



Cómo el concepto de ‘dignidad’ se emplea en el intenso e interminable debate en torno a la eutanasia

Intervención del Dr. **Gonzalo Herranz Rodríguez**, Catedrático de Histología y Anatomía Patológica, Director del Departamento de Humanidades Biomédicas de la Universidad de Navarra, durante las Jornadas Internacionales de Bioética “Bioética y dignidad en una sociedad plural”, celebradas en Pamplona, del 21 al 23 de octubre de 1999, en el Aula Magna de la Universidad de Navarra.

Índice

I. Introducción

II. Las interpretaciones dominantes de la idea de dignidad cuando se habla de dignidad de la muerte

1. La dignidad del morir en el contexto pro-vida

La tradición religiosa

La cultura de los derechos humanos

La normativa ético-deontológica de la medicina

La reflexión bioética

2. La universal condena del encarnizamiento terapéutico, atentado a la dignidad del moribundo

3. Dignidad del morir en el contexto pro-eutanasia

III. La peculiar dignidad humana en el trance de la enfermedad terminal y en el proceso del morir.

I. Introducción

El marco que impone el título general de estas Jornadas, Bioética y Dignidad en una Sociedad Plural, obliga a tratar de eutanasia y dignidad del morir desde las varias y encontradas perspectivas que circulan por la sociedad éticamente fragmentada de hoy. Se me ha encomendado la tarea de referir cómo el concepto de *dignidad* se emplea en el intenso e interminable debate en torno a la eutanasia.

La tarea no es fácil. En primer lugar, porque se ha escrito mucho sobre el tema: en la base de datos *Bioethicsline* (hasta final de 1998) se encuentran más de tres centenares de referencias bibliográficas sobre eutanasia y dignidad. En segundo lugar, porque el vocablo dignidad ha adquirido una especial fuerza retórica en los debates sobre eutanasia o ayuda médica al suicidio, y, lógicamente, ha sido usado con propósito de persuadir tanto por quienes las promueven como por quienes las rechazan: qué cosa sea la dignidad del morir se ha convertido en la cuestión principal que enfrenta las contrapuestas culturas de la vida y de la muerte^[1]. En tercer lugar, porque los términos eutanasia y dignidad del morir son víctimas ellos mismos de una polisemia dura y deliberada: significan, en los distintos contextos, cosas diferentes y confusas^[2]. Así pues, a la abundancia del material disponible, se añaden la confusión léxica y la polarización dialéctica.

Y, sin embargo, estando tan ligada la equívoca idea de morir con dignidad al tipo de conducta (paliativa o eutanásica) del médico que atiende al paciente terminal y al moribundo, se comprende que, desde el punto de vista de la ética médica, estemos ante un tema capital. La profesión médica no puede eludir una seria discusión sobre la muerte y el morir en sus relaciones con la dignidad humana.

Dado que, al comienzo de nuestra reunión, se ha hecho el análisis de la noción de dignidad humana en el contexto bioético, en lo que sigue me limitaré a tratar de dos asuntos: uno es recoger, simplificando las cosas al máximo en dos posiciones polares, lo esencial de las interpretaciones que se hacen, en la sociedad plural de hoy, de la dignidad del morir; el otro es ensayar una interpretación personal de lo peculiar que la dignidad humana adquiere en el trance de la enfermedad terminal y en el proceso del morir.

II. Las interpretaciones dominantes de la idea de dignidad cuando se habla de dignidad de la muerte

Las diversas actitudes que se dan hoy en torno a la relación entre dignidad y muerte del hombre pueden reducirse a dos posiciones polares.

La una proclama la dignidad intangible de toda vida humana, incluso en el trance del morir: todas las vidas humanas, en toda su duración, desde la concepción a la muerte natural, están dotadas de una dignidad intrínseca, objetiva, poseída por igual por todos: esa dignidad rodea de un aura de nobleza y sacralidad inamisibles todos los momentos de la vida del hombre.

La otra afirma que la vida humana es un bien precioso, dotado de una dignidad excelente, que se reparte en medida desigual entre los seres humanos, y que, en cada individuo, sufre fluctuaciones con el transcurso del tiempo, hasta el punto de que puede extinguirse y desaparecer: la dignidad consiste en calidad de vida, en fundada aspiración a la excelencia. Cuando la calidad decae por debajo de un nivel crítico, la vida pierde su dignidad y deja de ser un bien altamente estimable. Sin dignidad, la vida del hombre deja de ser verdaderamente humana y se hace dispensable: esa vida ya no es vida[3]. Entonces, anticipar la muerte es la solución apetecible cuando la vida pierde su dignidad.

Y, sin embargo, las actitudes pro-vida y pro-eutanasia coinciden en un punto capital: la condena del encarnizamiento terapéutico que, además de ser mala medicina, es un grave atentado a la dignidad del moribundo.

1. La dignidad del morir en el contexto pro-vida

Como se ha señalado antes, en la tradición ética del respeto a la vida, la dignidad humana es invariable: no se disminuye a causa de la enfermedad, el sufrimiento, la malformación o la demencia. Más aún, la adversidad biológica o psíquica puede ser ocasión de ulterior ennoblecimiento: como afirma Juan Pablo II, la gran dignidad del hombre se confirma de modo especial en el sufrimiento[4]. El hombre no vive en un paraíso de ecología amistosa. Convive con el riesgo y la penuria, en un ambiente natural, al cual está expuesto y en el cual se han de integrar su vulnerabilidad y su fortaleza, su finitud y su dignidad.

La dignidad del morir, en el contexto pro-vida, recibe apoyo de la tradición religiosa, de la cultura de los derechos humanos, de la ética profesional de la medicina, de la reflexión bioética.

