

Sobre el fin de la vida y la eutanasia

En este momento de la historia, por motivos diversos, relacionados con la comprensión del ser humano, los avances de la tecnología, la realidad de la globalización... se están revisando los procesos relacionados con el fin de la vida, los derechos de las personas, la finalidad de la medicina o la toma de decisiones éticas.

En estas páginas tratarán de dar pistas para situarse ante situaciones extremadamente complejas y, en muchos casos, muy dolorosas y dramáticas, más allá de polémicas de tono político o ideológico.

1. ¿Cuándo se muere una persona?

Es necesario, para iniciar la cuestión, situar el momento del que se está hablando: el final de la vida. Hoy en día se ha acentuado su percepción como un proceso, salvo -claro está- en situaciones en las que la inmediatez provoca un fin abrupto.

La evolución de la medicina y los medios técnicos de los que se goza en muchos lugares ha transformado el morir en un proceso. No es conveniente hablar de un momento puntual de la muerte, cuanto del **proceso de morir** por el que se llega a la muerte, en el que se alcanza un estadio en el que la persona ha dejado de existir como totalidad unificada¹. Aunque es necesario poner una fecha y una hora en un certificado de defunción, en muchos enfermos -sobre todo los que han sido mantenidos con vida para usar sus órganos para trasplantes, ese dato depende de las circunstancias más apropiadas dado que es posible mantener con vida a la persona durante bastante tiempo.

Lo que significa que la cuestión de determinar la muerte será un problema siempre abierto. Los criterios técnicos para determinar la muerte deben y tienen que ser racionales y prudentes. No pueden ser ciertos de modo absoluto, lo que exige certeza moral y prudencia². Deberían ser los médicos los que ajustan dichos criterios constantemente, delimitando marcos de actuación, habida cuenta que la ciencia se encuentra en evolución constante.

No es, por lo tanto, un criterio teológico, el que determina la muerte de una persona:

...la Iglesia no hace elecciones científicas. Se limita a cumplir su deber evangélico de confrontar los datos que brinda la ciencia médica con la concepción cristiana de la unidad de la persona, poniendo de relieve las semejanzas y los posibles conflictos que podrían poner en peligro el respeto a la dignidad humana³.

Lo cual no es incompatible con el hecho de que se acepten las definiciones de muerte propuestas por las ciencias, que compaginan criterios cardiopulmonares y neurológicos:

Desde esta perspectiva, se puede afirmar que el reciente criterio de certificación de la muerte antes mencionado, es decir, la cesación *total e irreversible* de toda actividad cerebral, si se aplica escrupulosamente, no parece en conflicto con los elementos esenciales de una correcta concepción antropológica. En consecuencia, el agente sanitario que tenga la responsabilidad profesional de esa certificación puede basarse en ese criterio

¹ Cfr. JAVIER GAFO, *Bioética teológica* (Cátedra de bioética), Madrid 2003³, 376-377.

² Cfr. DIEGO GRACIA, *Vida y muerte*, cit. en: JAVIER GAFO, *Bioética teológica*, 379.

³ JUAN PABLO II, *Discurso con ocasión del XVIII Congreso internacional de la sociedad de trasplantes*, Martes 29 de agosto de 2000 http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants.html (febrero del 2021)



para llegar, en cada caso, a aquel grado de seguridad en el juicio ético que la doctrina moral califica con el término de "certeza moral". Esta certeza moral es necesaria y suficiente para poder actuar de manera éticamente correcta.⁴

2. ¿Qué significa morir?

Pensar el fin de la vida como un mero hecho técnico no recoge toda la densidad humana del momento. La muerte es mucho más que un mero hecho biológico, bien tras un proceso prolongado de morir o bien tras un acontecimiento puntual, del mismo modo que la vida no es solamente un dato biológico. "*Nada más engañoso que reducir esta mortalidad consciente al hecho bruto de morir, igual que nada más torpe que entender esta muerte humana como un puro dato biológico, punto final de un proceso vital, algo exterior a nuestra existencia*"⁵. Hay que considerar el significado de la muerte como paño de fondo, que refleja el fin de un ciclo vital, teniendo en cuenta que suele estar acompañado de circunstancias que generan problemas en la comprensión y valoración de la vulnerabilidad de la persona, lo que puede afectar a su dignidad y a su autonomía.

La afirmación "se muere como se vive" puede parecer una perogrullada. Sin embargo, recuerda que no se puede desvincular la muerte de la vida de la persona. Morir tiene un significado muy particular. Se trata del **último acto de un ser humano** que peregrina por este mundo. La muerte no se puede sustraer a las dimensiones personal y relacional, ya que de algún modo afecta a los demás. Morir es un proceso relacionado con el vivir que afecta al nosotros del entorno más íntimo del individuo que fallece y a la sociedad.

Así pues, tenemos tres actores en el drama de la muerte:

- La *propia persona*, cuyo final suele venir acompañado de una especial debilidad y vulnerabilidad que perturba su capacidad decisora en sus facultades. Por el simple hecho de estar en un proceso último las condiciones de su autonomía se descubren expuestas a serias limitaciones.
- Los *seres cercanos*. Con unos acentos muy especiales, pues el riesgo de perder a un ser querido para siempre transforma sus dimensiones relacionales e interfiere en su capacidad de acompañar y tal vez decidir.
- La *sociedad*, que, si se ha preocupado por garantizar unas condiciones de vida digna, puede aspirar a que la muerte de la persona también lo sea. Como rostro visible de esa sociedad están los facultativos para los que acompañar un proceso final no puede ser una lucha desencarnada contra la muerte.

De manera que, como **acto último** de una persona, la muerte no es un acto más de un ciudadano. Se convierte en un acto único, en situaciones especialmente dolorosas, que abalan la capacidad de cuidado, sufrimiento y acompañamiento. Además, como en los diálogos entre el facultativo, el enfermo y la familia, se juegan las concepciones de la medicina y de la salud, entrechocan las expectativas de los individuos, sus principios vitales y sus responsabilidades, se pone en juego la dignidad de la persona, en este caso la dignidad en el morir⁶. Se puede hablar de "humanizar la muerte", por un doble riesgo que existe: anonadar la dignidad del ser humano o de acrecentarla⁷, y reducir el arte de la medicina a la gestión y aplicación técnica de las exigencias de los contribuyentes o ennobleciendo su servicio a la humanidad.

