

Carta  
Congregación para  
la Doctrina de la Fe

---

# *Samaritanus bonus*

sobre el cuidado de las personas en las  
fases críticas y terminales de la vida

---

## COMPENDIO



United States Conference of Catholic Bishops  
Secretariado de Actividades Pro-Vida

# Carta

Congregación para la Doctrina de la Fe

# *Samaritanus bonus*

sobre el cuidado de las personas en las fases  
críticas y terminales de la vida

## COMPENDIO

---

*En 2020, la Congregación para la Doctrina de la Fe del Vaticano publicó la carta Samaritanus bonus para quienes son enfermos críticos o moribundos y ofrece guía pastoral adicional para situaciones complejas al final de la vida. A continuación encontrará resúmenes de cada sección de Samaritanus bonus, preparados por el Secretariado de Actividades Pro-Vida de la Conferencia de obispos católicos de EE.UU. para servir como introducción y recurso para esta carta.*

# PRESENTACIÓN

El Buen Samaritano que deja su camino para socorrer al hombre enfermo (cfr. *Lc* 10,30-37) es la imagen de Jesucristo que encuentra al hombre necesitado de salvación y cuida de sus heridas y su dolor. Él es el médico de las almas y de los cuerpos. Pero, ¿cómo concretar hoy este mensaje? ¿Cómo traducir el mensaje del Buen Samaritano en una capacidad de acompañamiento de la persona enferma en las fases terminales de la vida?

El extraordinario desarrollo de las tecnologías biomédicas ha acrecentado las capacidades del cuidado de los pacientes. La Iglesia mira con esperanza estos desarrollos, y ve una oportunidad de servicio al bien integral de la vida y de la dignidad de todo ser humano. Sin embargo, todo progreso en los agentes sanitarios reclama una capacidad de discernimiento moral para evitar el uso desproporcionado y deshumanizante de la tecnología, sobre todo en fases críticas de la vida humana.

La complejidad de los sistemas sanitarios contemporáneos pueden reducir la relación de confianza médico-paciente a una relación técnica y contractual, un riesgo que afecta, sobre todo, a países que legitiman formas de suicidio asistido y eutanasia voluntaria. Estas oscurecen el valor de la vida humana en la enfermedad, el sentido del sufrimiento y el significado del tiempo que precede a la muerte.

Ante tales desafíos, el presente documento intenta iluminar a pastores y fieles en sus preocupaciones y dudas acerca de sus deberes hacia los enfermos en las fases críticas y terminales de la vida. *Todos son llamados a dar testimonio junto al enfermo para llevar a cabo el deseo de Jesús de que todos sean una*

*sola carne*. Es necesaria una aclaración moral y práctica sobre cómo asistir al más débil en las etapas más delicadas y decisivas de su vida.

Aunque diversas Conferencias Episcopales han publicado documentos y cartas pastorales buscando dar una respuesta a estos desafíos, las dudas acerca de la celebración de los Sacramentos para aquellos que intentan poner fin a su vida reclaman una intervención más clara de parte de la Iglesia, con el fin de: (1) reafirmar el mensaje del Evangelio y los fundamentos doctrinales del Magisterio, invocando la misión de cuantos están en contacto con los enfermos; y (2) proporcionar pautas pastorales precisas para favorecer el encuentro personal del paciente con el Amor misericordioso de Dios.

## HACERSE CARGO DEL PRÓJIMO

Es difícil reconocer el profundo valor de la vida humana cuando, a pesar de todo esfuerzo, esta se muestra en su debilidad y fragilidad. Mientras que el sufrimiento genera inagotables preguntas sobre el sentido de la vida, una fiel custodia de la vida humana hasta su cumplimiento natural ha sido confiada a cada persona, agente sanitario o pastoral, así como al mismo enfermo y a su familia.

El cuidado médico parte de la vulnerabilidad de la condición humana. Por ser una unidad de cuerpo y alma, cada persona es temporalmente *fnita*, que anhela lo *infinito* y un destino *eterno*. Esta vulnerabilidad da fundamento a la *ética del cuidado*, entendida como solicitud, premura, coparticipación y responsabilidad hacia las mujeres y hombres que se nos han confiado porque están necesitados.

La relación de cuidado revela un principio de justicia: la promoción de la vida humana y no hacer daño a la persona. Es el principio que Jesús da: “todo lo que deseáis que los demás hagan con vosotros, hacedlo vosotros con ellos” (Mt 7,12).

El cuidado de la vida es, por tanto, la primera responsabilidad del médico en el encuentro con el enfermo. Esta responsabilidad existe incluso cuando una cura es imposible. El cuidado tiene que atender al bienestar fisiológico, psicológico y espiritual de un paciente. La medicina posee una dimensión de “arte terapéutica” que implica una relación estrecha entre el paciente, los agentes sanitarios, familiares y la comunidad. *Arte terapéutica, actos clínicos y cuidado* están inseparablemente unidos en la práctica médica.

El Buen Samaritano se hace cargo del hombre medio muerto que encuentra al borde del camino e invierte en él no solo el dinero que tiene, sino también aquel que no tiene y que espera ganar. Así Cristo nos invita a tal caridad sobrenatural y a identificarnos con cada enfermo: “Cada vez que

lo hicisteis con uno de estos, mis hermanos más pequeños, conmigo lo hicisteis” (Mt 25,40).

Las relaciones construidas al reconocer la *fragilidad* y la *vulnerabilidad* de la persona enferma son vitales. La debilidad nos recuerda nuestra dependencia de Dios. Todo sujeto que cuida al enfermo tiene la responsabilidad de encontrarse con un bien fundamental e inalienable, la persona humana, que impone no poder saltarse el límite del respeto de sí y del otro, hasta la llegada natural de la muerte. Se trata de tener una *mirada contemplativa*<sup>1</sup> que capta en la existencia propia y de los otros un prodigio único, recibido como un *don*. Es la mirada de quién, guiado por la fe, reconoce en la enfermedad la confianza para abandonarse al Señor.

