte.

## III. La respuesta a nivel jurídico-legislativo de algunos países

Los elementos culturales tratados anteriormente, por lo demás muy asimilados en la conciencia de la población, han encontrado una favorable acogida en algunas legislaciones. En algunos estados de Estados Unidos de América, por ejemplo, la eutanasia ha sido motivo de referéndum y en Holanda ha sido despenalizada. Los médicos pueden evitar acciones legales en su contra si actúan de acuerdo a ciertos criterios y líneas de acción: que se trate de un enfermo terminal; que esté experimentando sufrimientos insostenibles; que el paciente requiera en forma clara y persistente que su vida termine; que haya habido una consulta previa a otros médicos que estén en conocimiento de la ficha clínica del enfermo y lo hayan examinado; y, por último (y esto si que deja perplejo), que la eutanasia sea practicada en el respeto de las reglas deontológicas aplicadas a todo acto médico.

Al observar algunos estudios de derecho comparado es lamentable notar que poco a poco esta es la tendencia que se va imponiendo en los países europeos. En Suiza la eutanasia, dicha activa, es condenada según el artículo 114 del Código Penal, pero según el artículo 115 del mismo Código, el médico que haya practicado podría no ser condenado si no fue movido por un móvil egoísta. En Noruega, la eutanasia es considerada en el Código Penal un delito privilegiado cuya pena debe ser mínima. El texto dice así: "Si un individuo fue muerto con su propio consentimiento o si sufre de una grave lesión corporal o de un grave daño a su salud, o si alguno mata a un enfermo incurable, por piedad o contribuye a su muerte, la pena debe ser muy ligera"<sup>5</sup>.

1 Vespieren P., *La cura dei malati teminale*, en Spinsanti S., (a cura di), *La morte umana*. Antropologia, diritto, etica, Edizioni Paoline, 1987, 10.  
2 Cf. Vespieren P., *La cura dei malati teminale*, en Spinsanti S., (a cura di), *La morte umana*. Antropologia, diritto, etica, Edizioni Paoline, 1987, 10.  
3 Cf. Juan Pablo II, *Eutanasia, problema de cultura y de fe*, Alocución a una sesión de la Universidad Católica Italiana, en *L'Osservatore Romano*, 7 de Agosto de 1984. Cf. *Evangelium Vitae* 64.  
4 Cf. Juan Pablo II, *Occorre far fronte alla nuova sfida della legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito* En *L'Osservatore Romano*, 28 de Febrero de 1999.  
5 Un análisis más detallado del derecho comparado se puede ver en Harpes J.P., Wagner E., (ed), *Les avis de la C.N.E., l'aide au suicide et l'euthanasie*, Centre Universitaire de Luxembourg, 61-76.

#### IV. Los límites de la libertad

Es evidente que decisiones de este tipo trascienden el objeto propio de la medicina. Éstas llevan grabadas una serie de interrogantes acerca del valor de la vida humana, de su indisponibilidad e inviolabilidad, de su sentido, del valor, alcance y límites de la libertad humana y del sufrimiento, así como acerca de la profesión médica y todo el complejo aparato sanitario, y su modo de relacionarse con los enfermos en tales situaciones. Desde el punto de vista social, resulta legítimo preguntarse si una sociedad que permite que se disponga de la vida, aunque se encuentre en condiciones precarias, y que más aún lo constituya en un derecho, es verdaderamente humana, o si se está deslizando hacia una concepción utilitarista de la vida que necesariamente irá en desmedro de las personas más vulnerables de la sociedad. Bajo esta concepción de la vida y de la muerte surge también la pregunta de si no terminará el médico siendo un mero ejecutor de los deseos del paciente y no un profesional con un *ethos*<sup>6</sup> ampliamente conocido y valorado, el cual es el de no dañar, el de sanar en la medida de lo posible y el de suavizar los sufrimientos del paciente cuando se enfrenta a una situación tal que lo llevará inevitablemente a la muerte.

Todas estas interrogantes obligan a conducir el tema al ámbito de la antropología filosófica y teológica, así como al de la ética y el derecho.

Otro factor que se ha de tener presente, además de la interdisciplinariedad, es el hecho que el tema que nos ocupa tiene gran relevancia no sólo a nivel personal, sino que también social. Las voces de médicos, juristas, filósofos y teólogos resultan fundamentales puesto que lo que está en juego en este nuevo panorama no es sólo la enfermedad del paciente en cuanto a su dignidad de persona en el ocaso de la vida y próximo a la muerte, sino que también el *ethos* cultural de la sociedad y los valores o desvalores que la anima en torno a la muerte. Espero que esta reflexión ilumine a los legisladores de tal forma que las leyes por ellos emanadas, por una parte, salvaguarden la dignidad de la persona que se encuentra en tan importante y a veces dramática etapa de la vida, y por otra, contengan un elemento educativo que contribuya a que todos los miembros de la sociedad se hagan cargo de los más débiles.

#### V. Una oportunidad para entender

El tema que atrae nuestra atención ha ido introduciendo conceptos nuevos. Ya pertenece al lenguaje común hablar de eutanasia, muerte digna, encarnizamiento terapéutico, cuidados paliativos, medios proporcionados y desproporcionados, entre otros. Una lectura atenta de diversos autores permite descubrir que la comprensión de estos conceptos es inseparable de la visión que se tenga tanto de la vida y su sentido, como de la muerte. En el ámbito de la reflexión se aprecia que estos términos no siempre se han entendido de modo adecuado y que muchas veces, usados de modo equivocado, han sido motivo de gran confusión. Solamente a modo de ejemplo, la palabra eutanasia etimológicamente significa "muerte dulce", o "buena muerte", sin embargo hoy ha adquirido un significado del todo diverso. No ha de llamar mayormente la atención que quienes se han interesado en esta problemática han comenzado por definir con la mayor precisión posible los conceptos involucrados. Esta es la empresa que me ocupa en este trabajo, apoyándome de modo especial en algunos documentos eclesiales.

#### VI. Aclarar conceptos

##### 1. Eutanasia

La Congregación de la Doctrina de la Fe da la siguiente definición: "Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza o en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados"<sup>6</sup>.

A la luz de esta definición se percibe que el objeto de la acción (que puede ser también una acción omisiva) es causar la muerte del paciente. La intención de la acción, o el fin, es eliminar cualquier dolor. Las circunstancias en la que se desarrolla esta acción es la de un enfermo incurable y en estado terminal. En definitiva, cuando se use el término eutanasia se está pensando en el acto de poner fin a los días del enfermo en la fase final de su vida y pronto a la muerte. Ha de quedar claro que en este caso lo que causa la muerte del paciente no es la enfermedad, sino que la acción de quien

practica la eutanasia. Así también lo entienden los parlamentarios, juristas y médicos holandeses que han centrado toda su reflexión y debate a partir de la siguiente definición de eutanasia: "el hecho de provocar deliberadamente la muerte de alguien que lo solicite"<sup>7</sup>.

El agente de la acción eutanásica puede ser tanto el sujeto que está enfermo como un tercero. Así lo entiende Juan Pablo II al definirla como el "apropiarse de la muerte, procurándola anticipadamente y poniendo así fin 'dulcemente' a la vida propia o ajena"<sup>8</sup>.

Es importante hacer notar que la eutanasia, en cuanto acción de provocar la muerte deliberadamente de una persona humana, es moralmente inaceptable y, por lo tanto, condenada por la Iglesia<sup>9</sup>.

