

# Muerte ¿digna?

Trabajo Fin de Grado de Humanidades.  
Universidad Oberta de Cataluña.

**Autora:** María Dolores Marrero Díaz

**Tutor:** Ramón Alcoberro Pericay

12 de enero de 2015



**La Muerte de Sócrates.** Jacques-Louis David. 1787.  
Óleo sobre lienzo. Museo Metropolitano de Arte. Nueva York.

*“Morir es difícil, y también ser médico: presenciar cada día el sufrimiento y la finitud, y tomar conciencia una y otra vez de los límites de la ciencia y de la propia habilidad” Iona Heath, citando a Barnard, en Ayudar a Morir.*

Este trabajo está dedicado a todos/as los que me han enseñado a pensar críticamente, los que me han ayudado a seguir adelante en el descubrimiento de nuevos horizontes de conocimiento y especialmente a la persona que me acompaña en los mejores y peores momentos de mi vida.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Resum</b>	<b>2</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>Résumé</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Marco teórico y estado de la cuestión</b>	<b>8</b>
<b>Objetivo</b>	<b>11</b>
<b>Metodología</b>	<b>11</b>
<b>Ética y muerte digna</b>	<b>12</b>
<b>La buena muerte en la filosofía antigua y medieval</b>	<b>13</b>
<b>Hacia una definición de dignidad en la muerte</b>	<b>15</b>
<b>La buena muerte en el mundo contemporáneo</b>	<b>19</b>
<b>¿Qué piensan sobre la muerte los que van a morir?</b>	<b>31</b>
<b>De la filosofía a la práctica</b>	<b>33</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>35</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>37</b>

## Resumen

**INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO:** la muerte es un acontecimiento universal y personal. Las circunstancias que rodean a la muerte son las que determinan su dignidad. No existe una única forma de morir. La dignidad en la muerte se inserta en el debate sobre la eutanasia. Existen diferentes perspectivas filosóficas para abordar la cuestión.

**OBJETIVOS:** reflexionar sobre el concepto de muerte digna en la historia del pensamiento y el mundo actual; analizar las ideas sobre la muerte de personas en situación terminal; poner ambas en relación.

**METODOLOGÍA:** revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias sobre el tema; revisión de entrevistas a personas en situación terminal (proyecto Dipex).

**CONTENIDO:** la muerte digna no tiene una única definición. La dignidad como calificador tampoco. Podemos decir que la dignidad tiene un componente ontológico (SER) y otro componente relacional (HACER) pero diferentes autores defienden perspectivas apoyadas en uno u otro concepto. La capacidad de decidir sobre la propia muerte está en función de la perspectiva que se adopte. La definición de muerte digna ha variado a lo largo de la historia, pero en el mundo contemporáneo la inexistencia de una única perspectiva permite iniciar el debate sobre el tema. Los pacientes en situación terminal hablan de la evitación del sufrimiento pero no de la eutanasia como opción.

**CONCLUSIONES:** no hay una única respuesta ética ni filosófica a la cuestión. Es necesario el debate social para dar respuesta adecuada a las diferentes situaciones posibles.

**Palabras clave:** muerte digna, dignidad, filosofía de la muerte, ética de la muerte.

## Resum

**INTRODUCCIÓ I MARC TEÒRIC:** la mort és un esdeveniment universal i personal. Les circumstàncies que envolten la mort són les que en determinen la seva dignitat. No hi ha una única manera de morir. La dignitat en la mort s'introdueix al debat sobre l'eutanàsia. Hi ha diferents perspectives filosòfiques per a abordar la qüestió.

**OBJECTIUS:** reflexionar sobre el concepte de mort digna en la història del pensament i el món actual; analitzar les idees sobre la mort de persones en situació terminal; posar ambdues en relació.

**METODOLOGIA:** revisió bibliogràfica de fonts primàries i secundàries sobre el tema; revisió d'entrevistes a persones en situació terminal (projecte Dipex).

**CONTINGUT:** la mort digna no té una única definició. La dignitat com a qualificador tampoc. Podem dir que la dignitat té un component ontològic (SER) i un altre component relacional (FER) però diferents autors defensen perspectives recolzades en un o altre concepte. La capacitat de decidir sobre la pròpia mort està en funció de la perspectiva que s'adopti. La definició de mort digna ha variat al llarg de la història, però al món contemporani la inexistència d'una única perspectiva permet iniciar el debat sobre el tema. Els pacients en situació terminal parlen de l'evitació del patiment però no de l'eutanàsia com a opció.

**CONCLUSIONS:** no hi ha una única resposta ètica ni filosòfica a la qüestió. És necessari el debat social per a donar resposta adequada a les diferents situacions possibles.

**Paraules clau:** mort digna, dignitat, filosofia de la mort, ètica de la mort

## Abstract

**INTRODUCTION AND FRAMEWORK:** death is a personal and universal act. Circumstances around death determine their dignity. There is not a unique way of dying. Death dignity is part of the debate on euthanasia. There are several philosophical perspectives we can use in order to deal with the issue.

**OBJECTIVES:** to reflect on the concept of death with dignity throughout history of thought and into the contemporary world; to analyse ideas about death in people on terminal state; to put both in relationship.

**METHODOLOGY:** bibliographic review of primary and secondary resources about the issue; review of interviews to people terminally ill (DIPEX project).

**CONTENT:** Death with dignity has not one definition, nor does dignity. We can say that dignity has an ontological part (TO BE) and a relational part (TO DO) but different authors have different perspectives based on one or another concept. Freedom to decide on our own death depends on the perspective we adopt. Death with dignity definition has changed across history but, in contemporary world, the fact that there isn't a unique perspective let us to begin with the debate about it. Terminally ill patient speak about avoiding suffering but not about euthanasia as option.

**CONCLUSION:** neither from philosophy nor ethics there is a unique answer. Social debate is needed in order to answers adequately to the different possible situations.

**Key words:** good death, dignity, philosophy of death, ethics of death

## Résumé

**INTRODUCTION ET CADRE :** La mort est un évènement universel et personnel. Les circonstances autour de la mort sont lesquelles déterminent sa dignité. Il n'existe pas une seule manière de mourir. La dignité dans la mort est partie du débat sur l'euthanasie. Il y a de différentes perspectives philosophiques pour traiter la question.

**OBJECTIFS:** réfléchir sur le concept de la mort avec dignité à travers de l'histoire de la pensée et dans le monde contemporain; analyser les idées sur la mort chez les personnes sur l'état terminal; mettre en relation les deux.

**METHODOLOGIE:** revue bibliographique des ressources primaires et secondaires sur la question; examen des entrevues aux gens sur l'état terminal (projet DIPEX).

**CONTENU:** la mort avec dignité n'a pas une seule définition. Dignité ne l'a pas non plus. Nous pouvons dire que la dignité a une partie ontologique (être) et une partie relationnelle (faire), mais différents auteurs ont différents points de vue basé sur l'un ou l'autre concept. La liberté de décider sur notre propre mort dépend de la perspective que nous adoptons. La définition de la mort avec dignité a changé à travers de l'histoire, mais, dans le monde contemporain, le fait qu'il n'y a pas une perspective unique nous permettons commencer le débat. Les personnes avec malades en phase terminale parlent d'éviter la souffrance, mais pas sur l'euthanasie comme option.

**CONCLUSION:** il n'y a pas une réponse unique de la philosophie ni de l'éthique. Le débat social est nécessaire pour répondre de manière adéquate aux différentes situations possibles.

**Mots clés :** mort digne, dignité, philosophie de la mort, éthique de la mort

## Introducción

La muerte es una experiencia universal y profundamente personal. Podríamos decir que la muerte afectará a todos y cada uno de los habitantes humanos de la tierra sin temor a equivocarnos. Y todos moriremos por nosotros mismos, nadie puede sustituirnos ni acompañarnos. De hecho, es una experiencia única. No tenemos oportunidad de hacer ensayos o probar cuáles serían las condiciones en que nos sentiríamos mejor.

Además de la propia muerte, la mayoría de las personas se relacionará con la muerte desde otras perspectivas. Unos verán morir a personas cercanas. Unos pocos verán morir además a personas que no conocen de nada. Y menos personas se convertirán en acompañantes de la muerte de otros. Entre estas últimas se cuenta el personal sanitario que, por su puesto de trabajo, trata con personas al borde de la muerte y que se convierten habitualmente en testigos (y notarios) de la muerte de los demás.

Otra afirmación que podemos arriesgar es que no existe una única forma de morir. La muerte requiere de calificativos para ser entendida. Por ejemplo, no nos limitamos a decir que alguien muere, sino que requerimos que se aclare la causa de su muerte, siempre se muere de “algo”, como si simplemente morir no fuera condición simplemente para la aceptación social, debe existir una razón para morir diferente de la simple razón de ser seres humanos pertenecientes a una especie que tiene, por sus características biológicas, fecha de caducidad para cada uno de sus miembros. Las diferentes causas/motivos de muerte tienen un determinado valor social, es decir, son aceptadas o no como correctas por la sociedad concreta en la que suceden. A partir de aquí la sociedad considerará que la muerte fue buena o mala (digna o indigna, apropiada o inapropiada, aceptable o inaceptable, etc.). La muerte, por tanto, es un acto que precisa del reconocimiento social.

La calificación de la muerte no es absoluta. Se moverá en un continuo entre la peor y la mejor muerte. La idea de la mejor muerte posible se resume en lo que se ha



denominado “*muerte digna*”<sup>1</sup> y forma parte inherente de estas reflexiones sobre la muerte.

En las últimas décadas, el concepto de “muerte digna” ha estado frecuentemente ligado a la discusión sobre la eutanasia. Casos como el de *Ramón Sampredo*<sup>2</sup>, ampliamente recogido en los medios de comunicación, han puesto el tema en boca de todos. A esto se une la aprobación de las llamadas *leyes de muerte digna*<sup>3</sup>(Comunidad Autónoma de Andalucía 2010; Comunidad Autónoma de Aragón 2011) en diferentes autonomías, aunque no existe aún una ley estatal que trate jurídicamente el tema. Resulta llamativo que ninguna de las leyes promulgadas bajo este paraguas terminológico mencione qué es lo que se entiende por “muerte digna”. Esto provoca que el término (y con ello la ley) lleve a confusión porque, como veremos, contiene múltiples matices que pueden llevarlo a ser aplicado a situaciones incluso contrarias. Por ejemplo, el término “muerte digna” es apropiado por organizaciones que defienden el derecho a la eutanasia y el suicidio asistido<sup>4</sup> y también por las organizaciones que están totalmente en contra de ello<sup>5</sup>. Esto dificulta enormemente el diálogo en torno al problema y el consenso sobre cuáles deben ser las características del proceso de la muerte para garantizar que pueda ser calificada como “digna”.