⁴ JUAN PABLO II, *Discurso con ocasión del XVIII Congreso internacional de la sociedad de trasplantes*, Martes 29 de agosto de 2000.

⁵ Cfr. AURELIO ARTETA, *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha* (Biblioteca del presente 6), Barcelona 1996, 161.

⁶ Cfr. MANUEL GONZÁLEZ BARÓN, *La dignidad al final de la vida*: Diario ABC (28 de agosto de 2017) 3.

⁷ Cfr. AURELIO ARTETA, *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha* (Biblioteca del presente 6), Barcelona 1996, 163.

3. ¿Cómo prepararse de cara al fin de la vida?

En el mundo actual, especialmente en las sociedades occidentales, no es fácil abordar la realidad de la muerte y del fin de la vida sin hacerlo de una manera reduccionista y excesivamente académica y racional, dejando de lado otras muchas cuestiones. Póngase como ejemplo, que en una entrevista a respecto de alguno de sus libros un renombrado profesor decía, en tono periodístico, que la ciencia cree que la muerte es un “*lamentable problema técnico que tiene solución técnica*” y que “*cada vez hay más científicos que dicen que su proyecto principal es vencerla y dar a la gente la vida eterna... Que no se consiga antes del 2100 no evita que sea el principal proyecto de la Ciencia*”⁸.

Esta aproximación ‘técnica’ es necesaria. Probablemente pueda estar evolucionando porque las actuaciones sucedidas con la catástrofe del *Sars-cov-2* han puesto en su lugar muchas escenificaciones insensatas y, por la incerteza del contagio y sus posibles consecuencias. Pero las preguntas esenciales del ser humano no han desaparecido y hay que plantearlas con profundidad racional⁹:

- a) La muerte es el gran interrogante lanzado a la vida entera de una persona: ¿puede alguien pedir y buscar para sí mismo la muerte?, ¿cuál ha de ser el *comportamiento* de la persona ante el desafío de su propia muerte?, ¿qué actitudes ha de alimentar?
- b) Nadie muere para sí mismo, como nadie vive para sí mismo. La sociedad tiene, pues, el deber ético de organizar un servicio hospitalario y asistencial adecuado para que la muerte no sea una ocasión propicia para la explotación, la discriminación, la injusticia. ¿Qué es lo que debe pedir una persona a la sociedad para dignificar su muerte? ¿Derechos, libertad, cuidados, subvenciones, formación e información?
- c) La muerte es la última y definitiva de las crisis a las que se enfrenta la persona y como tal es un espacio privilegiado en que resuenan los valores y los temores de cada hombre y de cada sociedad. En ese sentido, se puede realizar un discernimiento axiológico sobre el montaje cultural en torno a la muerte y el fallecimiento. Por un lado, varios estudios han remarcado la insuficiente asunción del hecho de la muerte por parte de la cultura occidental. Así como en la Edad Media hubo una literatura que presentaba el *ars moriendi*, preparando al enfermo a asumir la realidad de la muerte y prepararse para ella, en la actualidad se intenta escamotear al moribundo la verdad acerca de su condición de modo que se aproxime al final de su vida sin tener conciencia de ello. La expresión tipo es - *estás ‘malito’*. Se ha dado un proceso de *tabuización*, agravado por una visión utilitarista de la muerte¹⁰.

Las respuestas a estas preguntas no quedan aisladas del resto de la vida de la persona, de modo que hay que armonizarlas junto a la reflexión sobre los derechos de los enfermos, el derecho de ser informados ..., que aparecen en las *Cartas de los derechos de los enfermos*; o la cuestión referente al cómo hacerlo, tarea para la cual son esenciales los estudios Kübler-Ross¹¹, autora que ha señalado las cinco fases del proceso de comunicación/aceptación por parte de un enfermo terminal de su diagnóstico: *negación, agresividad, negociación, depresión, aceptación*, que pueden ser acompañadas y dosificadas¹².

Además de las aproximaciones más técnicas que deben hacer los que organizan los sistemas de salud o reciben a los demás ciudadanos en el sanatorio, reflexionar sobre el fin de la propia vida -para prepararse a ello- es algo que los seres humanos cuerdos tienen que hacer más tarde o más temprano. Con unas notas mucho más

⁸ Cfr. SAL EMERGUI, *Harari, el científico que predice el final de la muerte: "Acabará antes de 2100"*: Diario El Mundo (11 de Julio del 2016) <http://www.elmundo.es/papel/lideres/2016/07/11/57837c4e468aeb4e318b46b4.html> (julio del 2016)

⁹ Cfr. MARCIANO VIDAL, *El discernimiento ético*, Madrid 1980, 93-97.

¹⁰ Cfr. MANUEL ALCALÁ, *Nueva sabiduría de la muerte: Razón y Fe* 189 (1974) 349-361, PETER BEISHEIM, *Datos científicos sobre las tendencias de la moderna tecnología*: Concilium 94 (1974) 137-143.

¹¹ Cfr. ELISABETH KÜBLER-ROSS, *La muerte e il morire*, Asís 1984⁴.

¹² Cfr. ANDRÉS TORNOS, *Sobre el acompañamiento a los que mueren: un punto de vista teológico*, en: JAVIER GAFO FERNÁNDEZ, *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Madrid 1984, 205-225.

‘existenciales’¹³ que transforman esa cuestión en algo particularmente llamativo:

- La primera aproximación puede ser la que aporta la previsión del fin de la vida. Nadie escapa a ella, es sabida e inevitable, pero por eso mismo puede ser anticipada y prevista, salvo en situaciones inesperadas.
- Es un proceso que dura toda la vida y que se va captando. Se camina hacia ella, después de cada respiración, después de cada latido del corazón, me encuentro más cerca de la muerte. Esta es una verdad auténtica que no se puede ocultar.
- El fin de la vida la transforma en proyecto que se va haciendo, tomando decisiones. La vida es biografía y pregunta constantemente: ¿cómo estoy viviendo mi vida? ¿qué es lo que le da sentido?
- La muerte iguala a todas las personas. Ninguna tiene el suficiente poder para evitar la muerte. De esa realidad de finitud compartida, recordada en la muerte de los demás, surgen preguntas de primera magnitud que recuerdan el propio deceso y despiertan la preparación pautando la dignidad en la vulnerabilidad, la realidad de los errores, la finitud ...
- La muerte tiene muchas causas posibles. Por el contrario, las fuerzas que sostienen la vida son pocas. El cuerpo humano es frágil y vulnerable y la vida se mantiene sencillamente con cada respiración. Esa percepción aumenta las exigencias de cuidarla.
- Llegando al momento final las posesiones materiales no sirven de nada, incorporando la inseguridad de la evolución de los herederos. Se pierde igualmente el cuerpo que en ocasiones ha sido muy cuidado. ¿De qué vale entonces el esfuerzo por acumular bienes y cuidados? Por otro lado, aunque la respuesta a la pregunta anterior sea positiva, cuando el final de la vida se acerque, oponer resistencia a veces puede provocar dolores innecesarios.
- En cierto modo, aprender a vivir es aprender a morir dejando en el camino piezas que no encajan en el puzzle de la vida. Hay que equilibrar la necesidad de saber cuidar la vida y encaminarla a su fin, lo cual es un poco absurdo, hasta cierto punto un escándalo inexplicable¹⁴. Tantas veces es indecible; el lenguaje se muestra insuficiente.
- Así las cosas, la no disculpa para la justificar muerte genera la irrupción del valor especial de la finitud del ser humano. La caducidad hace a la persona irrepentible y sus actos se transforman en algo irreparable. Los proyectos vitales adquieren nueva densidad moral al sobrevivir a la persona que los realiza.

Estas ideas y muchas otras pueden surgir en el pensar y sentir el fin de la vida y la muerte desde la experiencia personal. Sin duda que considerarlas redimensiona las decisiones que se tomen.

4. Definición de términos

Puesto el marco anterior, necesario para hablar del final de la vida, se van a presentar a continuación diversas posibilidades de acción en relación con los medios empleados...

Resulta de suma importancia esta tarea para valorar adecuadamente los medios que pueden ser utilizados para enfrentar el final de la vida.

4.1.- Eutanasia

Es conocido que eutanasia es un término griego que significa buena muerte. Así aparece en varios textos antiguos en los que significaba morir sin dolores y en paz.

Por aquellas evoluciones y manipulaciones del lenguaje actualmente se entiende la actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad

¹³ Cfr. JUAN JOSÉ VALVERDE, *Completar la vida. Primeros pasos en el camino del buen morir* (Proyecto 130), Maliaño 2013, 130-135.

¹⁴ Cfr. AURELIO ARTETA, *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha* (Biblioteca del presente 6), Barcelona 1996, 163.

irreversible. Se supone eufemísticamente que es una ‘buena muerte’ porque realiza dicha acción a petición del paciente, que, siendo capaz, lo pide forma expresa, reiterada y mantenida, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable y que no se ha conseguido mitigar por otros medios.

La definición de la *Evangelium vitae* entiende que es “una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor” (EV., 65). Se sitúa en el nivel de las intenciones o los medios usados.

Dado que en esas situaciones del final de la vida no siempre se distinguen diferentes realidades como la suspensión de los tratamientos, los cuidados paliativos y el acompañamiento terminal, la obstinación terapéutica, o el suicidio asistido, parece más esclarecedor reservar el término eutanasia -en su sentido estricto y menos confuso- para la acción por la que se quita positivamente la vida de una persona enferma, que pide que se dé fin a su existencia.

4.2.- Suicidio asistido

Relacionado inmediatamente con la eutanasia se encuentra el suicidio asistido. Contempla la realización de acciones necesarias para que una persona, normalmente en situación terminal (pronóstico máximo de seis meses de vida), con una enfermedad irreversible o gran sufrimiento psíquico o físico, pueda quitarse su vida y cometer un suicidio.

La ayuda de alguien que facilita los medios (pasando por la receta hasta la aproximación y combinación de medicamentos letales...) para que el mismo paciente provoque su propia muerte le convierte en cooperante del suicida.

4.3.- Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

Algunos autores prefieren usar el término adecuación del esfuerzo terapéutico para definir la actuación médica que conlleva la adecuación/limitación de los recursos utilizados. Aunque en determinadas situaciones la tecnología permitiría realizar muchas más actuaciones no está recomendado hacerlas. En términos populares “no se matan moscas a cañonazos”.

La LET puede darse de dos formas:

- No comenzar determinados tratamientos (withholding).
- Retirar tratamientos previamente instaurado (withdrawing).

La LET no significa -de ninguna manera- el abandono del enfermo. El reconocimiento médico de interrumpir algunos tratamientos terapéuticos no recomendados no conlleva la renuncia a las actuaciones de forma paliativa y prestar los cuidados básicos necesarios, tales como la higiene, la hidratación/alimentación, la movilidad para evitar escaras, acciones analgésicas, entre otras¹⁵.

En esas acciones de limitación hay que tener en cuenta los criterios científico-médicos para distinguir un tratamiento indicado de un tratamiento no indicado o de uno contraindicado; sabiendo además que hay 4 niveles de asistencia en estos casos: Máxima tecnología, tratamiento farmacológico, nutrición enteral y los cuidados de mínima dignidad.

4.4.- Obstinación terapéutica

La misma expresión contiene un dato peyorativo para señalar actuaciones terapéuticas abusivas y contrarias a la dignidad de la persona, que producen únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia en

¹⁵ Cfr. AURELIO ARTETA, *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha* (Biblioteca del presente 6), Barcelona 1996, 163.



un enfermo¹⁶ irreversible. Suelen ser situaciones médicas (a veces bajo presión familiar) creadas por el empleo de técnicas terapéuticas cuyo objetivo es “*alejar lo más posible, y por todos los medios, el momento de la muerte del enfermo*”. Proponen una praxis sanitaria centrada unilateralmente en la prolongación de la vida, creando una situación cruel para un enfermo sin esperanza de reversión de su situación. Las referencias más incisivas la denominan encarnizamiento terapéutico.

Esta situación puede venir provocada por la relación con los medios usados para llevar adelante al enfermo. Con las actuales técnicas y los servicios sanitarios de muchos países cualquier medio considerado extraordinario hace unos decenios -al ser muy costoso en sí mismo o en relación con la situación económica del enfermo y su familia- hoy puede ser algo ordinario. La cuestión es pensar si todo lo que se puede hacer, para enfrentar el final de la vida, se debe hacer. El cambio de terminología -refiriéndose a medios proporcionados o desproporcionados en relación con los objetivos que se van a conseguir- dada la irreversibilidad de la situación es más ajustado a la realidad.

