

resulta difícil explicar nuestra tarea y porque es duro escuchar, compartir y valorar a las personas excluidas. Si bien es cierto que Cáritas se mantiene gracias a los socios, a los donativos y a las colectas puntuales, nosotros echamos en falta algo más.

En nuestras comunidades, y aquí hablamos en general, se invierten muchas fuerzas en catequesis, liturgias, pero qué hay de Mateo 25 que responde a la pregunta ¿cuándo estuvimos con Dios? La respuesta es clara y contundente: en cada persona que tiene hambre, que llora, que no encuentra motivos para vivir... porque *“a mí me lo hicisteis”*.

Y, aunque decíamos al comienzo que somos muchos los voluntarios que estamos con los excluidos, también es verdad que *la mies es mucha y faltan voluntarios*. En nuestra comunidad el equipo lo formamos solamente ocho personas y no es mejor la situación entre las parroquias vecinas. Da la impresión que en nuestras comunidades la cercanía a la marginación es también una cuestión “marginal”.

Necesitamos más, porque son muchos los que llaman a la puerta y porque, si el número fuera mayor, seríamos nosotros los que saldríamos a su encuentro. Sabemos de las “bolsas de pobreza” creadas por la concentración de viviendas sociales en el barrio (Actur); de inmigrantes sin papeles que subsisten gracias a la economía sumergida; de personas marginadas por no ser rentables en un mercado laboral competitivo a ultranza; de sus dificultades para acceder o mantener una vivienda digna; de cómo se explota su situación de necesidad con subarriendos hasta el hacinamiento; de tantas mujeres solas, con hijos a su cargo, cuya *familia* sólo cuenta con sus ingresos para vivir. Por el momento sólo podemos esperar a que llamen.

Un apoyo lo tenemos en la persona que Cáritas Diocesana contrata como Trabajador Social para acompañar a los equipos parroquiales del arciprestazgo, *trece* equipos en nuestro caso, aunque es claramente insuficiente. En su condición de persona liberada y especialista completa, en lo posible, nuestra falta de tiempo y formación. Tal vez por lo ambiciosa que es en sí misma la tarea de Cáritas –coordinar y animar la acción caritativa y social de la comunidad cristiana– este apoyo sabe a poco.

Esta riqueza del trabajo en equipo la intentamos llevar más allá del entorno eclesial, pues necesitamos actuar coordinadamente, unificando criterios, junto con todos los que luchan por un mundo más justo, ya sea desde instituciones de iglesia o no, públicas o privadas.

Nuestro motor. Nuestra esperanza

Antes hemos hablado de un proceso largo para ellos (excluidos) y *para nosotros*, porque nuestra experiencia como voluntarios la vivimos como un proceso continuo de **conversión**, personal y comunitaria.

Aunque suene a palabras bonitas, cada vez que nos dirigimos a la acogida, ya por el camino, nos ponemos en manos de Dios: "¡Señor, que sea un poco como tú eres, que sea capaz de mirar, de acoger y amar al otro como Tú lo haces; hoy estoy cansado (o preocupado...), en Ti confío!" Y todo surge, la paciencia, la palabra esperanzadora, la sonrisa cálida (Es cierto que no siempre todo es tan perfecto).

Si hemos dicho que el grupo es fuente de energía para cada voluntario, es sobre todo el lugar de la **presencia** de Dios. Jesús es más real desde la comunidad (grupo) donde, de alguna manera, las limitaciones personales se diluyen, los valores se potencian y podemos experimentar la presencia del Hombre-Dios, Jesús el hombre perfecto. Una valoración o una decisión siempre es más acertada y más justa si se toma en equipo.

La Palabra de Dios nos hace ver que a través de los pobres podemos descubrir más fácilmente su presencia. La gente que sufre, que no tiene que comer, que es rechazada y humillada, sin ellos ser conscientes, hacen que se alimente y crezca nuestra fe; conseguimos poner caras a Dios y se nos hace más cercano. No sólo cuando las cosas van bien –desde nuestro punto de vista–, sino también cuando nos lo ponen difícil. Es el mismo Padre bueno quien nos ayuda a ver las cosas con sus mismos ojos.

Podemos decir que hemos pasado del Dios que nos llevó a los pobres, a vivir el Dios que se revela en los pobres.