Desde la perspectiva de los profesionales sanitarios (y, por tanto, desde mi propia perspectiva profesional y personal) es extremadamente importante saber qué elementos deben ser tenidos en cuenta para dignificar la muerte puesto que su labor es fundamental para garantizarla dado que, en nuestra sociedad actual, la mayoría de las

---

<sup>1</sup> En la terminología inglesa se encuentra con frecuencia los términos “*good death*” como sinónimo de “*death with dignity*”. En castellano, sin embargo, es casi universal el uso del término “muerte digna”.

<sup>2</sup> Noticias sobre Ramón Sampredo | EL PAÍS, ([sin fecha]) [en línea], [Accedido el 11 enero 2014]. Disponible en de : [http://elpais.com/tag/ramon\\_sampredo/a/4](http://elpais.com/tag/ramon_sampredo/a/4)

En [http://elpais.com/tag/ramon\\_sampredo/a/4](http://elpais.com/tag/ramon_sampredo/a/4) se puede acceder a una selección de artículos periodísticos que cubrieron este caso desde 1993 a 2011

<sup>3</sup> La ley de muerte de digna de Andalucía fue la primera en promulgarse en España. En su preámbulo se especifica: “*Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger esta aspiración. Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna. El derecho a una vida humana digna no se puede truncar con una muerte indigna. El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna*”

Estos mismo párrafos se repiten en la ley aragonesa.

<sup>4</sup> Asociación Derecho a Morir Dignamente, ([sin fecha]) [en línea], [Accedido el 26 mayo 2014]. Disponible en de : <http://www.eutanasia.ws/>

<sup>5</sup> No a la eutanasia, ([sin fecha]) [en línea], [Accedido el 26 mayo 2014]. Disponible en de : <http://www.muertedigna.org/>

mueres se producen con contacto médico (y hospitalario en su mayor parte). En este sentido, si nos atenemos al Código Deontológico de la Profesión Médica, la eutanasia, el suicidio médicamente asistido y cualquier otra intervención similar a éstas, están proscritas. Pero, a la vez, dicho código obliga a facilitar una muerte digna a los pacientes<sup>6</sup>. Esto supone que, si para el paciente el concepto de “muerte digna” está relacionado con el control del momento de la muerte, se genere una contradicción para el profesional médico.

No es posible sustraer a los profesionales sanitarios del debate social que se despliega en torno a la muerte digna. En el fondo se trata de distinguir en qué lugar debemos situar el dintel de la dignidad en el morir. Los extremos serían la lucha irrenunciable contra la muerte con todos los medios (lo que se ha denominado “obstinación terapéutica” y que conlleva una cierta “obligación de vivir”) y la renuncia a vivir en situaciones que no puedan ni ser consideradas de sufrimiento. Entre ambos extremos las posibilidades son innumerables.

Es posible y adecuado analizar los elementos que podríamos tener en cuenta para determinar la dignidad en la muerte, desde la perspectiva de la historia del pensamiento y desde los planteamientos filosóficos que desafían o apoyan la línea de pensamiento dominante. Para ello es necesario profundizar en la idea de *dignidad* y de cómo podemos situarla en el contexto de la muerte, relacionar la dignidad con la autonomía (que es expresión del respeto a las personas) y, posiblemente, descubrir que puede que no obtengamos una única respuesta al problema. Además resulta de interés prestar atención a las opiniones de personas que afrontan el proceso de morir.

Recuerda Peter Singer (citado en Torralba Roselló, 2005; 257) que “la filosofía debe cuestionar los supuestos básicos de la época. Pensar en hondura, crítica y cuidadosamente, lo que la mayoría de nosotros da por sentado ...la convierte en una actividad valiosa”.

---

<sup>6</sup> CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS([2011]), *Código de Deontología Médica* [en línea]. [Accedido el 11 enero 2014]. Disponible en de :

[https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)

Art. 36.3: “*el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste*”.

Art. 36.4: “*El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades antiparas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.*”

Art. 36.1 “*...la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida*”

Este trabajo ha sido un camino. Inicialmente planteado desde la perspectiva de la investigación científica tradicional en la que el objetivo guía el método y el proceso de investigación se limita a recoger los datos pertinentes previstos y a su análisis posterior, ha resultado finalmente dominado por una perspectiva hermenéutica, en la que los hallazgos van modificando los presupuestos previos, dotando de nuevos significados a los elementos previos y exigiendo una modificación continua del propio recorrido a medida que surgen nuevos significados. Por lo tanto, el texto final es el resultado tanto de los hallazgos como de la reflexión que me han ido provocando de manera simultánea.

## **Marco teórico y estado de la cuestión**

Durante una amplia parte de nuestra historia conocida no ha sido necesario cuestionarse la posibilidad de que la muerte voluntaria en situaciones de pérdida del sentido de la vida (por sufrimiento, fundamentalmente) puesto que el arraigo de las enseñanzas religiosas ponían como único decisor sobre la vida y la muerte a Dios. Tampoco la medicina tenía la posibilidad de cambiar, de modo radical, el momento de la muerte, por lo que la muerte era un hecho presente en el día a día, generalmente precoz. Sin embargo, en el mundo actual la religión ha dejado de ser la regidora principal de las determinaciones legales y morales y, además, la medicina contemporánea ha conseguido retar a la muerte hasta extremos impensables hace menos de un siglo. De hecho, ha sido necesario definir legalmente en qué momento se considera que una persona ha muerto, dando por sentado que podemos mantener el corazón latiendo (y las funciones vitales en funcionamiento) por tiempo indefinido mediante medios mecánicos y tecnológicos.

Desde el punto de vista de un profesional sanitario la cuestión no es baladí. Afrontar y participar en el proceso de muerte de los pacientes forma parte de las funciones de la medicina de familia (Allen et al. 2005, p. 9). Defender unas u otras posturas ante la muerte depende, sin embargo, de otras disciplinas como la filosofía y la ética, y no tanto del propio conocimiento médico. De aquellas se puede extraer un doble conocimiento, el de la filosofía de la muerte (aspectos teóricos) y el de la ética del morir (los aspectos prácticos), como refiere Enrique Bonete (2004, p. 15) .

La Dra. Iona Heath, médica de familia británica, en su libro *Ayudar a morir* (2008) refiere que “la muerte forma parte de la vida y es parte del relato de una vida”

(Heath y Berger 2008, p. 46) y, por lo tanto, debemos reconocer la necesidad de hablar de la muerte y de determinar social e individualmente lo que debemos considerar una muerte digna. Solo a partir de este punto podremos determinar cuáles son los pasos a seguir para que la mayor parte de las personas puedan tener acceso a ella, pasos que concierten tanto a la legislación como a la actuación de todos los implicados (personas en proceso de morir, familiares, personal sanitario, poderes públicos).

Margarita Boladeras refiere que “a lo largo de la historia se ha considerado que una “buena muerte” es aquella que se produce en condiciones propicias para el sujeto: ausencia de sufrimiento y temores, lugar, tiempo y entorno adecuados, capacidad para asumir la propia muerte” (2009, p. 32) . Para esta autora, el lugar central del problema se sitúa en la cuestión sobre cuál debe ser el papel de la sociedad y cómo pueden conciliarse los deseos y creencias individuales respecto a la vida y la muerte y el interés común de la sociedad como grupo.

Tanto Boladeras en el citado texto, como Peter Singer en *Repensar la vida y la muerte* (1997), presentan múltiples casos acaecidos en diferentes países en los que personas en situación de sufrimiento o sus familiares solicitan una acción para terminar con su vida y las respuestas de la sociedad y los poderes públicos en esas situaciones. Boladeras insiste en las divergencias en cuanto al reconocimiento de la existencia de un derecho a elegir el momento de la muerte y a solicitar ayuda formal para ello. De hecho, nos recuerda que la aceptación del sufrimiento en una situación irreversible depende de las personas, unas se resignarán y otras no, pero que se debería respetar la voluntad individual en la toma de las decisiones (Boladeras i Cucurella 2009, p. 52-53). Sin embargo, el reconocimiento de esta capacidad de decisión autónoma se frena en el momento en que la muerte se convierte en la consecuencia de las decisiones (Boladeras i Cucurella 2009, p. 87). Es decir, podemos decidir (y tenemos derecho a ello) en casi todas las encrucijadas de la vida, pero perdemos ese derecho cuando nuestras decisión nos conduce irreversiblemente a la muerte.

Para Peter Singer el problema es más profundo. La ética tradicional ya no responde a las nuevas situaciones que se plantean en el actual contexto de la tecnología médica disponible. La solución a las cuestiones éticas relacionadas con la muerte se han resuelto mediante nuevas definiciones sobre la muerte que, según el autor, no dan respuesta a todas las situaciones. De modo que plantea que la cuestión es definir cuándo hay que permitir a las personas que finalicen su vida (Singer 1997, p. 64-65). Y esto

choca con una concepción ideológica occidental que considera que la vida es un bien supremo, de carácter sagrado, que debe ser protegido a toda costa (Singer 1997, p. 169). La oposición, por tanto, se plantea entre los defensores de la vida como bien sagrado, por encima de cualquier otro, y los defensores de una autonomía personal que permita disponer incluso de la propia vida, que pasaría a ocupar un lugar secundario frente a los bienes de la libertad y la autonomía.

El elemento común entre todas las posturas es el reconocimiento de un derecho a la muerte digna. Pero ésta puede tener varias definiciones: “el rechazo de la obstinación o encarnizamiento terapéutico,[...] el recurso a las terapias del dolor y del tratamiento de los síntomas molestos,[...] alivio de los sufrimientos de orígenes muy variados, [...] como la exigencia de ser acompañado, de la presencia cercana de las personas amadas, [...] favorecer que el paciente la pueda asumir con la mayor consciencia posible, [...] ayudar al paciente a tener la vivencia religiosa de la muerte” (Elizari citado en Torralba Roselló 2005, p. 49). El porqué este derecho sale a relucir en esta época está relacionado con la tecnificación y la medicalización del proceso de morir. Hasta ahora no se había hecho tan patente la necesidad de explicitar el derecho a la muerte digna (Méndez Baiges 2002, p. 51-53).

## Objetivo

Este trabajo tiene un doble objetivo:

1. Reflexionar sobre el concepto de muerte digna en la historia (pasada y actual) de la Filosofía y de la Ética y en la sociedad contemporánea.
2. Analizar testimonios de pacientes y familiares de pacientes en situación de enfermedad terminal y ponerlos en relación con los hallazgos del análisis teórico.

Este trabajo puede enmarcarse en la intersección entre varios campos de conocimiento:

- Por un lado la Filosofía, y dentro de ésta, en la Ética y la Bioética
- Por otro lado en la Medicina y las Ciencias de la Salud en general, puesto que analiza decisiones que se sitúan actualmente en el contexto de los cuidados en salud.
- Además tiene implicaciones en Sociología, Antropología y Teoría de la Cultura, dado que las respuestas ante la muerte se insertan en las características de los grupos sociales, los comportamientos humanos y las culturas.

## Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos se aplicará una metodología mixta:

1. Reflexión a partir de textos procedentes de diversas fuentes:
  - a. Textos originales de filósofos y pensadores de varias épocas
  - b. Bibliografía secundaria sobre el tema de la muerte digna y la dignidad.
  - c. Textos procedentes de la Bioética y las Ciencias de la Salud
2. Análisis de contenido de entrevistas a pacientes en situación terminal y familiares/cuidadores de pacientes en situación terminal que se enmarcan dentro del Proyecto Dipex-Paliativos dirigido por Dipex España<sup>7</sup> dentro de Dipex-Internacional. Para el análisis de estas entrevistas se cuenta con la autorización de los investigadores principales

---

<sup>7</sup> Información sobre el proyecto disponible en [www.dipex.es](http://www.dipex.es). Allí también se puede acceder a la web de Dipex Cuidados Paliativos

del proyecto y del grupo Dipex. Se trata de un análisis secundario de las entrevistas ya realizadas por lo que no es necesario recabar una nueva autorización del Comité de Ética de la investigación (que ya fue concedida al proyecto previa a su inicio). Este análisis se centrará en el contenido relacionado con las ideas sobre la muerte y las condiciones de la muerte.

- Puesta en común de los hallazgos procedentes de ambas fuentes.

## **Ética y muerte digna**

Refiere Adela Cortina que la Ética “sirve para aprender a apostar por una vida feliz, por una vida buena, que integra como un sobrentendido las exigencias de la justicia y abre el camino a la esperanza”(Cortina Orts 2013, p. 178). Pero la ética no es unívoca, en función de las diferentes perspectivas que se pueden adoptar las valoraciones de los comportamientos morales son diferentes. Podemos poner como meta obtener un bien, o hacer lo que es universalmente bueno, o simplemente ser buenos. Cada una de ellas nos proporcionará diferentes varas de medir para los mismos actos.

Ni siquiera la dignidad de las personas puede ser definida de modo único. En función de diferentes ideologías, la dignidad será ontológica (per se, por ser persona), utilitarista (en función de lo que podemos hacer con la vida), o incluso teológica. Por tanto no existe una sola opción de dignidad. Sobre esto, volveré más adelante.

Además nos enfrentamos al problema fundamental de la vida, la muerte. No hay posibilidades de rectificar una mala muerte, es un acontecimiento único en la vida de la persona. Tal vez por ello, encontrar un modo de aportar dignidad es tan importante. Sin embargo, del mismo modo que existen diferentes formas de vivir (y prácticamente todas se aceptan actualmente, en la medida en que no interfieran con el derecho de los demás de elegir su propia vida), también existen diferentes formas de morir. En los pensadores que excluyen la posibilidad de elegir el momento de la muerte, dentro de la idea de dignidad, parece existir un cierto deseo de evitar que se produzcan errores de elección que harían inevitable la vida (errores que no pueden ser corregidos).

Considerar que el problema de la muerte digna debe abordarse desde la Ética supone reconocer que la cuestión es mucho más amplia y tiene mayor alcance que el representado por la Bioética (que ha sido la rama que se ha dedicado al tema en las

últimas décadas). El problema de la muerte no implica solamente a las ciencias de la vida, sino que es un elemento básico de la organización social: política, cultura, leyes, medicina, etc. tienen un papel que jugar en este tema.

## **La buena muerte en la filosofía antigua y medieval**

La buena muerte (“*eutanasia*”), en el mundo antiguo tiene poco que ver con lo que hoy denominaríamos una buena muerte. Estaba ligada a aspectos como la muerte heroica, la muerte por la defensa de la comunidad, por el bien común, la muerte del héroe y la muerte al final de una vida conseguida. El héroe solo se preocupa de enfrentar la muerte con dignidad (Van Hooff 2004, p. 975-985). No existía una connotación negativa de la eutanasia. La filosofía de la muerte tiene más que ver con la reflexión sobre el alma y la existencia o no de vida tras la muerte.

Lo que sí parece importante es el modo en que el hombre se enfrenta a la muerte. Así Platón nos muestra en el *Fedon* cómo Sócrates afronta su muerte (una condena pública a suicidarse). Sócrates considera que retrasar su muerte mediante “trucos legales” no sería coherente con el modo de vida que ha elegido. Sócrates afirma que no debe ser avaro de su vida cuando ésta ya está perdida (Platón y Gil Fernández, Luis 1998, p. 141. 116e-117a). Otro aspecto a considerar es el modo en que Sócrates analiza la muerte próxima. No alcanza a saber si la muerte es el mejor o el peor destino. Este pensamiento insinúa una aceptación de la muerte, que no es vista como enemiga, sino como acompañante necesaria (Platón y Martínez García 2004, p. 71).

Si bien es cierto que Sócrates no elige morir, lo interesante aquí es su actitud ante la muerte, o su actitud ante la condena a muerte. Metafóricamente es lo mismo que ocurre cuando se califica a un paciente como terminal (no subsidiario de tratamiento curativo) o cuando se traspasa con holgura la edad que marca la esperanza de vida de una sociedad y se van perdiendo irremediabilmente funciones e independencia, es una condena a muerte. Será aplicada por la naturaleza (por decir algo) pero es irremediable.

Nada impedía a Sócrates luchar por su vida, huir, o al menos ganar unas horas siguiendo los consejos de sus acompañantes. Sin embargo, él toma una decisión clara. Si ya está aquí, intentar retrasarlo con subterfugios sería un atentado contra su propia dignidad, puesto que estaría actuando en contra de los principios que dirigían su vida. De hecho, Bonete Perales destaca la idea platónica de que la muerte no debe dar miedo



y una vez llega el momento, “hay que ir voluntariamente hacia ella”, principalmente porque se trata de la liberación del alma (2004, p. 33).

Más adelante Séneca, filósofo estoico, opina sobre la muerte en la vejez. Para Seneca no parece descabellado pensar que el sabio debe saber elegir en qué momento ha de morir (“vivirá cuanto debe”) y salir de ella de modo reflexivo. Lo importante debe ser la calidad. Pero además especifica que no es posible juzgar las decisiones sobre la muerte de un modo general, pues cada persona tendrá unas circunstancias particulares, reconociendo que la muerte más larga siempre es peor.

Es cierto que Séneca tiene planteamientos diversos a lo largo de sus escritos. Es en las *Cartas a Lucilio* en las que aparecen más detallados estos consejos sobre la muerte. Séneca se debate entre la capacidad y la obligación del sabio de decidir en que momento debe morir, primando la calidad sobre la cantidad (Seneca y López Soto 2000, p. 188-189), y las ideas en las que condena el aceleramiento de la muerte (Seneca y López Soto 2000, p. 80). Y concluye que no es posible hacer una única recomendación general en estos asuntos, estando supeditada la decisión correcta al contexto particular de cada caso y, al final, a los deseos particulares de cada uno (Seneca y López Soto 2000, p. 190). Seneca es uno de los filósofos que opina que “aprender a morir lleva toda la vida” (Seneca y López Soto 2000, p. 157).

Otro autor que plantea cuestiones de divinidad en la muerte es Tomas Moro, en su *Utopía*. Para Moro cuando una persona ya sabe que no podrá mejorar y que está abocado a la muerte, lo más correcto sería pedir que se le ayude a morir, aunque la ciudad cuidara de la mejor manera a aquellos que decidan dejar seguir el curso natural (Moro 2007, p. 125). Tomás Moro diseña una sociedad que se rige por una organización clara, centrada en el bienestar de todos. En este contexto, no ser ya útil para la sociedad es una pérdida para todos.

Otros autores entienden que Platón ya condenaban el suicidio como inmoral o que esto no aplica porque no fueron muertes voluntarias (Bonete Perales 2004, p. 84-85). A la vez que aceptan que Séneca da una justificación moral al suicidio (2004, p. 90).

Aunque podríamos decir que estos autores están muy lejos de nuestra sociedad actual, debemos tener en cuenta que muchas de nuestras actuales concepciones sobre la vida y la muerte proceden de la cultura clásica y de su desarrollo posterior en el medievo a través de la filosofía escolástica. Por lo tanto, es fundamental conocerlas para poder reflexionar sobre ellas en su justa medida.

Destaca de la reflexión a partir de estos filósofos las ideas de muerte digna acorde a los principios que han regido la propia vida (Sócrates), la individualidad de las decisiones sobre la muerte (Séneca) o la opción por la muerte cuando ya no se espera una vida adecuada individual o socialmente (Tomás Moro).

Por otro lado, a partir de la extensión del cristianismo como religión oficial y su dominio en la Edad Media, se implantó la norma de la sacralidad de la vida y, por tanto, de la ilegalidad e inmoralidad de cualquier acción (entre ellas el suicidio) que llevara a la muerte voluntaria de una persona<sup>8</sup>. Situación que se mantiene hasta el siglo XVIII (Juanatey Dorado 2003, p. 17).

## **Hacia una definición de dignidad en la muerte**

La cuestión en discusión no es la muerte sino las cualidades que podemos asignar a la muerte. Las cualidades se aplican mediante adjetivos, y en este caso, nos interesa ver como los adjetivos “digna” o “buena” modifican las características inherentes a la muerte.

La cualidad de “digna” se aplica a partir del concepto de dignidad. Pero este concepto es muy confuso. De hecho es relativamente fácil calificar una muerte determinada de “indigna” pero es muy complicado establecer una serie de parámetros definitorios de la dignidad (Torralba Roselló 2005, p. 284; Boladeras 2010, p. 29)<sup>9</sup>(Torralba Roselló 2005, p. 284) y, por consiguiente, de la idea de dignidad aplicada a la muerte. De hecho, alguna autora, como Ruth Macklin, considera que el concepto de dignidad es inútil por su vaguedad (Boladeras 2010, p. 53). Sin embargo, su presencia constante como elemento calificador de situaciones, como la muerte, obliga a considerarlo en su amplia variedad de significados.

La dignidad, aplicada al ser humano, a la persona, es un concepto lleno de ambigüedades como reconocen múltiples autores (Torralba Roselló 2005, p. 284,706; Boladeras 2010, p. 29). Parece que está bastante claro que existen situaciones que pueden considerarse claramente indignas, como una muerte con dolor o en abandono,

---

<sup>8</sup> La prohibición de las exequias y la sepultura en campo santo se implantó en el Sínodo de Nimes en el año 1284 (Marras citado en Juanatey Dorado, 2003, pág. 17)

<sup>9</sup> Algunas de las citas bibliográficas corresponden a libros en formato electrónico. En esos casos, la indicación de páginas se refiere a posiciones electrónicas.

pero no parece tan claro que podamos definir una única lista de condiciones para reconocer la dignidad.

