

DE LA MUERTE DIGNA AL “TODO ESTÁ CUMPLIDO”



FRANCISCO JOSÉ ALARCOS MARTÍNEZ

Profesor de Teología Moral
en la Facultad de Teología de Granada
y director de la Cátedra Andaluza de Bioética

Ante el final de la vida

El Consejo de Ministros aprobó el pasado día 13 el anteproyecto de la Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el Proceso Final de la Vida, que busca consagrar el derecho a la información asistencial, a la toma de decisiones, al tratamiento del dolor, a la voluntad anticipada o testamento vital y al acompañamiento e intimidad en los últimos días de vida del enfermo. Desde una visión creyente, y en la senda de la tradición moral cristiana, estas páginas tratan de arrojar algo de luz a esos y otros conceptos que contempla la futura ley, pero que con frecuencia son manejados con ambigüedad y hasta en perjuicio de la propia dignidad humana.

I. ACUERDOS, DESACUERDOS Y OPORTUNIDADES

En esta legislatura se anunció una Ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna, cuyo anteproyecto fue aprobado por el Consejo de Ministros el 13 de mayo. Los acuerdos, desacuerdos y oportunidades, en la nueva propuesta legal, giran en torno a dos grandes cuestiones: los contenidos con que se dota al término dignidad, por una parte, y los conceptos utilizados para abordar el final de la vida, por otra. El respeto a la dignidad humana es el marco en el cual debe encajarse cualquier propuesta normativa respecto a cómo deben ser tratadas las personas. Sin duda, la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha sido el producto más granado de esta concreción, pero aun en ella la dignidad figura en el preámbulo sin definición y concreción. A la idea de “muerte digna” le pasa lo mismo. Morirse constituye el último acto de la biografía personal, allí donde cristaliza el logro o mal-logro de cada cual, sin que pueda ser separado como algo aislado y distinto de la existencia única, personal e irrepetible. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza hasta la muerte. La cuestión, en definitiva, radica en la articulación del concepto de vida digna para que la muerte, de acuerdo a lo que

es constitutivo e inviolable en todos y cada uno de los seres humanos, también lo sea.

Se puede afirmar que formalmente existe un acuerdo unánime en la idea de que las personas aspiran a vivir y a morir dignamente, y que esta aspiración ha de ser respetada. Pero no existe tal acuerdo con respecto a los contenidos que exige este ideal. Mejor dicho, existe acuerdo con respecto a la gran mayoría de los contenidos, y el desacuerdo atañe prácticamente a uno solo: si el derecho a la muerte digna implica o no que las personas enfermas tengan el derecho a que otros acaben con su vida cuando ellas lo solicitan. Esta es la idea que alguna asociación, defensora de la eutanasia, propugna apropiándose del término dignidad, como si aquellos que mueren sin pedir la eutanasia muriesen indignamente.

Me parece relevante caer en la cuenta de la contaminación y el reduccionismo liberal del término. Identificar dignidad con el mero ejercicio de la libertad es una cuestión bastante reciente en la historia, consagrándose, sobre todo, con **John Stuart Mill**¹. Este mantiene que cada individuo tiene el derecho a actuar de acuerdo a su propia voluntad en tanto que tales acciones no perjudiquen o dañen a otros. Si la realización de la acción solo abarca la propia persona,



esto es, si solo afecta directamente al individuo, la sociedad no tiene derecho alguno a intervenir, incluso si cree que el ejecutor se está perjudicando a sí mismo. Sin embargo, si la libertad individual es el único cimiento que sostiene la dignidad, aparecen conflictos y tensiones: ¿es la libertad individual un valor absoluto que ha de ser respetado como una obligación perfecta? ¿Las elecciones tomadas en libertad han de estar sometidas solo al criterio de que sean libres, o han de vincularse a otros criterios, como el de universalización, formulado de diferentes modos en el imperativo categórico kantiano? ¿Cualquier elección individual, aun amparada por el derecho, puede vincular a otros que no la comparten? Los que no pueden elegir, ¿son dignos o no?

