

DECLARACIÓN SOBRE EUTANASIA
Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

**AFRONTAR
EL FINAL
DE LA VIDA**

Un aporte al debate público

A todos los hombres de buena voluntad y a las comunidades cristianas:

1. En Uruguay, hace unos años, se viene discutiendo y legislando sobre un momento delicado y fundamental de la vida humana: la muerte y cómo afrontarla. Hasta ahora, en este tema, se han promulgado leyes que han protegido el bien de la vida de la persona, pero nos enfrentamos por primera vez, a un proyecto de ley¹ que busca dar respuesta a la enfermedad o el sufrimiento, promoviendo la muerte de la persona.

2. La Conferencia Episcopal Uruguaya siempre ha hecho oír su voz en defensa de la vida y en este momento queremos hacer pública nuestra valoración sobre la eutanasia y el suicidio asistido, para contribuir al necesario y civilizado debate público sobre un tema tan relevante.

3. A los efectos de esta declaración, queremos aclarar los términos. Entendemos por *Eutanasia* “una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”². Entendemos por *suicidio médicamente asistido* el proporcionar a un enfermo que lo solicita, los fármacos necesarios para causarle la muerte, con el fin de que él mismo se los administre.

4. Desarrollaremos la exposición en tres partes -cada una con una síntesis inicial de lo tratado-, para terminar con un breve resumen conclusivo. Hemos tenido como referencia y en algunos pasajes citado textualmente, documentos que dejamos estipulados al final del mismo.

PRIMERA PARTE:

En favor de una cultura de la vida

a) La vida de cada persona es bella, única, irrepetible e insustituible; b) también cuando es débil, sufriente o se encuentra al final de su tiempo en la tierra; c) es necesario acoger, proteger y acompañar a la persona en la etapa final de su vida; d) las leyes han de defender siempre la dignidad de la persona y garantizar su cuidado.

a) La vida de cada persona es bella, única, irrepetible e insustituible

5. Cuando hablamos de *dignidad humana*, nos referimos al valor incomparable de cada ser humano concreto. Cada vida humana aparece ante nosotros como algo único, irrepetible e insustituible, su valor es independiente de su estado de salud, etnia, sexo, cultura, situación socio económica, o cualquier otra circunstancia.

6. Sentimos que es siempre *con otros* que vamos creciendo en conciencia y libertad, compartiendo la grandiosa tarea de construir nuestro mundo con la razón y el sentimiento, con el arte y la ciencia, con la filosofía y la religión. Cada ser humano es apertura a lo trascendente, está llamado a salir de sí, abriéndose a los demás y a Dios. La vida es bella y merece ser vivida plenamente.

b) También cuando es débil, sufriente o se encuentra al final de su tiempo en la tierra, la vida tiene sentido

7. Sin embargo, *la vida del ser humano es limitada*. Nacemos en la debilidad y en la debilidad terminamos nuestra vida. Y todo lo que hay en medio incluye también momentos y situaciones de debilidad que reclaman solidaridad. La vida incluye ineludiblemente, padecer diversos dolores y penas. Es iluminadora la descripción que se ha hecho del “dolor total”, con sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual³. La medicina y la psiquiatría tienen medios excelentes para paliar una parte de los sufrimientos que afligen al ser humano. Pero la pretensión de eliminar todo sufrimiento de la vida humana es imposible de alcanzar.

8. *No hay mayor padecimiento que la soledad*. Se pueden soportar

dolores inmensos mientras estemos acompañados. Sin embargo, cuando se está solo en la lucha, el padecimiento se agranda a magnitudes tanto mayores, cuanto mayor es la soledad que padecemos. Conociendo esta realidad el papel de la familia, de la medicina paliativa y de la genuina experiencia religiosa cobran un papel fundamental para ayudar a atenuar los sentimientos de soledad en los enfermos.

9. *La muerte nos llegará a todos*, y por más que queramos negarla es una experiencia natural e ineludible y debe ser entendida como una etapa más del ciclo evolutivo de la vida. El sufrimiento, la debilidad y la muerte no son capaces, de por sí, de privar el sentido que es posible dar a la vida. Es más, nuestra conciencia de tener una vida limitada y finita, nos impulsa a buscarle y encontrarle sentido. Enfrentar nuestra propia muerte o la de los seres queridos supone una oportunidad.