La tradición religiosa

La tradición bíblico-cristiana proclama el respeto a la vida, afirma que la dignidad humana es compartida por igual por todos los hombres y asegura que esa dignidad no sucumbe al paso de los años ni se degrada por la enfermedad y el proceso de morir.

En esta tradición, el hombre, cada hombre, es un ser de valor y dignidad intrínsecos, un agente moral, responsable y libre, que, por ser *imago Dei*, es absolutamente resistente a la degradación ontológica[5]. En consecuencia, el respeto de la dignidad intangible de toda vida humana se extiende también al tiempo del morir: todas las vidas humanas en toda su duración desde la concepción a la muerte natural están dotadas de una dignidad intrínseca, objetiva, poseída por igual por todos: esa dignidad rodea de un aura de sacralidad todos los momentos de la vida del hombre.

Dios, misteriosamente, nos crea a su imagen y semejanza también cuando nuestra apariencia y valor biológico quedan decaídos por la enfermedad o la malformación. Así, Yahweh dice a Moisés[6]: "¿Quién ha hecho la boca del hombre? ¿Y quién le ha hecho mudo, o sordo, o vidente o ciego? ¿Acaso no he sido Yo, el Señor?"

Esta comprensión del hombre como imagen de Dios, aun a pesar de sus minusvalías y deficiencias, concedió una inmensa superioridad moral y una humanidad incomparable a la ley mosaica, cuando se la compara con otras legislaciones de la antigüedad. Lo distintivo de ella es que ya no es aceptable marcar como indignos a los débiles, pobres y ciegos, a las viudas y huérfanos, los esclavos y extranjeros.

Con Cristo y por su Encarnación, la humanidad queda ulteriormente dignificada, pues, con la llamada a filiación divina adoptiva, se refuerza la semejanza del hombre con Dios. No es sólo imagen de Dios: el hombre es invitado a hacerse hijo de Dios, una dignidad imposible de superar, pues ya no cabe más nobleza, más valor. El reconocimiento del valor de la debilidad humana es, en la tradición bíblica, universal, pues Dios no hace acepción de personas[7]. Todos los miembros de la familia humana, los fuertes lo mismo que los débiles, somos de igual valor delante de Dios: todos poseemos idéntica dignidad. «No hay más que una raza: la raza de los hijos de Dios», dijo el Beato José María Escrivá en una síntesis que resume toda la antropología de la dignidad, una dignidad que nos viene de participar todos y cada uno, sin distinción y misteriosamente, de la filiación divina[8].

La Encíclica *Evangelium vitae*, resalta, sobre fuentes bíblicas, la dignidad de todo el recorrido temporal de cada vida humana: nos habla de la dignidad del niño aún no nacido y del halo de prestigio y veneración que rodea a la vejez. La suprema debilidad de Cristo en la Cruz no sólo es la plena revelación del Evangelio de la vida, sino que es justamente el momento que revela su identidad de Hijo de Dios y que manifiesta su gloria[9].

Conviene considerar por un momento lo que esta novedad revolucionaria

supuso para el mundo de entonces, pues los movimientos modernos a favor de la eutanasia incorporan ideas, en cierto modo, neo-paganas. La medicina antigua no fue ciega a la dignidad del morir. La debilidad extrema, irreversible, no parecía entonces digna de atención. La sentencia del médico ante el desahuciado "ya nada hay que hacer" se seguía en la antigüedad al pie de la letra. El médico abandonaba al incurable. En la tradición hipocrática, el médico se abstenía de proporcionar un veneno a su paciente para que este pusiera fin a su vida. Eso era todo: el médico no tenía medicinas, ni heroicas ni eutanásicas, con que socorrerle. La inutilidad terapéutica obligaba a respetar el curso natural de la enfermedad intratable. Platón resume la actitud de la medicina griega, incluida la escuela de Hipócrates, con estas palabras: «Esculapio enseñó que la medicina era para los de naturaleza saludable que estaban sufriendo una enfermedad específica. Él les libraba de su mal y les ordenaba vivir con normalidad. Pero a aquellos cuyos cuerpos están siempre en un estado interno enfermizo, nunca les prescribía un régimen que pudiera hacer de su vida una miseria más prolongada. La medicina no era para ellos: aunque fuesen más ricos que Midas, no deberían ser tratados»[\[10\]](#).

Esa ceguera para la debilidad como atributo específicamente humano sigue afectando hoy a gentes de mente racionalista y pragmática, a los seguidores de las filosofías de la eficiencia, el poder o la vitalidad. Sienten ante la enfermedad incapacitante o ante la proximidad de la muerte un disgusto instintivo: la vida, física o intelectualmente empobrecida, les provoca mucha desazón y una reacción de huida. Prefieren ignorarla o extinguirla. Nietzsche llevó ese rechazo al extremo. Basado en las exigencias de la razón, el sentimiento y el instinto, hizo de la voluntad fundamental de estar sano el principio fundamental de la dignidad humana. No es difícil encontrar una fibra nietzscheana en el complejo tejido de la mentalidad pro-eutanasia de hoy. La voluntad vital y segura del instinto no incita a respetar al enfermo, a compadecerse del débil. Por el contrario, impele al desprecio, incluso a la aniquilación, pues ayudar a los débiles es propio de la moral de los esclavos.