Ahora bien, el problema está en discernir en el aquí y ahora de una situación concreta qué tipo de acción u omisión se configurarían efectivamente como eutanasia. Planteo el caso de una persona con dolores insostenibles a la que, no estando obligada, se le suministran ciertos fármacos o se le realizan ciertas intervenciones para aliviarle el dolor y ello trae como consecuencia que se le adelante el momento de la muerte. ¿Puede esto ser considerada una práctica eutanásica? La respuesta es negativa. Tomando como punto de partida la definición recientemente expuesta, se aprecia que el objeto de la acción de suministrar fármacos es aliviar los dolores del enfermo y no procurar la muerte. La intención de la acción es evitarle sufrimientos innecesarios, por lo que el hecho de acortar la vida sería una consecuencia indirecta de una acción buena en sí misma (aliviarlo de los dolores), no querido ni buscado, por lo que no se configura como eutanasia. En este caso la muerte no es debida como causa primera de la ingestión de ciertos fármacos, sino que al curso irreversible de la enfermedad.

Así lo entiende el Magisterio de la Iglesia cuando plantea que no se ha de usar el término eutanasia "para indicar una intervención destinada a dar alivio al sufrimiento terminal, tal vez con el riesgo de acortarle la vida"<sup>10</sup>. El Consejo Pontificio *Cor Unum*<sup>11</sup> realizó un estudio sobre algunas cuestiones relativas a los enfermos graves y a los moribundos en el que enumera las acciones y decisiones que no entran en el campo de la eutanasia. Estos son:

- Cuidados terminales ("terminal care") destinados a hacer más soportable la fase terminal de la enfermedad (rehidratación, cuidados enfermerísticos, masajes, intervenciones médicas paliativas, presencia cercana al moribundo).
- Una intervención destinada a dar alivio al sufrimiento de un enfermo, tal vez con el riesgo de acortar la vida. Este tipo de intervención hace parte de la misión del médico que no es solamente la de sanar y prolongar la vida, pero más generalmente curar al enfermo y darle alivio al que sufre.

Otra pregunta que surge es la siguiente: ¿Puede considerarse una acción eutanásica la decisión de renunciar a ciertos tratamientos? La respuesta también es negativa. En efecto, no se ha de usar el término eutanasia "para indicar la decisión de renunciar a ciertas intervenciones médicas que no parecen adecuadas a la situación del enfermo. En este caso no se trata de una decisión de hacer morir pero de mantener la medida de las cosas frente a los recursos técnicos, de no actuar de modo irracional, de comportarse según prudencia"<sup>12</sup>. En esta misma línea la Congregación para la Doctrina de la Fe responde a la pregunta diciendo que el parecer de médicos verdaderamente competentes podrán sin duda juzgar mejor si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos<sup>13</sup>.

De acuerdo a lo recientemente planteado es posible percibir que no se está obligado a utilizar todos los medios de los que dispone la medicina en el caso de enfermos terminales. De hacerlo, se podría caer en lo que se denomina ensañamiento terapéutico.

Por último, tampoco se puede considerar como eutanasia los cuidados que se le dan a un paciente para hacer más soportable la fase terminal de la enfermedad.

Lo recientemente planteado ha de ayudar a dejar en claro que el concepto "eutanasia" es un concepto unívoco, y por lo tanto no se ha de adjetivar. Algunos autores, tal vez con la idea de reivindicar el concepto desde la etimología de la palabra, han distinguido entre eutanasia activa y eutanasia pasiva. Así, la eutanasia activa sería moralmente ilícita, no así la eutanasia pasiva. En realidad esta distinción es ambigua y genera confusión. La decisión de no sostener la vida en ciertas circunstancias, según los términos expresados recientemente, no es un acto eutanásico, por lo que no se ha de usar para ello el término "eutanasia pasiva". Así, en el lenguaje se ha de excluir del ámbito de la eutanasia las cuestiones relativas al alivio de los sufrimientos, cuando la aceleración de la muerte se presenta accidentalmente y es por tanto preterintencional, y la omisión de tratamientos inútiles e incluso dañinos que producen un prolongamiento abusivo de la vida.



6 Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, 5 de Mayo de 1980. Cf. *Evangelium Vitae* 65.

7 Harpes J.P., Wagner E., *L'aide au suicide e l'eutanasié*, Les avis de la CNE, Publication du Centre Universitaire de Luxembourg, 1998, 69.

8 *Evangelium Vitae* 64.

9 La Constitución *Gaudium et Spes* del Concilio Vaticano II cita a la eutanasia como una de las prácticas que: "...son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador".

10 Consejo Pontificio "Cor Unum", *Algunas cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos*, 27 de Junio de 1981. Cf. *Evangelium Vitae* 65.

11 Consejo Pontificio *Cor Unum*, *Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos*, en *Enchiridion Vaticanum* 7, 1147-1149.

12 *Ibid.*

13 Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, 5 de Mayo de 1980.

Bajo estas condiciones nos encontramos frente a lo que se denomina encarnizamiento terapéutico que pasará a analizar a continuación.

## 2. Encarnizamiento terapéutico

La expresión "encarnizamiento terapéutico" fue creada por el profesor J.R. Debray a propósito de los vanos tentativos de reanimar en caso del llamado "coma dépassé". Posteriormente el concepto se utilizó para designar a todos aquellos tratamientos que tienen como única finalidad prolongar la sobrevida, sin mejorar la calidad de ésta. Los progresos extraordinarios de la medicina han permitido que se mantengan con vida a personas muy próximas a su muerte natural por un período prolongado, con el auxilio de una serie de técnicas. Esta situación lleva a cuestionarse sobre la licitud de la aplicación de estas técnicas, las que sólo logran prolongar la agnía del paciente pero en ningún caso le restituyen la salud. Resulta significativo que la bibliografía estudiada, tanto a nivel de organizaciones médicas como legislativas y religiosas, concuerdan en rechazar tales prácticas. En efecto, la Recomendación 779 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa del año 1976, relativa a los derechos de los enfermos y moribundos, estipula que "la prolongación de la vida no debe ser en sí misma la finalidad de la práctica médica, que debe mirar siempre a calmar los sufrimientos". La Academia Suiza de las Ciencias Médicas, recomienda el año 1976 que "en los moribundos y los enfermos y heridos en peligro de muerte, en los cuales la afección evoluciona de manera irresistible hacia un final fatal, y que no podrá ulteriormente tener una vida relacional consciente, el médico se contente con calmar los sufrimientos". Estilos similares de declaraciones se encuentran tanto en la Asociación Médica Mundial como en la Sociedad Médica Americana.

Se entenderá por ensañamiento terapéutico la utilización de medios tendientes a prolongar artificialmente la vida, descalificándola de su sentido propiamente humano<sup>14</sup>. Según Sgreccia se puede configurar ensañamiento terapéutico en los siguientes casos:<sup>15</sup>

- "Cuando se utilizan los medios técnicos en quien está prácticamente muerto, por tanto después de la muerte clínica".
- "Cuando se interviene con las terapias médicas o quirúrgicas (excepto las ordinarias) en sentido 'desproporcionado' respecto de los efectos previsibles".

Ahora bien, llevando el plano teórico al plano de la praxis médica, y tomando en consideración el planteamiento de Juan Pablo II en el sentido que curarse y hacerse curar es una obligación moral y que esta obligación debe medirse con las situaciones concretas<sup>16</sup>, hago mía la pregunta planteada en el documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe: ¿...se deberá recurrir, en todas las circunstancias, a toda clase de remedios posibles? La respuesta es negativa. En efecto, de no renunciar a tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, se podría caer en un tecnicismo que corre el riesgo de ser abusivo<sup>17</sup>.