Desde la perspectiva de fe, vemos en Job, protagonista de uno de los libros más extraordinarios de la Biblia en el que se intenta abordar el tema del sufrimiento y darle una explicación racional, que termina confesando: “He hablado sin inteligencia de asuntos que me superan y que ignoro”. El sufrimiento, en última instancia es un misterio que desborda nuestra razón, y que solo pasando por él y afrontándolo puede ser iluminado. Por eso Job, tras el enorme padecimiento sufrido, concluye diciendo “Yo -Señor- te conocía solo de oídas, más ahora te han visto mis ojos” (Job 41,3.5). Los tiempos de sufrimiento, no son provocados por Dios, pero sí pueden ayudarnos inclusive a encontrarlo y conocerlo mejor y más cercano.

c) Es necesario acoger, proteger y acompañar a la persona en la etapa final de su vida

10. En Uruguay, con una *población envejecida*, donde el 15% de la población supera los 65 años, la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido deberían ser motivo de preocupación social en relación a ese grupo de personas.

Por otra parte, el Uruguay tiene *tasas de suicidio elevadísimas* -especialmente entre los jóvenes-. Algunos datos señalan que estamos entre los primeros 20 países de mayor proporción de suicidios del mundo en relación a su población y dentro de los primeros de América Latina. En el Uruguay el suicidio duplica la tasa de homicidios y está entre las primeras causas de muerte en nuestra población, superando aun a las que resultan de los accidentes de tránsito.

¿Qué pasa en el corazón de nuestros compatriotas que con tanta frecuencia hace que abandonemos la lucha de la vida y recurramos a nuestra aniquilación?

Por estas razones, nuestra sociedad necesita de leyes que prevegan y desestimulen tanto el suicidio como la eutanasia. Valoramos las leyes que buscan proteger la salud mental⁴, y a la vez, estimulamos el desarrollo de programas que faciliten su cumplimiento. Animamos a los organismos estatales y privados a capacitarse mejor con el fin de detectar casos de depresión, intento de autoeliminación y brindar un tratamiento oportuno. Concomitantemente necesitamos uruguayos que compartan la lucha por la vida, todos juntos, aunque sea un desafío enorme y requiera esfuerzo de parte nuestra.

d) Las leyes han de defender siempre la dignidad de la persona y garantizar su cuidado

11. Es muy relevante la decisión de la Asociación Médica Mundial (AMM), que representa a las organizaciones médicas colegiales de

todo el mundo, de no apoyar, ni la eutanasia ni el suicidio asistido. En su resolución de octubre de 2019 en su septuagésima asamblea general afirma: «*La AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica*. Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de este. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar sustancias médicas cuya finalidad es causar la muerte. Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo».

12. Por otra parte, el Código de Ética Médica (Ley Uruguay 19.286 de 2014) establece en el artículo 46: “La eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, *es contraria a la ética de la profesión*”. Según este artículo el médico nunca debería ser partícipe de una conducta que cause activamente la muerte a otro ser humano.

A su vez, los cuidados paliativos en nuestro país han adquirido un gran desarrollo, aunque aún hay mucho por hacer⁵. Estos cuidados al final de la vida no son un lujo del moribundo, sino un derecho inalienable al que toda persona debería poder acceder⁶.

SEGUNDA PARTE:

Criterios para el debate social ante las nuevas propuestas

a) La eutanasia y el suicidio asistido son éticamente inaceptables. b) Jurídicamente, implica cambiar el valor absoluto de la vida humana y su carácter de derecho humano fundamental indisponible e irrenunciable, contra la Constitución y los Derechos Humanos. c) Legalización del suicidio y homicidio compasivo, con términos ambiguos y fundamentos frágiles. d) Consecuencias previsibles de la legalización de la eutanasia: una pendiente resbaladiza.

a) La eutanasia y el suicidio asistido son éticamente inaceptables

13. *Atentar contra la vida de los seres humanos es una falta ética y un delito gravísimo* porque atenta contra el más fundamental y básico de todos los derechos humanos. Por esa razón, la eutanasia y el suicidio asistido, en tanto implican poner fin a la vida de los pacientes por motivos de sus sufrimientos físicos o emocionales, constituye una forma de homicidio y cooperación al suicidio. La diferencia con respecto a lo que habitualmente se denomina homicidio consiste en que la eutanasia y el suicidio asistido son conductas hechas en un contexto clínico, a petición de la víctima y, supuestamente, con la intención de hacerle el bien al que sufre. Sin embargo, la intención buena, no quita la gravedad moral del hecho objetivo que consiste, eficientemente, en que un ser humano de manera directa o indirecta pone fin a la vida de otra persona.

14. *La dignidad de la persona* se fundamenta en el mismo hecho de ser persona, de ser parte de la humanidad. Decir que es “digna” es el mejor modo de expresar su valor absoluto, único e insustituible, que no se pierde en ninguna circunstancia, y tampoco por el hecho de sufrir⁷. *El imperativo ético “no matarás”* tutela la verdad inscrita en lo más profundo de la conciencia humana desde sus inicios.

