

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Morir con dignidad: el Magisterio de la Iglesia

Fernando Chomalí Garib

Master en Bioética

Dr. En Teología

Ingeniero Civil de la Pontificia Universidad Católica de Chile

I. La medicina y la muerte

El tema en cuestión ha sido una preocupación constante de la Iglesia Católica que 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, *Salvifici Doloris*. De la Congregación para la Doctrina de la Fe nos encontramos con el documento "Declaración sobre la eutanasia", y del Consejo Pontificio *Cor Unum*, 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 de que la Medicina ha logrado en este último tiempo un desarrollo espectacular. Lo que ha significado que en la actualidad técnicas altamente sofisticadas y de alto costo han permitido, por una parte, pronosticar la muerte con anticipación y, por otra, prolongar el proceso que conducirá inevitablemente a la muerte de una persona. Situación de hondo contenido humano que ha de ser analizado cuidadosamente por las implicancias antropológicas y éticas que lleva grabada.

II. El contexto cultural

Bajo estas nuevas condiciones, sumado a 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 algunos casos de personas que han sido, gracias a los medios que se disponen actualmente, mantenidas con vida en condiciones muy precarias y de modo artificial.

No menos preocupación y debate ha producido el hecho de personas que han solicitado la muerte como salida a situaciones de gran sufrimiento, 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. Tu 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".

Hoy, el tema está latente, solo 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 de 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 a la vida.

Son muchos los movimientos que han surgido, especialmente en los países desarrollados, que reclaman este derecho (1). 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 hoy 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 solo 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 (2).

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 (3).

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

Estos elementos culturales, por lo demás muy asimilados en la conciencia de la población, han encontrado una favorable acogida en algunas legislaciones. En Holanda, por ejemplo, la eutanasia 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. En algunos estados de Estados Unidos de América ha sido motivo de referéndum. Observando algunos estudios de derecho comparado hay que decir que poco a poco esta es la tendencia que se va imponiendo en los países europeos.

IV. La urgencia de una reflexión

Es evidente que decisiones de este tipo trascienden el objeto propio de la Medicina. 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 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, más aún, que constituya esto en un derecho, es verdaderamente humana, o se está deslizando hacia una concepción utilitarista de la vida que necesariamente irá en desmedro de las personas más vulnerables de la sociedad. Resulta legítimo preguntarse si bajo esta concepción de la vida y de la muerte no terminará el médico siendo un mero ejecutor de los deseos del paciente y no un profesional con un *ethos* ampliamente conocido y valorado, 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 obliga a conducir el tema al ámbito de la antropología filosófica y teológica, así como de la ética y del derecho.

Otro factor que se ha de tener presente, además de la interdisciplinariedad, es el hecho de que el tema que nos ocupa tiene gran relevancia no solo 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 solo la enfermedad del paciente, sino su dignidad de persona en el ocaso de la vida y próximo a la muerte, así como 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, etc. Una lectura atenta de diversos autores permite descubrir que la comprensión de estos conceptos es inseparable de la visión que se tenga de la vida y de su sentido, así 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. Esa es la empresa que pretendo realizar apoyándome de modo especial en algunos documentos eclesiales.

VI. Terminología

1. *Eutanasia*

La Congregación para 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" (4).

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" (5).

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" (6).

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 (7).

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 la siguiente pregunta: ¿El caso de una persona con dolores insoportables, a los que, por lo demás, no está obligada, a la que se le suministren ciertos fármacos o se le realicen ciertas intervenciones para aliviarle el dolor, lo cual podría adelantarle el momento de la muerte, puede 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. Y 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 querida ni buscada, por lo que no se configura como eutanasia. En este caso la causa de la muerte no es debida como causa primera a 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" (8).

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 sí de mantener la medida de las cosas frente a los recursos técnicos, de no actuar si de modo irracional, de comportarse según prudencia" (9). 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 (10).

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, así como la omisión de tratamientos inútiles e incluso dañinos que producen un prolongamiento abusivo de la vida.

Bajo esas condiciones nos encontramos frente a lo que se denomina 'encarnizamiento terapéutico', que pasaré a analizar.

2. Encarnizamiento terapéutico

Los progresos extraordinarios de la Medicina han permitido que se mantengan en vida por un período prolongado, con el auxilio de una serie de técnicas, a personas muy próximas a su muerte natural. Esta situación lleva a cuestionarse sobre la licitud de la aplicación de estas técnicas que solo logran prolongar la agonía del paciente pero que en ningún caso le va a restituir la salud. Resulta significativo que la bibliografía estudiada, tanto a nivel de las organizaciones médicas como legislativas y religiosas, concuerda en rechazar tales prácticas.

Partiendo del planteamiento de Juan Pablo II, de que curarse y hacerse curar es una obligación moral, y de que esta obligación debe medirse con las situaciones concretas (11), 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.

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. 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" (12).

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 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 accidentados. Tampoco 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.

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, en concreto es competencia de los médicos tratantes, que han de actuar con ciencia y en conciencia. De más 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 será tratado más adelante por ser un ámbito 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. Ellos 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 (13).

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" (14).

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, de aquellos que no imponen ninguna carga extraordinaria ni para sí mismo ni para los otros. Ello implica la posibilidad tanto de abstenerse como de suspender ciertos tratamientos.

4. 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 respetuosas 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 solo 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, ya sea 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 **(15)**.

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.

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, cuales son sus relaciones sociales, especialmente su relación familiar, así como la integridad de su personalidad.

En el contexto de una Medicina altamente tecnificada, resulta preocupante el hecho de 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 **(16)**. 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 **(17)**.

5. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos de los que se hablará en detalle más adelante, responden a una manera nueva de comprender y asumir al enfermo terminal. Su aproximación es interdisciplinar, por lo que toman en consideración no solo 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" (18).

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" (19).

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, cual 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, 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. 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.

1 Estos movimientos son: Voluntary Euthanasia Society, en Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelandia. Exit, en Gran Bretaña y Suiza. Society for the right to Die, en Estados Unidos. Association pour le droit de mourir dans la Dignité, en Francia, Bélgica y Canadá. NVVVE, en Holanda. Cf. 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. 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.

3 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.

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

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

6 *Evangelium Vitae* 64.

7 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".

8 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.

9 *Ibíd.*

10 Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre la eutanasia, 5 de mayo de 1980.

11 *Evangelium Vitae* 65.

12 Nota sobre la Eutanasia, 15 de abril de 1986.

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

14 Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe de la Conferencia Episcopal Española, Nota sobre la eutanasia, 15 de abril de 1986.

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

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

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

18 *Evangelium Vitae* 65.

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