Señor, queremos ser sacramento de tu amor.

Que tú sigas presente sobre todo donde nadie quiere estar, con los últimos.

El Testamento vital

Rev. Aragon. Teol. 18 (2003)

José Alegre Aragüés

Introducción

Los avances científicos originan cambios en todos los campos de la actividad humana y, generalmente, los aplicamos bien, lo cual da lugar a que la ciencia y sus aplicaciones se vean tan positivamente y gocen de buen cartel en un mundo tan dado a la crítica y a la desmitificación. Pero también hay problemas y situaciones impensables hace unos años.

La actual generación española de la tercera edad es la que ha experimentado un cambio más radical, integral y rápido en toda la historia de la Humanidad, a la vez que somos uno de los países que más rápidamente está envejeciendo debido a las tendencias del crecimiento demográfico que, últimamente, podemos mitigar con la ayuda de los inmigrantes.

Los que ya pintamos canas podemos recordar cómo era la vida hace cuarenta años en España. ¿Quién no recuerda las condiciones en que trabajaban los agricultores españoles, sus rendimientos, sus jornadas interminables, su inseguridad?

¿Quién no recuerda cómo eran los medios de transporte, cuando los había, con aquellos trenes de madera, los autobuses renqueantes averiados por cualquier parte, los camiones cayéndose a trozos?

Si tiene esa edad haga un pequeño ejercicio de memoria para recordar los teléfonos, los centros sanitarios, las escuelas, las viviendas y las condiciones higiénicas que dieron lugar al famoso brote de cólera.

Todo ha contribuido a superar dificultades, a hacer accesibles cosas reservadas antes para muy pocos o inimaginables para todos.

Pero sigue habiendo problemas, unos iguales y otros nuevos. Cada situación tiene su problemática que hoy se manifiesta en las consecuencias de tantos medios técnicos como los accidentes de circulación o los derivados de la aplicación de las nuevas tecnologías al campo de la medicina o de la alimentación.

Ciencia, medicina y enfermos

También la vida misma ha experimentado cambios en sus fases iniciales, en las intermedias y en las finales. ¿Cuántas cuestiones se plantean hoy ligadas a las fases de la concepción y del nacimiento?

La medicina ha integrado los avances en su ejercicio y los resultados son espectaculares: Promedio de edad, condición y calidad de vida, supervivencia de enfermedades, prolongación de la vida, cuidados paliativos.

Y con los resultados también los problemas nuevos: Muchas posibilidades de actuación, tratamientos que prolongan la vida, máquinas que mantienen las constantes vitales, interrogantes sobre la calidad de vida y la decisión de intervenir o abstenerse.

Una diferencia en los tiempos es la persona a quien se le reconoce la responsabilidad de la decisión, pues mientras en la época anterior todo quedaba en manos del médico en quien se confiaba por su capacidad profesional y la relación de subordinación que el enfermo asumía ante él, hoy la toma de las decisiones que afectan al paciente se le atribuyen al mismo, por ser él el sujeto de su propia vida en paralelo a la autonomía que rige en la sociedad.

Mientras en la medicina tradicional prevalecía el principio de beneficencia por el que se otorgaba al médico la responsabilidad de la decisión convencidos de su opción segura por el bien del enfermo aunque éste no entendiera nada sobre su propio proceso, en la medicina actual prevalece el respeto a la decisión del enfermo cuando está previamente informado de su patología y las previsibles consecuencias.

Se busca una mayor participación e integración de todos los implicados y afectados para que desde una información veraz se otorgue un consentimiento a las indicaciones del médico en un clima de igualdad, confianza y respeto.

Si es cierto que se ha incorporado a la concepción de las relaciones entre médico y paciente este nuevo modo, también hay que reconocer que en muchos casos ha sido como consecuencia de las reclamaciones jurídicas, lo que ha originado otro tipo de relación, afortunadamente minoritaria, en que prevalece un sentido de contrato por el que el paciente otorga su consentimiento con su firma para exonerar de posibles responsabilidades.

Otras veces es el mismo paciente quien prefiere delegar en el médico la decisión, abrumado por la ingente cantidad de información que le desborda y le aturde.