La dignidad humana nunca fue, en la antigüedad pagana, un atributo humano universal. Había ciertamente entre los clásicos un sentido de la dignidad, pero era la dignidad del hombre excelente, virtuoso, que vivía en condiciones de desarrollar sus virtudes, sus excelencias, humanas. El concepto romano de *humanitas* se empleaba para describir la dignidad de una personalidad equilibrada y educada, que se encontraba en exclusiva entre los individuos más descollantes de la aristocracia romana. La dignidad no era intrínseca, como tampoco lo eran los derechos humanos. Extensos grupos sociales carecían de ellos. La desigualdad era un rasgo natural de la sociedad. Se aceptaba como una realidad inevitable que hubiera esclavos o extranjeros, destinados a

trabajos duros o degradantes, que podían ser torturados o consumidos en labores productivas o en diversiones. La plenitud física era elemento esencial de esa aristocrática dignidad humana: los enfermos crónicos, los tullidos o los deformes eran tenidos por indignos y su muerte era propiciada por la exposición y el abandono[\[11\]](#).

La cultura de los derechos humanos

Conviene, sin embargo, señalar que la noción de la universal dignidad del hombre y, en particular, la del hombre moribundo, no es sólo religiosa: ha entrado a formar parte también del derecho. Y así, por ejemplo, una Recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y los moribundos invita a los gobiernos a «definir con precisión y otorgar a todos el derecho de los enfermos a la dignidad y la integridad»[\[12\]](#). La Asamblea Parlamentaria ha reforzado recientemente su postura al término de un reciente debate (junio de 1999) sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y de los moribundos[\[13\]](#), al reiterar la absoluta prohibición de la eutanasia activa y afirmar que «el deseo de morir de los pacientes terminales o los moribundos no constituye ningún derecho legal a morir a manos de otra persona». Es más: el respeto de la vida y de la dignidad del hombre constituye, según algunos, de un derecho que ha de ser cumplido tanto más cuanto mayor es la debilidad del moribundo. En efecto, el Comité Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud, de Francia, señaló, en una declaración sobre la práctica de experimentos en pacientes en estado vegetativo crónico[\[14\]](#), que «los pacientes en estado de coma vegetativo crónico son seres humanos que tienen tanto más derecho al respeto debido a la persona humana cuanto que se encuentran en un estado de gran fragilidad». Queda ahí expresado con precisión el concepto de la relación proporcional directa entre debilidad y dignidad: a mayor debilidad en su paciente, mayor respeto en el médico.

La normativa ético-deontológica de la medicina

El precepto ético de no matar al paciente está presente e íntegramente conservado en la ética profesional del médico desde su mismo origen en el Juramento hipocrático. Un análisis comparado sobre las normas sobre la atención médica al paciente terminal recogidas en los códigos de ética y deontología de 39 asociaciones médicas nacionales de Europa y América, mostró la profunda unidad de la tradición común: junto a la condena unánime de la eutanasia y la ayuda médica al suicidio y del firme rechazo del encarnizamiento terapéutico, se recomiendan los cuidados paliativos de calidad como medida proporcionada a la dignidad del moribundo. Justamente, muchos códigos invocan la protección de la dignidad humana del paciente crónico o terminal como razón fundamental

para el tratamiento diligente del dolor o del sufrimiento[\[15\]](#).

La reflexión bioética

La argumentación a favor de la inextinguible dignidad de todo hombre y, en concreto del moribundo, ha sido objeto de estudio desde el nacimiento de la bioética. Más aún, hay que reconocer que algunas de las reflexiones más inspiradas y profundas se produjeron en los primeros años de la joven disciplina.

Una de ellas se debe a Paul Ramsey. Desconfiado de los posibles usos perversos del sintagma "morir con dignidad", como ideal y como derecho, y desconsolado por la pérdida de dignidad humana que es toda muerte, se rebela contra la idea de que haya una dignidad intrínseca en la muerte y el morir del hombre, pues tanto como acabamiento de la vida corporal, cuanto como fin de la vida personal, la muerte es el Enemigo: el humanismo verdadero va unido al temor de la muerte. Por ello, concluye Ramsey, es mejor aceptar la indignidad de la muerte que tratar de dignificarla, pues siempre cuidaremos mejor de los moribundos si, además de aliviarles del dolor y del sufrimiento, reconocemos que la muerte es un duelo que ningún recurso al alcance del hombre es capaz de aliviar[\[16\]](#).

La respuesta que Kass[\[17\]](#) da a Ramsey, tanto por su análisis de la noción de dignidad, como por la rehabilitación de la conjunción muerte-dignidad en sus bases naturales y bíblicas, es un punto de partida esencial para comprender el sentido válido de la muerte con dignidad. Años más tarde, en 1990, ya en tiempos de vigorosa propaganda a favor de la eutanasia, Kass desarrolló ulteriormente sus ideas al analizar la conexión entre santidad de vida y dignidad del hombre y reanalizar a su luz las ideas de muerte con dignidad que pululaban ya entonces[\[18\]](#). Es necesario apreciar, mediante la lectura directa, la templada fuerza dialéctica de sus argumentos contra las pretensiones de los promotores de la eutanasia, cuando evalúa el riesgo de soberbia de la tecnología médica moderna, la tentación de poner fin tecnológico al fracaso de la muerte agresivamente, y de la necesidad de acomodarse a convivir con la idea de mortalidad y finitud. Arguye con vigor en favor de que, en presencia de la enfermedad incurable y terminal, permanece siempre un residuo de plenitud humana que, por precario que parezca, ha de ser cuidado. Si queremos oponernos a la marea creciente que, empujada por la mentalidad pro-eutanasia y la ética de la libre elección, amenaza con sumergir las mejores esperanzas de dignidad humana, hemos de aprender que la finitud humana no es ninguna desgracia y que la dignidad del hombre ha de ser atendida y cuidada hasta el final.