La “muerte digna” entonces es aquella de un enfermo que se siente amado y es acompañado y aliviado en su sufrimiento físico, psíquico y espiritual, donde siente a pesar de su fragilidad y de estar cerca de la muerte, que su vida tiene sentido para él y para los demás⁸.

15. Por otra parte, una ley que pretendiera legalizar la eutanasia⁹ desencadenaría otras consecuencias negativas. Amparados en una ley de esa naturaleza, tanto la familia como los médicos, entende-

rán que una persona con sufrimientos insoportables o una enfermedad incurable tienen una vida que no merece vivirse. Y entonces, considerarán que esa persona tiene “derecho” a morir¹⁰, por lo cual no se opondrán a su decisión (cuando, en realidad, la ayuda que precisa es que valoren su vida, lo alivien y acompañen). Y este mismo “derecho” será una carga y una presión (¿por qué, si tengo derecho a morir, voy a causar sufrimiento a mis seres queridos, por qué ser una carga para ellos y para la sociedad?). Y así, en lugar de proteger al más vulnerable, se aumenta su vulnerabilidad.

b) Jurídicamente, implica cambiar el valor absoluto de la vida humana y su carácter de derecho humano fundamental indisponible e irrenunciable, contra la Constitución y los Derechos Humanos.

16. Distinguimos el orden legal del moral. Somos conscientes de que, en ocasiones, las leyes, mirando el bien común, tendrán que tolerar y regular situaciones y conductas inconvenientes. *Pero esto no podrá nunca ser así* cuando lo que está en juego es un derecho humano fundamental e indisponible, como es *el derecho a la vida*.

17. Nuestro ordenamiento jurídico se funda en la igual dignidad de toda persona humana: todos, por ser humanos, tenemos un valor absoluto e incondicional, que no depende de situaciones, ni de valoraciones.

18. Como la vida no es algo distinto de la persona, sino que se identifica con ella, la vida humana (toda vida humana por igual) es digna: es lo más valioso para la sociedad, cada una es fin en sí, no una cosa de la que se puede disponer. Por eso, debe ser reconocida y respetada por todos, y tutelada por el Estado. En esto consiste el derecho

a la vida: un derecho del que surge el correspondiente deber de no matar y, por parte del Estado, de garantizar, por la coacción, el cumplimiento de este derecho.

19. Todas las declaraciones de Derechos Humanos y nuestra Constitución reconocen este derecho a la vida como:

- inherente al ser humano (artículo 7 y 72 de la Constitución¹¹), por lo cual ninguna autoridad o ley puede negar a alguien ese derecho¹²;
- igual: por ser inherente a la condición humana, todos tienen el mismo derecho (artículo 8 de la Constitución);
- absoluto: no puede desconocerse en ninguna situación, a ninguna persona, ni siquiera a quien haya cometido el peor de los crímenes (artículo 26 de la Constitución);¹³
- irrenunciable e indisponible: como no se puede renunciar a ser persona (porque ello no depende de la propia voluntad sino de ser humano), no se puede renunciar a ningún derecho inherente a la personalidad humana.¹⁴

Y se establecen los consiguientes deberes (también absolutos e incondicionales) de:

- respeto por todos (artículo 4.1. del Pacto de San José de Costa Rica): todos tienen el deber de no matar a nadie (prohibición absoluta de no matar);
- tutela por parte del Estado, que debe “proteger” (absoluta e incondicionalmente) el ejercicio de este derecho, empleando para ello la coacción (artículo 7 de la Constitución, y artículo 4.1 del Pacto de San José de Costa Rica: “este derecho estará protegido por la ley”).

20. El proyecto presentado quiere modificar la valoración social del principal derecho: el derecho a la vida. No busca que el médico que

realiza una eutanasia no vaya preso (ya está la causa de impunidad del homicidio piadoso). Quiere que tal acto no sea considerado delito, que no se proteja el bien jurídico vida como derecho indisponible.¹⁵

c) Legalización del suicidio y homicidio compasivo, con términos ambiguos y fundamentos frágiles

21. Es error común a algunas leyes de países que pretenden legalizar la eutanasia y la asistencia al suicidio, hacerlo mediante el *uso de términos genéricos* tales como “sufrimientos insoportables”. También se acuden a conceptos vagos para justificar estas acciones, tales como “vida indigna de ser vivida”, “mala calidad de vida”, “muerte digna”, “autonomía absoluta”. Ninguno de estos términos tienen interpretaciones claras y unívocas. Utilizar en las leyes estos conceptos (de carácter claramente subjetivo) como útiles para delimitar actos objetivos o para determinar quiénes pueden ampararse en el derecho al suicidio, es generar ambigüedades muy proclives al abuso.¹⁶ Por ejemplo la expresión “sufrimiento insoportable”¹⁷, puede ser empleada fuera del marco de una enfermedad terminal, abriendo puertas a situaciones muy diversas, enmarcadas en la subjetividad de la persona y sus circunstancias muchas veces cambiantes.