Siempre, sin embargo, se debe incorporar al paciente como primer interesado en unas decisiones de las que no puede quedar al margen.

Y como toda decisión requiere unos criterios pensados que ayuden a que sea buena, desde hace algunos años esta reflexión de búsqueda se realiza desde perspectivas tan variadas como la medicina, la filosofía, la teología, la sociología, la economía, etc.

De todas las cuestiones que pueden afectar a la vida del paciente y que se pueden dar en cualquier edad, hay algunas que se refieren a los procesos finales de la vida, sea ésta joven o anciana.

Los nuevos medios hacen posible alargar la vida sin que esto signifique siempre un aumento en su calidad. Y no es extraño, pues, que el enfermo, su familia, los médicos, se planteen la posibilidad de elegir cómo quiere vivir sus últimos días, opción compleja por las personas que intervienen, las consecuencias que se derivan y los principios éticos y jurídicos que están en juego. Mucho más problemático y complejo si las personas pacientes no están en condiciones ni en capacidad para tomar decisiones.

En este marco es donde se sitúa este artículo: Un escenario que implica a un paciente sobre el que han de tomarse unas decisiones fundamentales sin que él pueda formar parte en ellas por carecer de capacidad.

Tres son las posibilidades:

- Que el paciente haya dejado establecidas sus decisiones previamente
- Que haya nombrado un sustituto para tomarlas
- Que, por carecer de indicaciones, sean los profesionales quienes decidan y actúen.

El testamento vital

Para facilitar la toma de decisiones es por lo que surge el Testamento vital, “living will” o también “directrices anticipadas”, “indicaciones previas” o “voluntades anticipadas”.

En definitiva un documento escrito previamente con indicaciones sobre lo que uno querría que decidieran con él.

Historia

Es en EE.UU. donde comienza su historia. Surge para resolver situaciones problemáticas en las que los familiares de pacientes incapaces de manifestar su voluntad no deseaban que se les prolongase artificialmente la vida.

A la vez, se daban casos de demandas contra hospitales y médicos por omisión de tratamientos en pacientes de edad avanzada y se debatía sobre el alto coste de los servicios sanitarios para casos inviables.

Ya en 1914 tuvo lugar el caso Scholoendorff contra la administración del Hospital de New York. Un juez, Benjamin Cardozo, expone en su sentencia: "El cirujano que practica una operación sin el consentimiento del paciente, comete un acto de agresión por el que se le pueden reclamar daños y perjuicios..."

Desde entonces una infinidad de casos dieron origen a un largo debate que, todavía hoy, se mueve entre dos polos opuestos: la eutanasia y el ensañamiento terapéutico.

El famoso caso de Karen Ann Quinlan (1975), para quien su familia solicitó que se le retirara la ventilación asistida que la mantenía en estado vegetativo, motivó la Natural Death Act. Ley de Muerte Natural (California), llamada así porque su finalidad era la de procurar y proteger la muerte natural de los pacientes evitando, a la vez, prolongarles artificialmente la vida y cualquier intervención directa para suprimirla.

Fue Lewis Kutner, un abogado de Boston, el primero en utilizar la expresión "Testamento vital". (Indiana Law Journal, 4(1969) 539-554). Él proponía un documento por el que un adulto expresaba una serie de criterios para decidir en su tratamiento en caso de estar inconsciente.

Su función original era la de evitar la prolongación de la vida física a toda costa y el respeto a una muerte en condiciones naturales de dignidad.

El hecho de que el abogado Kutner estuviera integrado en movimientos en favor de la eutanasia, y que los primeros debates no distinguieran entre eutanasia activa y eutanasia pasiva, creó una cierta identificación entre las propuestas del testamento vital y las eutanásicas, (aunque es cierto que casi siempre han ido muy unidas).

Con el tiempo, el debate ha traído más claridad y las propuestas han ido llegando a las instituciones legislativas que han adoptado criterios como los decididos por la Unión Europea:

Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina. (Ratificado por España el 1 de Enero de 2000)

Artículo 9: "Se tendrán en consideración los deseos expresados con anterioridad respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no esté en condiciones de hacer saber su voluntad".