Me resulta muy iluminadora la definición de encarnizamiento terapéutico que da la Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe de la Conferencia Episcopal Española. Ésta lo entiende como "una acción médica, centrada en prolongar la vida del enfermo, que puede ser extraordinariamente cruel para el mismo paciente, ya que significa la prolongación de un proceso irreversible, acompañado de graves dolores y angustias"<sup>18</sup>.

Dicho de otra manera, se configura encarnizamiento terapéutico cuando el objeto de la acción médica es la aplicación de medios no adecuados a la situación real del paciente y la intención de la acción es de prolongar la vida del enfermo, en la particular circunstancia de ser terminal y cuya muerte se aproxima de manera irreversible. La Asociación Médica Mundial en su Declaración del año 1985 sobre la fase terminal de la vida, lo define como "...aquel tratamiento extraordinario en el cual nadie puede esperar un beneficio de algún tipo para el enfermo".

Esto no significa que se ha de entender como ensañamiento terapéutico los tratamientos que tienen por objeto mejorar las condiciones de vida de las personas de edad avanzada. Tampoco significa que se ha de entender como ensañamiento terapéutico los esfuerzos del equipo médico por salvar la vida o sanar a un paciente a la luz de su estado de salud. Esta observación resulta especialmente oportuna cuando se trata de pacientes accidentados.

## 3. Criterios de proporcionalidad

Para poder determinar si se está frente a una acción de esta índole adquieren relevancia los conceptos de tratamiento proporcionado y desproporcionado respecto de los resultados que se podrían esperar. El discernir si se está actuando de modo adecuado en el paciente es competencia de los médicos tratantes, que han de actuar con ciencia y en conciencia. Demás está decir que el hecho de renunciar a ciertos tratamientos por ser considerados desproporcionados en ningún caso exime de los cuidados que merece toda persona en tan precaria situación.

El tema de la proporcionalidad de la terapia es de competencia de la ciencia médica. Solamente quisiera enumerar los criterios que se han de tener presente según el Documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe, a la hora de evaluar las acciones a seguir con un enfermo. Estos son: el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación, las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales<sup>19</sup>.

Resulta interesante la distinción que hace la Comisión Doctrinal de la Conferencia Episcopal Española entre medios proporcionados y desproporcionados. Para los Obispos Españoles los criterios para considerar el carácter que tiene tal o cual terapia, está muy ligada al ámbito de la justicia hacia el paciente. Desde este punto de vista, serían desproporcionados los medios que "no son debidos ni por humanidad ni por justicia y, por lo tanto, no son exigibles por ningún título". Como contrapartida, los medios proporcionados serían aquellos "debidos para conservar la vida humana por humanidad y justicia, con ponderada atención a los resultados cuantitativos o cualitativos previsibles, tanto médicos como vitales; estos medios proporcionados pueden ser habituales o relativamente habituales"<sup>20</sup>.

El Documento del Consejo Cor Unum<sup>21</sup> plantea que si bien es cierto que los conceptos de "ordinario" y "extraordinario" para referirse a los medios que se han de emplear en un paciente es una terminología que tiende a ser superada debido a que hay un límite en cuanto a la obligación de mantenerse en vida, la distinción entre ordinario y extraordinario expresa esta verdad e ilumina la aplicación a los casos concretos. Con todo, reconoce que el uso de términos equivalentes, en particular de la expresión "curas proporcionadas", parecieran expresar la cuestión de modo satisfactorio.

El documento eclesial también plantea que los criterios para distinguir un medio ordinario de uno extraordinario son múltiples y se aplican en base a casos concretos. Distingue además aquellos que son de orden objetivo y subjetivo.

- Criterios de orden objetivo:
  - La naturaleza de los medios
  - Su costo
  - Algunas consideraciones de justicia en sus aplicaciones y en las opciones que ello implica.
- Criterios de orden subjetivo
  - Evitar a un cierto paciente un shock psicológico
  - Evitar situaciones de angustia
  - Evitar desagradados, etc.

En todo caso, para decidir acerca de los medios, se tratará siempre de establecer la proporción entre el medio y el fin perseguido.

En esta línea se sitúa un informe del Comité del Senado Canadiense que distingue los tratamientos útiles de los inútiles. Los inútiles serían aquellos que, según el parecer de los médicos, son absolutamente ineficaces.

Desde el punto de vista moral, según Pío XII, el deber de conservar la vida no obliga al empleo de medios ordinarios, es decir aquellos que no imponen ninguna carga extraordinaria ni para sí mismo ni para los otros. Esto implica la posibilidad tanto de abstenerse como de suspender ciertos tratamientos.

## 4. El derecho a morir

Un tema del todo relevante es si la persona tiene derechos respecto de su propia muerte. Apoyado en el artículo de Barcaro R.<sup>22</sup>, que analiza de modo riguroso el pensamiento al respecto de Jonas H.<sup>23</sup> y de Kass L.R.<sup>24</sup>, se verá el sentido que se le da a este concepto de máxima relevancia cuando se estudia el tema de la eutanasia.

Jonas plantea el derecho a morir en relación al derecho de elegir libremente la vida o la muerte en los casos particulares representados por los enfermos terminales o moribundos que entienden rechazar los medios puestos a disposición por la ciencia médica. Este derecho a morir se puede justificar a la luz del derecho de tomar posesión de la propia muerte en la completa conciencia de su fin, y con el derecho al póstumo recuerdo, en relación a la identidad personal de aquel cuerpo frente al que el personal médico se ensaña realizando una prolongada subsistencia.

14 Cf. Piana G., *Eutanasia e questione del senso nel contesto della nostra società*, art.cit., 191.

15 Sgreccia E., *Manual de Bioética*, Diana, México 1996, 611-612.

16 *Evangelium Vitae* 65.

17 Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, 5 de Mayo de 1980.

18 Nota sobre la Eutanasia, 15 de Abril de 1986.

19 Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, 5 de Mayo de 1980.

20 Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe de la Conferencia Episcopal Española, Nota sobre la Eutanasia, 15 de Abril de 1986.

21 Cf. Consejo Pontificio Cor Unum, *Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos*, en *Enchiridion Vaticanum* 7, 1143-1145.

22 Barcaro A., *A propósito del diritto di morire*, en *Bioetica, Rivista interdisciplinare* 3 (1996) 499-510.

23 Jonas H., *The right to die*, en *Hasting Center Report* 4 (1978) 31-36.

24 Kass L.R., *Is there a Right to die?*, en *Hasting Center Report* 1 (1993) 34-43.

Tomar posesión de la propia muerte indica la voluntad del paciente de no retardar un evento más o menos próximo recurriendo a terapias que – prolongando brevemente la vida- deberán infligir sufrimientos a su persona y a su cuerpo. Según Jonas, el derecho a morir tiene los límites de la ética de la responsabilidad, es decir, del conjunto de obligaciones que la persona tiene en relación a la familia y/o al grupo social. Pero estas obligaciones no pueden ser tan fuertes que obliguen siempre al individuo a aceptar intervenciones o terapias que considera lesivas de su propia dignidad.