En tiempos más recientes, no han cesado de aparecer análisis y

profundizaciones del concepto *morir con dignidad*. Son muchos los que tratan de arrebatárselo de las manos de los promotores de la eutanasia que han tratado de apropiarse su uso en exclusiva.

Entre esos análisis, merece la pena citar dos. Sulmasy^[19], después de concluir que la esencia de la dignidad humana es nada más y nada menos que la estima y el honor que los seres humanos merecen simplemente porque son humanos. Pretender prolongar siempre y a toda costa la vida meramente biológica humana es negar la verdad de la mortalidad humana y, por ello, actuar contra la dignidad humana. Del mismo modo, dar muerte a un paciente, aun cuando ya esté muriendo, viene a decir que la vida de ese hombre ha perdido todo significado y valor: pero eso es actuar contra la dignidad humana, pues esta no depende de la prestancia social, la libertad o el placer, sino del hecho de ser hombre. La dignidad humana no es algo subjetivo: nadie puede incrementar, disminuir o aniquilar a capricho su propia dignidad, y tampoco puede hacerlo con la dignidad de otro. Y lo mismo pasa con la enfermedad y el morir: pueden humillar, disminuir la autoestima, avergonzar e, incluso, crear un sentimiento de indignidad. Pero esos asaltos no acaban con ella, no la merman: nos perturban precisamente porque ponen en el tapete el problema de si la vida humana tiene significado y valor, tiene dignidad.

Sulmasy describe cuan diferentes en la expresión de la dignidad pueden ser las muertes de los pacientes: desde los que enfrentan el morir con valor, esperanza y amor, a los que lo hacen en el temor, la rebeldía, la desesperación o el autodesprecio. A unos y otros hay que tratar con dedicación y respeto. Es una tarea tremenda devolver a ciertos pacientes la fe en la su propia dignidad y hacerles sentir, en la situación terminal, totalmente carente a veces de estética, que su vida sigue teniendo valor y dignidad. Esa es una dura prueba para el médico y la enfermera, pero en eso consiste atender al moribundo. Como dice Sulmasy, «no habría asalto mayor a la dignidad humana ni, en último término, sufrimiento más grande que decir a uno de esos pacientes, mirándole a la cara, “Sí, tienes razón. Tu vida carece de sentido y de valor. Te daré muerte, si te quieres”». Los moribundos deben saber que, para sus médicos, ellos nunca pierden su dignidad humana y que continúan en posesión de todo su valor y estima: sus vidas conservan siempre una medida bien colmada de significado y dignidad.

Stolberg^[20], tras llegar a la conclusión de que la noción de dignidad humana no puede sustentarse sólo en la capacidad de autogestión racional del kantiano, ni en la libertad que nos persuade de que no somos meras cosas del existencialista, pues se llegaría a la pesimista conclusión de que el moribundo y el comatoso carecerían de dignidad humana. En efecto, decir que la dignidad humana puede

disminuir o perderse a causa de la enfermedad y el sufrimiento equivale a decir que la dignidad humana depende de la capacidad de controlar cosas incontrolables como son el envejecimiento, la minusvalía o la enfermedad terminal. Arguye Stolberg, analizando la relación entre dignidad e igualdad humanas, que el hombre no puede dejar de ser humano, lo que quiere decir que es parte de la naturaleza. La idea de considerar los fenómenos naturales como degradantes o demoledores de la dignidad humana se basa en el falso dualismo que presenta como antagónicas dignidad y naturaleza, que convierte lo natural en enemigo y destructor de lo propiamente humano. Eso equivale a identificar dignidad con bienestar fisiológico o, incluso, con la integridad psíquica que hace posible el ejercicio pleno de la racionalidad, la autonomía o la autoconciencia. Pero esas cualidades están muy diferentemente repartidas en los que van a morir, por lo que no pueden ser base para la igualdad de derechos y dignidad en el trance de la muerte. Para restaurar un fundamento verdaderamente realista e indisputable de la igualdad radical de la dignidad humana, Stolberg acude a la idea de G. Marcel de ir a buscar en la mortalidad y en la precariedad del hombre el rasero de la común condición humana que establece el nivel del valor igualitario y de la igualdad esencial. De la confrontación con la finitud que a todos nos espera brota la conciencia de que los hombres coincidimos en las experiencias del dolor y las penas, la enfermedad, el envejecimiento y la muerte, una experiencia que nos reúne en la construcción de la dignidad común. Stolberg concluye que es contradictorio sostener que esas experiencias amenazan la dignidad humana, entendida como valor igualitario.

2. La universal condena del encarnizamiento terapéutico, atentado a la dignidad del moribundo

Apenas merece más que unas pocas líneas la referencia obligada a la condena ética que ha recibido el encarnizamiento terapéutico. La condena es universal: viene de las instancias pro-vida, lo mismo que desde las filas de los pro-eutanasia; de las organizaciones profesionales de médicos y enfermeras lo mismo que de los comités, nacionales o internacionales, de bioética. Lo notable del caso es que todas esas condenas, vengan de donde vengan, señalan que la obstinación terapéutica es un atentado a la dignidad del morir.

Nadie duda hoy de que la obstinación terapéutica constituye un error, médico y ético, muy difícil de justificar. Todos comparten la idea de que aplicar tratamientos deliberadamente inútiles cuando ya no hay esperanza razonable de recuperación, en particular cuando provocan dolor y aislamiento, quebranta la dignidad del moribundo.

La bibliografía sobre la futilidad médica es hoy inabarcable, pues se han multiplicado los comentarios sobre la muerte dramática de ciertos

personajes públicos, sobre la jurisprudencia acerca de casos clínicos particularmente complejos, y sobre la multitud de directrices dictadas por diferentes organismos profesionales.