Recomendación del Consejo de Europa relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. (25 de Junio de 1999), Art. 9.6: "La Asamblea recomienda al Comité de Ministros alentar a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos incurables y moribundos en todos los aspectos. Protegiendo el derecho de los enfermos incurables y de los moribundos a la autodeterminación, tomando las medidas necesarias para hacer respetar las instrucciones o la declaración formal, rechazando ciertos tratamientos médicos dados o hechos anticipadamente por los enfermos incurables o moribundos incapaces ya de expresar su voluntad"

La filosofía de esta legislación y de todas las leyes estatales y autonómicas va dirigida a la posibilidad de legir determinados tratamientos o negarse a ellos, pero no es en ningún caso legitimadora de conductas eutanásicas aunque alguna sensibilidad que se manifiesta en determinados casos podría, en un futuro, convertir estos documentos en instrumentos verificadores de la voluntad eutanásica del enfermo.

El testamento vital y la Iglesia

En Septiembre de 1989, adelantándose a las iniciativas legislativas de casi toda Europa, los obispos españoles publicaron un modelo de testamento vital cristiano. Su presentación le correspondió a D. Javier Osés, entonces obispo de Huesca.

Ya en 1980 el Vaticano hacía pública una Declaración sobre la Eutanasia en la que avisa que "la dignidad humana puede estar amenazada por un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo". Y afirmaba "el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana... es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia".

Lo mismo, en la Nota sobre la Eutanasia de la Conferencia Episcopal Española de 1986, se advierte del peligro de encarnizamiento terapéutico cuando la actuación de la medicina crea situaciones de prolongación de la vida terminal que pueden ser verdaderamente crueles para el enfermo.

Pero la línea de la Iglesia sobre este tema se remonta a 1957 cuando Pío XII, el Papa de entonces, afirmaba que "es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer y es legítimo, por tanto, renunciar a los medios desproporcionados.

La prudencia sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor”

No es una novedad, por tanto, la postura de la Iglesia sobre este tema. Sí lo es la redacción de un testamento vital, porque hasta entonces era habitual casi exclusivamente entre los partidarios de la eutanasia.

Es importante subrayar que considere la vida física como un valor fundamental pero no el absoluto, porque por encima de las doctrinas vitalistas o visiones biologicistas, el cristianismo considera que la vida es digna en cuanto humana, de ahí que pueda aceptar la no utilización de recursos exagerados para prolongar simplemente la vida sin un futuro previsible de curación o la retirada de los aparatos que mantienen la vida en un estado de aplazamiento de la muerte o de inconsciencia.

Es, también, muy importante que en esta cultura nuestra, tan centrada en el disfrute y el consumo, podamos hablar abiertamente del dolor y de la muerte.

No es fácil. De hecho, tanto la enfermedad como la muerte se han ido enclaustrando en ámbitos muy localizados como hospitales, geriátricos y tanatorios.

El ambiente que rodea al moribundo actual está muy lejos de aquel medio familiar y concurrido en el que era patente el calor del afecto y el sentido de la despedida.

La tecnología ha tecnificado el hecho supremamente humano del morir, lo cual no es sino la continuación de una vida toda ella muy tecnificada que, en parte, puede ir perdiendo rasgos de humanidad.

Por eso, todo lo que sea introducir elementos en que los medios sean instrumentos de ayuda para los difíciles momentos del dolor y de la muerte, combinados con la cercanía y compañía afectuosa de quienes pueden aportar el cariño, el sentido de una vida verdaderamente humana y la esperanza de un futuro que nace de las convicciones más profundas, será muy positivo y humanizador tanto para el que se ve en esa situación última como para quienes permanecen de esta parte de la vida.

El testamento vital es una forma de compartir la responsabilidad de unas decisiones difíciles y complejas con los seres queridos, que pueden verse agobiados y atrapados por los sentimientos de culpabilidad. En él se expresa que la vida no es una experiencia individual y aislada sino un camino compartido y solidario en el que todos aportamos y recibimos.

Cuestiones éticas

Al abordar cuestiones como la del testamento vital no hay que perder de vista el contexto en el que se da: Los cambios importantes que ha habido como consecuencia de la alta tecnología aplicada al ámbito médico-hospitalario.