La dignidad puede definirse a partir del diccionario, como “calidad o el estado de ser valorado, honrado o respetado” (Torralba Roselló 2005, p. 653). La *Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos* de la UNESCO, de 2005, en su artículo 3, da la siguiente definición del concepto de “dignidad”:

- “Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad” (UNESCO 2005).

Como vemos, esto no supone claramente una definición del término ya que, al exigir el respeto a la dignidad humana, da por entendido que todos comprendemos el significado del término. En cualquier caso refiere que debe darse prioridad al interés y el bienestar de la persona sobre el interés de la sociedad, lo que ya nos da una idea de cuál debe ser el enfoque que debemos dar al concepto de dignidad humana.

Para algunos autores, la dignidad puede estar ligada a una concepción de la persona de “carácter ontológico, de carácter ético o de carácter teológico” (Torralba Roselló 2005, p. 1301). Estas tres posiciones se definen de la siguiente manera: la *dignidad ontológica* sería aquella que asigna dignidad por el mero hecho de ser. En este caso, el hecho de ser persona, es decir miembro de la especie humana, sería la única condición para asignar el derecho a la dignidad. En segundo lugar tendríamos una *dignidad ética*, una dignidad que se tiene no sólo por ser sino por hacer, es decir, por cumplir una serie de requisitos de acción, como la racionalidad, el lenguaje, el mérito, etc. Y por último existe la *dignidad teológica*, aquella que se asigna por decisión divina, en nuestra cultura corresponde a ser imagen de Dios. Dejando aparte esta última, puesto que requeriría que la sociedad asumiera una moral de inspiración divina y esto queda fuera de las opciones admisibles en una sociedad de múltiples creencias, incluso la creencia en la no existencia de Dios, se plantea cuál de las otras dos debe ser la que guíe la asignación del concepto de dignidad (Boladeras 2010, p. 224). La elección no es baladí puesto que estando reconocido el derecho a dignidad ésta se aplicaría a quienes cumplieran los presupuestos que definen el ser digno.

Por ejemplo, Bonete Perales escoge como principio de dignidad el concepto ontológico (Bonete Perales 2004, p. 165). La persona es digna por el mero hecho de ser

persona y, por tanto, no cabe la posibilidad de aceptar la idea de que la vida de una persona pueda perder valor en un determinado momento. Teniendo en cuenta que es este concepto de pérdida de valor de la vida lo que justifica la posibilidad de elegir morir voluntariamente en un momento elegido, no cabe la eutanasia dentro de su concepto de muerte digna.

Sin embargo, Peter Singer propone un concepto de dignidad ligado a ciertas características de la persona: capacidad de razonar, capacidad de autonomía, consciencia del yo, lenguaje abstracto y sentido moral (Torralba Roselló 2005, p. 2394). En este sentido, la dignidad no se tiene solamente por pertenecer a la especie humana (Singer es conocido por ser un defensor de la dignidad animal) sino por la capacidad de “actuar” en determinados sentidos. En este sentido, cuando un miembro de la especie humana no puede cumplir con los requisitos que lo definen como persona, no debería estar sujeto a la totalidad de los derechos que concebimos como “dignidad”.

Margarita Boladeras, citando a Carlos Santiago Nino, refiere que “los hombres deben ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento”(2010, p. 193). Refuerza la idea de una dignidad ligada a la capacidad de decidir sobre uno mismo, es decir, ligada a la autonomía, a partir de las ideas de Dworkin: “las personas tienen el derecho y la responsabilidad moral de enfrentarse, por sí mismas, a las cuestiones fundamentales acerca del significado y valor de sus propias vidas, respondiendo a sus propias conciencias y convicciones”(citado en Boladeras 2010, p. 216). Para esta autora “la dignidad remite al derecho a la libertad para decidir sobre su propio cuerpo y su propia vida” (2010, p. 987), apoyándose en los discursos de Pico della Mirandola (reconocimiento de la capacidad de decidir) (2010, p. 1007), de Kant (al autonomía y el derecho a ser tratado como un fin y no como un medio) (2010, p. 1027), y por tanto, a sustentar la dignidad en la autonomía y el respeto, y reconocer que algunas personas pueden entender que, en un determinado momento y contexto, sería más digno elegir la muerte que continuar viviendo (2010, p. 1157, 1159,1162).

Estas diferentes perspectivas podrían explicarse de otra manera. La dignidad humana, según De Miguel Beriain (2004) tiene dos elementos que son, a la vez, determinantes de la dignidad:

- Por un lado, la dignidad relacionada con el ser (mencionada por otros autores como ontológica (ya explicada previamente). El hombre es digno por sí mismo. Según la ética kantiana, el ser humano tiene valor por sí

mismo ("El imperativo práctico será entonces como sigue: obra de tal modo que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio" (Kant, Immanuel 1785)). Esta es la base para justificar que todo ser humano debe ser tratado de la misma manera en función de *ser* parte de la humanidad. La dignidad entendida así es personal.

- Por otro lado, la dignidad relacionada con el hacer (a la que De Miguel llama *dignidad fenomenológica*):

"...un hombre se hace más o menos digno en función de lo que hace [...] teniendo en cuenta este tipo de dignidad [...] está claro que todo hombre es diferente a los demás, dado que cada uno de nosotros toma decisiones morales diversas a lo largo de su existencia" (De Miguel Beriain 2004, p. 197)

Esta dignidad fenomenológica es variable y se ve afectada por intenciones, pensamientos, criterios, etc. (2004, p. 205). Y se afirma en que son los actos libres (regidos por la decisión que una persona toma en una circunstancia determinada) los que nos definen como seres dignos (2004, p. 206). Es, por tanto, dependiente del contexto y relacionada con la actuación individual.

Este mismo autor nos recuerda que la dignidad requiere del reconocimiento social, en ambos aspectos, y se trata de un fenómeno colectivo (pertenecer a una especie para la dignidad ontológica) y para obtener la condición de digno es necesario que el resto de la sociedad reconozca esa condición. También la dignidad fenomenológica es un acto social, puesto que los actos humanos se aplican de forma supraindividual. (2004, p. 208-9) y requieren ser reconocidos por la sociedad. Esta dignidad podemos considerarla como relacional.

De Miguel concluye, a partir de su análisis de la dignidad humana, que " [la dignidad ontológica] consagra la igualdad intrínseca de todos los hombres [...] [la dignidad fenomenológica] nos permite, e incluso nos obliga, a discriminar entre unas personas y otras en función de sus hechos" (2004, p. 212).

Como podemos ver, para llegar a una única definición de dignidad será más útil perseguir un consenso social que permita recoger las diferentes sensibilidades que intentar justificar una sola definición, de modo que ninguna persona pueda sentirse

violentada en su dignidad por exigírsele cumplir con condiciones que, autónomamente, considera indignas.

Por otro lado, lo que buscamos es utilizar el concepto como adjetivo, es decir, determinar que elementos de la dignidad aplicados al concepto de muerte le asignan a ésta la cualidad de digna. Sería adecuado decir que esos elementos son los que permiten mantener la dignidad humana en el momento de la muerte. Y esos elementos no solo estarían relacionados con el “ser” una persona sino también con “hacer” de esa persona que muere (los actos que libremente considera que constituyen la mejor decisión moral en su contexto particular). Sin embargo, finalmente, será la sociedad en su conjunto la que reconozca como digna o indigna cada una de sus decisiones (la dignidad “relacional”, en función del contexto sociohistórico de cada situación).

Si, como he comentado en la introducción, la muerte requiere del reconocimiento social, la aplicación de la visión relacional (fenomenológica) de la dignidad es fundamental para disponer de una definición de muerte digna aceptable por todos.

La muerte es digna o indigna en función del reconocimiento social de cada situación como tal y se compone de hechos practicados sobre el ser de la persona. La muerte digna exige tener en cuenta, además del componente ontológico, el componente ético, fenomenológico o relacional de la dignidad.

## **La buena muerte en el mundo contemporáneo**

La principal cuestión de debate en relación con la “buena muerte” desde finales del siglo XX hasta el actual siglo XXI rodea el tema de la eutanasia, el suicidio asistido y su posible legalización en los estados nacionales. Hasta el punto que, como ya he mencionado, el concepto “muerte digna” y “eutanasia” se utilizan de modo indistinto por aquellos que defienden la legalización y como contrarios para quienes se oponen.

El debate actual sobre la muerte digna suele aparecer polarizado entre los defensores de la eutanasia/suicidio asistido como derecho (el derecho a elegir el momento de la muerte) frente a los defensores del concepto de sacralización de la vida (y por tanto la prohibición de tomar medidas activas para terminar con ella). Es tal la fuerza con que la cuestión de la muerte digna se polariza hacia la discusión eutanasia sí-eutanasia no, que algunos autores han elaborado listados de términos para su discusión. Por ejemplo, Simón Lorda diferencia varios escenarios: *eutanasia* y *suicidio asistido*,

*limitación del esfuerzo terapéutico , rechazo de tratamiento, sedación paliativa y suspensión de atención médica por fallecimiento* (Simón Lorda et al. 2008, p. 273). Dentro de la eutanasia, diferencia además entre *activa, pasiva, directa, indirecta, voluntaria, involuntaria, y los neologismos: distanasia, adistanasia, ortotanasia, cacotanasia, criptotanasia*. De todos estos, el término que se acerca al concepto de muerte digna sería el de ortotanasia. Existe cierto consenso en excluir la eutanasia involuntaria del concepto de eutanasia, puesto que se trataría simple y llanamente de un homicidio (dar muerte sin permiso del afectado), el autor lo incluye dentro de la lista. Llama la atención la necesidad del autor de establecer límites precisos entre los diferentes conceptos. Esto es imprescindible cuando se necesita calificar a posteriori cuáles de las acciones deben o pueden considerarse lícitas (o morales) y cuáles no. De este modo, lo que hace es clasificar en correctas e incorrectas sin entrar en el fondo de los significados de cada uno de los escenarios y el modo en que comparten elementos definitorios, ni permitir el debate profundo sobre el significado de la dignidad de la muerte desde las perspectivas individuales.

Sin embargo el debate sobre lo que podemos considerar como elementos propios de una muerte digna exige empezar por el análisis de la situación de la muerte en el mundo contemporáneo occidental.

En nuestra sociedad, la muerte ha sido apropiada por el sistema sanitario. Prácticamente todo el mundo muere en contacto con el entorno sanitario, bien porque la muerte es el punto final de una enfermedad, o bien porque la muerte repentina exige la participación sanitaria para intentar corregirla. La consecuencia lógica de este proceso es la pérdida de poder del individuo y de su entorno para influir en el proceso y el momento de la muerte. La muerte es un fracaso de la medicina y, por tanto, el primer objetivo es retrasarla lo más posible (teniendo en cuenta una aceptación no siempre reconocida de su inevitabilidad).