Kass, por otra parte, hace notar que en el ámbito del debate público se presta para confusión el hecho que el concepto tiene cuatro acepciones:

- Derecho de tener asistencia para obtener la muerte (eutanasia activa voluntaria).
- Derecho de rechazar los tratamientos, aún cuando tal rechazo comportase como consecuencia la muerte del paciente.
- Derecho a una muerte con dignidad (en este sentido derecho de morir significa derecho de continuar ejercitando el control de sí mismo, a pesar de la enfermedad).
- Derecho a elegir el momento de la propia muerte.

Para Kass, de las cuatro acepciones, la más problemática es la primera porque implicaría el deber de terceros de prestar asistencia al que desea morir.

Para el autor el punto de fuerza de quienes reivindican el derecho a morir se fundamenta en la autonomía del individuo, especialmente en el deseo de una muerte digna, como expresión de autocontrol o autodominio. El hombre en condiciones de gestionar su propia vida de modo autónomo e intencional puede llegar a pretender sobre la propia muerte, que es considerada como un hecho aislado y separado de la propia vida y no como una componente de la existencia del viviente, y de modo secundario, recibir la asistencia de terceros cuando no tenga la habilidad física para realizarlo por sí solo. Así, de acuerdo a este planteamiento, se concluye que el derecho a morir entraría en la esfera del derecho a elección garantizado por el derecho a la libertad. Bajo estas condiciones, existiría un derecho a morir filosóficamente fundado a partir del principio de autonomía personal. Kass no comparte este punto de vista por cuanto si bien es cierto que una persona puede tener la libertad de quitarse la vida, ello no significa que tenga derecho a hacerlo. Por otro lado, si se le atribuye a la expresión derecho a morir el derecho a obtener asistencia para morir, el autor postula que no puede haber un derecho a morir jurídicamente fundado, porque sería tener el derecho a ser matado, lo que contradice la Constitución que garantiza la vida. Para Kass la reivindicación de los derechos es una estrategia con el fin de obtener un común acuerdo a nivel social sobre temas espinudos, con el convencimiento de que aquello que se reconoce jurídicamente lícito antes o después es también lo moralmente lícito. Por lo tanto, para el autor, este tema no es jurídico sino moral y el acuerdo ha de buscarse en este plano.

Como conclusión, se aprecia que los dos autores concuerdan que es impensable el derecho al suicidio asistido o a la eutanasia voluntaria.

## 5. La dignidad de la persona en la proximidad de la muerte

Se percibe, a todas luces, que tanto la eutanasia como el encarnizamiento terapéutico no son respetuosos de la dignidad de la persona. En el primer caso, debido a que se atenta en contra de la vida de una persona inocente. En el segundo caso, debido a que se le prolonga de modo innecesario la agonía con todo lo que ello implica, no sólo para el paciente sino también para su familia. Lo que sí está claro es que en ambos casos no hay un encuentro directo con la hora de la muerte, ya sea porque se adelanta o porque se retrasa.

El tema de la muerte digna ha sido motivo de reflexión y ha girado siempre en torno a los polos en los que hemos centrado la atención<sup>25</sup>.

Para algunos morir con dignidad implica el derecho a la eutanasia. Esta manera de concebir la muerte está sustentada por el supuesto derecho que tiene la persona de disponer de su propia vida y de la muerte de modo incondicional, prescindiendo de cualquier norma moral o jurídica. El hombre se declara dueño de sí mismo y por lo tanto como único metro de decisión. Esta postura está impregnada del contexto cultural al que me referí al principio de este trabajo, y es inaceptable desde el punto de vista ético en razón de la indisponibilidad de todos y cada uno de los seres humanos en razón de su condición de persona. Sostener lo contrario no sería otra cosa que equipararlos al rango de cosa.

Para otros, morir con dignidad significa no verse sometido a una medicina "ensañada" y "obstinada" en la fase terminal de la vida, y tener el derecho a rechazarla. En este caso morir con dignidad significa negarse a someterse a prestaciones ya inútiles que nada tienen que ver con la lucha por la vida. Lo que se reivindica es no quedar sometido a una medicina obstinada que hace de la lucha por la vida una negación de la condición humana que es mortal.

Otra manera de comprender el concepto es a la luz de la subjetividad de la persona, adquiriendo el significado de vivir con dignidad la propia muerte. Los documentos eclesiales hacen alusión al tema tomando en consideración altos valores de la persona, como lo son sus relaciones sociales y especialmente su relación familiar, así como la integridad de su personalidad.

En el contexto de una medicina altamente tecnificada, resulta preocupante el hecho que los enfermos terminales, debido a las exigencias de ciertas terapias, se encuentren totalmente aislados de sus familias. El Consejo Pontificio *Cor Unum* hace ver que el derecho de morir con dignidad comporta esta dimensión social<sup>26</sup>. Proteger la dignidad de la persona en el momento de la muerte implica protegerla de un tecnicismo que corre el riesgo de ser abusivo, plantea la Congregación para la Doctrina de la Fe<sup>27</sup>.

## 6. Cuidados paliativos

Etimológicamente el término paliativo viene del Latin *pallium*, que quiere decir manta. Paliar significa cubrir con una manta los síntomas sin entrar en sus causas. Desde este punto de vista, paliar significa un tratamiento o remedio que tiene por finalidad disminuir o suprimir los síntomas de una enfermedad sin actuar sobre la enfermedad misma. Teresa Vanier definió los cuidados paliativos como "todo aquello que queda por hacer cuando no hay nada que hacer"<sup>28</sup>. Los cuidados paliativos responden a una manera nueva de comprender y asumir al enfermo terminal. Su aproximación es interdisciplinaria, por lo que toman en consideración no sólo el aspecto biológico de la enfermedad sino que otros ámbitos de la realidad del hombre. Una definición que me parece muy adecuada es la siguiente: Son acciones tomadas en diferentes planos (médico, psicológico, social, espiritual) en un paciente después de un diagnóstico de enfermedad incurable en fase terminal. Los cuidados paliativos dejan en evidencia que el hecho de no poder sanar a una persona no implica que no haya que cuidarla. Una persona en la fase terminal de su vida requiere de cuidados que hagan menos penosa su situación. Se trata que los últimos momentos de su vida los viva de una manera serena y pacífica, en lo posible acompañado.

Dentro de las especialidades de la medicina los temas relativos a los cuidados paliativos han ido adquiriendo cada vez más relevancia. Según Juan Pablo II están "destinados a hacer más soportables el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y de asegurarle al mismo tiempo al paciente un adecuado acompañamiento humano"<sup>29</sup>. Toda esta nueva forma de comprender la medicina en la fase terminal de un enfermo se resume así: "Si no puedes curar, alivia; si no puedes aliviar, al menos consuela"<sup>30</sup>.

## 7. Sociedad con un norte

Situado el contexto cultural en el cual se desarrolla la reflexión de estos temas que tocan un punto neurálgico de la vida del hombre como lo es el momento de su muerte, estamos en condiciones de apreciar, por una parte, la complejidad del problema presentado, puesto que cubre múltiples esferas de la vida personal y social, y por otra parte, las grandes repercusiones que pueden tener para la sociedad a nivel antropológico, ético, médico y jurídico, tomar la opción de despenalizar o legalizar la eutanasia.

Para hacer un juicio respecto de la sociedad y la cultura que la impregna y anima, no basta con mirar sus índices económicos o el nivel de desarrollo alcanzado en el ámbito científico y tecnológico. Más bien habría que centrar la mirada en la manera como la sociedad toda, y cada uno de sus miembros se relaciona con los más débiles, con los más desamparados, con los más enfermos. Resulta notable el hecho que en Francia la proporción de decesos acaecidos en establecimientos hospitalarios y en el domicilio se invirtió en cuarenta años. En el año 1961 los enfermos morían en su mayoría en sus casas (65,7%). En el año 1990, el 67% de las personas murieron en hospitales, mayoritariamente públicos.