22. *La autonomía*, ciertamente, es un elemento fundamental en lo que se refiere a la dignidad de la persona. El ser humano -por naturaleza- es libre y se perfecciona con su actuar libre. Pero basar la dignidad de la persona únicamente sobre su autonomía constituye una visión antropológicamente reduccionista del ser humano¹⁸. Más aún, cuando la persona está enferma, en situación terminal, y con “sufrimientos insoportables”, difícilmente pueda ser considerada realmente autónoma. La misma enfermedad, la medicación y otras

circunstancias limitan necesariamente su capacidad de decisión. En el tema de la autonomía surge la pregunta sobre la validez y el contenido objetivo del consentimiento de la persona, ya que existen consentimientos que pese a ser voluntarios van en contra de la dignidad de la propia persona. Por eso, hay derechos fundamentales (particularmente, el derecho a la vida) que son indisponibles: a los que el titular no puede renunciar.

23. Tanto la eutanasia como el suicidio asistido implican actos que no se circunscriben solo al involucrado, sino que siempre *dañan a otros*. De por sí, afectan directamente a la familia, a la sociedad médica y a los fundamentos del estado de derecho.¹⁹

En éste como en otros muchos casos, la sociedad y las leyes, aun reconociendo el valor de la libertad de cada ser humano, establece límites al ejercicio de esa libertad, ya que la autonomía humana no es absoluta ni siquiera respecto a sí mismo.²⁰

24. Las leyes que legalizan la eutanasia y el suicidio médicamente asistido brindan protección legal a los médicos que están dispuestos a causar la muerte o ayudar al suicidio.²¹ Cuando se abre la puerta a un mal (y no se vuelve hacia atrás), difícilmente se pone freno a las consecuencias negativas consiguientes. Esto trae como primera consecuencia la dificultad real para regular la aplicación de la propia ley y el control de los límites del procedimiento.²²

d) Consecuencias previsibles de la legalización de la eutanasia: una pendiente resbaladiza.

25. Los países donde se ha legalizado la eutanasia y el suicidio asistido, se enfrentan actualmente al *efecto llamado “pendiente resba-*

ladiza", constatándose diversos abusos. Legalizada la eutanasia bajo el velo de una presunta compasión, se abren las puertas a la justificación de la eliminación de los más débiles, los deficientes, los terminales, que representarían una carga para la sociedad. Lo que en el comienzo era el estandarte de la autonomía y el respeto a la voluntad de los enfermos, en muchos casos pasa a no ser más que la voluntad de los médicos o de los familiares. Un ejemplo claro al respecto es el aumento del número de casos de muerte por eutanasia año tras año en Holanda desde su legalización,²³ extendiéndose a situaciones en las que no hay una solicitud libre y clara de la víctima.

26. Cuando algo prohibido se permite y comienza a practicarse, progresivamente pasa a ser considerado por los ciudadanos como *algo "normal"* y, por tanto, *aceptado acríticamente*, más si es una acción reservada a médicos (con el prestigio que esta profesión tiene) y bajo el amparo de la ley. Eso es aún más fácil si resulta un buen negocio económico y es defendido por algunas corrientes ideológicas. La voluntad de la mayoría se vuelve criterio supremo de lo público, incluso cuando viola derechos inalienables de personas concretas. Se corre el riesgo de que la vida de todos los seres humanos pierda su valor incondicional y pase a depender del hecho de no estar enferma, de no sufrir, o de la aceptación de la familia y de los médicos.

27. La medicina presenta tres dimensiones: preventiva, curativa y paliativa, las cuales se complementan. En un primer momento se hará prevención de la enfermedad intentando evitarla, cuando ésta aparece se intentará curarla, y cuando esto no sea posible se aunarán esfuerzos que alivien al enfermo de los sufrimientos que pueda implicarle a él y a su familia. Al recurrirse a la eutanasia queda sus-

tituida esta función integral, humanista y altruista de la medicina, poniendo fin al supuesto problema que implica el sufrimiento, mediante la muerte del enfermo. Se da así *una pérdida de confianza* en la relación médico-paciente-familia que es esencial para la buena práctica de la medicina, lo que termina generando *un daño a la propia profesión médica*.