En mi opinión, la dignidad ha de quedar articulada incluyendo la libertad, pero no solo esta. Hay elementos de la biografía, del argumento vital personal, aquellos que se relacionan con el sentido o sinsentido de la existencia humana, que me parecen tan relevantes o más que la mera libertad liberal. Entre ellos, destacaría la vinculación de la dignidad al cumplimiento del logro existencial. “Todo está cumplido” llena de dignidad el final de la vida, pero no por ser elegido, sino por haber llevado cada cual a plenitud la misión que estaba llamado a ser y realizar, no tanto por y para sí mismo, cuanto por y para los demás en sí mismo.

Dicho esto, es muy importante empezar por los acuerdos, porque, paradójicamente, son muchos más que los desacuerdos, aunque en general todo el mundo, la opinión pública y, sobre todo, los medios de comunicación tienden a resaltar más los desacuerdos. Esta es una de las primeras oportunidades que podemos aprovechar en la deliberación pública sobre el final de la vida. Puede decirse que existe un importante acuerdo en el derecho a que el final de cada vida personal sea propio de la dignidad humana. Sin embargo, este derecho no implica recibir todo tipo de atención y valerse de toda tecnología sanitaria disponible para mantener la

vida de manera ilimitada, cuando el conocimiento científico y la experiencia profesional indican que dichos tratamientos no evitarán la muerte final o lo harán con unas condiciones ínfimas no propias de lo humano. El punto de desacuerdo radical, por tanto, estriba en si el derecho a una muerte digna incluye o no el derecho de un paciente a pedir a otra persona, habitualmente un profesional de la salud, que acabe con su vida de una manera inmediata y efectiva, es decir, a despenalizar la eutanasia.

La segunda oportunidad que puede ofrecer es la de clarificar con rigor los términos que empleamos en el final de la vida. Bajo el término eutanasia se ponen realidades que no lo son, cuestión que ya reclamaba el Comité para la Defensa de la Vida de la Conferencia Episcopal Española en el año 1993 (*La eutanasia: 100 preguntas y respuestas*), que, al preguntarse si era especialmente importante el significado de las palabras en esta materia, afirmaba que “es de extrema importancia”. Habría, entonces, que distinguir cinco grandes escenarios que, con demasiada frecuencia, se confunden: eutanasia, suicidio asistido, Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), rechazo de tratamiento y sedación paliativa y en la agonía.

II. LA CLARIFICACIÓN TERMINOLÓGICA

■ El término “*eutanasia*” se debería restringir, exclusivamente, a uno de ellos y evitarse en los otros cuatro. La más importante es la propia palabra eutanasia, de la que debe hacerse un uso restringido para referirse a aquellas actuaciones que: producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata, se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad, en un contexto de sufrimiento, entendido como “dolor total”, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por

otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

■ Cuando en este contexto, además, la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte, se habla de suicidio médicamente asistido o *suicidio asistido* sin más. Es un requisito imprescindible para hablar de eutanasia el que exista una petición expresa y reiterada del paciente. La no existencia de consentimiento expreso del paciente hace que la actuación del profesional deba ser etiquetada sin más como **homicidio**. Con frecuencia, dado que se realiza en un contexto de sufrimiento intenso, muchos la denominan “homicidio por compasión”. Pero, en cualquier caso, existe acuerdo general en que el homicidio es siempre, en principio, una actuación contraria a la ética y, por supuesto, jurídicamente punible según el Código Penal, con o sin atenuantes. Por ello, las expresiones “eutanasia voluntaria” y “eutanasia involuntaria” son confusas. La eutanasia siempre es, por definición, voluntaria, y la eutanasia involuntaria no es eutanasia, sino homicidio. Lo mismo puede afirmarse de expresiones como “eutanasia directa” o “eutanasia activa”, pues la eutanasia es, por definición, siempre ambas cosas y el problema de las contrarias, “indirecta” o “pasiva”, es que no son eutanasia. Todas estas expresiones, adjetivos y neologismos, deberían superarse buscando más precisión y claridad. Ante la eutanasia y el suicidio asistido la posición moral de la Iglesia católica y del resto de grandes tradiciones religiosas, es de rechazo y condena. **Juan Pablo II**, en la encíclica *Evangelium Vitae*, afirma que una y otro son “una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana”.