Una sociedad que no es capaz de hacerse cargo de los enfermos, de dar lo mejor de sí para hacer más humana su precaria existencia es una sociedad que ha perdido el norte. Y frutos de esta desorientación es la exacerbación de la libertad individual, la falta de solidaridad hacia los enfermos y como corolario, la incapacidad de hacerse cargo de ellos. ■



25 Cf. Lorenzetti L., *Il diritto di morire con dignità: Un triple esito*, en Salvodi V. (a cura di), *Oltre l' eutanasia e l' accanimento*. Politica, scienza e morale, Edizioni Dehoniane, Bologna, 1991, 219-232.

26 Cf. Consejo Pontificio "Cor Unum", *Algunas cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos*, 27 de Junio de 1981.

27 Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre la eutanasia*, 5 de Mayo de 1980.

28 Harpes J.P., Wagner E., *L'aide a suicide e l'eutanasie*, op.cit., 23.

29 *Evangelium Vitae* 65.

30 Conferencia Episcopal Española, *La Eutanasia*. 100 Cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos.

## EUTANASIA: ¿MUERTE DIGNA?



† MONSEÑOR CRISTIÁN CONTRERAS VILLARROEL  
Obispo Auxiliar de Santiago  
Secretario General  
de la Conferencia Episcopal de Chile.

La experiencia pastoral y familiar me ha enseñado dolorosamente que los sufrimientos de los enfermos terminales pueden ser atroces, porque junto al tormento físico van tomando conciencia de la inminente separación de este mundo. Pese a ello, la mayoría de esas personas se entregan a este trance sin desesperación, fortalecidas por el consuelo de tener a sus seres amados junto a ellos y también por el acompañamiento espiritual de la Iglesia.

Sin embargo, hay casos en que estos dolores del cuerpo se vuelven insoportables, precisamente porque se potencian con dolores de otro tipo, los más profundos del alma, aquellos producidos por la soledad humana y la falta de esperanza. Y es precisamente en esos momentos cuando se produce la gran confusión: quienes por el agobio y el abandono han perdido el sentido de sus propias vidas, piensan que la vida de suyo ha perdido sentido y, por lo tanto, su valor.

Esta amarga realidad empuja a muchos a creer que la dignidad de la muerte está en apresurarla, evitando todo tipo de sufrimientos que, por lo demás, no son sólo del enfermo sino también de quienes están dispuestos a acompañarlos, especialmente sus más cercanos: la familia.

¿Qué tan digno puede ser un acto humano mediante el cual se provoque deliberadamente la muerte de una persona? ¿Puede ser una 'buena muerte' (del griego "eu-thanasia"), aquélla que se procura mediante, por ejemplo, una inyección letal? ¿No será más digna una muerte natural, en la que se han dispuesto todos los medios científicos para aplacar el dolor del cuerpo y, a la vez, todos los medios del amor para mitigar los dolores del alma?

En diversos países del mundo han surgido movimientos cristianos y también no confesionales, que descubren en el acompañamiento compasivo de los enfermos el modo de conducirlos a una muerte verdaderamente digna.

El éxito de estos grupos de cuidados paliativos está en que no se inspiran en la lástima, sino en la compasión del enfermo, es decir, millares de voluntarios que son capaces de estar, de padecer con y junto al enfermo y no en su eliminación. Al ser compasivos, se establecen lazos afectivos que representan la existencia de cada persona no desde su utilidad social, sino desde el don que pueden hacer de sí mismos a los demás.

Esa entrega siempre valdrá la pena, aunque implique la dificultad de asumir el dolor y no de evadirlo, pese a que exija el gran sacrificio de compartir el sufrimiento del corazón frente al otro ser humano a quien se le va la vida.

Preocupa la terminología engañosa de algunos parlamentarios al momento de proponer una legislación atentatoria contra la vida y la dignidad del enfermo: "precario estado de salud"; "cuidados innecesarios"; "solicitar por razones humanitarias". De este modo



Atribuido a Simone Martini, antes de 1350. El sueño de San Martín.

pretenden justificar la eutanasia. Por el contrario, ¡cuánto más humano resulta llevar una carga pesada entre dos o más que en la soledad! No son las frías propuestas eutanásicas las que aliviarán a los enfermos y a sus familiares y amigos. Eso es no comprender y no conocer al ser humano.

Por otra parte, una resistencia firme a leyes que promuevan la eutanasia jamás debe entenderse como una legitimación de aquellos medios, injustos también, que pretenden prolongar la vida de una persona a cualquier costo humano y económico. Aquí la reflexión debe ser mucho más amplia. Me refiero al encarnizamiento o ensañamiento terapéutico.

Por eso, para estos debates valóricos, se necesita una mirada integral, para ver que el tema no es sólo la eutanasia, y que ésta no entraña solamente un problema de salud pública o privada. Los avances de la medicina nos ofrecen maravillosas oportunidades de aliviar el sufrimiento humano, pero a la vez nos plantean desafíos éticos que apuntan al rol más profundo de una sociedad: el hacerse cargo los unos de los otros, tanto en la salud como en la enfermedad. ■

# ¿DE QUÉ SE TRATA EL PROYECTO DE LEY SOBRE EUTANASIA?



DRA. PAULINA TABOADA R.  
Directora Centro de Bioética  
Facultad de Medicina,  
Pontificia Universidad Católica de Chile

En el debate sobre el llamado “derecho a morir con dignidad” con frecuencia se confunden dos situaciones que son evidentemente distintas, no sólo desde el punto de vista conceptual, sino también en cuanto a su valoración moral. La primera se refiere a la mal llamada “eutanasia pasiva” y la segunda al derecho que tiene toda persona a rechazar intervenciones médicas que sólo prolongan una agonía, sin lograr cambiar el curso habitual de una condición que conduce inevitablemente a una muerte inminente.

Esta confusión conceptual se hace evidente en el recientemente presentado Proyecto de Ley que propone establecer la regulación legal de la eutanasia en nuestro país.<sup>1</sup> La definición de eutanasia propuesta en este Proyecto es: “la terminación de la vida que lleve a cabo un médico a petición del paciente, cumpliendo los requisitos y manifestando su consentimiento en los términos que se señalan en los siguientes artículos”.<sup>2</sup> En los artículos siguientes se introduce una distinción entre “eutanasia pasiva”<sup>3</sup> y “eutanasia activa”<sup>4</sup> proponiendo que ambas formas sean legalizadas en nuestro país siempre que:

- la persona padezca una enfermedad terminal (para el caso de la eutanasia pasiva) o una enfermedad incurable o progresivamente letal (para la eutanasia activa);
- en el caso de pacientes adultos competentes, la solicitud de eutanasia sea voluntaria, hecho del que debe dejarse constancia por escrito ante un número de testigos regulado por el proyecto de ley;
- en el caso de menores de edad y de personas legalmente incapaces, la solicitud de eutanasia provenga de aquellas personas a las que la ley otorgue esta facultad.