TERCERA PARTE:

Una cultura del encuentro y del amor

a) La verdadera compasión y el respeto a la dignidad de la persona. b) La recta compasión no es obstinación terapéutica. c) Leyes que favorezcan el acceso universal a la medicina paliativa y a un sistema nacional de cuidado. d) La Buena Noticia de Dios plenitud de vida y amor.

a) La verdadera compasión y el respeto a la dignidad de la persona

28. *La auténtica compasión* es acoger al enfermo como persona que está atravesando una situación dura, transmitirle lo valioso que es su vida, aunque el enfermo no lo pueda visualizar en el momento, sostenerlo en los momentos de dificultad, rodearlo de afecto y atención y poner los medios necesarios para aliviar el sufrimiento; se trata de suprimir el dolor pero no de poner fin a la vida del paciente.

29. La verdadera compasión para que la persona viva una muerte digna es el trato respetuoso y amoroso, en primer lugar, de las *familias*. Necesitamos familias compasivas y protectoras de sus integrantes más frágiles y vulnerables. Pero el Estado, a través de sus leyes, debe buscar todos los medios para que las familias que sufren a causa de seres queridos vulnerables, sean respaldadas de una forma suficiente y adecuada, no solo desde el punto de vista sanitario, sino también económico y social. Respaldamos entusiastamente todo sistema estatal de cuidados que garantice efectivamente este derecho de las familias. Es necesario que la legislación uruguaya proporcione a las familias los medios adecuados para acompañar a sus integrantes, cuando están experimentando sufrimientos físicos o emocionales muy intensos.

30. En segundo lugar, la compasión se manifiesta en una medicina respetuosa y atenta con el enfermo. Nunca se debe reducir a la persona humana, aunque se encuentre enferma, a la categoría abstracta de paciente. Por este motivo valoramos enormemente la forma de accionar de la *Medicina Paliativa*, la que se define según la OMS como la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias

por un equipo multidisciplinar, cuando la expectativa no es la curación. La meta final es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y de sus familiares. Si es necesario, ese apoyo debe incluir el proceso de duelo.

La Medicina Paliativa ha brindado al conjunto de la práctica médica la conciencia y el estímulo para recuperar su más ancestral fortaleza: la humanización de la medicina; o, en otras palabras, recuperar una medicina centrada en las necesidades de la persona que sufre, reforzando su potencialidad de lucha para afrontar los sufrimientos que padezca.

b) La recta compasión no es obstinación terapéutica

31. Al mismo tiempo que afirmamos nuestra oposición a la eutanasia y a la asistencia al suicidio, también nos oponemos como éticamente reprobable a toda conducta que esté enfocada a *prolongar obstinada e inútilmente la vida biológica*, cuando el proceso de deterioro ya ha llegado al punto de irreversibilidad. En este caso, constituye una conducta éticamente inaceptable la utilización de métodos diagnósticos o terapéuticos que, incapaces de revertir la situación de terminalidad, agregan más sufrimiento a la vida del enfermo. Por el contrario, permitir que la vida llegue a su fin, cuando el proceso de desintegración corporal es irreversible, forma parte de la aceptación de la muerte como realidad antropológica común a todo ser humano.²⁴ Tal como lo expresa un libro de la sabiduría: "Hay un tiempo para nacer y hay un tiempo para morir" (Ecle 3,2).

32. *La sedación paliativa* es una indicación médica científica y ética-

mente correcta, que se plantea cuando los pacientes padecen síntomas refractarios²⁵ que le provocan un sufrimiento intolerable.²⁶ Exige un control clínico permanente del efecto buscado y requiere para su inicio el consentimiento explícito o implícito del paciente, o en caso de incapacidad, delegado en un familiar directo.

Los cuidados básicos (alimentación, hidratación, aseo, cambios posturales) deben continuarse y serán periódicamente evaluados. Previamente hay que posibilitar al paciente que pueda resolver sus eventuales obligaciones personales, civiles, profesionales, familiares, morales y religiosas.²⁷

c) Leyes que favorezcan el acceso universal a la medicina paliativa y a un sistema nacional de cuidado

1. Consideramos altamente deseable que los legisladores de nuestro país aprueben leyes que garanticen dos propósitos de extraordinario contenido humanitario:

I) *el acceso universal a la Medicina Paliativa* a fin de ayudar a morir con paz y dignidad a los enfermos terminales, sin adelantar su muerte, y sin empeñarse con tratamientos inútiles que no mejoran su condición y atentan contra su calidad de vida.

II) *el acceso universal al Sistema Nacional de Cuidados* para que las familias tengan un respaldo profesional y económico para hacer frente al desafío de atender a un familiar que está experimentando deterioros físicos y emocionales irreversibles hacia la muerte.