La medicina debe aceptar el límite de la muerte como parte de la condición humana. Cuando una enfermedad se reconoce como mortal, es un hecho dramático, que se debe comunicar al enfermo con gran humanidad y también con confiada apertura a la perspectiva sobrenatural.

Reconocer la imposibilidad de curar ante la eventualidad de la muerte, no significa, sin embargo, el final de los cuidados médicos. La comunicación con los enfermos incurables significa asegurarle el cuidado hasta el final: “*curar si es posible, cuidar siempre*”<sup>2</sup> El cuidado apropiado del enfermo deberá proporcionar el apoyo físico, psicológico, social, familiar y religioso. El cuidado pastoral de todos, familiares, médicos, enfermeros y capellanes, puede ayudar al enfermo a persistir en la gracia santificante y a morir en la caridad, en el Amor de Dios. Si falta la fe, el miedo al sufrimiento y a la muerte, constituyen las causas principales de la tentación de controlar la llegada de la muerte, aun anticipándola, con la eutanasia o el suicidio asistido.

## SECCIÓN II

# LA EXPERIENCIA VIVIENTE DEL CRISTO SUFRIENTE Y EL ANUNCIO DE LA ESPERANZA

En la experiencia viviente del Cristo sufriente, su agonía en la Cruz y su Resurrección, se manifiesta la cercanía del Dios en la angustia y el dolor, que pueden golpear a los enfermos y sus familiares, durante las jornadas en el final de la vida. No solo es Cristo el hombre familiarizado con el dolor sino que las palabras del profeta Isaías (cfr. *Is 53*) recuentan su experiencia de la incompreensión, de la mofa y del abandono. La experiencia de Cristo hace eco en los enfermos que son vistos con frecuencia como una carga para la sociedad.

Todo enfermo necesita no solo ser escuchado, sino comprender que Cristo “sabe” lo que significa sentirse solo, abandonado, angustiado frente a la perspectiva del dolor. Su sufrimiento aumenta cuando la sociedad mide su valor en términos de la calidad de vida y lo hacen sentir una carga para los demás. Por eso, volver la mirada a Cristo significa saber que se puede recurrir a quien ha probado en su carne el dolor de la flagelación y de los clavos, y la traición de los amigos más queridos.

En la Cruz de Cristo están concentrados todos los males y sufrimientos del mundo: todo *el mal físico*, de los cuales la cruz, es el emblema; todo *el mal psicológico*, expresado en la muerte de Jesús en la más sombría soledad y traición; todo *el mal moral*, manifestado en la condena a muerte del Inocente; todo *el mal espiritual*, destacado en la desolación que hace percibir el silencio de Dios.

En la presencia de María su madre y de los discípulos, que “estaban” bajo la Cruz está la cercanía que permite a Jesús vivir las horas que parecen sin sentido.

La Cruz parece semejante, simbólicamente, a las enfermedades que clavan a una cama. Aquellos que “están” con el enfermo le permiten reconocer una mirada humana que da sentido al tiempo de

la enfermedad. *Porque en la experiencia de sentirse amado, toda vida encuentra su justificación.* Cristo ha estado sostenido, en su pasión, por el amor del Padre y de su Madre. Mirar al Crucificado significa ver una escena en la que Cristo transfigura las horas más tenebrosas de la experiencia humana. Los que “están” junto a la Cruz, participan en el misterio de la Redención.

Así, la muerte puede convertirse en una esperanza más grande. La esperanza que Cristo transmite al que sufre es la de su presencia, de su real cercanía. La Resurrección manifiesta que la última palabra no es jamás la muerte, el dolor o el sufrimiento. Cristo resurge *en* la historia y en la Resurrección existe la confirmación del amor del Padre que no abandona. Contemplar la experiencia del Cristo sufriente significa entregar una esperanza capaz de dar sentido al tiempo de enfermedad y muerte. Esta esperanza es el amor que resiste a la tentación de la desesperación.

Aunque son muy importantes y están cargados de valor, <sup>3</sup>los cuidados paliativos no bastan si no existe alguien que “está” junto al enfermo y le da testimonio de su valor único e irrepitible. No es suficiente estar solo “alrededor” de la Cruz como estaban también los soldados, los curiosos, los distraídos, los indiferentes y los resentidos.

A los que se encargan del enfermo, la escena de la Cruz proporciona un elemento para comprender que cuando *parece que no hay nada más que hacer todavía queda mucho por hacer*, porque el “estar” es un signo del amor y de la esperanza que lleva en sí. El anuncio de la vida después de la muerte no es una ilusión o un consuelo sino una certeza que está en el centro del amor, que no se acaba con la muerte.

## SECCIÓN III

# EL “CORAZÓN QUE VE” DEL SAMARITANO: LA VIDA HUMANA ES UN DON SAGRADO E INVOLABLE

El hombre, en cualquier condición física o psíquica, mantiene su dignidad originaria de haber sido creado a imagen de Dios. La fundación definitiva de la dignidad humana descansa en la realidad que Dios se hizo hombre para salvarnos y llamarnos a la comunión con Él. Pertenece a la Iglesia el acompañar con misericordia a los más débiles en su camino de dolor, para orientarlos a la salvación de Dios. La Iglesia “considera el servicio a los enfermos como parte integrante de su misión”<sup>4</sup>

El programa del Buen Samaritano es “un corazón que ve”. Él “enseña que es necesario convertir la mirada del corazón, porque muchas veces los que miran no ven. ¿Por qué? Porque falta compasión”.<sup>5</sup> El corazón del Buen Samaritano ve dónde hay necesidad de amor y obra en consecuencia.

La vida es un don sagrado e inviolable<sup>6</sup> y toda persona, creada por Dios, tiene una vocación trascendente y una relación única con Aquel que da la vida. Dios Creador ofrece al hombre la vida y su dignidad como un don precioso a custodiar y acrecentar y del cual, finalmente, rendirle cuentas a Él.