En la literatura internacional se han propuesto diversas definiciones de eutanasia.<sup>5</sup> Para que una definición sea adecuada, debe contener los elementos esenciales del concepto que pretende describir. En el caso de la eutanasia ellos son:

- 1) que exista un aceleramiento voluntario de la muerte;
- 2) que lo que se hace o deja de hacer efectivamente acelere o cause la muerte;
- 3) que la persona a la que se le practica este acto padezca un sufrimiento importante (algunos exigen, además, que la persona se encuentre próxima a la muerte); y
- 4) que exista la doble intencionalidad de acelerar la muerte por un lado, y de aliviar los sufrimientos por el otro.

En este contexto, cabe destacar que la definición general de eutanasia utilizada en el Proyecto de Ley no contiene los elementos esenciales que habitualmente se piden para clasificar a un acto como eutanasia. Por otro lado, al introducir la distinción entre eutanasia “activa” y “pasiva”, el Proyecto de Ley incurre en una importante confusión de conceptos.

## La eutanasia “activa”

Hablando de eutanasia “activa”, el Proyecto de Ley establece que: “todo paciente que sufra una *enfermedad incurable o progresivamente letal* que le cause un padecer insufrible en lo físico y que se le representa como imposible de soportar podrá solicitar por razones humanitarias, y de conformidad a las normas que esta ley establece, que la muerte le sea provocada deliberadamente por un médico cirujano.”

Esta redacción sugiere que el tipo de pacientes en los que se permitiría la eutanasia “activa” no necesariamente corresponde a pacientes terminales. Esto es así puesto que al utilizar la conjunción disyuntiva “o” al hablar de pacientes con una “enfermedad incurable o progresivamente letal”, se subentiende que se están proponiendo alternativas que no se excluyen mutuamente. Es decir, un médico debería acceder a la solicitud de eutanasia de un paciente con una enfermedad crónica incurable, aunque éste no se encontrara en la etapa terminal de su enfermedad. Sin embargo, es de todos sabido que existen numerosas enfermedades crónicas que son incurables y que no necesariamente conducen a una muerte inminente (como, por ejemplo, la Diabetes Mellitus, la hipertensión arterial, etc.). De este modo, el Proyecto de Ley dejaría la puerta abierta a los actos de eutanasia en casos

como el de Ramón San Pedro en España (Cf. película “Mar adentro”). Por otro lado, cuando se habla de unas enfermedades “progresivamente letales”, tampoco está claro que se trate de pacientes terminales, ya que un paciente podría padecer una enfermedad progresivamente letal (como por ejemplo un cáncer), pero encontrarse aún en una etapa en que la sobrevivida esperada sea de algunos años.

## La (mal llamada) eutanasia “pasiva”

Conceptualmente, la eutanasia “pasiva” correspondería a una omisión de ciertas intervenciones médicas con la *intención* de causar la muerte del paciente. Cuando esas intervenciones son deliberadamente no implementadas con el fin de evitar los sufrimientos asociados a la condición clínica mediante la muerte del paciente, se cumplen todos los criterios necesarios para catalogar a un acto como “eutanasia”, la que – por definición – es siempre activa, pues incluye la intencionalidad (activa) de acelerar la muerte para evitar sufrimientos, ya sea mediante aquellas acciones que realizamos o mediante aquellas que omitimos.

Sin embargo, el Proyecto de Ley entiende la eutanasia “pasiva” como el “derecho de todo paciente terminal otorgar o denegar su consentimiento a cualquier procedimiento médico que estime invasivo, complejo o innecesario cuando:

1. Se trate de un paciente en estado terminal, esto es, que padezca un precario estado de salud, debido a una lesión corporal o una enfermedad grave e incurable, que haga prever que le queda muy poca expectativa de vida.
2. Que los cuidados que se le puedan brindar al paciente sean innecesarios, en cuanto éstos solo persigan prolongar su agonía.”<sup>6</sup>

Omitir intervenciones médicas “innecesarias” o “inútiles”, que no logran cambiar el curso natural de una enfermedad hacia la muerte inminente, sino que sólo prolongan la agonía del paciente, en ningún caso corresponde a un acto de eutanasia. En estos casos la omisión correspondería a la llamada “limitación de esfuerzos terapéuticos”, que es perfectamente legítima desde el punto de vista ético, pues no tiene como objetivo causar la muerte del paciente, sino evitar caer en la denominada “obstinación terapéutica”.

Existen, por tanto, numerosas razones para rechazar el Proyecto de Ley presentado recientemente ante la Cámara de Diputados en Chile, ya que no sólo pretende legitimar en nuestro país una práctica que atenta gravemente contra el respeto por la vida humana, sino que introduce, además, una serie de ambigüedades conceptuales en relación a la eutanasia. Por otro lado, resulta evidente que el Proyecto de Ley contiene una contradicción interna en relación a la voluntariedad de las solicitudes de eutanasia. Se propone definir la eutanasia como la respuesta a una petición (libre) por parte del paciente.<sup>7</sup> Sin embargo, en el mismo documento se establecen las condiciones bajo las cuales podría practicarse la eutanasia incluso en menores de edad o en personas legalmente incapaces, avalando no sólo las solicitudes que proceden de familiares cercanos, sino incluso aquellas provenientes de la Dirección de los establecimientos sanitarios.<sup>8</sup> De este modo, se estaría dejando la puerta abierta para eventuales abusos, lo que representa una postura insostenible, que establece condiciones para la eutanasia que son incluso más “permissivas” que las exigidas por las legislaciones en Bélgica y Holanda.

## Derecho a la vida

Al afirmar la existencia de un derecho a morir con dignidad, debemos buscar que en nuestro país se asegure un acceso equitativo a una Medicina Paliativa de buena calidad, que no acelera ni posterga la muerte, sino que realiza activamente todas las acciones necesarias para aliviar eficazmente las diferentes fuentes de sufrimiento que con frecuencia están presentes en los enfermos terminales, afectando no sólo la dimensión física, sino también la psicológica, espiritual, familiar y social de estos pacientes. En otras palabras, lo que tenemos que garantizarle a los pacientes terminales es el “derecho a vivir dignamente su vida” hasta que llegue el momento de la muerte natural, y esto idealmente en el contexto de su ambiente familiar, aplicando aquel aforismo que dice: cuando no puedas curar, alivia; cuando no puedas aliviar, consuela; pero en ningún caso atentes contra la vida. ■

1 Cf. Boletín N° 4201-11, presentado a la Cámara Baja por los Diputados Juan Bustos y Fulvio Rossi el 11 de Mayo del 2006.

2 Cf. Boletín N° 4201-1, Art. 54° bis.

3 Cf. Boletín N° 4201-1, Art. 54° bis A-G.

4 Cf. Boletín N° 4201-1, Art. 54° bis H-K.

5 Cf. Thomasma, D: “An Analysis of Arguments for and Against Euthanasia and Assisted Suicide: Part One”. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1996, 5: 62-76. Cf. también: Thomasma, D: Assessing the “Arguments for and against Euthanasia and Assisted Suicide: Part Two”. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1998, 7: 388-401

6 Cf. Boletín N° 4201-11 Art. 54° bis A

7 Cf. Boletín N° 4201-1, Art. 54° bis.

8 Cf. Boletín N° 4201-1, Art. 54° bis D-E.

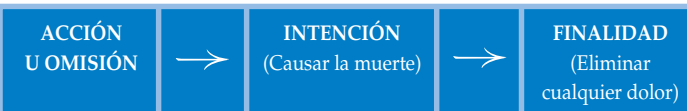
## GLOSARIO

POR LUIS FELIPE HERRERA, PERIODISTA

## I. Eutanasia

## 1 - ¿Qué es la eutanasia?

Por *eutanasia* entendemos una **acción u omisión** que tiene por **intención** causar la muerte, con el **fin** de eliminar cualquier dolor de un enfermo terminal. Por lo tanto, lo que causa la muerte del paciente no es la enfermedad, sino que la acción de quien practica la eutanasia.