Nos refiere el autor de Antropología de la Muerte:

“ En la “sociedad del bienestar y el consumo”, el acontecimiento del deceso se puede ocultar en el anonimato de los grandes hospitales. Ésta es la forma moderna de morir, que Méndez Baiges ha denominado “el modo tecnológico de morir” y Ph. Ariés “la muerte mediatizada”. La muerte ha sido “hospitalizada” y “aseptizada”. “ Los médicos se pueden convertir en auténticos tanatócratas o administradores de la muerte de los demás” (Fernández del Riesgo 2007, p. 195)

“La pregunta ¿cómo hay que morir? nos angustia, y nos procuramos marginarla. Hubo sociedades del pasado que supieron mirar a la muerte “cara a cara” y la integraron en su modo de vivir. En cambio, la muerte, planteada como una cuestión de hondas implicaciones personales, es hoy un tema tabú. Es rehuida y disimulada. la reflexión sobre la propia muerte, sin monopolizar la vida, debe ser parte de las reflexiones personales de cada individuo. De este modo sería posible tomar las decisiones adecuadas sobre los valores que cada uno considera que deben estar presentes en su muerte. Aprender a valorar en que momento, si hay alguno, la vida deja de tener un valor suficiente para ser vivida y la muerte elegida autónomamente se convierte en una opción válida.”(Fernández del Riesgo 2007, p. 172)

Existen muchos elementos que podríamos incluir en la definición de muerte digna desde una perspectiva individual: requerimientos acerca del lugar, el momento, la compañía, la evitación de sufrimientos, el grado de control, la disponibilidad de la atención necesaria para revertir lo que no era inevitable, etc. Sobre estos elementos no existe una discusión. El que una persona pueda y deba poder decidir si quiere morir en su casa, acompañado por determinadas personas, o en el hospital luchando hasta el último momento, si quiere música, conocer o desconocer la inminencia del hecho, etc. encaja fácilmente en la idea de autonomía más o menos plenamente aceptada por los sistemas sanitarios y sociales aunque los recursos disponibles no permitan a nadie elegir más allá de sus posibilidades de recursos reales. El problema surge cuando entramos en el elemento central de la muerte, elegir el cuándo (y consecuentemente un cómo). En este caso se introduce la posibilidad de causar la muerte sin esperar a que nos llegue en un momento intempestivo, y se controlan verdaderamente todos los factores. El problema se agrava cuando para poder alcanzar este objetivo hace falta el concurso de terceras personas que mediante la acción (eutanasia) o la provisión de recursos (suicidio asistido) cumplan con los deseos del moribundo.

Desde la medicina resulta especialmente complicado abordar el problema. La medicina ha terminado por considerarse a sí misma como la enemiga de la muerte, de modo que todas sus acciones tienen como objetivo retrasar en lo posible la muerte. Esto ha llevado a considerar, en la metáfora de la guerra que parece dominar la cuestión que la muerte es la expresión del fracaso de la medicina. Iona Heath, médica general británica, reconoce la dificultad de acercarse a la muerte desde la ciencia, y recurriendo a la literatura, la filosofía, y especialmente a la poesía, hace en *Ayudar a Morir*, un



manifiesto sobre el papel de la medicina en la consecución de una muerte digna.

Reconoce que

“Hablando con amigos y colegas, [...] muchos pueden describir su participación en una muerte especial, aquella en la que el moribundo parece poder controlar y orquestar todo el proceso y morir con tal dignidad y calma que, todos los que lo rodean, entre ellos el médico, se sienten privilegiados por la vivencia de esta situación y, en cierta forma extraña, enriquecidos por ella”. (Heath y Berger 2008, p. 20)

A lo largo del texto hace un recorrido por la muerte rico en emociones y, especialmente, por la muerte vivida desde la práctica de la medicina. Destaca, como muchos otros autores contemporáneos, “la negación contemporánea de la muerte”(2008, p. 21), negación que es responsabilidad de la ciencia médica y su soberbia, sin quitar su parte de culpa a la cultura (2008, p. 27).

Respecto a la situación actual, hace un símil con la situación que tenían las parturientas hace no mucho cuando se imponía el parto con dolor o sin dolor en función del momento médico-científico, antes de conseguir el derecho a elegir si querían o no ese alivio del dolor del parto (2008, p. 55). De hecho lo que reivindica en estas páginas es la opción a vivir la muerte en la forma que el paciente desee, incluso con dolor y/o sufrimiento, si esa es la elección. El texto está fundamentalmente dirigido a los médicos y a su tarea fundamental de acompañar a la muerte, desplazando el centro de atención hacia el individuo que sufre y devolviendo a la relación la inter-subjetividad del “Yo-Tú” que se olvida cuando el foco es la lucha contra la enfermedad (2008, p. 111). Esa invitación a devolver a la persona que muere al centro del proceso debería suponer una devolución del poder de la decisión en el proceso de la muerte, puesto que sin ese poder, el paciente continúa siendo un elemento marginal frente a quienes le rodean (profesionales sanitarios, familia y poderes sociales).

Sin salir del ámbito de la medicina, Marc Antoni Broggi, médico cirujano, destaca la necesidad de la individualización del concepto de muerte digna, de modo que solo la persona que lo sufre puede llenar de contenido el término (2013, p. 30). Entre otras cosas expresa:

“..sin el suficiente respeto, podemos acabar imponiéndoles nuestros valores e influir excesivamente en aquellas decisiones cuyas consecuencias serán ellos quienes la sufran”(2013, p. 34)

“Cada cual, con ayuda pero sin interferencias, tiene que encontrar su camino, su propio sentido; es decir, aquella forma más o menos coherentes ya aceptable, más o menos armónica con lo que uno es y quiere llegar a ser”(2013, p. 35)

Broggi recuerda que lo que rodea a los desencuentros en la definición de muerte digna tiene mucho que ver con la cuestión de la influencia de lo público en lo privado (2013, p. 111) y defiende una postura en la que la ley general permita respetar los valores individuales, con la menor limitación posible, de modo que el bien común garantice la libertad individual (2013, p. 114). Analiza Broggi el modo en que ha evolucionado la relación entre médicos y enfermos, pasando de una situación en la que la beneficencia (el bien del enfermo definido por la medicina) estaba incluso por encima de sus deseos propios, a una situación en la que la medicina actúa como *intendencia* frente a la enfermedad, es decir, es una herramienta que el enfermo tiene a su disposición y puede ejercer su voluntad en la forma en que se le aplica (2013, p. 118-119,143). Desaparece la obligación de tomar solo buenas decisiones y se impone el derecho del paciente a elegir, incluso malas decisiones si es lo que desea (2013, p. 127), sin que se le tache de irracional o incompetente (2013, p. 183).

Al contrario que Heath, Broggi considera al dolor como el enemigo fundamental y el elemento que despersonaliza en grado máximo (2013, p. 231) y reconoce que el sufrimiento va mucho más allá del dolor (2013, p. 239), reconociendo que este no puede ser controlado de la misma forma que el dolor puesto que su origen es múltiple y puede estar fuera del alcance de la medicina (2013, p. 241). Defiende la existencia de un sistema de cuidados paliativos de calidad al alcance de todos los enfermos pero, llegado el caso, considera que es posible aceptar que algunas personas (una minoría según refiere en el momento actual) pueda preferir tomar acciones activas para terminar con su vida, lo que debería ser respetado por encima de que la mayor parte de la población pueda continuar considerando la sacralidad de la vida como un valor absoluto, especialmente porque, según defiende, este acto no perjudica a otras personas (2013, p. 283).

Jesús Mosterín plantea también la cuestión de la muerte desde el reconocimiento de que es inevitable (Mosterín 2011, p. 311) y de su centralidad en la vida (2011, p. 332) e introduce el elemento de la elección. Si no podemos elegir si morimos, al menos debería quedarnos la posibilidad de elegir el cómo y, por qué no, el cuando (2011, p. 339-340) dejando la puerta abierta a lo que llama el suicidio racional y, en todo caso, a la

aceptación de la cualidad natural de la muerte (2011, p. 345) . La muerte como fin de la propia biografía (de la historia personal de cada uno) debería quedar, en la medida de lo posible, dentro del control de cada individuo, del mismo modo que el control de la propia vida (la autonomía) se considera central en el concepto de dignidad humana contemporánea. Declara que no puede existir una muerte buena (puesto que supone el final de lo que somos) pero sí que puede aspirarse a una muerte coherente con la propia vida. La idea de Mosterín supone la existencia de un llamémosle derecho a la libertad en la muerte (que no es, en principio, lo mismo que el derecho a la muerte tan criticado por juristas y pensadores contemporáneos).

El autor que más radicalmente ha cuestionado la situación actual de la discusión sobre el derecho a elegir la muerte es Peter Singer. Profesor de Ética en las universidades de Princeton y Melbourne, Singer, reconocido defensor del utilitarismo (Singer 2011, p. 14), discute en *Repensar la Vida y la Muerte* (1997) muchos de los presupuestos actuales de la ética y la bioética en lo referente al concepto de sacralidad de la vida y la forma en que refleja en las leyes y comportamientos aceptados como correctos. A pesar de ser un texto escrito en 1996 (en su versión original), la mayoría de los temas que trata continúan sin tener una respuesta actualmente.

Singer cuestiona incluso el concepto de persona que subyace a la idea de la sacralidad de la vida, es decir, la idea de persona es sinónimo a sujeto de la especie *homo sapiens sapiens*. Invita a una profunda reflexión y a un cambio radical en los supuestos de la ética. Esto puede parecer tremendamente disputar, pero como bien recuerda el autor, si no cuestionáramos continuamente la ética continuaríamos manteniendo la esclavitud y la búsqueda de la igualdad entre sexos sería prácticamente un delito (Singer 1997, p. 19).