La Iglesia afirma el sentido positivo de la vida humana como un valor ya perceptible por la recta razón. La vida es el primer bien porque es condición del disfrute de todos los demás bienes.

El valor inviolable de la vida es una verdad básica de la ley moral natural y un fundamento esencial del ordenamiento jurídico. Así como no podemos aceptar que otro ser humano sea nuestro

esclavo, aunque nos lo pidiese, no podemos elegir directamente atentar contra la vida de un ser humano, aunque este lo pida. Suprimir un enfermo que pide la eutanasia no significa reconocer su autonomía y apreciarla; al contrario significa desconocer el valor de su libertad, condicionada por la enfermedad, y el de su vida, negándole cualquier posibilidad de ver el sentido de su existencia. Es más, es asumir el puesto de Dios de decidir el momento de la muerte.

## SECCIÓN IV

# LOS OBSTÁCULOS CULTURALES QUE OSCURECEN EL VALOR SAGRADO DE TODA VIDA HUMANA

Algunos factores limitan la capacidad de captar el valor intrínseco de toda vida humana: el primero se refiere a un uso equívoco del concepto de “muerte digna” en relación con el de “calidad de vida”. En esta perspectiva utilitarista, la vida viene considerada digna solo si tiene un nivel aceptable de calidad, en orden a la presencia-ausencia de determinadas funciones psíquicas o físicas. Según esta perspectiva, cuando la calidad de vida parece pobre, no merece la pena prolongarla. *No se reconoce que la vida humana tiene un valor por sí misma.*

Un segundo obstáculo que oscurece la percepción de la sacralidad de la vida es una errónea comprensión de la “compasión”.<sup>7</sup> La eutanasia “compasiva” propone que para no sufrir es mejor morir. En realidad, la compasión humana no consiste en provocar la muerte, sino en acoger al enfermo, en sostenerlo en medio de las dificultades, en ofrecerle afecto, atención y medios para aliviar el sufrimiento.

El tercer factor, es un individualismo creciente, que induce a ver a los otros como amenaza de la propia libertad. El individualismo está en la raíz de la que es considerada como la enfermedad latente de nuestro tiempo: la soledad.<sup>8</sup> Cuantos se encuentran en una condición de dependencia y no alcanzan la perfecta autonomía y reciprocidad son cuidados en virtud de un favor. Se empobrecen así las relaciones interpersonales, privadas de la caridad y solidaridad humana, tan necesarias para afrontar los momentos

y las decisiones más difíciles de la existencia.

Este modo de pensar hace mella en el sentido mismo de la vida, haciéndola fácilmente manipulable, también a través de leyes que legalizan las prácticas eutanásicas, procurando la muerte de los enfermos. En tales circunstancias, surgen dilemas infundados sobre la moralidad de los actos de simple cuidado de la persona, como hidratar y alimentar a un enfermo en estado de inconsciencia.

El papa Francisco ha hablado de la “cultura del descarte”<sup>9</sup> donde las víctimas son los seres humanos más frágiles, que corren el riesgo de ser “descartados” por un engranaje que quiere ser eficaz a toda costa. Juan Pablo II lo calificó como “cultura de la muerte”<sup>10</sup> que genera confusión entre el bien y el mal. En esta cultura del descarte y de la muerte, la eutanasia y el suicidio asistido aparecen como una solución errónea para resolver los problemas relativos al paciente terminal.

## LA ENSEÑANZA DEL MAGISTERIO

### 1

#### ***La prohibición de la eutanasia y del suicidio asistido***

La Iglesia, en la misión de transmitir la gracia del Redentor y la ley santa de Dios, siente el deber de intervenir para excluir toda ambigüedad en relación con el Magisterio sobre la eutanasia y el suicidio asistido. Los protocolos médicos para situaciones de final de la vida, como el *Do Not Resuscitate* despierta graves problemas en relación con el deber de tutelar la vida del paciente en las fases más críticas de la enfermedad. Por una parte los médicos se sienten cada vez más vinculados a la autodeterminación del paciente. Se pueden sentir privados de la libertad y del deber de obrar tutelando la vida allí donde podrían hacerlo. Por otra parte, preocupa el abuso denunciado del empleo de tales protocolos, cuando ni el paciente ni la familia, es consultado en la decisión. La legalización de la eutanasia deja amplios márgenes de ambigüedad en relación con el deber de cuidado.

Por estas razones, la Iglesia considera que debe reafirmar como enseñanza definitiva que la eutanasia es un *crimen contra la vida humana* porque, con tal acto, el hombre elige causar directamente la muerte de un ser humano inocente. La definición de eutanasia es elegir “una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”.<sup>11</sup>

La eutanasia por lo tanto, es un acto intrínsecamente *malo, en toda ocasión y circunstancia*. Toda cooperación formal o material inmediata a tal acto es un pecado grave contra la vida humana. La eutanasia es un acto homicida que ningún fin puede legitimar y que no tolera ninguna forma de complicidad o colaboración. Aquellos que aprueban leyes sobre la eutanasia y el suicidio asistido se hacen cómplices del grave pecado.

La vida tiene la misma dignidad y el mismo valor para todos y cada uno: el respeto de la vida del otro es el mismo que se debe a la propia existencia. Una persona que elige con plena libertad quitarse la vida rompe su relación con Dios y con los demás. El suicidio asistido aumenta la gravedad, porque hace partícipe a otro de la propia desesperación y a romper la alianza que constituye la familia humana.

Cuando la petición de eutanasia nace de la desesperación, y “aunque la responsabilidad personal pueda estar disminuida o no existir, el error de juicio de la conciencia... no modifica la naturaleza del acto homicida”.<sup>12</sup> Tales prácticas no son nunca una ayuda auténtica al enfermo, sino una ayuda a morir.