4.5.- Rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento

¿Un paciente debe aceptar todas las acciones propuestas por su doctor? ¿Es posible que un enfermo de cáncer en estado terminal cansado de sesiones extremas de quimioterapia rechace seguir el tratamiento y decida marcharse a su casa a morir en paz junto a los suyos, apenas con tratamientos analgésicos que alivien su dolor? ¿Esa acción no es suicida?

En eso consiste el rechazo de tratamiento. Es esa acción del paciente por la cual, basándose en su autonomía, rechaza total o parcialmente una prueba diagnóstica o un tratamiento, o retira el consentimiento otorgado anteriormente para realizar un tratamiento o unas pruebas. Indirectamente ya se ha señalado la posibilidad de la LET.

4.6.- Omisión del deber de socorro

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico no supone una omisión de socorro. Esta es la situación en que incurre el profesional que niega asistencia o abandona al paciente cuando de ello se deriva grave riesgo para su salud. En cada país está regulado de una forma u otra. En el caso español lo determinan los art. 195 y 196 del Código Penal.

5.- Cuestiones técnicas

Junto con las definiciones anteriores, a continuación, se señalan otras que se han denominado cuestiones ‘técnicas’, y que es conveniente esclarecer porque se refiere a los medios utilizados en las intervenciones que se realizan al final de la vida.

5.1.- La sedación

Como su nombre indica la sedación supone el uso de drogas analgésicas para calmar el dolor provocado por una dolencia, las molestias incómodas de una prueba que se realice, etc. Así la define la Sociedad Española de Cuidados Paliativos:

La administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios (es decir, síntomas que no es posible aliviar de otra manera) y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

¹⁶ Cfr. AURELIO ARTETA, *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha* (Biblioteca del presente 6), Barcelona 1996, 163.

En el contexto del final de la vida puede ser utilizado en terapias paliativas de modo transitorio o de modo definitivo. ¿Es adecuada la sedación final? ¿Está permitida? ¿Es eutanásica la sedación final? ¿Provoca la muerte¹⁷ la sedación final?

La recogida de respuestas a esas preguntas mostraría una grandísima confusión existente a este respecto, - con el enorme dolor que ha provocado en muchas personas- incluso por parte de quien debería saberlo. La sedación final no es eutanasia (si las dosis de sedante no son mortales). La sedación final no acorta la vida: “no está científicamente demostrado que una sedación correctamente practicada (con los fármacos adecuados, dosis mínima eficaz y monitorización del proceso) acelere la muerte”.

La sedación final en el ámbito cristiano católico está aceptada, nada más ni nada menos que, desde la lejana década de los años 50 del siglo pasado en el magisterio de Pío XII. Destaca en su visión clarividente la combinación del marco religioso con las razones científicas incorporadas en las indicaciones médicas:

Si el moribundo ha cumplido todos sus deberes y recibido los últimos sacramentos, si las indicaciones médicas claras sugieren la anestesia, si en la fijación de las dosis no se pasa de la cantidad permitida, si se mide cuidadosamente su intensidad y duración y el enfermo está conforme, entonces ya no hay nada que a ello se oponga: la anestesia es moralmente lícita¹⁸.

5.2.- Reanimación

En algunas situaciones son necesarias las técnicas de reanimación, en el sentido de “*hacer que recobre el conocimiento alguien que lo ha perdido*”. Se realiza por medio de recursos técnicos más o menos complejos (desde el boca a boca a un desfibrilador), siendo una praxis recomendada y utilizada en casos de accidentes, ahogamientos, etc.

En momentos finales de una vida que se apaga se plantean algunas cuestiones: ¿están recomendadas las maniobras de reanimación siempre y en todo momento cuando nos encontramos con situaciones del final de la vida? ¿es eutanasia la no utilización y práctica de las maniobras de reanimación dejando morir a un enfermo? ¿se puede renunciar a las maniobras de reanimación para morir en paz?

De nuevo la respuesta de Pío XII – realizada en momentos de un desarrollo espectacular de las técnicas médicas que cuestionaban el concepto del final de la vida-, aun hoy sorprende por su oportunidad.

Los derechos y los deberes de la familia, en general, dependen de la voluntad, que se presume, del paciente inconsciente, si él es mayor y sui iuris. En cuanto al deber propio e independiente de la familia, no obliga habitualmente sino al empleo de los medios ordinarios. Por consiguiente, si parece que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le puede imponer, puede ella lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas, y este último puede lícitamente acceder a ello...

En este caso, no hay disposición directa de la vida del paciente, ni eutanasia, que no sería nunca lícita; aun cuando lleve consigo el cese de la circulación sanguínea, la interrupción de las tentativas de reanimación no es nunca sino indirectamente causa de la paralización de la vida, y es preciso aplicar en este caso el principio del doble efecto y el del voluntarium in causa¹⁹.

5.3.- Tratamiento fútil

Se denomina así al tratamiento *que no tiene capacidad para beneficiar de forma significativa a un paciente*. Incluye los tratamientos incapaces de beneficiar, los que ofrecen pequeños beneficios individuales a costa de

¹⁷ Cfr. MANUEL GONZÁLEZ BARÓN, *La dignidad al final de la vida*: Diario ABC (28 de agosto de 2017) 3.

¹⁸ Pío XII, *Discurso “Le neuvième Congrès” al IX Congreso Internacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología*, 24 de febrero de 1957.

¹⁹ Pío XII, *Discurso sobre tres cuestiones de moral médica relacionadas con la reanimación*, Domingo 24 de noviembre de 1957.

emplear recursos sanitarios muy costosos y suponer graves riesgos al paciente. Estos no sirven para sanar y alargar la vida del enfermo penosamente pudiendo valer de caldo de cultivo de la obstinación terapéutica²⁰. El problema es que no existe un claro consenso profesional para determinar los criterios que definen cuando un tratamiento puede ser denominado fútil. Incluso en relación con los cuidados básicos -entre los que se cuenta la hidratación/alimentación-, siendo exigibles, varía su consideración como terapia o tratamiento o soporte vital en las diversas situaciones. Determinar qué es médicamente indicado, en circunstancias muy inestables, no siempre arrastra la opinión favorable de los profesionales sanitarios muy divididos en sus opiniones²¹. Para algunos autores un tratamiento es fútil si es ineficaz en más de un 95% de ocasiones. Otros entienden que un tratamiento es fútil si es inútil, innecesario (contraindicado y por tanto puede ser maleficente), inseguro, inclemente e insensato, alcanzando mayor grado de futilidad en la medida que acumule varias de esas cualidades.