■ La *Limitación del Esfuerzo Terapéutico* (LET) es la retirada o no inicio de medidas terapéuticas de soporte vital porque el profesional

sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan solo consiguen prolongar artificialmente la vida sin posibilidad de irreversibilidad. Según el Hastings Center, uno de los centros de bioética más importantes del mundo, se entiende por tratamiento de soporte vital (TSV) “toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal”. La ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, las drogas vasoactivas, los sistemas de depuración extrarrenal, la nutrición parenteral o enteral y los hemoderivados son tratamientos de soporte vital.

La LET –en cierta medida, otro neologismo– se utiliza con asiduidad en el ámbito sanitario y está relativamente consolidada, aunque siempre pueden existir profesionales que preferirían otros términos. En cualquier caso, la retirada o el no inicio de dichas medidas permite a la enfermedad concluir su victoria sobre la vida del enfermo. Es, por tanto, la enfermedad la que produce la muerte del enfermo, y no la actuación del profesional. La LET “permite” la muerte en el sentido de que no la impide, pero en ningún caso la “produce” o la “causa”. Esta diferencia entre “permitir” y “producir” la muerte es clave, pues es la que separa la LET de la eutanasia. Y es la que trataba de reflejarse mediante la clásica distinción entre eutanasia pasiva y activa. Sin duda, esta distinción conceptual debe mantenerse, pero los términos deberían ser modificados para evitar mantener la eterna confusión entre lo que es y lo que no es eutanasia. Lo mismo cabe decir de los términos adistanasia o antidistanasia. Ante este escenario, la Congregación para la Doctrina de la Fe afirmaba en el año 1980: “Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos”.

El juicio clínico sobre la futilidad de una medida no es fácil, pues, como siempre en medicina, no hay criterios matemáticos ni certezas



tranquilizadoras. Pero en cualquier caso, cuando un profesional, tras una evaluación ponderada de los datos clínicos de que dispone, concluye que una medida terapéutica resulta fútil, no tiene ninguna obligación ética de iniciarla y, si ya la ha iniciado, debería proceder a retirarla. De lo contrario, estaría entrando en lo que se ha denominado obstinación terapéutica, actuación anteriormente conocida como “encarnizamiento terapéutico”, “ensañamiento terapéutico”, o “distanasia”, término más moderno y aceptado por la Real Academia. Obviamente, estas actuaciones no son más que un claro ejemplo de práctica clínica.

Es importante insistir en que la evaluación sobre la futilidad de un tratamiento es un juicio clínico de los profesionales basado en criterios de indicación y pronóstico. Sin lugar a dudas, como ya hemos comentado anteriormente, la decisión final deberá ponderar, además, otros elementos, como por ejemplo la propia opinión del paciente capaz, la del paciente incapaz a través de su Voluntad Vital Anticipada o Testamento Vital, o la de un consentimiento por representación realizado por sus familiares. Pero la base principal de una decisión de LET

es siempre un juicio clínico prudente realizado por los profesionales. Su aplicación exige, además, que estos desplieguen estrategias de comunicación y negociación adecuadas con el paciente y la familia, de tal forma que puedan asumir adecuadamente la situación sin tener en ningún momento sensación de ser abandonados por los profesionales.