La eutanasia y el suicidio asistido son una elección siempre incorrecta. El personal médico y los agentes sanitarios no pueden prestarse a ninguna práctica eutanásica ni siquiera a petición del interesado, y mucho menos de sus familiares.<sup>13</sup>

Son gravemente injustas las leyes que legalizan la eutanasia o que justifican o ayudan el suicidio. La existencia de estas leyes hiere profundamente las relaciones humanas, la justicia y amenazan la confianza entre los seres humanos. Tales leyes golpean el fundamento del orden jurídico: el derecho a la vida, que sostiene todo otro derecho.

El papa Francisco recuerda que lo que hace que la vida humana sea preciosa se está erosionando progresivamente porque la vida se valora cada vez más por su eficiencia y utilidad, hasta el punto de considerar como ‘vidas descartadas’ o ‘vidas indignas’ las que no se ajustan a este criterio.<sup>14</sup>

En algunos países, decenas de miles han muerto por eutanasia. Son frecuentes los abusos denunciados por los médicos sobre la supresión de la vida de personas que jamás habrían deseado la eutanasia.



De hecho, la petición de la muerte en muchos casos es un síntoma de la enfermedad, agravado por el aislamiento y el desánimo.

En lugar de condenar a los que quieren acelerar la muerte, el cristiano debe ofrecer al enfermo la ayuda indispensable para salir de su desesperación. La vida terrena no es el valor supremo. La felicidad última está en el cielo. El cristiano ayudará al moribundo a liberarse de la desesperación y a poner su esperanza en Dios.

Desde la perspectiva clínica, los factores que determinan la petición de eutanasia y suicidio asistido son el dolor no gestionado y la falta de esperanza, inducida por una atención psicológica y espiritual a menudo inadecuada. Las peticiones que invocan la muerte no deben ser entendidas como “una verdadera voluntad de eutanasia; estas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto”.<sup>15</sup>

El “final de la vida”, cuando va acompañado por el dolor y el sufrimiento, se puede afrontar con dignidad viendo en el acontecimiento de la muerte el horizonte de vida eterna y afirmando el destino trascendente de toda persona. Aquellos que atienden a una persona con una enfermedad crónica o en la fase terminal de la vida, debe velar con quien sufre, “consolarlos”, y abrirlos a la esperanza.

“Llorad con los que lloran” (Rm 12,15). Amar es posible y el sufrimiento se llena de significado en relaciones que comparten la condición humana y la solidaridad en el camino hacia Dios. Cuando el médico y el enfermo se unen por el reconocimiento del valor de la vida y del sentido místico del sufrimiento, se comprende el buen obrar médico, superando la visión individualista y utilitarista hoy predominante.

## 2

### ***La obligación moral de evitar el ensañamiento terapéutico***

La Iglesia recuerda que, cuando se acerca el término de la existencia terrena, la dignidad de la persona se concreta como derecho a morir en la mayor serenidad posible. Acelerar la muerte o retrasarla con el “ensañamiento terapéutico” priva a la muerte

de su debida dignidad. La medicina actual dispone de medios capaces de retrasar artificialmente la muerte, sin que el paciente reciba un beneficio real. Ante la inminencia de la muerte, es lícito renunciar a los tratamientos que procurarían una prolongación precaria y penosa de la vida. No es lícito suspender los cuidados eficaces para mantener funciones fisiológicas esenciales siempre que el organismo pueda beneficiarse de ellas (como la hidratación, la nutrición y la termorregulación). La suspensión de toda obstinación irrazonable *no debe ser una retirada terapéutica*.

La renuncia a medios extraordinarios y/o desproporcionados “no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte”.<sup>16</sup> El principio de proporcionalidad se refiere al bienestar total de la persona enferma. Toda acción médica debe tener siempre como objetivo la promoción de la vida y nunca la búsqueda de la muerte.

## 3

### ***Los cuidados básicos: el deber de alimentación e hidratación***

Principio fundamental e ineludible del acompañamiento en condiciones críticas y/o terminales del enfermo es la *continuidad de la asistencia* en las funciones fisiológicas esenciales. Un cuidado básico debido a toda persona es administrar los alimentos y líquidos necesarios para mantener la homeostasis del cuerpo. Cuando la nutrición e hidratación no resulten de beneficio al paciente, porque no está en grado de absorberlo o metabolizarlo, la administración viene suspendida. De este modo, no se anticipa ilícitamente la muerte por privación sino que se respeta la evolución natural de la enfermedad. La privación de estas ayudas es una acción injusta y puede ser fuente de gran sufrimiento para quien lo padece. Alimentación e hidratación no constituyen un tratamiento médico, sino que representan el cuidado debido al paciente. Pueden exigir una administración artificial, con la condición que no resulte dañina para el enfermo o le provoque sufrimientos inaceptables.

### ***Los cuidados paliativos***

La medicina paliativa es un instrumento precioso e irrenunciable para acompañar al paciente en las fases más dolorosas, crónicas y terminales de la enfermedad. Los cuidados paliativos son la expresión auténtica de la acción humana y cristiana del cuidado, el símbolo tangible del compasivo “estar” junto al que sufre. El objetivo es “aliviar el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y de asegurar un acompañamiento humano” digno,<sup>17</sup> mejorándole —en la medida de lo posible— la calidad de vida y el completo bienestar. La experiencia enseña que los cuidados paliativos disminuyen drásticamente el número de personas que piden la eutanasia.

La asistencia espiritual al enfermo y familiares, forma parte de los cuidados paliativos. Esta infunde confianza y esperanza en Dios al moribundo y a los familiares. Al acercarse el fin, una terapia analgésica eficaz permite al paciente afrontar la enfermedad y la muerte sin miedo a un dolor insoportable.

El cuidado paliativo no puede dar una respuesta radical al sufrimiento ni eliminarlo de la vida de las personas. Una pretensión semejante genera una falsa esperanza, causando una desesperación mayor en el que sufre. La ciencia médica es capaz de conocer cada vez mejor el dolor físico, pero el enfermo requiere una atención no meramente técnica. “El vino de la esperanza” es la contribución específica de la fe cristiana en el cuidado del enfermo y hace referencia al modo como Dios vence el mal en el mundo.