5.4.- La cuestión de la hidratación/alimentación

Unas páginas más arriba se ha incluido la hidratación/alimentación entre los cuidados básicos mínimos que se pueden prestar a alguien al final de su vida. No se pretende plantear de nuevo la cuestión, pero sí ponerla como ejemplo de las dificultades de articulación entre la norma general y la situación concreta, campo específico del discernimiento cristiano.

La sensatez discernidora se aprecia en un documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe, que responde a algunas preguntas planteadas sobre la aplicación en situaciones de incerteza médica referentes a la alimentación o hidratación como soporte vital. En dicho documento, tras definir lo normativo, para ajustarse a lo que es proporcionado -que puede transformarse en desproporcionado en circunstancias diferentes-, la CDF se expresa así:

Al afirmar que suministrar alimento y agua es, en principio, moralmente obligatoria,

- La Congregación para la Doctrina de la Fe no excluye que, en alguna región muy aislada o extremadamente pobre, la alimentación e hidratación artificiales puede que no sean físicamente posibles, entonces *ad impossibilia nemo tenetur*, aunque permanece la obligación de ofrecer los cuidados mínimos disponibles y de buscar, si es posible, los medios necesarios para un adecuado mantenimiento vital.

- Tampoco se excluye que, debido a complicaciones sobrevenidas, el paciente no pueda asimilar alimentos y líquidos, resultando totalmente inútil suministrárselos.

- Finalmente, no se descarta la posibilidad de que, en algún caso raro, la alimentación e hidratación artificiales puedan implicar para el paciente una carga excesiva o una notable molestia física vinculada, por ejemplo, a complicaciones en el uso del instrumental empleado²².

5.5.- Medios proporcionados/desproporcionados

La mejora de recursos, la complejidad de la problemática planteada en los casos a resolver, y el desarrollo de los sistemas sanitarios han variado radicalmente las circunstancias que rodean la toma de decisiones. No siempre sirven los conceptos antiguos para solucionar problemas nuevos. De modo que los estudiosos entendieron que la categoría más adecuada para repensar los medios usables no era tanto la de lo ordinario/extraordinario, cuando la de lo que es proporcionado/desproporcionado²³ en relación con lo que se espera conseguir.

²⁰ Cfr. MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ GONZÁLEZ, *Ética, bioética y globalidad* (Universidad en Español), Madrid 2006, 246-249.

²¹ Cfr. COLEGIO DE MÉDICOS DE BIZKAIA, *Informe "Eutanasia y suicidio medicamente asistido"*, s/I, 2018.

²² CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Artículo de comentario. Respuestas a algunas preguntas de la conferencia episcopal estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales*, 1 de agosto de 2007

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_sp.html (febrero del 2021)



Dicho cambio ha sido sancionado positivamente por el Magisterio eclesial que ofrece pistas para identificar las condiciones de aplicación de dicho criterio. Estas orientaciones han nacido de juicios racionales compartidos con la ética y la ciencia médica y, por eso mismo pueden ser aceptados por personas de buena voluntad:

En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales²⁴.

5.6.- ¿Aplicar tratamientos experimentales?

En situaciones límite en contacto con el fin de la vida, cuando las técnicas probadas han fracasado, a veces, es posible el recurso de técnicas médicas más avanzadas que están en fase experimental. Forman parte de ensayos clínicos con medicamentos o técnicas novedosas acompañados de un mayor grado de riesgos desconocidos. ¿Es posible utilizarlos?

A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo²⁵.

5.7.- ¿Se puede interrumpir un tratamiento?

Una última cuestión es acerca de la posibilidad de interrumpir la aplicación de los medios médicos cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos... ¿Vale la pena seguir con un tratamiento ineficaz? ¿Se le puede retirar al médico el consentimiento para abandonar un tratamiento inocuo? Ya se ha apuntado en la referencia a la LET. No obstante, la declaración lura et bona ofrece -de nuevo- respuestas que vale la pena conferir:

Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares²⁶.

6.- Cuestiones para el debate sobre el fin de la vida

En una cuestión tan controvertida como es la del final de la vida hay algunas temáticas de base que entran en el debate social necesario, y que tiene que ver con los razonamientos a favor o en contra de su regulación. Solamente se apuntan algunos.

²³ Cfr. MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ GONZÁLEZ, *Ética, bioética y globalidad* (Universidad en Español), Madrid 2006, 244-245.

²⁴ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración «Iura et bona» sobre la eutanasia*, Roma, 5 de mayo de 1980, 4.

²⁵ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración «Iura et bona» sobre la eutanasia*, Roma, 5 de mayo de 1980, 4.

²⁶ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración «Iura et bona» sobre la eutanasia*, Roma, 5 de mayo de 1980, 4.

6.1.- La autonomía de la persona

Nadie duda que la autonomía de la persona es un bien. Expresa la libertad, la dignidad, y muestra que la persona es protagonista y toma las riendas de su vida.

Pero todos saben que la autonomía es una autonomía relacional, que entra en contacto con los demás, que se enriquece y enriquece a los próximos. Por tanto, no es suficiente invocar una autonomía individual y absoluta, porque no hay una libertad absoluta para personas que viven en sociedad salvo que se quiera gestar el caos. El deber de socorro es un ejemplo claro.

Además, en ciertos contextos, la justicia sabe que debe limitar -al menos temporalmente- la autonomía de personas que desean hacerse daño a sí mismos, que han perdido el juicio, que están en estado tan vulnerable que hay que protegerlas incluso de sí mismas, de sus propios miedos y problemas.

Hay, por consiguiente, determinadas circunstancias en las que es posible dudar de la autonomía y de la voluntad de la persona. No es un absurdo dudar de las condiciones de dicha autonomía en el momento de enfrentar el final de la vida, en procesos muy dolorosos, de mucho sufrimiento. Una persona con una depresión brutal²⁷, pero con capacidad racional de solicitar el final de su vida..., ¿realmente está en condiciones adecuadas de hacer esa solicitud?

Un segundo argumento que se invoca, acudiendo a la autonomía, es para exigir que nadie influya en las decisiones de las personas ni se las imponga vivir conforme los prejuicios morales o las creencias de los demás. Efectivamente, si no existe una regulación parece estar condenándose a vivir 'obligadas' a personas que no quieren hacerlo, pero este argumento adolece de densidad desde el momento que no se pueden extraer todas las consecuencias que incorpora en otros espacios sociales.