34. Por el contrario, pensamos que la responsabilidad de los políticos, en este momento de nuestra sociedad es no aprobar ninguna ley que facilite la ejecución del suicidio en cualquiera de sus formas

(sea auto ejecutado o asistido por otra persona) y, menos, que levante la prohibición absoluta de matar y que establezca que sea la noble profesión médica la encargada de determinar que hay vidas sin valor y de eliminarlas.

El grado de desarrollo de un país se mide sobre todo por el modo de tratar a sus miembros más vulnerables. Sería muy triste que, en lugar de ofrecer alivio, ayuda y acompañamiento, la sociedad uruguaya ofrezca, como solución al dolor, al abandono y a la debilidad, la muerte. No es esa la forma de hacer “que los más infelices sean los más privilegiados”.

d) La Buena Noticia de Dios plenitud de vida y amor

35. No quisiéramos terminar esta declaración sin compartir la certeza de que la vida humana es creada y sostenida por Dios, dándole de esta forma *su dignidad última*.

36. Los cristianos miramos a *Jesús como el Buen Pastor* que por el camino de la Verdad nos conduce a la Vida. Muere por nosotros y resucita, revelándonos el valor del sufrimiento y de nuestra muerte como participación en su amor pleno.

El mismo Jesús ha creado el *sacramento de la Unción de los enfermos* para recibir la fuerza del Espíritu Santo, y vivir nuestra enfermedad y muerte a la luz del designio de Dios Padre que nos ha creado para ser sus hijos y gozar de la felicidad eterna.

37. La presencia de María de Nazaret, Madre de Jesús al pie de la cruz, es un *testimonio que nos ayuda* a hacer de nuestros sufrimientos y de nuestra muerte una ofrenda de amor para vivirla en clave evangélica.

38. Estamos convencidos que compartir los momentos humanos de mayor debilidad se puede transformar en la gran oportunidad para encontrar juntos el sentido divino de nuestra vida. Nos comprometemos a continuar compartiendo en un posterior mensaje esta experiencia cristiana que sostiene nuestra esperanza.

39. A fin de que los lectores puedan comprender mejor los mensajes principales que hemos querido transmitir en este documento, queremos hacer un resumen conclusivo.²⁸

RESUMEN CONCLUSIVO

1. La dignidad de la persona se fundamenta en el mismo hecho de pertenecer a la especie "humana". La vida de cada persona es bella, única, irrepetible e insustituible. Además es limitada, la acompaña diversos sufrimientos y también la muerte. Necesitamos un Uruguay que acoja, proteja, promueva y acompañe a cada persona en toda su existencia, incluida la etapa final de su vida terrena, a través de la fundamental ayuda de la familia, la medicina paliativa y la genuina experiencia religiosa.

2. Valoramos enormemente la forma de accionar de la Medicina Paliativa. Lo propio de ella es cuidar, aliviar y consolar, humanizando el proceso de la muerte de forma profesional, afectuosa y cercana.

3. No es éticamente aceptable causar la muerte de un enfermo, ni siquiera para evitarle el dolor y el sufrimiento, aunque él lo pida expresamente. Ni el paciente, ni el personal sanitario, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona. En última instancia, esa acción constituye un género de homicidio llevado a cabo en contexto clínico.

4. Tampoco es éticamente aceptable la obstinación terapéutica que consiste en querer prolongar la vida del paciente a toda costa, sabiendo que no se proporciona un beneficio al paciente. La aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos desproporcionados solo sirve para prolongar inútilmente la agonía.

5. La sedación paliativa es una indicación médica científica y éticamente correcta, que se plantea cuando los pacientes pa-

decen síntomas refractarios que le provocan un sufrimiento intolerable. Exige un control clínico permanente del efecto buscado y requiere para su inicio el consentimiento explícito o implícito del paciente, o en caso de incapacidad, delegado en un familiar directo.

Los cuidados básicos (alimentación, hidratación, aseo, cambios posturales) deben continuarse y ser periódicamente evaluados.

6. Nuestra sociedad necesita apoyar las leyes que prevengan y desestimulen cualquier género de eutanasia y suicidio asistido. Valoramos las leyes que han permitido el acceso universal a programas de salud mental, a la medicina paliativa y al sistema nacional de cuidados, pero aún es preciso desarrollar programas que faciliten su cumplimiento y la accesibilidad real a toda la población.

7. Jurídicamente, un proyecto en favor de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido, implica cambiar el valor absoluto de la vida humana y su carácter de derecho humano fundamental indisponible e irrenunciable, contra la Constitución y los Derechos Humanos.