Debe precisarse que la definición de los cuidados paliativos en años recientes, ha asumido una connotación que puede resultar equívoca. En algunos países, las legislaciones que los regulan ofrecen la llamada Asistencia Médica a la Muerte (MAiD), que puede incluir la eutanasia y el suicidio asistido. Estas previsiones legislativas son un motivo de confusión grave, porque hacen creer que es moralmente lícito pedir la eutanasia o el suicidio asistido como parte de los cuidados paliativos.

En estos contextos legislativos, las intervenciones paliativas pueden consistir en administrar fármacos

para anticipar la muerte o suspender la hidratación y la alimentación, incluso cuando la muerte no sea inminente. Estas prácticas equivalen a una *acción u omisión directa para procurar la muerte y son ilícitas*. La difusión de estas leyes, constituye una irresponsabilidad frente a personas, que solo tendrían necesidad de ser mejor atendidas pero que son guiadas a elegir la eutanasia.

### ***El papel de la familia y los hospicios***

En el cuidado del enfermo terminal es central el papel de la familia. En ella la persona viene apreciada por sí misma. Es esencial que el enfermo no se sienta una carga, y la familia necesita la ayuda para cumplir esta misión. Es necesario que los Estados reconozcan la función primaria y fundamental de la familia, destinando los recursos y las estructuras necesarias para ayudarla. El acompañamiento humano y espiritual de la familia es un deber en las estructuras sanitarias de inspiración cristiana porque constituye una *única unidad de cuidado con el enfermo*.

*Los hospicios* que acogen a enfermos terminales, para asegurar el cuidado hasta el último momento, es algo bueno y de gran ayuda. Después de todo, “la respuesta cristiana al misterio del sufrimiento y de la muerte no es una explicación sino una Presencia”<sup>18</sup> que se hace cargo del dolor y lo abre a una esperanza confiada. Estas estructuras son un ejemplo de humanidad, santuarios del dolor vivido con plenitud de sentido. Deben estar equipadas con personal especializado y materiales específicos, siempre abiertos a la familia: en estas situaciones son necesarios agentes sanitarios y pastorales preparados no solo bajo el perfil clínico, sino también practicantes de una verdadera vida de fe y esperanza, dirigida hacia Dios.

### ***El acompañamiento y el cuidado en la edad prenatal y pediátrica***

Desde la concepción, los niños afectados por malformaciones o patologías de cualquier tipo son *pequeños pacientes* que la medicina hoy es

capaz de asistir y acompañar de manera respetuosa con la vida. Su vida es sagrada, única, irrepitable e inviolable, *exactamente como aquella de toda persona adulta.*

Niños afectados por patologías prenatales que terminarán en la muerte en un breve espacio de tiempo deberán ser acompañados, como cualquier otro paciente, hasta la consecución de la muerte natural. *El comfort care perinatal favorece un proceso asistencial integrado,* junto al apoyo de médicos y agentes pastorales, con la presencia constante de la familia. El acompañamiento empático de un niño en fase terminal, tiene el objetivo de *añadir vida a los años del niño y no años a su vida.*

Especialmente, *los Hospicios Perinatales* proporcionan un apoyo esencial a las familias que acogen el nacimiento de un hijo en condiciones de fragilidad. El acompañamiento médico y espiritual y el apoyo de otras familias testigos, que han pasado por la misma experiencia, constituyen un recurso esencial. Las iniciativas para expandir el acceso a estos centros es un deber pastoral. Cuidar a estos niños ayuda a los padres a elaborar el luto y a concebirlo no solo como una pérdida, sino como una etapa de un camino de amor recorrido junto al hijo.

Desafortunadamente, la cultura dominante no promueve esta perspectiva. El uso obsesivo del diagnóstico prenatal y una cultura hostil a la discapacidad inducen, con frecuencia, a elegir el aborto. El aborto es la eliminación deliberada de una vida inocente y nunca es lícito. El diagnóstico prenatal con una finalidad selectiva es contrario a la dignidad de la persona y gravemente ilícito porque es expresión de una mentalidad eugenésica. Después del nacimiento, la suspensión, o el no inicio de los cuidados al niño apenas nacido, además de inhumano, es gravemente inmoral.

*Un principio fundamental de la asistencia pediátrica es que el niño en la fase final de la vida tiene el derecho al respeto y al cuidado,* evitando el ensañamiento terapéutico y la anticipación intencional de su muerte. El cuidado pastoral reclama la participación a la vida divina en el Bautismo y la Confirmación.

No deben reducirse los cuidados integrales del pequeño enfermo, en sus diversas dimensiones fisiológica, psicológica, afectivo-relacional y espiritual. La suspensión de terapias desproporcionadas *no deberá suprimir los cuidados básicos* que incluyen alivio de dolor, hidratación, nutrición, termoregulación y otras.

El camino del acompañamiento hasta el momento de la muerte debe permanecer abierto, con los cuidados adecuados personalizados a las necesidades personales del paciente. La evaluación y la gestión del dolor físico del niño son esenciales para respetarlo y acompañarlo. El mantenimiento del vínculo afectivo entre los padres y el hijo es parte integrante del proceso de cuidado. La oración de las personas cercanas, tiene un valor sobrenatural y no debe pasarse por alto.

La evaluación costes-beneficios de los cuidados, no puede constituir el fundamento para decidir abreviar su vida con el objetivo de evitarle sufrimientos, con acciones u omisiones que por su naturaleza o en la intención sean eutanásicas.

## 7

### ***Terapias analgésicas y supresión de la conciencia***

Para disminuir los dolores del enfermo, la terapia analgésica utiliza fármacos que pueden causar la supresión de la conciencia (sedación). Aunque un profundo sentido religioso puede permitir al paciente vivir el dolor como un ofrecimiento especial a Dios, la Iglesia afirma la licitud de la sedación como parte de los cuidados al paciente, de tal manera que el final de la vida acontezca con la máxima paz posible. Es bueno cuidar la preparación espiritual del enfermo para que llegue conscientemente tanto a la muerte como al encuentro con Dios. El uso de los analgésicos que cause directa e intencionalmente la muerte es una práctica eutanásica y es inaceptable. La sedación debe excluir, como su objetivo directo, la intención de matar, incluso si es posible un condicionamiento a la muerte inevitable.