Después de haber compartido y enriquecido la vida en sociedad, el enfermo reclama para el final de su vida una autonomía absoluta de la que no ha podido gozar, por ejemplo, en la economía, en la organización social, en su vida sexual... exigiendo además que sea otra persona la que ejecute la acción definitiva e irreversible que él quiere que le realicen -si se habla de eutanasia. En ese planteamiento hay un déficit de la dimensión socio/relacional atropellada por una autonomía individualista. Ello no impide reconocer, no obstante, las situaciones dramáticas que conlleva para la persona o su entorno.

6.2.- La demanda social

No es fácil calzarse los mocasines de alguien que ha recibido una noticia terrible en relación con la gestión de su vida y de un final dolorosísimo, con pérdida de las capacidades más humanas, relacionales, cognitivas, motrices...

Aun así, en muchos casos otras personas tratan de hacerse portavoces de las aspiraciones de un colectivo muy heterogéneo, cuando ser intérpretes autorizados y auténticos es tan difícil... No obstante, es necesaria esa labor para representar, legislar, cuidar, acompañar... y plantear las demandas sociales.

Apropiarse de esa tarea de interpretación de esa realidad ajena, o al menos no siempre propia, sin señalar intereses políticos, económicos, ideológicos, religiosos... corre el riesgo de perder por el camino parte de la verdad y hacerse sospechoso de manipulación. No es de extrañar que el uso burdo de recursos sociológicos

²⁷ No se puede ocultar la relación estrecha de los problemas psicológicos unidos con el fin de la vida, en concreto con los intentos de suicidio. En un país con los años de experiencia de Bélgica los datos muestran inequívocamente ese vínculo, cfr. COMMISSION FEDERALE DE CONTROLE ET D'EVALUATION DE L'EUTHANASIE, *Sixième rapport aux chambres législatives (années 2012-2013)*, 9. <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/rapport-euthanasie-2012-2013.pdf> (febrero de 2021)

realizado en base a actitudes políticas populistas, la ocultación de informaciones, el cambio constante de criterios, la connivencia de los medios de comunicación necesitados de recursos... haya transformado la lectura de las demandas sociales en un ejercicio de fe y de confianza más que de certezas racionales.

Cuando a las pretendidas demandas sociales se les pone el aspecto comatoso de las gestiones de ingeniería social e ideológica, y pierden la frescura y el buen tono vital de la búsqueda de la verdad del ser humano, no se puede legislar justamente. Para alcanzar consensos suficientes, en algo tan delicado como el final de la vida de los ciudadanos es obligado un debate depurado y mínimamente libre de sospechas.

6.3.- La falta de los cuidados paliativos

En esa misma línea de la reflexión anterior, cuando alguien pide la muerte, que le apliquen la eutanasia, ¿qué está pidiendo? ¿morir o vivir de otro modo? La realidad y la experiencia de muchos sanitarios muestra que cuando desaparece la causa que provoca la solicitud de la eutanasia, los deseos de morir también desaparecen en la mayoría de las ocasiones. Lo que afecta directamente a la demanda social si se tienen en cuenta las palabras de Marie de Hennezel, psicoanalista francesa con amplia experiencia en el acompañamiento de enfermos terminales: “el noventa por ciento de las demandas de eutanasia desaparecerían si los enfermos terminales se sintieran menos solos y se les aliviara mejor de sus sufrimientos”²⁸.

La cuestión que aparece aquí es la inoportunidad de presentar al paciente terminal la posibilidad de quitarle su vida y su sufrimiento, cuando todavía no se han desarrollado todas las potencialidades de la medicina. Parece que es un fracaso social y un fracaso médico dar el salto a legislar el fin de la vida provocado cuando no se han puesto en marcha otras posibilidades que son un derecho reconocido.

6.4.- La problemática jurídica

Hay argumentos jurídicos de peso para solicitar la legislación del fin de la vida basados en los derechos de la persona, entre los que estaría la plena libertad. Quitarse la propia vida o disponer de ella parece representar un acto supremo de libertad²⁹, donde se engarza el derecho a morir; la libre disposición de la vida hasta el último minuto.

Sin embargo, hay muchas y muy graves instituciones que no reconocen ese derecho a morir. Entre ellos el Tribunal Supremo o el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. La vida constituye un valor superior del ordenamiento jurídico, pero tal derecho no conlleva disponer de la propia vida, y menos poder reclamar ayuda o intervención de terceros³⁰. El Tribunal supremo de Estados Unidos rehusó -el 26 de junio de 1997- reconocer como protegido por la constitución americana el eventual “derecho a morir” por medio de una medicación letal prescrita por un médico³¹.

Otra cuestión a tener en cuenta es la que se refiere a la denominada ‘pendiente resbaladiza’. Lo cual quiere decir que, con los argumentos para regular el fin de la vida en situaciones excepcionales, es imposible evitar que otras situaciones que no tienen ese carácter de excepcionalidad no sean revisitadas con los mismos criterios. O sea, de la debilidad de los argumentos jurídicos para situaciones extraordinarias nace la incapacidad de no aplicarlos a otras situaciones ordinarias. Comienzan los adultos en fase terminal, siguen los enfermos mentales, continúan los niños... La pendiente resbaladiza provoca que lo que se pensó de modo

²⁸ Cit. en: JEAN-FREDERICK POISSON, *Bioética ¿El hombre contra el Hombre?*, Madrid 2009, 212.

²⁹ Es el acto de libertad más antiguo. Cfr. RAMÓN ANDRÉS. *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*, Barcelona 2015.

³⁰ Cfr. JAVIER DE LA TORRE DÍAZ, *Repensar las razones filosóficas, jurídicas y teológicas de la postura no despenalizadora de la eutanasia*, en: RAFAEL JUNQUERA DE ESTÉFANI – JAVIER DE LA TORRE DÍAZ (eds.), *Dilemas bioéticos actuales: Investigación biomédica, principio y final de la vida*, Madrid 2012, 218.

³¹ Cfr. ALEXANDER MORGAN CAPRON, *Death and the Court: Hastings Center Report 27/5 (1997) 25ss.*

extraordinario se normalice -por el carácter pedagógico de la ley- generando una inseguridad jurídica y llegando a convertirse en un instrumento de presión socio/familiar creciente en las personas que se encuentran al final de la vida. La posibilidad de poner fin a su vida termina siendo una herramienta de presión por no 'aprovechar' las técnicas posibles para terminar, evitar sus dolores y, de paso, resolver problemas sociales, económicos, de justicia... para su familia, los servicios sociales o el sistema sanitario.... A las personas más vulnerables se las somete a una mayor presión social para que tomen decisiones en las que hay otras personas o entidades muy beneficiadas. Ellas ya no piden la eutanasia por su propia iniciativa, otros les presionan para que la pidan.