El único punto donde no existe un acuerdo ético tan amplio en lo relativo a la LET es el que implica la retirada de la alimentación e hidratación artificial, sobre todo cuando esta se realiza mediante sistemas sencillos como la sonda nasogástrica. Hay posiciones, como la de la Iglesia católica, que la interpretan como una medida de confort y cuidado básico que debe mantenerse “en principio”. El 20 de marzo de 2004, Juan Pablo II afirmaba: “La administración de agua y alimentación, incluso cuando se realizara mediante vías artificiales, constituye siempre un medio natural de conservación de la vida, y no un acto médico. Su uso deberá considerarse, por lo tanto, en línea de principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta el punto en que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en ese caso concreto consiste en procurar alimento al paciente y aliviar sus sufrimientos”². Es interesante hacer notar “en línea de principio”, pues en algunos pacientes este cuidado no previene la neumonía, ni las consecuencias de la mala nutrición, ni aumenta la supervivencia, no mejora las úlceras por presión, no reduce la aparición de infecciones, no mejora el estado funcional, no mejora el bienestar general del paciente, y trae otras complicaciones. Por esto, la Congregación para la Doctrina de la Fe, respondiendo a cuestiones planteadas por la Conferencia Episcopal Estadounidense acerca de la alimentación y la hidratación artificiales, en abril de 2007 vuelve a insistir en que “es obligatorio en la medida en que y mientras se demuestre que cumple su propia finalidad”. Este matiz es importante pues la formalidad del principio ha de demostrarse, y no darla por supuesta al margen de su finalidad en cada caso concreto.

■ El **rechazo de tratamiento** está estrechamente vinculado al consentimiento informado, figura en la que actualmente se sostienen todas las relaciones sanitarias. Este modelo ético de toma de decisiones postula que los pacientes pueden ejercer siempre su autonomía moral y tomar las decisiones que estimen convenientes respecto a su cuerpo o su salud. Solo en situaciones excepcionales, como el peligro para la salud pública o ante una emergencia vital súbita e inesperada que no permite demoras en la atención y donde no exista constancia previa de las preferencias del paciente, los profesionales pueden actuar sin su consentimiento. Las decisiones de los pacientes pueden ser de aceptación o de rechazo del tratamiento indicado por los profesionales como el más beneficioso para su situación clínica. Obviamente, el rechazo de la propuesta de los profesionales puede implicar la posibilidad de que el paciente ponga en serio peligro su salud o su vida. Bajo ningún concepto esta situación puede confundirse con la eutanasia o el suicidio asistido. El *Catecismo de la Iglesia Católica*, en el nº 2278, afirma: “La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima... Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o, si no, por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente”. Es interesante hacer notar que para la Iglesia la razón de un paciente para rechazar un tratamiento, además de las tradicionales (desproporcionado o extraordinario), se incorporen otras dos: el coste y el peligro.

■ Por **sedación paliativa** se entiende la administración de fármacos a un paciente en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento, entendido como “dolor total”, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante. Lo que hace

aparentemente especial esta actuación clínica es que uno de sus posibles efectos secundarios es acortar el tiempo de vida del paciente. En nuestro país –no así en los demás países europeos–, se suele contemplar, además, un subtipo de sedación que se denomina sedación en la agonía. La única diferencia respecto a la anterior es que, en este caso, se realiza a un paciente cuya muerte se prevé muy próxima porque está entrando en la fase de agonía.

La sedación paliativa se trata de una práctica clínica que, si se realiza conforme a las indicaciones clínicas y prescripciones técnicas, y contando con el consentimiento informado del paciente o de su representante, no debería ser considerada de un modo muy diferente al de cualquier otra actuación médica. Forma parte de la buena práctica en cuidados paliativos, los cuales son reclamados y alentados por la Iglesia en el nº 2279 del *Catecismo*: “El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de

la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados”.

Para justificar esta práctica, y evitar la acusación de “eutanasia” encubierta, se ha acudido al uso de un antiguo principio moral: el “principio del doble efecto”. Este principio dice que, cuando una determinada actuación tiene dos posibles efectos, uno positivo y otro negativo, si la persona actúa buscando intencionadamente el efecto positivo, pero como consecuencia de ello se produce, además, de manera no buscada, el negativo, la actuación es moralmente correcta. Y es lo que ha dado lugar a atribuirle a la sedación el confuso nombre de “eutanasia indirecta”. Quizás apelar a todo esto sea innecesario, pues todas las prácticas clínicas tienen efectos secundarios no deseados ni buscados, y no por eso se invoca continuamente el principio de doble efecto para justificar la conducta de los profesionales cuando esos efectos nocivos indeseables se producen. Por otra parte, en la actualidad, el efecto indeseado de acortar la vida como consecuencia de la sedación es bastante bajo o casi nulo, como han probado las Sociedades de Cuidados Paliativos y los magníficos profesionales que trabajan en este ámbito.