¿Cuál es el elemento fundamental de la teoría ética de Singer? El centro es el concepto de persona. Según el autor para que un sujeto fuera considerado una persona debería cumplir ciertos requisitos, que van más allá de estar solamente vivo, y que incluyen la capacidad para desarrollarse como individuo. De hecho, critica ampliamente el concepto de muerte actualmente anclado en una serie de normas relativas a la función cerebral. Si nos anclamos al concepto actual de muerte, éste ha sido definido con criterios de utilidad de cara a permitir la donación de órganos de cadáver (que requieren de la muerte pero de la preservación del cuerpo) y de tomar decisiones para detener los sistemas artificiales de mantenimiento de la vida (respiradores artificiales,

tratamientos, marcapasos, etc.). Lo que Singer refiere es el modo en que esa definición consensuada del momento de la muerte presenta gran cantidad de elementos contradictorios: “si está en muerte cerebral, estaba muerto; entonces ¿cómo se le puede permitir morir?” (en relación al caso de Marion Ploch, embarazada en muerte cerebral) (1997, p. 28). El problema se establece porque las tecnologías permiten un camino hacia el mantenimiento de la vida que parece no tener límites (1997, p. 30). Algunas de las preguntas que nos hace son: “si estás muerto cuando tu cerebro está muerto, ¿cuándo mueres si nunca has tenido cerebro?” [Casos de anencefalia]... en casos de estado vegetativo persistente, sin posibilidad de recuperar el conocimiento pero sin necesidad de respiración asistida, ¿es aceptable retirar los tratamientos que permiten su supervivencia?” (1997, p. 31). Estos casos, junto con otros, parecen mostrar que la tecnología médica por sí misma es la que decide quién, cómo, cuándo se puede y se debe morir. Es decir, si la tecnología permite que no muera, no muere; si no es así, muere, sin que haya una reflexión ética previa en el modo en que usamos la tecnología (1997, p. 31). El problema principal el concepto de muerte es que, cuando se declara a alguien muerto, pierde sus derechos básicos (solo los vivos tienen derechos) (1997, p. 35). Por lo tanto, la definición de la muerte supone realmente la decisión sobre el momento en que desaparecen los derechos civiles (1997, p. 35). Hay que tener presente que las actuales definiciones de muerte son arbitrarias y que responden a determinadas ideologías y por tanto son, en sí mismas, un juicio ético. La cuestión es si la ideología que define el momento de la muerte debe ser social o individual (1997, p. 39,44). Más allá de eso, la definición teórica de la muerte no supone una clara aceptación práctica de la misma en atención a los modos en que los profesionales sanitarios hablan de estos pacientes (1997, p. 45). La cuestión final, según las tesis de Singer, supone que tal vez no haya que (re-)definir la muerte sino decidir cuándo hay que permitir que las personas mueran o finalicen su vida. Y dejar el concepto de muerte al tradicional de la suspensión de todas las funciones del organismo. Me explico, si dejamos morir a una persona (permitimos que muera), su cuerpo terminará por dejar de funcionar y entrará en la fase de descomposición. Por tanto, la cuestión, desde la perspectiva de Singer, no es tanto cuándo desconectamos a una persona del sistema que le mantiene vivo porque ya está muerto (legalmente muerto), como cuándo desconectamos a una personas del sistema vital tecnológico simplemente para dejar que muera.

El segundo elemento fundamental en la teoría ética de Peter Singer tiene que ver con la sacralidad de la vida. Si la vida es un bien absoluto por sí mismo cualquier acción que pudiera provocar su acortamiento es, por principio, contraria a la ética. Pero es posible que la vida no sea un bien absoluto, sino que necesite cumplir con algunos requerimientos para ser considerada valiosa. Entre esos requerimientos básicos estaría la capacidad de conciencia o experiencia consciente (1997, p. 76). Es cierto que la práctica legal, médica y bioética actual defiende la suspensión de medios extraordinarios para mantener a alguien con vida, pero lo que Singer plantea es la dificultad de diferenciar entre medios extraordinarios y ordinarios (1997, p. 79) (¿es más extraordinario el respirador que el tubo de alimentación, cuando la supresión de cualquiera de ellos aboca a la muerte, en un tiempo más o menos largo?). Lo que cuestiona es que la denominación de *medios extraordinarios* esconde una calificación referente a la calidad de la vida. Es decir, si planteamos que un medio que mantiene a alguien con vida es extraordinario ya estamos considerando que esa vida tiene tan mala calidad que no merece mantenerla con esos medios (1997, p. 80-81). La doctrina de la santidad de la vida parece insostenible en las condiciones actuales de la tecnología y parece más adecuado recurrir al planteamiento de “si mantener la vida beneficiará o perjudicará al ser humano cuya vida se va a mantener” (Singer 1997, p. 83).

Singer plantea la necesidad de un giro copernicano en la ética (1997, p. 183), superando la ética tradicional y adoptando una visión que permita la convivencia en la situación actual, donde la muerte es dominada por la tecnología. Singer se mueve desde la idea de que “La práctica médica moderna se ha vuelto incompatible con la creencia en que toda vida humana posee el mismo valor” hasta la de que “al cambiar la tendencia ver a los seres humanos como el centro del universo ético, nos encontramos con la acérrima oposición de aquellos que no quieren aceptar un golpe semejante a nuestro orgullo humano” (1997, p. 187). Por ello plantea un cambio que incluya como presupuestos las ideas de que “el valor de la vida humana varía, hay que responsabilizarse de las consecuencias de las propias decisiones...” (en este punto plantea si realmente hay diferencia entre matar, acción, y dejar morir, omisión, cuando una persona desea poner fin a su vida de manera consciente y reflexiva), “..respeta el deseo de vivir o morir de una persona...” (la persona toma la decisión de vivir o morir en función de su propia ideología y su decisión no perjudica a otras personas; si una

persona no tiene derecho a que se la mate en contra de su voluntad, ¿por qué no tiene derecho a vivir solo si así lo ha decidido?) (1997, p. 188-195)

En el sentido de las reflexiones de Peter Singer, una persona podría decidir recurrir a la eutanasia o al suicidio asistido, en la misma forma que recurre al rechazo de tratamiento (aunque esto le lleve a la muerte) sin que tenga que considerarse que el estado/sociedad tiene que proteger a estas personas de sí mismos y de sus decisiones.

Más actual y en el contexto español, Margarita Boladeras replantea el tema en *El Derecho a No Sufrir*. El primer paso de la autora es evaluar el modo en que el término y el concepto de la eutanasia está ligado al terror de una época (la eugenesia de la primera mitad del siglo XX, con su máxima expresión en el nazismo) (2009, p. 27-33). En el fondo es una cuestión de ideas sobre el poder y el ser humano: si el poder depende de un ser superior (estado o deidad) o es inherente al ser humano y su capacidad de decisión (2009, p. 33). Frente a quienes hacen múltiples definiciones y clasificaciones de eutanasia, Boladeras plantea una única diferenciación importante: eutanasia y homicidio. La primera debería quedar a decisión de la persona, la segunda debería ser ilegal siempre (2009, p. 47).

Realizando un análisis de diversos autores y cuestiones legales (como las declaraciones de derechos), la autora recorre el camino que va desde el reconocimiento de la dignidad de la persona, acompañado siempre del derecho a tomar las decisiones que mejor se adapten a sus creencias, siempre y cuando no provoquen perjuicio a terceros, como un elemento fundamental del reconocimiento de las personas, hasta el comentario de la situación legal en España, donde los tribunales no reconocen la existencia de un derecho a elegir el momento de la muerte (Boladeras i Cucurella 2009, p. 60-83). De hecho, su opinión se refuerza por el hecho que la libre elección del paciente en casi cualquier otro supuesto de la atención sanitaria está claramente reconocido y establecido, incluso aunque lleve a la muerte por omisión (2009, p. 87).

El derecho a la vida que esgrimen los defensores de la teoría de la sacralización de la vida es atacado por Boladeras mediante la reflexión de Santosuosso:

“el derecho a la vida es, pues, en primer lugar un derecho a la plena protección contra los atentados procedentes de terceras personas, aunque se trate de autoridades públicas, como es plenamente evidente en el caso de la pena de muerte. Cuando se trata de actos del propio interesado, será la persona titular del derecho la que podrá actuar, siempre en función del mismo derecho. No nos cansaremos de repetir que razonando de otro modo

se llega a la inadmisible transformación de un derecho en un deber”(citado en Boladeras i Cucurella 2009, p. 103)

Lo que hace este autor es aclarar que, desde el punto de vista jurídico, lo contrario al *derecho a la vida* es la *obligación de vivir*, si bien, desde la perspectiva biológica, lo contrario de la vida es la muerte (Boladeras Cucurella 2010, p. 132).

Actualmente nos encontramos en la situación de que, por defender el derecho a la vida, imponemos el deber de vivir en toda circunstancia. Para Boladeras, el derecho a una muerte digna (derecho no cuestionado en general por ninguna ideología) debe incluir necesariamente los principios de libertad, el derecho a la autonomía y, por tanto, siempre debe respetarse la voluntad de la persona en lo que concierne a su muerte, tanto como a su vida (2009, p. 142).

Pero, ¿somos libres para morir? Bonete Perales plantea esta misma cuestión. Partiendo del análisis de autores de todos los tiempos y valorando las diferentes opiniones sobre el suicidio (que no es otra cosa que la acción tras la libre decisión de morir) concluye que, quienes defienden el derecho a la muerte digna en relación con la eutanasia o el suicidio asistido, se basan en una concepción condicionada de la dignidad de la persona, concepción en la que es posible aceptar que hay vidas que no merecen la pena vivir y por tanto, la persona puede, con toda libertad, decidir su muerte prematura (Bonete Perales 2004, p. 154, 158-159). Por el contrario, la analgesia (aunque pueda acelerar la muerte) o la detención del esfuerzo terapéutico excesivo se sustentan en la dignidad ontológica del ser humano, incondicionada a su situación y que no depende de la capacidad de ejercer determinadas situaciones (2004, p. 165). Su defensa de la incondicionalidad de la dignidad humana lleva indefectiblemente a considerar que ni la eutanasia ni el suicidio asistido son aceptables desde el punto de vista ético.

El número de autores contemporáneos que han presentado su posición en este tema es inmenso. Para incluir algunas otras opiniones, más allá de las expuestas (que considero lo suficientemente claras como para permitir el debate personal), recurriré a las opiniones presentadas en el libro *Pensar el final: la Eutanasia. Éticas en conflicto*, editado por L Montiel y M García, por su vocación de presentar diferentes visiones sobre el tema. Dietrich Von Engelhardt (2007) presenta un recorrido histórico por el concepto y la práctica de la eutanasia (que como ya he mencionado en otras ocasiones es solo un componente pero no el único de la idea de una muerte digna). En el momento actual, la muerte se encuentra atrapada por la “obsesión de la medicina de alargar la vida y

aplazar la muerte” (Von Engelhardt 2007, p. 25), pero “la muerte y el morir significan anticipación, suceso y recuerdo. La muerte es anticipada por el afectado y, en la mayoría de los casos, no se experimenta en un cumplimiento inmediato; la muerte es también un suceso para los otros o para el mundo circundante” (2007, p. 27). Desde este punto de vista, la muerte digna es a la vez una cuestión individual y social puesto que afecta al entorno del moribundo. “El hombre vive y muere en la sociedad” (2007, p. 27). Es más, introduce el problema de la oposición entre la autonomía del paciente y la autonomía del médico (2007, p. 29), oposición que se hace real cuando consideramos que no es posible, en nuestra sociedad actual, la eutanasia o el suicidio asistido sin el concurso de un médico (ya sea solamente para la prescripción de los medicamentos necesarios).