En el contexto pediátrico es un deber médico reducir al máximo posible el sufrimiento del niño, de tal manera que pueda alcanzar la muerte natural en paz.

## 8

### ***El estado vegetativo y el estado de mínima conciencia***

Es siempre engañoso pensar que el estado vegetativo, y el estado de mínima conciencia, en sujetos que respiran autónomamente, sean un signo de que el enfermo haya cesado de ser persona humana con toda la dignidad que le es propia. Al contrario, *en estos estados de máxima debilidad, debe ser reconocido en su valor y asistido con los cuidados adecuados.*

El paciente en estos estados tiene derecho a la alimentación y a la hidratación aun por vías artificiales. Sin embargo, en algunos casos, tales medidas pueden llegar a ser desproporcionadas, o porque su administración no es eficaz, o porque crean una carga excesiva y provocan efectos negativos que sobrepasan los beneficios.

Es necesario prever una ayuda adecuada a los familiares para llevar el peso prolongado de la asistencia al enfermo en estos estados. Ese apoyo deberá procurar que no se desanimen y a no ver como única solución la interrupción de los cuidados.

## 9

### ***La objeción de conciencia por parte de los agentes sanitarios y de las instituciones sanitarias católicas.***

Ante las leyes que legitiman la eutanasia o el suicidio asistido, se debe negar cualquier cooperación formal o material. Estas situaciones constituyen un ámbito específico para el testimonio cristiano, en las cuales “es necesario obedecer a Dios antes que a los hombres” (Hch 5,29). No existe el derecho al suicidio ni a la eutanasia: *el derecho existe para tutelar la vida y no para causar la muerte.* Nunca es lícito colaborar con semejantes acciones inmorales. El único verdadero derecho es aquel del enfermo a ser acompañado y cuidado con humanidad.

Los cristianos no deberán colaborar con prácticas como la eutanasia y el suicidio asistido que se oponen a la Ley de Dios. La colaboración formal

ocurre cuándo hay participación directa en un acto contra la vida o por compartir en la intención de tal acto. Esta cooperación con el mal nunca puede justificarse invocando el respeto a la libertad de los demás, ni apoyarse en el hecho de que la ley civil la prevea y exija.

Es necesario que los Estados reconozcan la objeción de conciencia en ámbito médico y sanitario. Donde esta no esté reconocida, se puede llegar a deber desobedecer la ley. Los agentes sanitarios no deben vacilar en pedir este derecho. Las instituciones sanitarias deben superar las presiones económicas que les inducen a aceptar la eutanasia. Todo esto requiere una toma de posición clara y unitaria por parte de las Conferencias Episcopales, Iglesias locales, así como las comunidades e instituciones católicas para tutelar el derecho a la objeción de conciencia.

Las instituciones sanitarias católicas constituyen un signo concreto del modo con el que la comunidad eclesial, tras el ejemplo del Buen Samaritano, se hace cargo de los enfermos. Están llamadas a ser fieles testigos de los valores fundamentales y cristianos constitutivos de su identidad. Este testimonio requiere la abstención de comportamientos de evidente ilicitud moral y la obediencia a las enseñanzas del Magisterio. Cualquier otra acción, que no corresponda a estos valores, perjudica la atribución de la calificación de “católica” a la misma institución sanitaria. Además, no es éticamente admisible una colaboración institucional con otras estructuras hospitalarias hacia las que orientar y dirigir a las personas que piden la eutanasia.

El derecho a la objeción de conciencia no debe hacernos olvidar que los cristianos no rechazan estas leyes en virtud de una concepción religiosa privada, sino de un derecho inviolable de toda persona, esencial para el bien común de toda la sociedad. Estas leyes proeutanasia minan los fundamentos mismos de la dignidad humana.

## 10

### ***El acompañamiento pastoral y el apoyo de los sacramentos***

La muerte es un momento decisivo en el encuentro de la persona con Dios Salvador. La Iglesia está llamada a acompañar espiritualmente a los fieles, ofreciéndoles la oración y los sacramentos. Ayudar al cristiano a vivirlo es un acto supremo de caridad, porque “ningún creyente debería morir en la soledad y en el abandono.”<sup>19</sup>

La parábola del Buen Samaritano indica cual debe ser la relación con el prójimo que sufre, que actitudes hay que evitar —indiferencia, apatía, prejuicio, miedo a mancharse las manos, encerrarse en sus propias preocupaciones. Y cuales hay que poner en práctica —atención, escucha, comprensión, compasión, discreción.

La invitación a imitar el ejemplo del samaritano “*Ve y haz también tú lo mismo*” (Lc 10,37), es una llamada a no subestimar el potencial humano de presencia, disponibilidad, acogida, implicación. La calidad del amor y del cuidado contribuye a alejar el terrible deseo de poner fin a la vida. Este acompañamiento es parte de la ruta definida por los cuidados paliativos y debe incluir al paciente y a su familia.

El hacerse cargo del sufrimiento de otros es una tarea que abraza la responsabilidad de toda la comunidad cristiana. San Pablo afirma que, cuando un miembro sufre, todo el cuerpo está sufriendo (cfr. 1 Cor 12,26). El acompañamiento pastoral reclama el ejercicio de las virtudes de la *empatía*, de la *compasión*, del hacerse cargo del sufrimiento del enfermo compartiéndolo, y del *consuelo*, del entrar en la soledad del otro para hacerle sentirse amado, acogido, acompañado, apoyado.

El ministerio que el sacerdote ofrece, puede y debe tener un papel decisivo. Dada la importancia de su acompañamiento humano, pastoral y espiritual del enfermo en fase terminal, es necesario que su formación tenga una preparación orientada. Es importante que se formen los médicos y agentes sanitarios, porque circunstancias específicas pueden hacer difícil la presencia del sacerdote a la cabecera del enfermo.