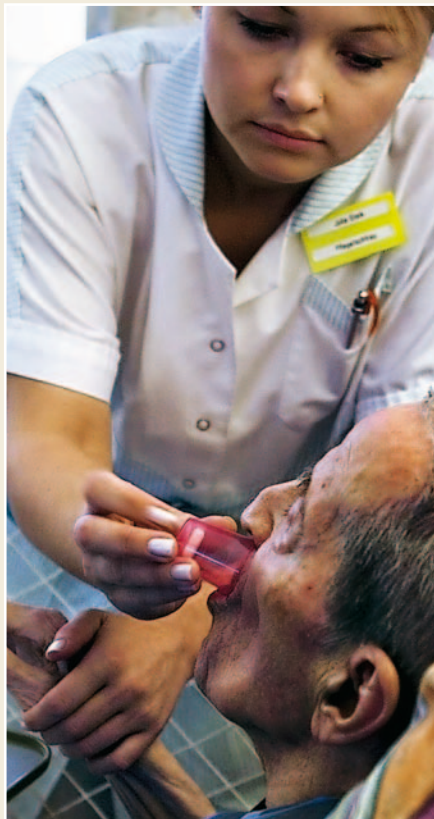
III. LAS CREENCIAS

“Las ideas se tienen; en las creencias se está”, afirmaba **Ortega y Gasset**³. Religiosos o no, todos los seres humanos portan un sistema de creencias, desean vivir y morir desde ellas. “No hay vida humana –continúa diciendo Ortega– que no esté desde luego constituida por ciertas creencias básicas y, por decirlo así, montada sobre ellas... Estas ‘ideas’ básicas que llamo ‘creencias’ no surgen en tal día y hora dentro de nuestra vida, no arribamos a ellas por un acto particular de pensar, no son, en suma, pensamientos que tenemos, no son ocurrencias ni siquiera de aquella especie más elevada por su perfección lógica y que denominamos razonamientos. Todo lo contrario: esas ideas que son, de verdad, ‘creencias’ constituyen el continente de nuestra vida y, por ello, no tienen el carácter de contenidos particulares dentro de esta. Cabe decir que no son ideas que tenemos, sino ideas que somos. Más aún: precisamente porque son creencias radicalísimas se confunden para nosotros con la realidad misma –son nuestro mundo y nuestro ser–, pierden, por tanto, el carácter de ideas”. Descubrir que es imposible vivir sin creencias es también una oportunidad para depurar las razones ideológicas.

Afirmar las creencias es ir un poco más allá de las ideologías. Las creencias tienen una pretensión total de autojustificación racional, al mostrar con claridad el salto en el vacío, al incorporar en la argumentación el “creo que...”, incluyen en la racionalidad la honradez del salto de nivel sin por ello falsear la realidad. En la ideología, su punto de partida y de llegada es la misma racionalidad de su argumentación, pero ese es también su límite. Cualquier razón ideológica con pretensión de validez total que niega la dimensión creencial o que no la explicita, es conciencia falsa de la realidad. La lógica de la razón ideológica que no contempla los límites propios de la misma racionalidad desembarca en el océano. Las creencias añaden a la ideología la respuesta definitiva y última tras el límite racional mostrando explícitamente el “creo que...”. No les queda más

remedio que el salto creencial para sostenerse, aunque hasta ese último salto todas tienen la obligación de justificarse argumentativamente. Esto es importante, pues en el marco de la dignidad hay un componente ineludible de creencia. La polisemia del término, tras los argumentos racionales, encierra un salto: la creencia de lo que es digno o indigno para la vida y la muerte de un ser humano.