Eso no significa olvidar un pequeño porcentaje de personas, una minoría, que, teniendo acceso a cuidados paliativos, teniendo todas las necesidades cubiertas, habiendo recibido las mejores atenciones posibles, no quieran seguir viviendo y soliciten poner fin a su vida.

6.5.- Hipoteca del deber médico

Algunas de las asociaciones de médicos más importantes han rechazado la opción de la eutanasia por ser contraria a la deontología médica, que les impele a curar, y a cuidar cuando ya no sea posible curar.

Efectivamente la eutanasia, en el caso de ser aplicada por un facultativo, tiene efectos modificantes de su rol social al convertirlo en administrador de la muerte, en verdugo. Gestionar la aplicación directa de la muerte del paciente que primero se lo pide y luego se lo exige, transforma su función y daña su imagen, deteriorando la relación con el paciente -sobre todo el que viene a la siguiente consulta- al quebrar la confianza de la profesión médica.

La eutanasia instrumentaliza a la profesión médica sin tener en cuenta el daño irreparable que causaría a la sociedad la transformación de la imagen pública del médico destruyendo el pacto mutuo de confianza que es el núcleo de la relación³².

7.- Orientaciones nacidas del Evangelio de la vida

Hechas las anteriores aportaciones sobre el debate necesario para repensar el final de la vida y su regulación, se incorporan ahora nociones cristianas fundamentales para la llegada del final de la vida.

El primer argumento es recordar la esperanza cristiana en un mundo más pleno que solamente se conseguirá en el más allá. La esperanza en esa vida plena sitúa los límites de la medicina en su lugar evitando posibles obstinaciones terapéuticas. La vida tal como se la conoce ahora tiene su final y llega con la naturalidad debida del que como Delibes "da su vida por vivida"³³.

La dignidad de la persona viene fortalecida por ser criatura -no solo concebida por sus padres- sino criatura amada por Dios, redimida por Cristo, con una vocación y una misión en este mundo que tiene que descubrir para llevar su vida hacia la realización y la plenitud con plena libertad. Esa misión se transforma en un proyecto de vida con unos valores que acompañan al ser humano hasta la muerte, siendo tan válidos como los de cualquier otra persona que no comparta los valores religiosos.

La importancia de la preocupación por los demás no deviene solamente por el hecho de ser miembros de la misma sociedad, sino por ser miembros en camino hacia una plenitud de esperanza alimentada por la

³² JAVIER DE LA TORRE DÍAZ, *Repensar las razones filosóficas, jurídicas y teológicas de la postura no despenalizadora de la eutanasia*, en: RAFAEL JUNQUERA DE ESTÉFANI – JAVIER DE LA TORRE DÍAZ (eds.), *Dilemas bioéticos actuales: Investigación biomédica, principio y final de la vida*, Madrid 2012, 214.

³³ <https://www.elmundo.es/elmundo/2007/10/14/cultura/1192333922.html> (febrero del 2021)

Trascendencia. En este escenario, la compasión hacia el vulnerable, virtud que se reclama para la muerte digna -muerte por compasión *mercy killing*- no es el único criterio de eficacia para resolver el enigma de la muerte y retrasar su venida³⁴. Es una expresión de la intuición de san Pablo “*En una palabra quedan la fe, la esperanza, el amor: estas tres. La más grande es el amor*” (1 Cor 13,13) que empeña a seguir cuidando hasta el final.

Esas nociones religiosas apuntadas brevemente adquieren diversas formas de expresión. Algunas pueden denuncias magisteriales, formales y solemnes:

Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata, en efecto, de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad³⁵.

Otras son estructuras más funcionales y útiles para la gestión de los cristianos. A continuación, se presentan dos por su importancia en el momento del final de la vida: el recurso a los cuidados paliativos y las instrucciones previas.

7.1.- Cuidados paliativos

Ya se ha sugerido la importancia de los paliativos en el proceso de morir. Para definirlos se recogen varios elementos que se suelen repetir en las diversas fórmulas ofrecidas por cada especialidad médica.

Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia.

El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia³⁶.

Se suelen aplicar con enfermedades no curables y progresivas, con frecuencia están provocadas por múltiples sin respuesta a tratamientos específicos, con un pronóstico infausto a corto plazo (de tres a seis meses de vida). El conjunto de factores ocasiona un gran impacto emocional sobre el enfermo y su familia, por lo que se comprende que los destinatarios de los paliativos se amplíen a la familia del enfermo.

Son una propuesta de atención integral (técnica, humana, religiosa, etc.) realizada por equipos interdisciplinarios³⁷ al paciente y a su familia. Tiene diversos modos de aplicación (en casa, en el hospital, en centros especializados...) formando parte de los cuidados exigidos por los derechos de los enfermos.

Morir en paz no es un problema de eutanasia sino un problema de solidaridad, apoyo emocional, sensibilidad de los profesionales de la salud y de cuidados paliativos de calidad al alcance de todos³⁸.

³⁴ Cfr. AURELIO ARTETA, *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha* (Biblioteca del presente 6), Barcelona 1996, 183.

³⁵ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración “Iura et bona” sobre la eutanasia (5 de mayo de 1980)*, II, 15.

³⁶ <https://www.who.int/cancer/palliative/es/> (febrero del 2021)

³⁷ Cfr. MARCOS GÓMEZ SANCHO, *La medicina paliativa. Definición. Importancia del problema. Definición de enfermedad terminal. Bases de la terapéutica. Instrumentos básicos*, en: *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*, Las Palmas 1994, 38.

³⁸ Cfr. JAVIER DE LA TORRE DÍAZ, *Repensar las razones filosóficas, jurídicas y teológicas de la postura no despenalizadora de la eutanasia*, en: RAFAEL JUNQUERA DE ESTÉFANI – JAVIER DE LA TORRE DÍAZ (eds.), *Dilemas bioéticos actuales: Investigación biomédica, principio y final de la vida*, Madrid 2012, 217, citando a Bayés.

