



Morir con Dignidad

Reflexiones en torno al fin de la vida

+Fernando Chomali G.
Arzobispo de Concepción

Concepción, Chile

Agosto 2018
(Segunda Edición)

INDICE

- I. La medicina y la muerte
- II. El contexto cultural
- III. La respuesta a nivel jurídico-legislativo de algunos países
- IV. La urgencia de una reflexión
- V. Objeto de este trabajo
- VI. Terminología
 - 1. Eutanasia
 - 2. Encarnizamiento terapéutico
 - 3. Criterios de proporcionalidad
 - 4. El derecho a morir
 - 5. La dignidad de la persona en la proximidad de la muerte
 - 6. Cuidados paliativos

Conclusión

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*, del Papa Francisco la Exhortación Apostólica *Amoris Laetitia*, sobre el amor humano, 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. El contexto cultural

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 mantenidos 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

citado libro 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”¹.

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)².

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.

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.

La Iglesia Católica 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 dolor³.

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 abandono⁴.

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 insoportables; 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 sí 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

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.

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. 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”.⁵

IV. La urgencia de una reflexión

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* 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.

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.

Otro factor que se ha de tener presente, además de la interdisciplinaridad, 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. Objeto de este trabajo

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 equívoco, 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. Terminología

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”⁶.

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”⁷.

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”⁸.

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 Iglesia⁹.

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 insoportables a la que, no estando obligada, se le suministran ciertos fármacos o se le realizan ciertas

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'eutanasie*, 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”.

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 procurarle la muerte. La intención de la acción es evitarle sufrimientos innecesarios, por lo que el hecho de acortarle 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”¹⁰. El Consejo Pontificio *Cor Unum*¹¹ 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:

- a) 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).
- b) Una intervención destinada a dar alivio al sufrimiento de un enfermo, talvez con el riesgo de acortarle 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.

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.

Otra pregunta que surge es la siguiente: ¿Puede considerarse una acción

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.

negativa. En efecto, no se ha de usar el término eutanasia “para indicar la decisión eutanásica la decisión de renunciar a ciertos tratamientos? La respuesta también es 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”¹². En esta misma línea la Congregación para la Doctrina de la Fe responde a la pregunta diciendo que el parecer de médicos verdaderamente competentes podrá 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 mismos¹³.

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.

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

¹² Ibid.

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

depassé”. 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 agonía 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 humano¹⁴. Según Sgreccia se puede configurar ensañamiento terapéutico en los siguientes casos¹⁵:

- a) “Cuando se utilizan los medios técnicos en quien está prácticamente muerto -por tanto después de la muerte clínica-”.
- b) “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

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

¹⁴ Sgreccia E., *Manual de Bioética*, Diana, México 1996, 611-612.

¹⁵ *Evangelium Vitae* 65.

curar es una obligación moral y que esta obligación debe medirse con las situaciones curarse y hacerse concretas ¹⁶, 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 abusivo¹⁷.

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”¹⁸.

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 “...aquél 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

¹⁶ Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, 5 de Mayo de 1980.

¹⁷ Nota sobre la Eutanasia, 15 de Abril de 1986.

¹⁸Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, 5 de Mayo de 1980.

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 morales¹⁹.

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”²⁰.

El Documento del Consejo Cor Unum²¹ 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

¹⁹ Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe de la Conferencia Episcopal Española, Nota sobre la Eutanasia, 15 de Abril de 1986.

²⁰ Cf. Consejo Pontificio Cor Unum, *Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos*, en *Enchiridion Vaticanum* 7, 1143-1145.

²¹ Barcaro A., A propósito del diritto di morire, en *Bioetica, Rivista interdisciplinare* 3 (1996) 499-510.

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.

a) 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.

b) 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.²², que analiza de modo riguroso el pensamiento al respecto de Jonás H.²³ y de Kass L.R.²⁴, se verá el

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

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

24 24 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.

sentido que se le da a este concepto de máxima relevancia cuando se estudia el tema de la eutanasia.

Jonás 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. 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 Jonás, 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 lesiva 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:

- a. Derecho de tener asistencia para obtener la muerte (eutanasia activa voluntaria).
- b. Derecho de rechazar los tratamientos, aun cuando tal rechazo comportase como consecuencia la muerte del paciente.
- c. 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).
- d. 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 atención²⁵

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.

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 social²⁶. 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 Fe²⁷.

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

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

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

“todo aquello que queda por hacer cuando no hay nada que hacer”²⁸. Los cuidados paliativos responden a una manera nueva de comprender y asumir al enfermo terminal. Su aproximación es interdisciplinar, 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”²⁹. 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”³⁰.

Conclusión

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, y definidos los términos que van a acompañar esta tarde de estudio, 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

28 Evangelium Vitae 65.

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

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

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 establecimiento 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. Francisco habla de la cultura del descarte. 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.