Los consensos para legislar u ordenar jurídicamente los contenidos materiales de la vida y muerte digna han de recoger los argumentos racionales tras el destilado crítico de los mismos, es decir, tras someterse a la crítica ideológica y mostrar la fortaleza o debilidad de las razones para afirmar o negar lo que se propone. Pero, además, incorporan siempre algunos elementos incondicionales que solo le pueden venir de las creencias, religiosas o no. A mi modo de ver, las normas de mínimos éticos para garantizar la dignidad humana tienen como soporte último un nivel de “irracionalidad”, de creencia, pues son imposibles de fundamentar absolutamente desde la lógica racional. En este sentido, habría que decir que



la sociedad vive desde ideas y desde creencias públicas. La afirmación de que las ideas son públicas y las creencias, religiosas o no, son privadas es insostenible, todos estamos en ellas.

La modernidad creó algunas creencias y nos dejó como herencia instalados ellas. Una que creemos a pie juntillas es que la religión es un asunto privado. A poco que se reflexione sobre esta herencia uno empieza a transitar por la incredulidad y se descubre que las creencias religiosas nunca son privadas. Lo que es íntimo –habría que decir para ser rigurosos a nivel lingüístico– es la experiencia religiosa. Esta está sostenida en la interioridad del ser humano. No hay experiencia religiosa sin intimidad que la sostenga, mientras que hay sistemas de creencias sin esta cualidad. Dicho con otras palabras: uno puede conocer credos religiosos sin tener que tener experiencia íntima y personal de ellos. Podemos, es más, deberíamos conocer los credos de las diferentes religiones, por ejemplo, aunque no tengamos la experiencia religiosa de esa confesión. Y esto porque todo credo es público. Su pretensión es la publicidad, poder ser propuesto y conocido por todos.

Una particularidad de todos los credos religiosos es que llevan inherente una concepción de la dignidad para vivir y para morir. Es más, la mayoría de los presupuestos de la dignidad en nuestra cultura occidental tienen su punto de partida en credos religiosos, en concreto, el judeo-cristiano, aunque con el transcurso del tiempo se hayan destilado o desmarcado de la fuente originaria. Las progresivas exigencias éticas humanas están profundamente imbricadas culturalmente, y su nivel de autenticidad vendrá determinado por lo cultivado, mantenido y acrecentado en el crisol de la historia.

Nuestro caldo cultural occidental ha estado sostenido desde un marco religioso en el que la vida personal era un bien de Dios contra el que no se podía atentar. Mucho menos utilizar la propia vida, no solo para eliminarla, sino para eliminar otras vidas. Culturalmente, hemos elevado a héroes y encumbrado a los altares solo a aquellos que han dado su vida por salvar la de otros, pero nunca lo

contrario. Un ejemplo que ilustra bien esto es la autoinmolación. En nuestro contexto occidental, autoinmolarse dañando a la vez la vida de otros no goza de reconocimiento ético, ni de aprobación religiosa. Los atentados del 11 de septiembre en Nueva York muestran dos cosas: las creencias religiosas son públicas, afectan a terceros siempre, por una parte; y, por otra, que hay diferencias sustantivas en la consideración de lo más digno, lo más heroico, entre unas creencias religiosas y otras, así como entre unos marcos culturales y otros.

IV. LA TRADICIÓN MORAL CRISTIANA

La tradición cristiana, mayoritaria en la configuración de la cultura occidental, ha sostenido desde sus orígenes que la vida humana es un bien personal (por tanto, quitar la vida propia o ajena va en contra de la caridad debida hacia los demás o hacia uno mismo), pero no solo personal, sino también un bien comunitario (atentar contra la vida ajena o la propia lesiona la justicia). Pero, además, esta dimensión comunitaria pone sobre la mesa esa cierta soberbia cultural que afirma: “No le debo nada a nadie, soy lo que soy gracias a mí mismo”. Olvida esta soberbia introyectada a nivel individual que uno mismo no sería él mismo, que sería nada sin los otros, que somos gracias a ellos y por ellos. Es, en este contexto, en donde la experiencia religiosa cristiana afirma la vida como algo más que mera propiedad individual, como dirá muchos siglos después la tradición liberal, es también de los demás al ser experimentada como don de Dios. También la ha impregnado de que cada uno es responsable de su vida y de que lo que haga cada cual con ella ha de rendir cuentas a Dios. Esto significa que las decisiones que yo tome responsablemente han de incluir a los otros y al Otro, en sentido trascendente, y que en ellas es donde se pone en juego la propia dignidad. Es de extraordinaria importancia que el Concilio Vaticano II sitúe la dignidad humana en la fidelidad a la propia conciencia⁴.