Nuestro tema se enmarca en los problemas médicos derivados de esa aplicación a las fases finales de la vida por enfermedad, accidente o edad. La capacidad de la medicina para prolongar la vida en sus aspectos biológicos y paliar los efectos del dolor que el paciente pueda tener.

Enseguida aparecen las preguntas: ¿Mantener a toda costa? ¿Poner fin a lo que no es viable? ¿Respetar un proceso de muerte sin intervenir con medios extraordinarios? ¿Quién decide? ¿Con qué criterios?

Para centrar la perspectiva ética hay que tener en cuenta que:

- Nos movemos en sociedades de cultura plural.
- La ética también ha asumido el principio de autonomía por el que renuncia a imponer una visión determinada y, en cambio, se abre a un diálogo en el que se proponen razones sobre las que construir los criterios.
- El objetivo final de lo ético, tanto religioso como no, es el bien de las personas, lo mismo como tarea a conseguir que como valor a respetar y proteger.
- Las diferencias, que no afectan tanto a contenidos como a horizontes y motivaciones, no impiden que juntos podamos buscar lo que consideramos mejor, no en razón de las normas sino en función de un mundo en el que las personas siempre estamos en relación porque somos relación.
- La vida, regalo para unos o encuentro para otros, es para todos un ejercicio de responsabilidad que cada uno debe tomarse en serio y administrar de la mejor manera desde el comienzo hasta el final. Ordinariamente así ocurre y la vida transita en brazos de una normalidad donde el sentido común tiene componentes de criterios, pautas, afectos y conciencia convertida en memoria normativa y que nos da su primer referente de apuesta y protección por la vida.

Pero las nuevas situaciones colocan al sujeto humano con su autonomía ante decisiones muy respetables todas, siempre que en la decisión haya sinceridad, no se escondan intereses espúreos, se respete la libertad y no haya un condicionante

cultural que niegue valor a quien no es útil, a quien es costoso y a quien no puede valerse ni aportar.

Es cierto que una vida digna es mucho más que una vida, pero lo es a lo largo de toda su existencia y a lo largo de toda ella debe manifestarse la preocupación por su valor.

Por eso es sospechoso que en nuestra sociedad instrumental, técnica y consumista, algunas corrientes tiendan a preocuparse por la dignidad precisamente en el momento final y, entonces, afirmar el derecho a la muerte.

Sin entrar en exageraciones de corte apocalíptico, es bueno no perder de vista los avisos que desde el mundo artístico, literario, cinematográfico, psicológico, cultural y religioso nos hacen sobre un descenso de la sensibilidad y la solidaridad humana cercana a quien sufre.

La preocupación por lo humano y por lo humano más débil podrá ser la referencia que oriente la libertad y la autonomía de la persona hacia un sentido más social y menos individualista que nos ayudará a entender cómo la situación de los enfermos terminales, incluidos los casos más extremos y dramáticos, es una cuestión que nos afecta a todos.

En el compartir una sensibilidad muy humana cabe el respeto hacia decisiones tomadas muy en serio y en conciencia, aunque no las compartamos.

En nuestra condición de creyentes, el valor de la vida humana es un valor compartido con los no creyentes. En nuestro caso reforzado por la visión de cada ser humano como un hijo querido de Dios cuya imagen me refleja la suya y cuya necesidad me dice y me habla de un Dios que me pide ayuda, a través de quien sufre, para hacer un mundo más humano y más agradable donde la vida merezca ser vivida por todos.

Valor práctico del testamento vital

El hecho de que el paciente exprese en un documento su voluntad para cuando no sea capaz de hacerlo supone un apoyo muy fuerte para el respeto y la defensa de su autonomía.

Expresa la nueva dinámica de la relación paciente-servicios médicos en la que el enfermo, por lo mucho que le afecta esta relación, es quien asume y toma la responsabilidad de decidir.

A algunos, este reconocimiento de la autonomía del paciente, les puede parecer el comienzo de una dirección que conduce a la eutanasia porque implícitamente parecería reconocerle el derecho a disponer de su vida y a utilizar o rechazar unos medios cuyo impacto es vital.

Ciertamente, las cuestiones que se dirimen están tan próximas a las fronteras de la vida y la muerte que pueden originar cierta perplejidad por lo que se decida. Pero hay que manifestar con claridad que la omisión de intervenciones médicas en situaciones extremas y extraordinarias no entran en lo que sería la eutanasia activa y directa.