Basten para muestra dos testimonios sobre la conexión entre dignidad en el morir y medida terapéutica, que vienen de posiciones éticas antípodas. La Declaración *Iura et bona*, de la Congregación para la Doctrina de la Fe[21] , lo describía sucintamente así: «Es muy importante hoy proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo. De hecho, algunos hablan de “derecho a morir”, expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte a voluntad, sino el derecho a morir con serenidad, con dignidad humana y cristiana». El crítico de la medicina, Richard Taylor, se expresaba con dureza acerada acerca del abuso terapéutico de las unidades de cuidados intensivos de los años setenta, en estos términos: «Hileras de preparados fisiológicos, conocidos también como seres humanos, yacen rodeados de un número asombroso de artilugios mecánicos...] A través de innúmeros tubos se inyectan o se drenan líquidos de mil colores. Los respiradores artificiales impelen gases, los aparatos de diálisis rezongan, los monitores disparan sus alarmas, el oxígeno burbujea en los humidificadores. Los desgraciados prisioneros de la tecnología, ajenos afortunadamente a lo que ocurre a su alrededor, a causa de los medicamentos o de su enfermedad, yacen inermes, mientras se ejecuta el ritual de profanación de su dignidad»[22].

3. Dignidad del morir en el contexto pro-eutanasia

No es fácil encontrar en las publicaciones de los propugnadores de la eutanasia una doctrina articulada y coherente sobre la dignidad del morir. La búsqueda en los glosarios que los movimientos pro-eutanasia mantienen en Internet es infructuosa: ni en el extenso glosario de la Sociedad Escocesa de Eutanasia Voluntaria[23] , ni en el de ERGO, el brazo intelectual de *Exit*, la poderosa agrupación norteamericana que dirige Derek Humphry, se incluye la entrada *Dignidad*[24].

El uso, por parte de los promotores de la eutanasia, de la expresión *morir con dignidad* tiene un propósito más oportunista y retórico que sustantivo. Aunque el morir y la muerte constituyen para muchos hombres de hoy un tabú innominable, en la dinámica de los movimientos pro-eutanasia pierden su significado negativo o lo transmutan, cuando se combinan con dignidad, en otro nuevo y aceptable. Y así resulta que muchas de las asociaciones que propugnan la despenalización de la eutanasia y de la ayuda médica al suicidio se han autodenominado con términos que combinan muerte y dignidad[25]. Y, curiosamente, la única ley vigente en el mundo que autoriza la práctica del suicidio asistido

por el médico, aprobada en el Estado de Oregón, se llama, por un manipulativo juego de palabras, la *Ley de la Muerte con Dignidad*[\[26\]](#).

El proyecto ideológico que subyace a la mentalidad de la muerte con dignidad o del derecho a una muerte digna consiste en la aceptación de que la dignidad humana es minada, o incluso alevosamente destruida, por el sufrimiento, la debilidad, la dependencia de otros y la enfermedad terminal. Se hace, por tanto, necesario rescatar el proceso de morir de esas situaciones degradantes mediante el recurso a la eutanasia o al suicidio ayudado por el médico.

La decisión de evitar el deterioro final de la calidad de vida y de mantener el control de sí mismo y de la propia dignidad en los días últimos, es favorecida por lo peculiar de las fuentes de información sobre la muerte de que dispone la gente de hoy. Por un lado, muy pocos tienen oportunidad de presenciar una muerte sosegada. La muerte de los allegados, aparte de ser un fenómeno que cada uno tiene ocasión de presenciar muy raras veces en su vida, suele suceder hoy en el hospital, no en casa. La falta de intimidad interpersonal que ello supone se agrava por la intensa medicalización de la agonía. Por otro lado, los medios de comunicación nos atiborran de relatos e imágenes de mil formas de muertes gratuitas, violentas o torturadas. Se crea así un rechazo colectivo a la muerte, pues nadie quisiera jamás morir de ninguno de esos modos. Y ya que hay que morir, todos, en principio y por instinto, queremos hacerlo con dignidad y decorosamente, conservando la nobleza propia del hombre.

Sobre este fondo, la mentalidad pro-eutanasia construye su noción de morir con dignidad asignando al sufrimiento moral, al dolor físico, a la incapacidad, a la dependencia de otros, a la enfermedad terminal, un valor negativo, destructor de la dignidad humana. La muerte digna es la única solución para poner término a la permanente indignidad de vivir esas vidas sobrecargadas de valores negativos, carentes de valor vital.

Vivimos también en un tiempo en el que las decisiones médicas se toman en función de la elección, activa e informada, del paciente de los tratamientos que acepta o rechaza. En consecuencia, el derecho de los pacientes a decidir, junto con el temor a verse en una agonía dolorosa y usurpadora del autocontrol, lleva a convertir el deseo de morir con el máximo de confort y dominio de las circunstancias: es decir, se crea un derecho a morir con dignidad[\[27\]](#).

El derecho a morir con dignidad se invoca como un derecho que garantiza la posibilidad de vivir y morir con la inherente dignidad de una persona humana, y como recurso para liberarse de la agonía de vivir en un estado de miseria emocional o psicológica. El decaimiento

biológico, el no valerse por uno mismo y depender de otros para las acciones y funciones más comunes, son considerados, en la mentalidad de la muerte con dignidad, como razón suficiente para reclamar el derecho a morir a fin de impedir que la dignidad humana sea socavada y arruinada por la invalidez extrema, la dependencia y el sufrimiento.