En el mismo volumen de *Éticas en conflicto*, Javier Sábada presenta una perspectiva diferente. Insiste en la necesidad de que exista una ética basada en unos mínimos (que no máximos) que permitan a cada individuo tomar las decisiones que le afectan en su esfera privada sin interferencias del resto de la sociedad (2007, p. 36). Sábada se sustenta en el derecho a la autonomía para defender el derecho a elegir de las personas en una situación de enfermedad o sufrimiento (2007, p. 37). Es más, alude a la obligación de la medicina de evitar el sufrimiento para justificar la participación de la medicina en los actos de muerte digna que requieren su intervención (eutanasia y/o suicidio asistido), recordando que evitar el sufrimiento también es obligación de la ética (2007, p. 39).

Merece la pena, de este libro, citar, por su relación con el tema que nos ocupa, la conclusión del artículo de Giovanna Gabriele Muñiz: “la muerte, la muerte apropiada, retomando a D. Weisman, es y debería ser la muerte que una persona elegiría si le fuera posible elegir” (2007, p. 133).

Como ya he mencionado, no es posible incluir en un solo trabajo todos los autores que tienen o han tenido algo que decir en el problema de la muerte digna desde una perspectiva ética. Sin embargo, es posible decir que la mayoría se mueven entre los extremos mencionados aquí: la defensa del reconocimiento de la libertad de la persona para decidir los parámetros que aportan dignidad a su muerte (y, por ende, a su vida en su etapa final) incluso si requiere la participación obligatoria de otros (médicos, sociedad, estado) y los que consideran que la dignidad humana excluye necesariamente la posibilidad de provocar la muerte, incluso voluntariamente. El debate continua abierto y son frecuentes las noticias que presentan nuevos casos polémicos que dan una



cara concreta al problema. Pero lo que no parece discutible es el derecho a tener una muerte digna (sea cual sea la definición que le demos a la dignidad).

Más allá de la reflexión teórica sobre si la muerte voluntaria (en su forma de eutanasia o suicidio médicamente asistido) son inherentes al concepto de dignidad en la muerte, existen experiencias en diferentes contextos. Merece la pena destacar, por su importancia y por ser precursor, el caso holandés. Holanda acepta la eutanasia como opción para enfermos que se encuentren en situación de sufrimiento insoportable sin perspectivas de mejoría. El documento *Eutanasia: A Guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide*, presenta aclaraciones a los diferentes conceptos y situaciones que rodean a la solicitud y aplicación de la eutanasia en Holanda (Ministry of Foreign Affairs, Ministry of Health, Welfare and Sport y Ministry of Justice 2001). Por ejemplo, aclara que lo que hace esta ley es considerar una serie de situaciones en las que la terminación de la vida de un paciente a petición de éste por un médico no puede ser objeto de persecución legal. El motivo para esto es que uno de los motivos para solicitar la eutanasia es la añoranza de *morir con dignidad* que refieren algunos pacientes. Pero, y esto es muy importante, la ley especifica condiciones para salvaguardar a los pacientes de situaciones que escapen a la decisión libre y voluntaria. Aclara la ley que no existe un derecho absoluto de los pacientes a la muerte ni un deber absoluto de los profesionales de proporcionar la eutanasia. De hecho, obliga a que el médico que aplica el procedimiento sea el médico personal del paciente, de modo que exista una larga relación que permita el debate serio y prolongado sobre el tema, evitando las decisiones precipitadas por un momento de sufrimiento o la presión del entorno. Destaca el documento que, en muchos casos, es el simple hecho de saber que la posibilidad existe y está a la mano del paciente, lo que facilita un alivio del sufrimiento suficiente para que finalmente no se aplique la eutanasia. Por supuesto, el presupuesto principal es la capacidad del paciente de solicitarla personalmente o la existencia de un documento de voluntades anticipadas, de modo que se excluye la elección familiar o en contra de los deseos explícitos del paciente. Asimismo es necesario constatar que existe un sufrimiento que el paciente no puede soportar y no es aliviado de ninguna otra forma.

Este documento afronta la oposición de la medicina tradicional. Para ello reconoce que la eutanasia no forma parte del deber de cuidado del médico. Pero también menciona que aliviar del sufrimiento y proporcionar una muerte digna son también obligaciones del médico que podrían amparar la práctica de la eutanasia. En

cualquier caso, deja a la libre decisión del médico su participación en estos supuestos, sin que esto suponga un deterioro de la obligación de cuidado que se exige a los profesionales sanitarios.

Aún siendo la eutanasia y el suicidio asistido elementos parciales del concepto más amplio de dignidad en la muerte en el mundo contemporáneo, no cabe duda, a partir de la bibliografía mencionada, que es imprescindible incluirlos en el debate más amplio sobre la muerte digna. Es posible que solo una pequeña proporción de personas soliciten tener acceso a estos recursos, pero aún así, su prohibición supone que unas pocas personas no puedan disponer de las condiciones que, individualmente, asocian con la dignidad en la muerte. Existen argumentos filosóficos y éticos que defienden posturas contrarias y, como ocurrió en otras épocas con otros comportamientos (como la esclavitud) deberá ser finalmente el consenso social el que lleve a una solución que respete las creencias de todos (pacientes y profesionales por igual). Hasta dónde debe llegar el derecho es algo que tiene que ser discutido en los parlamentos, pero siempre a partir del debate social.

La reflexión inherente al estudio del problema no puede sino dejarnos en la incertidumbre. No es posible, en este momento, tener una respuesta única a la idea de la dignidad en la muerte. Podemos enumerar una serie de condiciones, que por si mismas, siguen teniendo ambigüedad suficiente para amparar elecciones contradictorias por personas diferentes. Si se deben amparar todas las elecciones es algo que está pendiente del debate y el consenso social. Pero ¿existe realmente este debate o es un hecho que se limita a unas pocas informaciones periodísticas, a unos pocos pensadores y a grupos específicos?

## **¿Qué piensan sobre la muerte los que van a morir?**

El proyecto Dipex España<sup>10</sup> (Base de datos de Experiencias de pacientes) ha elaborado el módulo sobre Cuidados Paliativos. Para ello se entrevistó a pacientes que se encontraban en fase final de su enfermedad. Los textos de la entrevistas fueron transcritos verbatim y codificado en categorías. Para este trabajo he seleccionado los fragmentos de las entrevistas codificados en la categoría “muerte”.

---

<sup>10</sup> Disponible en [www.dipex.es](http://www.dipex.es)

A los entrevistados no se les preguntó directamente por el concepto que tenían de lo que es una muerte digna por lo que solo disponemos de ideas acerca de la muerte en general. No se trata de una entrevista a una muestra seleccionada de la población.

De los textos seleccionados en esta categoría he extraído las diferentes ideas sobre la muerte que se pueden encontrar y los he categorizado en unas pocas ideas principales.

Destacan algunas categorías por su aparición en un mayor número de entrevistados: la aceptación de la llegada de la muerte y el deseo de no sufrir (no tener dolor, no sufrir, etc.) . Por otro lado, la tercera idea que surge es la ausencia de miedo a la muerte y la muerte como liberación del sufrimiento. Es decir, de estas tres categorías intuimos una idea general sobre la muerte: una vez se conoce la inminencia de la muerte se la acepta (desconocemos el proceso intermedio que ha seguido cada entrevistado para llegar a ello), la aceptación parece estar acompañada de la pérdida del miedo a la muerte y del entendimiento de que la muerte pone fin al sufrimiento (la muerte como momento) pero persiste la presencia del miedo al sufrimiento previo a la muerte (la muerte como proceso).

Solo uno de los entrevistados explicita la posibilidad de terminar activamente con su vida y otro refiere que no haría nada para acelerar la muerte. En tres casos se menciona la necesidad de luchar para alargar la vida, y en dos se acepta la muerte anticipada si eso significa evitar el sufrimiento (aunque no se menciona la provocación de la muerte). Destaca el discurso de uno de los entrevistados en torno a la idea de que nadie enseña a morir (el moribundo se enfrenta a lo desconocido y nadie lo ha preparado previamente) y la necesidad de aprenderlo con antelación.

Hay que tener en cuenta que las entrevistas no tenían como fin recoger las ideas de los entrevistados en torno a la muerte digna, sino las ideas en torno a los procesos que acompañan a una enfermedad terminal (cuidados paliativos fundamentalmente). Por lo tanto, las categorías señaladas se integran en ese proceso más amplio. Sin embargo, parece existir una idea común del miedo al sufrimiento por encima del miedo a la muerte, lo que nos hace suponer que es lo primero (una vida mala) y no lo segundo (la pérdida de la vida) la idea central que debe guiar el debate sobre la dignidad del proceso de morir.

También es importante destacar lo que no se dice. La ausencia, en general, de menciones sobre la terminación voluntaria de la vida (sea eutanasia o suicidio

medicamento asistido) como opciones puede ser un reflejo de una situación social. Dado que no son realistas por su ilegalidad puede no tener sentido para los pacientes o sus familias abordar este tema dentro de la idea de dignidad en el proceso de morir. Es decir, la situación actual es la que es y el debate sobre el tema no es, en este momento, una cuestión tan presente como nos hace pensar la prensa o determinados grupos sociales. La propia experiencia personal de la autora constata que no es un tema de debate frecuente en los círculos médicos informales. La norma está escrita (la prohibición deontológica y legal) y por tanto la discusión es estéril.

## **De la filosofía a la práctica**

De los testimonios de los pacientes entrevistados en el proyecto Dipex podemos destacar que la dignidad de la muerte tiene mucho que ver con la evitación del sufrimiento. Es el proceso de morir y no la muerte en sí lo que atemoriza a estos pacientes. Sin embargo, solo uno de los entrevistados verbalizó la posibilidad de recurrir a formas activas de morir (eutanasia/suicidio asistido). Pero cada uno tiene sus propias condiciones para el momento en que llegue la muerte. Esto es lo que varios autores han denominado la individualidad de la muerte de cada uno, comenzando por Séneca.

Lo que los pacientes nos cuentan no es diferente de lo que expresan las diferentes perspectivas éticas, la variabilidad de opciones y la mayor defensa en contra de incluir la eutanasia o el suicidio asistido como integrantes de la dignidad en la muerte. Sin embargo, desconocemos si, en el caso de que la medicina o la situación social no puedan evitar el sufrimiento, estos mismos pacientes elegirían otras opciones.

La cuestión fundamental es que no existe la posibilidad de elección. Mientras que quienes consideran que el sufrimiento, de cualquier tipo, ligado al proceso de morir, dignifica y debe ser tolerado como parte fundamental pueden elegir pasar por ello (la autonomía del paciente permite esto, al rechazar determinados tratamientos, como por ejemplo, la sedación terminal); quienes consideren que su vida no es digna si no cumple determinados requisitos y elijan terminar con ella (dignificando de esta forma su muerte) no tienen la opción de elegir.