En este sentido, para la tradición cristiana, la vida, siendo un bien universal, no es un valor absoluto⁵. Mientras que entregarla por fe, por amor a los demás, sí son valores absolutos. Con esta afirmación, en ningún caso se quiere decir que la vida sea un valor relativo, sino que es un valor universal que solo cede por un valor absoluto como la fe. Ante los valores absolutos, todos los demás ceden, tanto los universales como los relativos. Pero contienen, además, como característica que no se pueden imponer a los demás, son intrínsecamente personales, mientras que los valores universales se pueden imponer, incluso coactivamente, a otros para ser protegidos. El derecho a la vida estaría aquí. Nadie puede eliminar otra vida humana, salvo en el caso de agresión y legítima defensa, donde dos valores universales están en juego, pues ambas son igual de dignas. Mientras que uno sí puede dar su vida por salvar otra, pero nunca coactivamente, sino libremente desde lo que para esa persona tiene como valor absoluto.

Ante el final de la vida, desde los orígenes de la Iglesia, procurar la “buena muerte” ha sido durante siglos una de las tareas a la que los cristianos han dedicado sus mayores esfuerzos personales e institucionales. Desde la primera comunidad de Jerusalén hasta nuestros días, la Iglesia ha tejido una espléndida red de amor hacia los débiles, hacia los pobres, especialmente hacia los enfermos y moribundos. Es consciente de que su misión incluye la preocupación por los que sufren. Morir dignamente no es un descubrimiento de nuestros días. Así, en el año 165, durante el reinado del emperador **Marco Aurelio**, una terrible epidemia asoló el territorio del Imperio Romano eliminando una cuarta parte de la población durante más de una década. El mismo emperador pereció a causa de la misma. Un siglo después, una nueva plaga volvió a golpear el Imperio con unas cinco mil muertes diarias. Los paganos buscaron, sobre todo, poner su vida a salvo, abandonando a aquellos que ya habían empezado a sufrir la enfermedad. Según **Dionisio de Alejandría**, “desde el mismo inicio de la enfermedad, echaron a los que sufrían

de entre ellos y huyeron de sus seres queridos, arrojándolos a los caminos antes de que fallecieran y tratando los cuerpos insepultos como basura, esperando así evitar la extensión y el contagio de la fatal enfermedad; pero haciendo lo que podían, siguieron encontrando difícil escapar”. La conducta de los cristianos, sin embargo, no pudo ser más diferente. **Cipriano de Cartago** dejó constancia de la permanencia de los cristianos al lado de los enfermos con estas palabras: “... Los que están bien, cuidan de los enfermos, los parientes atienden amorosamente a sus familiares como deberían, los amos muestran compasión hacia sus esclavos enfermos, los médicos no abandonan a los afligidos... estamos aprendiendo a no temer la muerte”.

También Dionisio de Alejandría (año 260) señalaba una situación similar: “La mayoría de nuestros hermanos cristianos mostraron un amor y una lealtad sin límites, sin escatimarse y pensando solo en los demás. Sin temer el peligro, se hicieron cargo de los enfermos, atendiendo a todas sus necesidades y sirviéndolos en Cristo, y con ellos partieron de esta vida serenamente felices, porque se vieron infectados por la enfermedad... Los mejores de nuestros hermanos perdieron la vida de esta manera, un cierto número de presbíteros, diáconos y laicos llegaron a la conclusión de que la muerte de esta manera, como resultado de una gran piedad y de una fe fuerte, parece en todo similar al martirio”⁶.

Disminuir el dolor del prójimo y acompañar su sufrimiento ha sido en la tradición católica una obra de misericordia, una prolongación de Dios, incluso entregando la propia vida. En eso, la tradición cristiana ha aportado algo genuino y extraordinario a nuestra cultura, y sin lo cual no se entendería lo que somos. En nuestro tiempo, hemos de recoger mucho de lo que han sembrado de atención y cuidado a los más sufrientes los mejores hijos e hijas de la Iglesia en su historia.