8. Se induce a error y se abre la puerta a una cadena de violaciones de la dignidad de la persona humana cuando se pretende legalizar la eutanasia y la asistencia al suicidio, mediante el uso de términos genéricos tales como “sufrimientos insoportables” y cuando se los quiere justificar con conceptos

vagos como “autonomía absoluta”, “vida indigna de ser vivida” y “muerte digna”. Ninguno de estos términos tienen interpretaciones claras y unívocas. La experiencia en otros países demuestra que terminan dando lugar a diversos abusos.

9. En las enfermedades graves y más aún cuando probablemente se acerca la muerte, las personas se encuentran por lo general especialmente necesitadas y deseosas de múltiples apoyos, así como de asistencia religiosa. Se trata de un hecho coherente con la naturaleza espiritual del ser humano constatado a nivel sociológico. La Iglesia, servidora de la humanidad, quiere ofrecer la luz de *la vida eterna que emana de Cristo muerto y resucitado*, capaz de llenar de amor, misericordia y esperanza las situaciones más complejas y, en muchas ocasiones, dolorosas de la existencia humana. Solo así podremos llegar con paz y dignidad a expresar en el momento final sentimientos confiados y palabras similares a aquellas de Jesucristo en su agonía: “En tus manos, Padre, encomiendo mi espíritu” (Lc 23,46).

Como obispos del Uruguay hemos querido hacer nuestro aporte en esta importante problemática moral. Invocamos la protección del Altísimo para que ilumine a los representantes del Pueblo a fin de que legislen a la luz de la dignidad de la persona y los Derechos Humanos. Del mismo modo pedimos a Dios que oriente y fortalezca al personal de la salud, a las comunidades cristianas y a las familias, para que cuiden y respeten el valor incondicional de las personas que se acercan al final de la vida.

Notas al final

1 “Proyecto de ley sobre eutanasia y suicidio médicamente asistido” presentado recientemente en la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes por el diputado Ope Pasquet (se cita Proyecto OP).

2 Juan Pablo II, Carta Encíclica Evangelium vitae, 65. En la práctica se refiere a la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, en un contexto médico.

3 Introducido por Cicely Saunders (1918-2005), considerada la fundadora de los cuidados paliativos. Defendió el derecho a morir con dignidad y se opuso firmemente a la eutanasia.

4 Ley N° 19.529 sobre Salud Mental.

5 Desde el año 2011 donde la cobertura de Cuidados Paliativos era de un 18% hasta el año 2019 que ascendió hasta casi el 60%. Es decir que acceden en nuestro país 6 de cada 10 uruguayos. Esto varía en los distintos departamentos, siendo Montevideo el que presenta mayor cobertura (95%) y otros departamentos como Tacuarembó y Artigas que no llegan al 20%. (datos del Área Programática de Cuidados Paliativos, MSP 2019).

6 Se encuentran formalmente consignados en la ley 18.211 artículo 4, ley 18.335 art 6,7 y 8, en el anexo II del SNIS decreto 465/008 y en los objetivos sanitarios nacionales del año 2015. En diciembre de 2019 se incorporaron los lineamientos para la implementación y desarrollo de los cuidados paliativos en Uruguay.

7 De aceptar una ley como la propuesta habrá dos clases de seres humanos: unos cuyas vidas deben respetarse y otros a los que se les puede quitar la vida; los primeros tienen una vida digna y los segundos, no; los primeros son dignos (pues la vida es el ser, el existir), y los otros, no; unos son personas (por eso tienen dignidad) y los otros, no.

8 La ley 18355, art 17 expresa el “Derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado para ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida cuando no existan razonables expectativas de mejoría”.

9 En el caso del “Proyecto OP” dice en su artículo primero: “le da muerte”, por lo tanto estamos hablando claramente de eutanasia (como lo expresa el título de la ley).

10 No existe un derecho al suicidio, sí un derecho a la vida.

11 “Es persona todo individuo de la especie humana” (artículo 21 del Código Civil); “persona es todo ser humano” (artículo 1.2. de la Convención Americana de Derechos Humanos).

12 Como tiene dicho la Suprema Corte de Justicia, está dentro de “esa esfera de lo no decidible” que, “en la democracia constitucional o sustancial”, “se ha convenido sustraer a la decisión de la mayoría” (Sentencia N° 365/2009, de 19 de octubre de 2009).

13 En la misma sentencia (y en otras muchas), señala la Suprema Corte de Justicia: “corresponde señalar que la Carta reconoce la existencia de variados derechos fundamentales, pero ninguno de ellos -con excepción del derecho a la vida (art. 26)- tiene constitucionalmente carácter absoluto, pudiendo en consecuencia ser limitados por el legislador”. Es decir: este derecho no puede limitarse en ningún caso, ante ninguna situación; no depende de la valoración de nadie (ni del propio sujeto), sino del solo hecho de ser humano.