Pero, ¿se pierde realmente la dignidad humana cuando uno está muy enfermo, muy debilitado, o no puede seguir viviendo si no es con la ayuda de otros?

En el fondo, con la noción de dignidad propia de la mentalidad eutanásica es totalmente ajena al concepto de dignidad de la mentalidad pro-vida. Este tiene una base ontológica: la dignidad es intrínseca, universal, inalienable, inmune a las influencias de fortuna o de gracia, refractaria al proceso de morir. Aquella, aunque importante, es accidental. La dignidad social es una variable dependiente de numerosas circunstancias: el paso del tiempo, la posesión de dinero, influencia, prestancia física, clase o títulos; se tiene, pero puede disminuir por debajo de un valor crítico hasta llegar a perderse. Es especialmente sensible a influencias sociales y estéticas.

Ese carácter sumiso a las influencias sociales y subjetivas es la razón de que la dignidad del morir siga siendo invocada como un derecho en un tiempo en que los progresos de la medicina paliativa han provocado el ocaso de la noción de eutanasia como liberación del dolor insoportable. Los movimientos pro-eutanasia se han visto obligados, por ello, a dejar en segundo plano y como cosa del pasado el paradigma del matar por compasión al que sufre de modo intolerable, para tomar una dirección nueva: la de presentar la dignidad del morir como un derecho que expresa el dominio absoluto de uno sobre su propia vida, o como un signo de decoro personal. En el nuevo contexto, el enemigo no es ya la enfermedad avanzada, la cual, a través del dolor, el sufrimiento o la debilidad total de la caquexia, pone cerco a la dignidad humana: el nuevo enemigo es la pérdida de la autosuficiencia, el no poder vivir independiente de los otros, el tener que morir abdicando de la imagen social hasta entonces prestigiosa y estética.

La enfermedad terminal puede herir muy duramente a la dignidad social, a la imagen de uno ante los otros. No es extraño, por eso, que, en años recientes, los movimientos pro-eutanasia tiendan a presentar la reivindicación del derecho a morir dignamente como la coronación del progreso ético, propio de personas clarividentes y de ideas avanzadas, que forman una elite cultural, una minoría emancipada de prejuicios y supersticiones.

Algunas encuestas han mostrado que hay una estrecha correlación entre

clase social y grado de autoestima intelectual, por un lado, y adhesión al activismo pro-eutanasia por otro. En la literatura panfletaria y en las páginas de Internet, los promotores de la eutanasia se presentan a sí mismos como la levadura en la masa, como líderes y liberadores que transformarán la sociedad. Los argumentos y los ejemplos desplegados por los promotores de la eutanasia, ordinariamente sobrecargados de retórica fuerte, siguen siendo, tanto en la sociedad como en las profesiones sanitarias, patrimonio de una minoría. Desde instancias profesionales de la medicina, se ha señalado un riesgo grave de esta actitud elitista: el de poner en peligro, mediante una hábil manipulación de los sentimientos en favor de la eutanasia de una pequeña elite, la atención paliativa de grupos enteros de personas (ancianos, incapaces, pacientes terminales). En fin de cuentas, la mentalidad pro-eutanasia pretende obligar a la sociedad a escoger entre la muerte provocada e indolora, como pretendido medio de preservar la dignidad humana, y la atención y cuidado de los enfermos terminales, con las vicisitudes y precariedades de la vida que se apaga[\[28\]](#).

Por ello, no es sorprendente, aunque sí reconfortante, saber que, en comparación con la población general, la adhesión a la eutanasia es notablemente inferior (50%) entre los afectados por deficiencias funcionales, los que se sienten una carga para la familia o los que ven su vida como inútil. En Estados Unidos, el apoyo al suicidio ayudado por el médico es marcadamente más bajo entre los ancianos, los afroamericanos, los pobres y los que practican la religión[\[29\]](#).

Los activistas pro-eutanasia repiten hasta la saciedad que la opción de morir con dignidad está estrechamente vinculada al derecho a escoger el tiempo y el modo de la propia muerte según los criterios de una ética hedonista. Tal como señalaba de modo paradigmático el Alegato a favor de la Eutanasia Beneficiente, cuando la vida carece de dignidad, hermosura, promesa y significado, y la muerte se retrasa con periodos interminables de agonía y degradación vital, no se puede decir que eso sea la vida de un ser humano, porque tolerar o aceptar el sufrimiento innecesario es inmoral[\[30\]](#). Por desgracia, no son pocos los médicos que, por ignorancia de los avances del tratamiento del dolor y de los cuidados paliativos, pueden convertirse en provocadores o cómplices de la petición de eutanasia[\[31\]](#).

La arrogancia elitista y la fascinación con la muerte[\[32\]](#) de la mentalidad pro-eutanasia podrían, en caso de que la eutanasia alcanzara sanción legal, privar a muchos pacientes de los beneficios y dignidad de la atención paliativa, una rama humilde pero inmensamente humana de la medicina y la enfermería. Sólo se puede hablar de verdadera libertad de elección cuando la medicina paliativa es practicada con competencia y ofrecida a todos los que la necesitan.

III. La peculiar dignidad humana en el trance de la enfermedad terminal y en el proceso del morir

Esta segunda parte del artículo se dedica a presentar algunas consideraciones acerca de la dignidad humana específica del paciente terminal.

Los enfermos desahuciados y los moribundos se presentan como un acertijo para allegados y extraños, para médicos y enfermeras. Son muchas veces un enigma, porque nos imponen la difícil tarea de descubrir y reconocer, bajo su apariencia decrepita, toda la dignidad de un ser humano.