Nuestra manera de cuidar al prójimo que sufre significa favorecer el encuentro con el Señor de la vida, el único capaz de verter, de manera eficaz, sobre las heridas humanas el aceite del consuelo y el

vino de la esperanza.

El momento sacramental es siempre el culmen de toda la tarea pastoral de cuidado que lo precede y fuente de todo lo que sigue.

La Iglesia llama sacramentos “de curación”<sup>20</sup> a la Penitencia y a la Unción de los enfermos, que culminan en la Eucaristía. Mediante la cercanía de la Iglesia, el enfermo vive la cercanía de Cristo que lo acompaña en el camino hacia la casa del Padre (cfr. Jn 14,6) y lo ayuda a no caer en la desesperación, sosteniéndolo en la esperanza, sobre todo cuando el camino se hace más penoso.

## 11

### ***El discernimiento pastoral hacia quien pide la eutanasia o el suicidio asistido.***

Un caso en el que hoy es necesario reafirmar la enseñanza de la Iglesia es el acompañamiento pastoral de quien ha pedido la eutanasia o el suicidio asistido. Respecto al sacramento de la Reconciliación, el confesor debe asegurarse que haya contrición, la cual es *necesaria para la validez de la absolución*: “dolor del alma y detestación del pecado cometido, con propósito de no pecar en adelante.”<sup>21</sup> Una persona que ha elegido un acto gravemente inmoral y persevera en él libremente no está en disposición para la recepción de los sacramentos de la Penitencia, con la absolución, y de la Unción, así como del Viático. Este penitente podrá recibir tales sacramentos en el momento en el que su disposición a cumplir los pasos concretos permita al ministro concluir que el penitente ha modificado su decisión.

Esta posición de la Iglesia no es un signo de falta de acogida al enfermo. Está atenta a escrutar los signos de conversión suficientes, para que los fieles puedan pedir la recepción de los sacramentos. *Posponer la absolución es un acto medicinal de la Iglesia, no para condenar al pecador, sino para persuadirlo hacia la conversión.*

Es necesaria una cercanía con la persona que no puede recibir los sacramentos, que invite siempre a la conversión. Sobre todo si la eutanasia no se lleva a cabo inmediatamente. Habrá entonces la posibilidad

de un acompañamiento para modificar la elección errónea, y que el enfermo se abra al acceso a los sacramentos.

Sin embargo, no es admisible por parte de aquellos que asisten espiritualmente a estos enfermos ningún gesto exterior que pueda ser interpretado como una aprobación de la acción eutanásica. Esta presencia solo puede interpretarse como complicidad.

## 12

### ***La reforma del sistema educativo y la formación de los agentes sanitarios***

Hoy, con tantos desafíos en relación con la tutela de la vida en la fase más crítica de la existencia, el papel de la educación es ineludible. La familia, la escuela, otras instituciones educativas y las comunidades parroquiales deben trabajar con perseverancia para despertar y madurar la sensibilidad hacia el prójimo y su sufrimiento, de la que se convirtió en símbolo la figura evangélica del Samaritano.

A las capellanías hospitalarias se les pide ampliar la formación espiritual y moral de los agentes sanitarios, incluidos médicos, personal de enfermería y voluntarios, para que sepan dar la atención necesaria en la fase terminal de la vida. El cuidado psicológico y espiritual del paciente durante toda la evolución de la enfermedad debe ser una prioridad.

Los cuidados paliativos deben difundirse en el mundo. Es obligatorio preparar los cursos universitarios para la formación especializada de los agentes sanitarios. Es prioritaria la difusión de una meticulosa información sobre la eficacia de los cuidados paliativos para un acompañamiento digno hasta la muerte natural. Las instituciones sanitarias de inspiración cristiana deben preparar protocolos que incluyan una apropiada asistencia psicológica, moral y espiritual como componente esencial de los cuidados paliativos. La asistencia humana y espiritual debe volver a entrar en las formaciones académicas y en las prácticas hospitalarias.

Además, las estructuras sanitarias y asistenciales deben preparar modelos de asistencia psicológica y espiritual para los agentes sanitarios que cuidan a los pacientes terminales. *Hacerse cargo de quienes*

*cuidan* es esencial para evitar que no recaiga sobre ellos todo el peso del sufrimiento y de la muerte de los pacientes incurables. Necesitan apoyo y de momentos de discusión y de escucha adecuados para poder procesar valores y emociones, y el sentido del sufrimiento y de la muerte en su servicio a la vida. Tienen que percibir el sentido profundo de la esperanza y la conciencia que su misión es una verdadera vocación a apoyar y acompañar el misterio de la vida y de la gracia en las fases dolorosas y terminales de la existencia.

# CONCLUSIÓN

El misterio de la Redención del hombre está enraizado de una manera sorprendente en el compromiso amoroso de Dios con el sufrimiento humano. Por eso podemos fiarnos de Dios y transmitir esta certeza en la fe al hombre sufriente y asustado por el dolor y la muerte.

La esperanza siempre es posible. “Cada persona debe sentirse llamada personalmente a testimoniar el amor en el sufrimiento”.<sup>22</sup> La Iglesia aprende del Buen Samaritano el cuidado del enfermo terminal y obedece así el mandamiento unido al don de la vida: *¡respeta, defiende, ama y sirve a la vida, a toda vida humana!*<sup>23</sup> El evangelio de la vida es un evangelio de la compasión y de la misericordia dirigido al hombre concreto, débil y pecador, para levantarlo, mantenerlo en la vida de la gracia y, si es posible, curarlo de toda posible herida.

No basta, sin embargo, compartir el dolor; es necesario sumergirse en los frutos del Misterio Pascual de Cristo para vencer el pecado y el mal. Para ser eficaz, el testimonio cristiano de la esperanza debe ser vivido en la fe implicando a todos, familiares, enfermeros, médicos. Debe incluir la pastoral de las diócesis y de los hospitales católicos, llamados a vivir con fidelidad *el deber de acompañar* a los enfermos, en particular, en las fases críticas y terminales de la vida.