14 Esta indisponibilidad del derecho a la vida está recogida en el artículo 44 de la Constitución: “Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad” (si hay un deber relativo al derecho a la propia salud, con mayor razón hay un deber relativo al derecho a la propia vida). Los deberes son, por definición, irrenunciables.

15 Consideramos que es necesario hacer un riguroso estudio jurídico de lo que la eutanasia y el suicidio asistido implica como contradicción y menoscabo al conjunto del sistema jurídico uruguayo. En ese sentido queremos remitir a un intento hecho por uno de nuestros peritos, que puede resultar muy valioso por las informaciones y reflexiones jurídicas que aporta a los electores.

16 Aliviar es quitar un mal: el sufrimiento; matar es quitar un bien inestimable (que se identifica con la persona: la vida) que constituye el primer derecho y fundamento de los demás.

17 Proyecto OP: “una patología terminal, irreversible e incurable o afligida por sufrimientos insoportables”. En este caso la conjunción disyuntiva “o” lo separa de una enfermedad terminal y da lugar a abusos.

18 La libertad no es un derecho absoluto (como la vida), sino que se determina y justifica en función del objeto de la acción que se debe realizar libremente. Hay derecho a la libertad de expresión, de pensamiento, de trabajo, de comercio, de asociación, etc.; no libertad para hacer cualquier cosa.

19 Daniel Callahan (célebre bioético norteamericano) afirma que la “Eutanasia es un acto que requiere a dos personas para hacerlo posible y una sociedad cómplice para hacerlo aceptable”.

20 Por ejemplo, la obligatoriedad de la vacunación infantil, de la educación formal, etc.

21 En nuestro país la actual ley penal establece que es delito el homicidio, aunque se haga “por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima” (en cuyo caso, el Juez puede eximir de la pena al médico -art. 37 del Código Penal-) y que es delito también la “determinación o ayuda al suicidio” (art. 315 del Código Penal). Con respecto al “Proyecto OP” vemos que el médico decide, hace el acto y envía el informe luego de haber realizado la práctica, por lo tanto el proyecto le da una protección legal total. Es claro que esto conduce a un cambio en la valoración de los ciudadanos sobre la vida humana.

22 Por lo general las dificultades surgen por tiempos muy acotados, que involucran a más de un funcionario de la salud y/o del Estado, que pueden o no tener la autorización firmada de la persona directamente involucrada, etc.

23 Más del 80% de los médicos holandeses ha realizado la eutanasia en algún momento de su carrera profesional,

AFRONTAR EL FINAL DE LA VIDA

30% a dos pacientes por año y 14% a 3 pacientes por año y este número sigue aumentando. Inge Freriksen, portavoz del Ministerio holandés de Salud en 2012 afirmó que “El texto de la ley no ha cambiado pero ha evolucionado la forma en que los médicos la entienden” (Conceptos y preceptos éticos al final de la vida, Prof. Dr. Marcos Gómez Sancho, agosto 2019, Torre de las comunicaciones de ANTEL)

24 La ley 18.473, del año 2009 (Voluntad anticipada), da derecho para que una persona decida no recibir tratamiento médico ante una enfermedad terminal.

25 Se entiende por síntoma refractario al que no se puede controlar adecuadamente con los tratamientos disponibles para tal fin, aplicados por profesionales entrenados y en un tiempo razonable.

26 Está basado en el principio bioético del doble efecto: se refiere a un efecto buscado beneficioso, con el fin de aliviar el sufrimiento, y uno colateral no deseado, como la disminución del nivel de conciencia, que puede ocurrir por ejemplo con el uso de opiáceos en el tratamiento del dolor.

27 Cf. CEE 2019

28 Para este resumen hemos extraído algunos párrafos del documento de la CEE 2019. En otros casos los hemos resumido a nuestra manera.

Algunos documentos tenidos en cuenta para la redacción de esta declaración:

- San Juan Pablo II, Carta Apostólica *Salvifici doloris* sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano, 1984; Encíclica *Veritatis splendor*, 1993; Encíclica *Evangelium vitae*, 1995.

- Catecismo de la Iglesia católica, nn. 2276-2283.

- Conferencia Episcopal Española, “*Declaración con motivo del proyecto de ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida*”, CCXX Comisión Permanente de la CEE, 2011 (se cita CEE 2011).

“*Sembradores de Esperanza: Acoger, proteger y acompañar en la etapa final de esta vida*”, CEE, 2019.