Pero supongamos que estuviera establecido el derecho a la muerte digna en cualquiera de las posibilidades que la persona pueda considerar. Entraría en juego un

tercer personaje: el que debe aplicar las directrices de la persona. Sabemos que una persona puede establecer , en sus manifestaciones anticipadas de voluntad (o testamento vital), sus opciones de cara a la muerte, incluidos el lugar o el modo en que desea el entierro. Sin embargo estas disposiciones están sujetas a la disponibilidad de otras personas para ejecutarlas, sea la familia que actúe como cuidadora o el dinero suficiente para hacer realidad sus deseos. Cuando la cuestión se desplaza a la eutanasia o al suicidio asistido, surge el problema de disponer de personal sanitario dispuesto y disponible. En caso contrario, todo quedaría en un deseo expresado. Para ello es necesario que exista una organización social, o legal, que ponga al alcance de cualquiera estos procesos, sin quedar al albur de las decisiones de terceros. Sin embargo, esta cuestión de la participación de otros (y de su obligación moral o no de participar en ello) casi no aparece en los argumentos de los pensadores estudiados y, en mi opinión, requiere también de un desarrollo desde la ética para poder llegar a consensos en el tema.

La cuestión es que ya no existe un consenso social ni filosófico ni ético sobre la exclusión de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido de la idea de muerte digna. Tampoco hay consenso en su reconocimiento. Lo que sí obtiene un consenso claro es el derecho a la muerte digna. Este debería ser el punto de partida para un debate sereno sobre el tema, sin prisas y sin obligaciones, pero que permitiera la expresión de las diferentes sensibilidades y, en la medida de lo posible, terminara con proyectos legislativos que ampararan al mayor número de personas. Sin embargo, es probable que previamente a este debate haya que reintroducir la muerte como tema de conversación, haciéndola de nuevo presente en nuestra cultura, pues solo así se podrá discutir sobre las condiciones de la muerte.

## Conclusiones

De la investigación desarrollada en este trabajo se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- No existe una única definición de muerte digna. La dignidad en la muerte (o mejor, la dignidad del proceso de morir) depende de variadas características individuales.
- En el centro del concepto de muerte digna aparece, casi universalmente, la necesidad de evitar el sufrimiento. Pero no es la única condición a tener en cuenta.
- Tampoco existe una única definición de dignidad. Por ello, el concepto anterior se complejiza aún más. Diferentes perspectivas de la idea de persona aportan diferentes ideas de dignidad y de las condiciones que la rodean. La dignidad contiene, en sí misma, diferentes aspectos relacionados tanto con el ser como con el hacer.
- Podemos encontrar argumentos filosóficos y éticos que defienden múltiples posturas sobre la dignidad de la muerte. Cuando la idea de “muerte digna” se aplica a la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, los argumentos a favor y en contra se multiplican.
- Pacientes en situación de enfermedad terminal no incluyen, de manera preferente, la eutanasia o el suicidio médicamente asistido como requisitos de dignidad, aunque sí la necesidad de evitar el sufrimiento. Esto puede ser, o no, consecuencia de la ausencia de un debate real sobre el tema en nuestra cultura y, especialmente, en la cultura médica.
- Las múltiples perspectivas desde las que podemos abordar el concepto “muerte digna” y su aplicación real en la sociedad nos obligan a generar debate social y, posiblemente, a aceptar que no hay una única solución y que será necesario aceptar la individualización de las condiciones que acompañen a la muerte si queremos reconocer realmente el “derecho a la muerte digna” para cada uno de los miembros de la sociedad.
- Este consenso social debería permitir el reconocimiento de diversas formas de morir con dignidad, de modo que personas con adscripciones

a diversas perspectivas puedan ver reconocido su derecho a tener una “muerte digna”, del mismo modo que hemos reconocido diversas formas de “vida digna”.

- No hay una respuesta única al problema, ni una definición única de “muerte digna”, solamente hay preguntas y opciones que obligan a la reflexión individual y social. Tal vez lo que necesitamos son respuestas diferentes para diferentes situaciones.

## Bibliografía

- ALLEN, J., GAY, B., CREBOLDER, H., HEYRMAN, J., SVAB, I. y RAM, P., 2005. *La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia* [en línea]. 2005. S.l.: Ediciones Semfyc. Disponible en: [http://www.semfyc.es/es/e-commerce/tienda/catalogo/detalle/LA\\_DEFINICION\\_EUROPEA\\_DE\\_MEDICINA\\_GENERAL\\_MEDICINA\\_DE\\_FAMILIA/](http://www.semfyc.es/es/e-commerce/tienda/catalogo/detalle/LA_DEFINICION_EUROPEA_DE_MEDICINA_GENERAL_MEDICINA_DE_FAMILIA/).
- BOLADERAS CUCURELLA, M. 2010. End-of-life decisions. Spanish and European Legislation. A discussion of concepts. En: A. SANTOSUOSSO, S. GARAGNA, B. BOTTALICO y C.A. REDI, *Le Scienze Biomediche e Il Diritto. Biomedical Sciences and The Law* [en línea]. Pavia: Ed. Ibis, [Consulta: 20 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/boladeras/End-of-Life%20dec.pdf>.
- BOLADERAS I CUCURELLA, M. 2009. *El Derecho a no sufrir: argumentos para la legalización de la eutanasia*. [Barcelona]: Los Libros del lince. ISBN 9788493653668 8493653667.
- BOLADERAS, M. 2010. *Qué dignidad: filosofía, derecho y práctica sanitaria*. S.l.: Proteus Libros y Servicios Editoriales. ISBN 978-84-15047-34-6.
- BONETE PERALES, E. 2004. *Libres para morir?: en torno a la tánato-ética*. Bilbao: Desclee de Brouwer. Colección Etica aplicada. ISBN 8433019104. BJ1409.5 .B66 2004
- BROGGI I TRIAS, M.-A. 2013. *Por una muerte apropiada*. Primera edición. Barcelona: Anagrama. Argumentos, 448. ISBN 9788433963505. MLCS 2014/40534 (R)
- COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA, 2010. *Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de muerte*. [en línea]. 2010. S.l.: s.n. [Consulta: 26 mayo 2014]. 2/2010. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf>.
- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN, 2011. *Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir y la muerte*. [en línea]. 2011. S.l.: s.n. [Consulta: 26 mayo 2014]. 10/2011. Disponible en: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=590397610303>.
- CORTINA ORTS, A. 2013. *La ética*. 1a ed. Barcelona: Paidós. ¿Para qué sirve realmente...? ISBN 9788449328770.
- DE MIGUEL BERIAIN, I. 2004. Consideraciones sobre el concepto de dignidad humana. *Anuario de filosofía del derecho*, no. 21, pp. 187-212.
- FERNÁNDEZ DEL RIESGO, M. 2007. *Antropología de la muerte: los límites de la razón y el exceso de la religión*. Madrid: Editorial Síntesis. ISBN 9788497565288 8497565282.
- HEATH, I. y BERGER, J. 2008. *Ayudar a morir*. Madrid; Buenos Aires: Katz. ISBN 9788496859401 8496859401 9789871283842 9871283849.
- JUANATEY DORADO, C. 2003. Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia. *Monografía sobre la Eutanasia. Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, no. 1, pp. 25-34.
- KANT, IMMANUEL 1785. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* [en línea]. S.l.:



- s.n. [Consulta: 7 enero 2015]. Disponible en:  
[http://pmrb.net/books/kantfund/fund\\_metaf\\_costumbres\\_vD.pdf](http://pmrb.net/books/kantfund/fund_metaf_costumbres_vD.pdf).
- MÉNDEZ BAIGES, V. 2002. *Sobre morir: eutanasias, derechos, razones*. Madrid: Trotta. ISBN 8481645036 9788481645033.
- MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS, MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT y MINISTRY OF JUSTICE, 2001. *Euthanasia: A guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide* [en línea]. 2001. S.l.: s.n. [Consulta: 20 diciembre 2014]. Disponible en:  
<http://www.bioeticanet.info/eutanasia/LleiEuHol.pdf>.
- MORO, T. 2007. *Utopía*. Madrid: Espasa Calpe. ISBN 9788467023190 8467023198.
- MOSTERÍN, J. 2011. *La Naturaleza humana*. Madrid: Espasa. ISBN 9788467037791 8467037792.
- MUÑIZ, G.G. 2007. Vivencias y experiencias del paciente terminal: aproximación discursiva, sociológica y emocional. En: L. MONTIEL LLORENTE y M. GARCÍA ALONSO (eds.), *Pensar el final: la eutanasia : éticas en conflicto*. Madrid: Editorial Complutense, ISBN 9788474918427 8474918421.
- PLATÓN y GIL FERNÁNDEZ, LUIS 1998. *Fedón ; Fedro*. Madrid: Alianza. ISBN 8420636452 9788420636450.
- PLATÓN y MARTÍNEZ GARCÍA, O. 2004. *Apología de Sócrates, Menón, Crátilo*. Madrid: Alianza Editorial. ISBN 8420657174 9788420657172.
- SÁBADA, J. 2007. Eutanasia y ética. En: L. MONTIEL LLORENTE y M. GARCÍA ALONSO (eds.), *Pensar el final: la eutanasia : éticas en conflicto*. Madrid: Editorial Complutense, ISBN 9788474918427 8474918421.
- SENECA, L.A. y LÓPEZ SOTO, V. 2000. *Cartas a Lucilio*. Barcelona: Editorial Juventud. ISBN 8426119336 9788426119339.
- SIMÓN LORDA, P., BARRIO CANTALEJO, I.M., ALARCOS MARTÍNEZ, F.J., BARBERO GUTIÉRREZ, J., COUCEIRO, A. y HERNANDO ROBLES, P. 2008. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de calidad asistencial*, vol. 23, no. 6, pp. 271–285.
- SINGER, P. 1997. *Repensar la vida y la muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona; Buenos Aires; México: Paidós. ISBN 8449304148 9788449304149.
- SINGER, P. 2011. *Practical ethics*. 3rd ed. New York: Cambridge University Press. ISBN 9780521881418. BJ1012 .S49 2011
- TORRALBA ROSELLÓ, F. 2005. *Qué es la dignidad humana?: ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris*. Barcelona: Herder : Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull. ISBN 8425424070. MLCS 2007/43807 (B)
- UNESCO, 2005. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. 19 octubre 2005. S.l.: s.n.
- VAN HOOFF, A.J.L. 2004. Ancient euthanasia: «good death» and the doctor in the graeco-Roman world. *Social Science & Medicine*, vol. 58, pp. 975-985.
- VON ENGELHARDT, D. 2007. Eutanasia: entre terminar la vida y asistir al moribundo. En: L. MONTIEL LLORENTE y M. GARCÍA ALONSO (eds.), *Pensar el final: la eutanasia : éticas en conflicto*. Madrid: Editorial Complutense, ISBN

9788474918427 8474918421.