Para una mirada que sólo ve las apariencias, la enfermedad terminal, tan acompañada en ocasiones de dolor, angustia y ansiedad, tiende a eclipsar la dignidad del enfermo: la oculta, incluso parece haberla destruido. Porque si, en cierto modo, la salud nos da la capacidad de alcanzar una cierta medida de plenitud humana, estar gravemente enfermo limita, de modos y en grados diferentes, esa importante dimensión de la dignidad, en cuanto nobleza, que es la capacidad de desarrollar el proyecto de hombre que cada uno de nosotros acaricia.

No es difícil para el médico cooperar a la restauración de la salud de su paciente mientras hay esperanza de alcanzarla. Pero es muy arduo hoy para muchos médicos, fuera de los que son competentes en atención paliativa, reconocer el valor de su trabajo cuando, en el trance de la enfermedad terminal y del proceso del morir, no hay ya lugar a aquella esperanza. Cuesta mucho reconocer, en el ambiente de la medicina de hoy, interesada en resultados de curación y en costos por procesos, que la enfermedad seria, incapacitante, dolorosa y, en mayor grado todavía, la enfermedad terminal, pueda tener interés. Dominados por una cultura fisiopatológica, cuesta a muchos médicos comprender que la enfermedad terminal no consiste sólo en trastornos moleculares o celulares que ya no tienen arreglo, sino también en un problema humano en el que el respeto a la dignidad del paciente impone el deber de cuidar de la dignidad de su morir.

La enfermedad terminal tampoco se limita, por encima de lo meramente biológico, a un recorrido vivencial de unas determinadas etapas que van marcando las reacciones psicológicas del enfermo ante la muerte anunciada e ineluctable, reacciones que necesitan comprensión, apoyo y acompañamiento [\[33\]](#).

La situación terminal constituye, por encima de todo eso, una amenaza a la integridad del hombre, a su dignidad personal, que pone a prueba al enfermo y a los que le atienden. Y cuando esto se comprende, los

resultados no se hacen esperar. Uno de los grandes promotores de los cuidados paliativos, ese modo tan -profesionalmente médico de respetar la dignidad de los que van a morir, afirmaba que, a su juicio, uno de los argumentos más fuertes contra la eutanasia es el buen uso que él había visto hacer a muchos pacientes, y a sus familias, de los días finales de su existencia, después de que el dolor hubiera sido mitigado y antes de que llegara la muerte. Eliminar, mediante un acto de muerte compasiva, esa oportunidad dignificante equivaldría a privar a la familia y a la sociedad de ese valor y dignidad únicos que se concentra en el tramo final de la vida humana [\[34\]](#).

Conviene señalar que el papel de los profesionales de la salud es sopesar el valor, eficacia y proporcionalidad de los medios de que disponen, no de juzgar el valor de las vidas que les son confiadas. Y, sin embargo, algunos médicos y enfermeras, en los que ha calado profundamente una idea radical de la calidad de vida, consideran que hay vidas tan carentes de calidad y dignidad, que no son merecedoras de atención médica y que son tributarias de la muerte compasiva.

Tal actitud subvierte la tradición ética de las profesiones sanitarias, uno de cuyos elementos más fecundos y positivos, tanto del progreso de la Medicina como en el de la sociedad, consiste en comprender que los débiles son importantes, que poseen plenamente la dignidad de todo hombre [\[35\]](#). Esta idea, no es difícil intuirlo, estuvo presente en el inicio del proceso civilizador y en el nacimiento de la Medicina. Ser débil era en la tradición deontológica título suficiente para hacerse acreedor de respeto y protección. Incluso, el ser débil económicamente dejó de ser marca de discriminación para la atención médica. La socialización de la medicina constituye uno de los esfuerzos históricos de mayor porte en homenaje a la dignidad humana de todos. Y hoy, sin embargo, ese esfuerzo parece afectado de una intensa fatiga ética y se habla abiertamente de reducir los costos, ciertamente gigantescos, de la atención de salud. Se está hablando abiertamente de racionar la atención médica y de estratificar los cuidados, no según su coeficiente de beneficio/costo, sino según las condiciones socio-económicas (edad, capacidad de pagar, estado de salud) de los pacientes. Se introduce así una discriminación que afecta a lo más medular de las relaciones entre médicos y paciente: estos ya no están investidos de la única y suprema dignidad del hombre, sino que pueden distinguirse en diversas categorías: los débiles serán discriminados.

La Medicina corre así el riesgo de convertirse en un instrumento de ingeniería social. Pero esa es una idea totalmente extraña a la ética de la atención de salud. Lo específico de médicos y enfermeras es ayudar, con su conocimiento y habilidades, a los enfermos y débiles, a seres humanos que viven la crisis de estar perdiendo su vigor físico,

sus facultades mentales, su vida. El respeto por la dignidad del hombre, toma en Medicina, una forma peculiar y específica: el respeto a la vida debilitada. En la Medicina paliativa, el respeto a la vida está condicionado de forma casi constante por la presencia de la vulnerabilidad esencial, por la fragilidad extrema del hombre, por el reconocimiento de lo inevitable y próximo de la muerte. El respeto ético de médicos y enfermeras que administran cuidados paliativos es respeto a la vida declinante; su trabajo consiste en cuidar de gentes en el grado extremo de debilidad.

Res sacra miser. Con esta denominación de origen cristiano-estoico, recuperada por Vogelsanger^[36], se expresa de modo magnífico la especial situación de la humanidad del enfermo en el campo de tensiones de la enfermedad terminal. Traduce de maravilla la coexistencia de lo sagrado e indeclinablemente digno de toda vida humana con la miseria causada por la enfermedad. Cuando al enfermo se le considera a esta luz, como algo a la vez digno y miserable, podemos reconocer su condición a la vez inviolable y necesitada. Este es el fundamento ético de la atención terminal que se debe a todo paciente, la justificación moral de los cuidados paliativos.