- La **intención de la acción** es causar la muerte del paciente.
- La **finalidad de la acción** es eliminar cualquier dolor.
- Las **circunstancias** en la que se desarrolla esta acción es la de un enfermo incurable y en estado terminal.

## 2 - ¿De dónde viene la palabra Eutanasia?

Es una palabra de origen griego que significa "buena muerte" o "dulce muerte".

## 3 - ¿Quién realiza la eutanasia, el doctor o el enfermo?

La eutanasia puede practicarla tanto el enfermo como otra persona.

- El **enfermo** la realiza cuando él mismo se aplica las drogas para causar su muerte, fármacos que sólo conseguirá con la ayuda de otra persona.
- Un **tercero** que practica la eutanasia puede ser un médico que, por ejemplo, introduce en la sangre del enfermo los componentes químicos que detienen su corazón y, por ende, producen su deceso.

La eutanasia, en cuanto acción de provocar la muerte deliberadamente de una persona humana, es moralmente inaceptable y, por lo tanto, condenada por la Iglesia.

## 4 - ¿Qué actos no entran en la categoría de eutanasia?

- Intervenciones destinadas a aliviar el sufrimiento de un enfermo, tal vez con el riesgo de acortarle la vida. En esta situación la intención es aliviar el dolor y no provocar la muerte. El hecho de acortar la vida en este caso es una consecuencia indirecta, no querida ni buscada.
- Hay quienes llaman incorrectamente '*eutanasia pasiva*' a la acción de dejar de utilizar medios disponibles por la medicina en el caso de los enfermos terminales, y a los actos verdaderamente eutanásicos los llaman '*eutanasia activa*'. Esto se presta para muchas confusiones, porque la eutanasia es una: aquella que tiene por intención causar la muerte del paciente.

## 5 - Algunos casos que no son actos de eutanasia:

## Caso 1

*Una persona padece dolores insoportables y se le suministran fármacos o se le realizan ciertas intervenciones para aliviar su dolor. Ello trae como consecuencia que se adelante el momento de su muerte.*

- Esto no puede considerarse una práctica eutanásica, porque la acción busca aliviar los dolores del enfermo y no procurar su muerte.
- El hecho de acortar la vida en este caso es una consecuencia indirecta, no querida ni buscada.
- Por lo tanto, la muerte no es causada por la ingestión de ciertos fármacos, sino que sigue el curso irreversible de la enfermedad.
- La Iglesia plantea que no se ha de usar el término eutanasia "*para indicar una intervención destinada a dar alivio al sufrimiento terminal, tal vez con el riesgo de acortarle la vida*".

## Caso 2

*Una mujer de 70 años lleva cinco años realizándose sucesivos tratamientos para combatir un cáncer de hígado. Nuevamente le han detectado la enfermedad, y le explican que podría someterse a nuevas quimioterapias, pero con pocas posibilidades de recuperarse. Ella está muy debilitada y no quiere realizar este nuevo tratamiento.*

¿Puede considerarse una acción eutanásica la decisión de renunciar a ciertos tratamientos?

- No se ha de usar el término eutanasia para indicar la decisión de renunciar a ciertas intervenciones médicas que no parecen adecuadas a la situación del enfermo.
- En este caso no se trata de una decisión de hacer morir, sino de mantener la medida de las cosas de modo racional.

## II. Encarnizamiento terapéutico

## 1 - ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?

Son aquellos tratamientos que tienen como única finalidad prolongar la sobrevida de pacientes muy cercanos a su muerte natural, sin mejorar la calidad de sus vidas ni restituir su salud. Son acciones médicas que pueden resultar extraordinariamente crueles para los enfermos, ya que extienden un proceso irreversible, acompañado de graves dolores y angustias.

## 2. ¿Cuándo se produce un encarnizamiento terapéutico?

- Cuando se utilizan los medios técnicos en personas que están prácticamente muertas, por lo tanto, después de la muerte clínica.
- Cuando se interviene con las terapias médicas o quirúrgicas (excepto las ordinarias) en sentido 'desproporcionado' respecto de las reales posibilidades de sobrevivencia. Los criterios de proporción están dados por la valoración de los medios a utilizar, la ponderación de los resultados y la evaluación de las condiciones del enfermo.

El caso, por, ejemplo, de una mujer anciana que sufre recaída de su cáncer y que es sometida nuevamente a quimioterapia.

## 3. ¿Qué tratamientos médicos no caen en la categoría de encarnizamiento terapéutico?

- Los tratamientos que tienen por objeto mejorar las condiciones de vida de las personas de edad avanzada.
- Los esfuerzos del equipo médico por salvar la vida o sanar a un paciente a la luz de su estado de salud. Esta observación resulta especialmente oportuna cuando se trata de pacientes accidentados.

## III. Cuidados paliativos

## 1- ¿Qué son los cuidados paliativos?

Son tratamientos o remedios que tiene por finalidad disminuir o suprimir los síntomas de una enfermedad sin actuar sobre la enfermedad misma. Según la Organización Mundial de la Salud, es la atención activa e integral de aquellas personas que padecen una enfermedad progresiva que ya no tiene cura. Se puede decir que es "todo aquello que queda por hacer cuando no hay nada que hacer".

## 2- ¿Son sólo acciones médicas?

Son acciones tomadas en diferentes planos (médico, psicológico, social, familiar, espiritual) en un paciente después de un diagnóstico de enfermedad incurable en fase terminal.

## 3- ¿Son necesarios los cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos dejan en evidencia que el hecho de no poder sanar a una persona no implica que no haya que cuidarla. Una persona en la fase terminal de su vida requiere de cuidados que hagan menos penosa su situación. Se trata que los últimos momentos de su existencia los viva de una manera serena y pacífica y, en lo posible, acompañado y rodeado de cariño de sus seres queridos.

## IV. El derecho a morir

## 1- ¿Un enfermo terminal tiene derechos respecto de su propia muerte?

Un enfermo terminal tiene el derecho a elegir libremente si utiliza o no los medios que ofrece la medicina para asistirlo en sus padecimientos. Entonces, si un paciente no quiere prolongar su agonía mediante intervenciones médicas, tiene el derecho a rechazarlas, así como el derecho a pedir las.

En otras palabras, el paciente terminal tiene el derecho a tomar posesión de su propia muerte en cuanto a no retardarla, porque le exigiría someterse a terapias dolorosas para su persona, su cuerpo y su familia.

## 2- ¿Cuáles son los límites de este derecho a morir?

Los límites están determinados por las obligaciones del enfermo en relación a su familia y a su grupo social.

Sin embargo, estas obligaciones no pueden ser tan fuertes que obliguen siempre al individuo a aceptar intervenciones o terapias que considera lesiva de su propia dignidad.

Por ejemplo, un hombre de 80 años padece un cáncer terminal que no ha respondido de buena manera al tratamiento. A esto se agrega el hecho que someterse a la quimioterapia lo deja en muy malas condiciones físicas. Con estos antecedentes decide dejar la quimioterapia. En este caso, él está en su derecho de rechazar el tratamiento y de aceptar su muerte, junto a su familia, de manera digna.