El Buen Samaritano, pone en el centro de su corazón el rostro del hermano en dificultad, y le ofrece todo lo necesario para levantarlo de la desolación y abrir en su corazón hendiduras de esperanza. Curados por Jesús, nos transformamos en seres llamados a anunciar su poder sanador y hacernos cargo del prójimo.

Esta vocación al amor y cuidado del otro, lleva consigo ganancias de eternidad, y se anuncia de manera explícita por el Señor en esta paráfrasis del juicio final: *recibid en heredad el reino, porque estaba enfermo y me habéis visitado. ¿Cuándo, Señor? Todas las veces que habéis hecho esto con un hermano vuestro más pequeño, a un hermano vuestro que sufre, lo habéis hecho conmigo* (cfr. Mt 25,31-46).

---

*El Sumo Pontífice Francisco, en fecha 25 de junio de 2020 ha aprobado esta Carta, decidida en la Sesión Plenaria de esta Congregación el 29 de enero de 2020, y ha ordenado su publicación.*

Dada en Roma, desde la sede de la Congregación para la Doctrina de la Fe, el 14 de julio de 2020, memoria litúrgica de san Camilo de Lelis.

# NOTAS

1 Cfr. Juan Pablo II, Carta encíclica *Centesimus annus* (1 mayo 1991), 37: AAS 83 (1991), 840.

2 Juan Pablo II, *Discurso a los participantes al Congreso Internacional sobre “Los tratamientos de soporte vital y estado vegetativo. Progresos científicos y dilemas éticos”* (20 marzo 2004), 7: AAS 96 (2004), 489.

3 El cuidado paliativo es cuidado médico especializado para personas con enfermedad grave, centrado en el alivio de síntomas y estrés mientras todavía están buscando tratamiento sanador. Los pacientes son candidatos para el cuidado paliativo siempre que enfrenten una enfermedad seria. El cuidado puede perseguir objetivos curativos y de consuelo que pueden llevarse a cabo durante meses, años y décadas. Estos objetivos pueden cambiar con la progresión de la enfermedad o condición. El cuidado paliativo es integral porque lo suple un equipo de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes y otros profesionales enfocados en el manejo del dolor físico y de los síntomas, como también en las necesidades sicosociales y espirituales. El equipo de cuidados paliativos trabaja al servicio del paciente para coordinar todos los aspectos de dicho cuidado, la comunicación y las decisiones, así como aclaración y ajuste de los objetivos del cuidado en el transcurso del tiempo, y también ofrece apoyo a la familia.

4 Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 9.

5 Francisco, *Discurso a los participantes en la Asamblea Plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe* (30 enero 2020): *L'Osservatore Romano*, 31 enero 2020, 7.

6 Cfr. Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), 49: AAS 87 (1995), 455. «el sentido más verdadero y profundo de la vida: ser un don que se realiza al darse».

7 Cfr. Francisco, *Discurso a la Federación Nacional de las Ordenes de Médicos Cirujanos y de los Odontólogos* (20 septiembre 2019): *L'Osservatore Romano*, 21 septiembre 2019, 8: “Son formas apresuradas de tratar opciones que no son, como podría parecer, una expresión de la libertad de la persona, cuando incluyen el descarte del enfermo como una posibilidad, o la falsa compasión frente a la petición de que se le ayude a anticipar la muerte”.

8 Cfr. Benedicto XVI, Carta encíclica *Caritas in veritate* (junio 29 2009) 53: AAS 101 (2009), 688. “Una de las pobreza más hondas que el hombre puede experimentar es la soledad. Ciertamente, también las otras pobreza, incluidas las materiales, nacen del aislamiento, del no ser amados o de la dificultad de amar”.

9 Cfr. Francisco, Exhortación apostólica *Evangelii gaudium* (24 noviembre 2013), 53 AAS 105 (2013), 1042; ver también: Id., *Discurso a la delegación del Instituto “Dignitatis Humanae”* (7 diciembre 2013): AAS 106 (2014) 14-15; Id., *Encuentro con los ancianos* (28 septiembre 2014): AAS 106 (2014), 759-760.

10 Cfr. Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), 12: AAS 87 (1995), 414.

11 Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración *Iura et bona* (5 mayo 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

12 *Ibid.*

13 Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 169.

14 Francisco, *Discurso a los participantes en la Asamblea Plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe* (30 enero 2020): *L'Osservatore Romano*, 31 enero 2020, 7.

15 Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración *Iura et bona* (5 mayo 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

16 Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), 65: AAS 87 (1995), 476.

17 Francisco, *Discurso a la plenaria de la Pontificia Academia para la Vida* (5 marzo 2015): AAS 107 (2015), 274, citando a: Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae* (25 de marzo de 1995), 65: AAS 87 (1995), 476. Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, 2279.

18 C. Saunders, *Watch with Me: Inspiration for a life in hospice care*, Observatory House, Lancaster, UK, 2005, 29.

19 Benedicto XVI, *Discurso a los participantes al Congreso de la Pontificia Academia para la Vida sobre el tema “Junto al enfermo incurable y al moribundo: orientaciones éticas y operativas”* (25 febrero 2008): AAS 100 (2008), 171.

20 *Catecismo de la Iglesia Católica*, 1420.

21 Concilio de Trento, ses. XIV, *De sacramento penitentiae*, cap. 4: DH 1676,

22 Juan Pablo II, Carta Apostólica *Salvifici doloris* (11 febrero 1984), 29 AAS 76 (1984), 246.

23 Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), 5: AAS 87 (1995), 407.

\*Cfr. *Samaritanus bonus* © 2020, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano. El resumen está compuesto de citas y adaptaciones que se utilizan con permiso. Se reservan todos los derechos. Copyright © 2021, United States Conference of Catholic Bishops, Washington, D.C. Se reservan todos los derechos.