Gonzalo Herranz Rodríguez

^[1] Juan Pablo II. Carta Encíclica *Evangelium vitae*, Librería Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano, 1995.

^[2] P.R.S. Johnson, *An analysis of "dignity"*, "Theor Med Bioethics", 1998, 19, 337-352.

^[3] J. Hersch, *La vie à son juste prix*, "Schweiz med Wschr", 1982, 112(Supl 13), 29-30.

^[4] Juan Pablo II. Carta apostólica *Salvifici doloris*, Librería Editrice vaticana, Ciudad del Vaticano, 1984.

^[5] G.B. Ferngren, *The Imago Dei and the sanctity of life: the origins of an idea*, en R.C. McMillan, H.T. Engelhardt jr, S.F. Spicker, *Euthanasia and the newborn*, Reidel, Dordrecht, 1987, 23-45.

^[6] Éx 4, 11.

^[7] Rom 2, 11.

^[8] J.M. Escrivá de Balaguer, *Surco*, Rialp, Madrid, 1986, punto 303.

[9] Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, LEV, Ciudad del Vaticano, 1995, puntos 44, 46, 50 y 51.

[10] Platón, *La República*.

[11] Ferngren, *loc. cit.*, 34-38.

[12] Parliamentary Assembly of the Council of Europe, *Recommendation 779 (1976) on the rights of the sick and dying*, en *Recommandations adoptées par le Conseil des Ministres et l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur les problèmes de bioéthique*, Conseil de l'Europe, Direction des affaires juridiques, Strasbourg, 1989, 19-21.

[13] C. Denneweyer, *Assembly in favour of absolute prohibition on active euthanasia*, Council of Europe Press Service.
[http://www.coe.fr/cp/99/370a\(99\).htm](http://www.coe.fr/cp/99/370a(99).htm).

[14] Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Avis sur les expérimentations sur des malades en état végétatif chronique* (24 Février 1986), en *Avis 1984-1986*, Centre de Documentation et d'Information d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé, Paris, 1986, 17.

[15] G. Herranz, *Deontología médica y vida terminal. Eutanasia y medicina paliativa en los códigos de ética y deontología médica de Europa y América*, en "Med Mor", 1998, 48, 91-118.

[16] P. Ramsey, *The indignity of 'death with dignity'*, en "Hastings Cent Stud", 1974, 2(2), 47-62.

[17] L.R. Kass, *Averting one's eyes or facing the music? On dignity in death*, en "Hastings Cent Stud", 1974, 2(2), 67-80.

[18] L.R. Kass, *Death with dignity and the sanctity of life. Commentary*, 1990, 98, 3, 33-43. Reproducido en "Hum Life Rev" 1990, 16, 2, 18-40.

[19] D.P. Sulmassy, *Death and human dignity*, "Linacre Quart", 1994, 61(4), 27-36.

[20] S.D. Stolberg, *Human dignity and disease, disability, suffering: A philosophical contribution to the euthanasia and assisted suicide debate*, "Humane Med", 1995, 11, 144-146.

[21] Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre la eutanasia*, Conferencia Episcopal Española, Secretariado de la Comisión Episcopal para la Doctrina de la Fe, Madrid, 1981, 145-163.

[22]R. Taylor, *Medicine out of control: The anatomy of a malignant technology*, Sun Books, Melbourne, 1979.

[23]Voluntary Euthanasia Society of Scotland. Index and Glossary. En: http://www.euthanasia.org/a_z.html. Visitado el 10 de octubre de 1998.

[24]ERGO, Euthanasia Research and Guidance Organisation. Glosary. Accesible a través de <http://www2.privatei.com/hemlock/geninfo.html>.

[25]Voluntary Euthanasia Society Scotland. <http://www.euthanasia.org/wfmap.html>. Visitada el 8 de octubre de 1998.

[26]R.L. Marker, J.J.M. Smith, *Words, words, words. Words used in assisted suicide debate*. International Anti-Euthanasia Task Force Web Site: <http://www.iaetf.org/fctwww.htm>.

[27]T.E. Quill, *Death and dignity: A case of individualized decision making*, "N Engl J Med", 1991, 324, 691-694.

[28]A. Rodway, *Pro-euthanasia lobby represents the minority view in Britain*, "BMJ", 1995, 310, 1466.

[29]K. Faber-Langendoen, *Death by request. Assisted suicide and the Oncologist*, "Cancer", 1998, 82, 35-41.

[30]American Humanist Association. Plea for Beneficent Euthanasia. 1974. <http://www.infidels.org/org/aha/documents/euthanasia.html>. Accedido el 11 de noviembre de 1998.

[31]R. Sloan, *Doctors may be ignorant of treatments for intractable symptoms*, "BMJ", 1995, 10, 1466.

[32]H. Hendin, *Seduced by death. Doctors, patients, and assisted suicide*, (Revised and updated), W.W. Norton, New York, 1998.

[33]E. Kübler-Ross, *On death and dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*, MacMillan, New York, 1969.

[34]T.S. West, *Good care or bad law?*, "J Roy Soc Med", 1979, 72, 461-464.

[35]R. Crawshaw, *Humanism in medicine. The rudimentary process*, "N Engl J Med", 1975, 293, 1320-1322.

[\[36\]](#)P. Vogelsanger, *Die Würde des Patienten*, "Bull Schweiz Akad med Wiss", 1980, 36, 249-58.