La atención paliativa ha sido incorporada por el discurso cristiano que debe pensar en la calidad de vida del enfermo. Constituyen el ideal de la praxis sanitaria ante un enfermo terminal³⁹. Su aplicación ofrece al enfermo los instrumentos emotivos para llegar a la aceptación realista de los propios límites, que es la defensa más apropiada contra las angustias que la persona experimenta ante el fin de su vida.

7.2.- Instrucciones previas /voluntades anticipadas

Nadie cuestiona la necesidad de hacer testamento para organizar las cuestiones económicas tras su viaje hacia la eternidad. La inteligencia humana ha creado fórmulas notariales para dejar escrito cómo se debe proceder con los bienes del finado.

De modo semejante, en los últimos tiempos, se han desarrollado procedimientos especializadas con modelos de documentos para expresar las últimas voluntades en los que aparecen los deseos finales del enfermo y los cuidados en el fin de su vida, qué personas deben tomar las últimas decisiones por él, respetando los valores por los que rigió su vida.

Más allá del acierto de los términos (testamento vital, voluntades anticipadas, instrucciones previas), no es una práctica muy extendida por desconocida y por incómoda (hay que registrarla con unos testigos para que se incorpore en el registro de instrucciones previas y pueda ser efectiva en el sistema sanitario, -al menos en España⁴⁰-) pero que se va haciendo conveniente, habida cuenta de que muchas personas viven solas al final de sus vidas, la posibilidad grande de desarrollar enfermedades degenerativas, la práctica de la eutanasia, etc. Sucede que elaborar unas instrucciones previas, como en cierto modo sucede con el testamento, no es igual que firmar un contrato de compra/venta. Hay que pensar en el futuro, en las personas queridas, en las mejores soluciones a los probables problemas que aparecerán... Son momentos con un peso existencial muy grande, a los que hay que despojar de un cierto tono morboso. ¡Eso de pensar en la muerte...!

Aquí es donde tienen sentido las explicaciones presentadas en los apartados 1 y 2 de este texto. Hay que recordar que el fin de la vida es un momento muy complejo, que confronta la autoconciencia del ser mortal. La muerte hay que pensarla antes de vivirla⁴¹, puesto que hay muchas posibilidades de fallecer en la intimidad aséptica del hospital, con pocos dolores o inconsciente, en muchas ocasiones solo, habiendo tomado parte en las últimas decisiones sobre la propia vida...

El horizonte del final de la vida genera preguntas⁴² como ninguna otra realidad en la vida humana que afectan a lo más profundo del ser humano y que resuenan en el momento de escribir como se quiere llegar a ese momento. Requiere serenidad, temple, controlar la posible angustia, valorar el proyecto vital que alcanza llega a su fin. Hacen eco los valores espirituales/religiosos por los que se ha iluminado la vida (o no) y las relaciones con las personas que se han cruzado en el camino⁴³, vienen los recuerdos y el ejemplo de aquellos que ya han partido...

Aunque es algo muy íntimo y personal, se puede pedir ayuda a otras personas de confianza. Un espacio privilegiado para elaborar las instrucciones previas es, sin duda, el tiempo de los cuidados paliativos, pero

³⁹ Cfr. CONSEJO PONTIFICIO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD, *Cuidados paliativos. Situación actual. Diversos planteamientos aportados por la fe y la religión ¿Qué hacer?* (Documentos MC), Madrid 2006.

⁴⁰ Ver la página web del Registro Nacional de Instrucciones Previas, dependiente del Ministerio de Sanidad.
<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>

⁴¹ Cfr. JAVIER DE LA TORRE, *Pensar y sentir la muerte. El arte del buen morir* (Bioética básica Comillas 7), Madrid 2012.

⁴² Cfr. OLEGARIO GONZÁLEZ DE CARDEDAL, *Dios en la ciudad. Ciudadanía y cristianía*, Salamanca 2013, 22-24.

⁴³ Cfr. OLIVER SACKS, *De mi propia vida. En el tiempo que me queda, tendré que arreglar mis cuentas con el mundo*: Diario El País (21 de febrero del 2015)

puede ser tarde. No será malo pensar en ello y elaborarlas con menos urgencia una vez que es un documento que se puede revocar y modificar.

8.- Acerca del autor

Roberto Noriega Fernández es religioso agustino. Licenciado en Teología con Especialidad en Teología Moral y Praxis de la Vida Cristiana, es Doctor en Teología y Máster Universitario en Bioética.

Es Profesor en el Estudio Teológico Agustiniانو de Valladolid, la Universidad de Deusto y la UPSAM.

Entre sus publicaciones destacan: *Ética para la reina. Isabel de Castilla y Martín de Córdoba* (Biblioteca Teológica 5), Madrid, Ed. Religión y Cultura, 2014 y *La responsabilidad ética en el ministerio sacerdotal. El arte de servir* (Biblioteca Manual Desclée) Bilbao, Ed. DDB, 2016 (con ediciones en Colombia y Brasil).

Roberto Noriega es socio fundador de ATIEM (Asociación Teológica Ibérica para el Estudio de la Moral) y miembro de la Sociedade Brasileira de Teologia Moral y de la European Society for Catholic Theology.

9.- Bibliografía para seguir profundizando

- BERMEJO, JOSÉ CARLOS – BELDA ROSA MARÍA, Testamento vital. Diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad (Pastoral 37), PPC, Madrid 2011.
- CAAMAÑO, JOSÉ MANUEL, La eutanasia. Problemas éticos al final de la vida humana, (Bioética básica), UPCO, Madrid, 2014.
- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Carta Samaritanus bonus, sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida, BAC, Madrid 2020.
- DEVOS, TIMOTHY (coord.), Eutanasia. Lo que el decorado esconde. Reflexiones y experiencia de profesionales de la salud (El peso de los días 112), Sígueme, Salamanca 2020.
- MARCOS DEL CANO, ANA MARÍA - TORRE DÍAZ, FRANCISCO JAVIER DE LA (eds), Y de nuevo la Eutanasia. Una mirada nacional e internacional (Bioética para pensar), Dykinson, Madrid 2019.
- SOMAVILLA RODRÍGUEZ, ENRIQUE (dir.), Eutanasia ¿Desafío a la vida? (XXII Jornadas Agustinianas), Religión y cultura, Madrid 2020.
- STAJANO, ATTILIO, Amar hasta el final. Los cuidados paliativos frente al desafío de la eutanasia (El peso de los días 113), Sígueme, Salamanca 2020.