Sería más bien en lo que se denomina eutanasia pasiva que no participa de la intención de poner fin ni realiza acción directa alguna de la que se deriva la muerte sino que respeta la dinámica natural de la persona aliviándola de su dolor aunque la administración de analgésicos pueda indirectamente acelerarle el final.

Lo que se intenta con el testamento vital es que los enfermos terminales no sean sometidos a interminables y dolorosas terapias que no hacen sino alargarles la vida sin ninguna perspectiva de mejorar su calidad. Esto es lo que puede expresar el futuro paciente.

¿Pero tiene efectos prácticos de decisión?

Su uso es ambivalente porque no es fácil su aplicación práctica por no estar extendido su uso, por la distancia lógica entre el momento de firmarlo y el momento de las actuaciones. Distancia que no es solo de tiempo, lo es también por la psicología del enfermo que no es la misma y con frecuencia cambia radicalmente cuando ha de enfrentarse al momento que motivó la firma.

En cuanto es un documento escrito, está sujeto a interpretación; seguramente redactado en términos generales sin tener en cuenta las características específicas de la enfermedad concreta, por lo que suelen expresar solo indicaciones generales como las recogidas en los códigos deontológicos, tal es el caso del Código de Ética y Deontología Médica del Consejo General de Colegios Médicos de España que afirma:

“En los casos de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente... evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas”.

Finalmente, al no haber, hasta ahora, un depósito oficial para este tipo de documentos, no suelen estar disponibles a no ser que la familia lo tenga muy en

cuenta y lo integre en la historia clínica, de ahí que sus efectos prácticos requieran, todavía, una serie de consideraciones y organización en el sistema sanitario.

En nuestra Comunidad Autónoma, existe, desde el mes de Mayo, un decreto, aprobado en Consejo de Gobierno, que regula y establece la constitución de un registro de “voluntades anticipadas” para quien desee dejar constancia escrita de los criterios a aplicar en caso de sufrir una enfermedad irreversible. Será el Servicio Aragonés de la Salud (SALUD) el encargado de archivar estos documentos e integrarlos en el historial clínico de quien lo haya manifestado.

Para que tenga validez habrá de manifestarse ante notario, que lo hará llegar al Registro. También tendrá validez el redactado privadamente ante tres testigos adultos de los que dos no deben tener relación de parentesco ni patrimonial con el interesado. Lo mismo puede hacerse en un centro sanitario.

Habrà siempre, sin embargo, una comisión en cada hospital encargada de valorar estas voluntades anticipadas que podrá decidir que el testamento vital no sea tenido en cuenta cuando las peticiones vulneren la legislación, la ética médica o no contemple la realidad en la que se encuentra el paciente. Hasta hoy no ha entrado en funcionamiento este Registro pero lo va a hacer de forma inminente.

No obstante, el valor fundamental es la aportación a nuestra cultura de una sensibilidad que conecta la alta cualificación técnica a la que hemos llegado con la situación dramáticamente humana de quien está en las fronteras de una vida que se acaba, esperando o sin esperanza, pero siempre de alguien que posee la dignidad de toda persona.

En la cultura tradicional, la religiosidad popular expresaba esta preocupación por la muerte a lo largo de toda la vida con unas prácticas devocionales y oraciones en las que se pedía por una buena muerte. En la cultura actual, la muerte solo es un momento fatídico y final que hay que alejar del ambiente cotidiano para eludir sus inquietantes preguntas y desterrar sus miedos. Pero todo en la vida reclama su lugar y su importancia.

La tecnología, que parecía deshumanizar el momento de la muerte al apartar al enfermo de las relaciones humanas y someterlo a la dependencia de los aparatos, nos ha puesto de nuevo ante los ojos la necesidad de abordar la muerte desde una perspectiva que responda más al hecho fundamentalmente humano que es y en el que todos podemos aportar nuestra ayuda con una cercanía más respetuosa con los momentos delicados y profundos del final de la vida.

Como expresión de la postura de la Iglesia aportó el modelo del testamento vital que hizo público la Comisión Episcopal de Pastoral Sanitaria en 1989.