## PARA LA REFLEXIÓN FAMILIAR Y/O COMUNITARIA

Aporte de la Vicaría General de Pastoral del Arzobispado de Santiago



Después de leer detenidamente este especial de **Iglesia de Santiago**, los invitamos a reflexionar en familia y/o comunidad sobre los contenidos presentados. Elija un lugar cómodo, dispongamos de una Biblia y una vela al centro de una mesa. Designemos a una persona que motive y dirija la reflexión.

Para iniciar la conversación se propone hacer oración (Padre Nuestro y Ave María).

### *Animador:*

En el último tiempo cada vez se habla con mayor frecuencia sobre la Eutanasia, razón por la cual la Iglesia de Santiago nos invita a reflexionar sobre este tema. Hay personas partidarias de hacer de la eutanasia una práctica aceptada y normal para ciertos casos de enfermos terminales. Frente a esta situación cabe preguntarnos: ¿qué pensamos los cristianos? ¿qué pienso yo? Y la verdad es que muchos tenemos confusiones. Por eso hoy los invitamos a profundizar en este tema. Hacerlo nos obligará a plantearnos temas muy de fondo sobre el sentido que le damos a nuestra propia vida y a la muerte. Por eso es importante iniciar esta reflexión hablando de nuestra propia visión de la vida y de la muerte.

El tema de la muerte no es un tema que se aborde ni con frecuencia ni con facilidad. Más bien lo evitamos. Sin embargo, por tratarse de una experiencia fundamental y por la que todos pasaremos, nos parece importante compartir lo que sentimos y pensamos frente a ella. Pueden ayudarnos las siguientes preguntas que les invitamos a pensar y compartir:

- 1.- **¿He vivido la experiencia de sufrimiento o muerte de personas queridas y cercanas? ¿Qué enseñanzas me ha dejado?**
- 2.- **¿Qué pienso de la muerte? ¿Qué siento frente a ella?**
- 3.- **Si me correspondiera padecer una enfermedad terminal más o menos prolongada y dolorosa, ¿cómo quisiera enfrentarla?**

Los participantes comparten sus opiniones.

### *Animador:*

Ahora reflexionemos sobre los contenidos de este especial de **Iglesia de Santiago**.

- 1.- **¿Qué se entiende por eutanasia? ¿Cuándo estamos en presencia de ella? ¿Qué señala el Magisterio de la Iglesia al respecto?**
- 2.- **¿Puede considerarse la eutanasia como “una muerte digna”? ¿A qué podemos llamar “una muerte digna”?**
- 3.- **¿Qué entendemos por ensañamiento terapéutico?**
- 4.- **¿Cómo podemos enfrentar el dolor y el sufrimiento de una enfermedad terminal?**
- 5.- **¿Puede salir algo bueno del dolor y del sufrimiento?**
- 6.- **¿De qué manera mi fe en Jesús me ayuda a enfrentar de un modo diferente el tema del dolor y de la muerte?**
- 7.- **¿Cómo puedo hacer conciencia sobre el respeto por el valor de vida desde su concepción hasta la muerte natural?**

Participantes comparten respuestas...

Terminemos nuestra reflexión orando a Dios Padre para que nos ilumine e ilumine a todas nuestras autoridades para que siempre dicten leyes a favor de la vida.

Oración final ■

## LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Y LA EUTANASIA

Con el fin de contribuir a la discusión legislativa sobre los derechos de los pacientes y la eutanasia, el Presidente y Secretario General de la Conferencia Episcopal, Monseñor Alejandro Goic y Monseñor Cristián Contreras Villarroel, respectivamente, enviaron una carta a todos los diputados, así como a la Ministra de Salud, con el fin de aportar algunos criterios jurídicos en consideración a los actuales y próximos proyectos de ley en esta materia.

A través de un documento de cuatro páginas, los obispos hicieron presente observaciones legales respecto de los proyectos de ley ya presentados y algunas consideraciones que pueden ser evaluadas en futuras discusiones parlamentarias, a la luz de las enseñanzas del Evangelio.

De acuerdo al documento, los proyectos de ley sobre los derechos de los pacientes tratan sobre una realidad extremadamente sensible: la protección de la vida humana desde su concepción hasta su ocaso natural. "La Iglesia velará siempre por la defensa de la vida; ante cualquier proyecto o idea que pretenda atentar contra ella", aseguraron los Obispos firmantes.

La carta a los parlamentarios invita a que la discusión del proyecto de ley sobre los llamados derechos de los pacientes tenga en especial consideración el respeto del don de la vida y garantice los derechos protegidos por la Constitución.

Asimismo, el documento advierte que en los proyectos ya presentados se está hablando de eutanasia insistiendo en una terminología imprecisa como "precario estado de salud", "cuidados innecesarios", "solicitar por razones humanitarias".

El texto concluye que, en caso de un nuevo proyecto, se debe tener especial cuidado en la redacción, de manera de eliminar toda sospecha de eutanasia.

Este mismo texto fue enviado con anterioridad a la Presidenta de la República y al Presidente del Senado, acompañándoles también copia de una minuta entregada a la Ministra Paulina Veloso el 7 de abril con observaciones sobre el veto presidencial al proyecto de ley sobre investigación científica en el ser humano y genoma.

Oficina de Comunicaciones y Prensa  
Conferencia Episcopal de Chile



### **PÁRRAFOS ESCOGIDOS DE LA CARTA DE LOS OBISPOS ALEJANDRO GOIC Y CRISTIÁN CONTRERAS VILLARROEL A TODOS LOS DIPUTADOS.**

*"Queremos contribuir entregando algunos criterios jurídicos que expresen adecuadamente la necesidad de evitar el ensañamiento terapéutico sin dar origen a la consagración legal del testamento vital y de la eutanasia".*

*"La presentación de este proyecto (de los diputados Rossi y Bustos) entrega ciertos fundamentos, así como aspectos históricos y consideraciones de derecho comparado, que apuntan a una propuesta legislativa atentatoria al don de la vida ya que incorpora a la eutanasia y al testamento vital".*

*"Llama la atención que en el proyecto que regula la eutanasia, se intente definir el contenido de la eutanasia insistiendo en una terminología imprecisa como "precario estado de salud", "cuidados innecesarios", "solicitar por razones humanitarias", y así justificar la eutanasia. Por lo tanto, parece indispensable que las modificaciones que se hicieron al proyecto sobre los derechos de los pacientes, también debieran servir para la eventual tramitación del actual proyecto sobre eutanasia, que padece de iguales o más graves imprecisiones no sólo terminológicas, sino que afectan directamente el derecho a la vida protegido en nuestra Carta Fundamental".*

TEXTO COMPLETO DE LA CARTA A LOS DIPUTADOS EN  
[WWW.IGLESIA.CL](http://WWW.IGLESIA.CL) Y EN [WWW.IGLESIADDESANTIAGO.CL](http://WWW.IGLESIADDESANTIAGO.CL)

*"Como discípulos y servidores del Evangelio de la Vida anunciado por Jesucristo, queremos defender y proteger la existencia humana desde su concepción hasta su muerte natural, con serenidad pero con convicción y firmeza. No queremos ninguna acción que amenace el primero de los derechos humanos, el derecho a la vida, y que amenace este don maravilloso de Dios, ya sea destruyéndolo, manipulándolo, abreviando sus días o aún prolongándolos de modo artificial".*

CARDENAL FRANCISCO JAVIER ERRÁZURIZ OSSA



Muerte de Santa Fina (1475). Ghirlandaio.

**IGLESIA** DE  
**SANTIAGO**

[www.iglesiadesantiago.cl](http://www.iglesiadesantiago.cl)