En nuestros días, y desde la ética teológica católica, morir dignamente pasaría por morir con el mínimo sufrimiento físico, psíquico o espiritual. Acompañado de los seres queridos en la intimidad personal y familiar.



Bien informado si se desea y pudiendo rechazar los tratamientos que no se quieren. Morir pudiendo haber preparado, mediante un Testamento Vital por ejemplo, aquello que quiero evitar en mi final. Morir en casa si se puede, reconciliado con uno mismo, con los demás y con Dios, los que sean creyentes, a través de la asistencia religiosa. Morir dormido si uno lo solicita. Morir bien cuidado, a tiempo y en paz.

Las últimas décadas han medicalizado la muerte, como la vida en general, y la han trasladado del entorno afectivo de la familia a las instituciones anónimas e hipertecnificadas de los hospitales. Se ha ido caminando hacia la expropiación del último y único momento de la existencia donde poder vivir más radicalmente lo más humano de lo humano: los afectos más profundos, la mano cogida y mantenida hasta que empieza a enfriarse de la persona querida, los espacios para las reconciliaciones y el perdón, los momentos para expresar la gratitud por lo dado y recibido, los últimos consejos y deseos, las miradas cuando ya no hay palabras, la experimentación de lo que termina y de lo que permanecerá. Es el momento de la apropiación de la fe religiosa, donde lo creído deja de ser creído para ser experimentado como misterio, como ausencia o presencia, como encuentro. Es la oportunidad para que la muerte dignifique plenamente al ser humano que fallece y al entorno que permanece, pues “todo está cumplido”.

NOTAS

1. “El objeto de este ensayo es el de proclamar un principio muy sencillo encaminado a regir de modo absoluto la conducta de la sociedad en relación con el individuo, en todo aquello que suponga imposición o control, bien se aplique la fuerza física, en forma de penas legales, o la coacción moral de la opinión pública. Tal principio es el siguiente: el único objeto que autoriza a los hombres, individual o colectivamente, a turbar la libertad de acción de cualquiera de sus semejantes, es la propia defensa; la única razón legítima para usar de la fuerza contra un miembro de una comunidad civilizada es la de impedirle perjudicar a otros; pero el bien de este individuo, sea físico, sea moral, no es razón suficiente. Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Estas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle a causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano” (la cursiva es mía). **MILL, J. S.**, *Sobre la libertad*. Orbis, Barcelona 1984, p. 32.
2. *Ecclesia*, n. 3.199, pp. 25-27.
3. **Ortega y Gasset, J.**, “Ideas y creencias”: en *Obras Completas*, vol. V, pp. 379-383. Alianza Editorial.
4. “En lo más profundo de su conciencia descubre el hombre la existencia de una ley que él no se dicta a sí mismo, pero a la cual debe obedecer, y cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de su corazón, advirtiéndole que debe amar y practicar el bien y que debe evitar el mal: haz esto, evita aquello. Porque el hombre tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana y por la cual será juzgado personalmente” (la cursiva es mía). CONCILIO VATICANO II, constitución *Gaudium et Spes*, 16.
5. “Para **Jesús**, sin embargo, la vida biológica y temporal del hombre, aun siendo un valor fundamental, no es el valor absoluto y supremo. Para Él, el único absoluto es Dios y su Reino. En consecuencia, en el servicio a Dios, al prójimo y a la comunidad, el hombre puede entregar su vida, gastarla y hasta acortarla, mientras no atente directamente contra ella”. COMISION EPISCOPAL PARA LA DOCTRINA DE LA FE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *Nota sobre la eutanasia*, en *Ecclesia*, nº 2265 (3 de octubre de 1986); esta misma idea la planteará unos años más tarde **JUAN PABLO II** en *Evangelium Vitae* nº 47 (25 de marzo de 1995): “Ciertamente, la vida del cuerpo en su condición terrena no es un valor absoluto para el creyente, sino que se le puede pedir que la ofrezca por un bien superior”.
6. **EUSEBIO**, *Historia eclesiástica*. 7, 22.