

6. LA BUENA MUERTE

Eugenio Herrera Nuño

COESPO-AGS.

Vamos a incursionar en valoraciones importantes sobre la muerte desde la óptica de lo bueno y lo malo, buscando las soluciones más humanas sobre la fase terminal de las personas enfermas, estimando que se deben conservar permanentemente la libertad y la dignidad de los pacientes. Nos pronunciamos a favor de una muerte digna y de atender en unidades de cuidados paliativos a quienes lo requieren, áreas que nuestro sistema nacional de salud no tiene y que sería imprescindible incluir, cuando hablamos del derecho que los mexicanos tenemos a una muerte digna.

No es indiferente colocar el calificativo “bueno” antes o después de la palabra “vida”. Una cosa es la “vida buena” y otra la “buena vida”. Sostiene Echegoyen⁵⁴ que, para los griegos, la idea de la “buena muerte”, se asocia de forma exclusiva a los individuos que habían tenido una “vida buena”, por lo que los ideales de virtud alcanzados en ésta, eran recompen-

54 Echegoyen Olleta, Javier, en *Historia de la Filosofía*. Volumen 1: Filosofía Griega. 1999. Editorial en papel Edinumen. “Este término griego se puede traducir por **ley**, y más en particular en la **ley** de la ciudad”. www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/FilosofiaGriega/Presocraticos/Nomos.htm.

sados al final con una “buena muerte” una muerte sin dolor, situación digna para aquellos que llevaron una “vida recta”. Lo bueno es lo natural, lo malo es lo artificial.

Otro concepto en que se cifra la “vida buena” es la noción de *nomos*⁵⁵, o, en lo socialmente legítimo. De la virtud y de la ley deriva la posibilidad de la “vida buena” en el ámbito propiamente humano. El hombre puede ser libre en el ámbito de la ciudad sólo si su vida es virtuosa y sólo si la ley es adecuada.⁵⁶ La autodeterminación es garantía ineludible del ser humano, pues finalmente es la persona y sólo ella quien decide, de acuerdo con sus valores, lo que a su juicio es digno o no. La conservación de la dignidad es, a su vez, un postulado de su naturaleza, el individuo deberá entonces enfrentar a la muerte con la misma dignidad con la que enfrenta la vida.

En este tenor, se debe entender por situaciones de muerte digna aquellas en las que la dignidad humana parece encontrarse en una condición tal en la que se recupera el papel de la naturaleza como cuestión fundamental, una muerte digna es una muerte natural, y frente a este argumento podemos considerar que las leyes vigentes en las ciudades no son adecuadas, precisamente por no ser naturales. La desnaturalización de la vida y las normas en las ciudades propician un enfrentamiento y lucha entre las distintas especies e individuos y las normas favorecen a los más fuertes, a los que pueden sacar ventaja de los acontecimientos.

Los cuidados paliativos aparecen como la mejor alternativa, frente a la muerte inminente; es una solución más humana que el simple pensamiento de la prolongación de una vida o la prolongación de una muerte, en condiciones deplorables; se

55 *Idem.*

56 *Ibidem.* “Los filósofos griegos creyeron que la naturaleza podía darnos un criterio para establecer la corrección de las leyes morales al considerar que **lo bueno es lo natural** y lo **malo lo antinatural**”. www.e-torredababel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofia-griega/Presocraticos/Nomos.htm

trata de cuidados que atenúan el dolor y el sufrimiento, pero permitiendo que el ritmo **natural** de la existencia termine sin decisiones apresuradas y sin prolongar innecesariamente el dolor de los enfermos. Se trata entonces, de conservar los valores más importantes del ser humano, su libertad, su autodeterminación, su naturaleza y su dignidad.

“Hoy, los médicos holandeses recomiendan no aplicar la eutanasia y prefieren brindarle al paciente todas las posibilidades médicas para llevar una vida digna”, dijo el presidente de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos, el oncólogo Gustavo De Simone.⁵⁷

En un comunicado titulado “No es lo mismo muerte digna que eutanasia”, el también Arzobispo de Tunja recordó que “el verdadero sentido de la muerte digna está en la conclusión natural del proceso vital en condiciones humanas de asistencia médica, familiar y espiritual”.⁵⁸ Incluso, hay definiciones de “muerte digna” documentadas en testamento, que es un documento con indicaciones anticipadas que realizan las personas en situación de lucidez mental para ser tomadas en cuenta cuando, a causa de una enfermedad o de otro evento, ya no le sea posible expresar su voluntad. La novedad que más trascendió en los últimos tiempos escapa al ámbito económico y se centra en lo que la persona que testa define como “muerte digna”. A veces, los deseos de quien testa van en contra de legislaciones o deseos de familiares cercanos, pero generalmente no van en contra de la naturaleza.

57 Czubaj, Fabiola, “Muerte digna”, LA NACIÓN, en *Bioética y Derecho*, en www.cachogros.bioetica.org/doc/nota4.htm - 12k -.

58 El Presidente de la Conferencia Episcopal Colombiana (CEC), Mons. Luis Augusto Castro, emitió hoy un comunicado en el que precisó que “morir dignamente no puede entenderse como el derecho a terminar con la vida de acuerdo a condiciones propicias creadas artificialmente por los servicios médicos o por un equivocado sentimiento de misericordia con el enfermo”: BOGOTÁ, 03 oct. 07 / 04:24 pm (ACI).

Lo más concretamente controvertido de este tipo de documentos es lo que concierne e involucra a la asistencia y tratamiento médico a practicarse sobre un paciente que se encuentra bajo una condición física o mental incurable o irreversible y sin expectativas de curación. En general, las instrucciones de estos testamentos se aplican sobre una condición terminal, bajo un estado permanente de inconsciencia o sobre un daño cerebral irreversible que, más allá de la conciencia, no posibilite que la persona recupere la capacidad para tomar decisiones y expresar sus deseos en el futuro. Es allí donde un testamento vital insta a que el tratamiento a practicarse al paciente se limite a las medidas necesarias para mantenerlo confortable, lúcido, aliviado del dolor (incluyendo los que puedan ocurrir como consecuencia de la suspensión o interrupción del tratamiento).⁵⁹

Por ello, habría que promover más los centros del dolor y las unidades de cuidados paliativos, que pueden evitar muchos sufrimientos inútiles. Como expresó un médico australiano: “Desde todos los puntos de vista, es éticamente mejor intentar eliminar el sufrimiento humano que eliminar al ser humano que sufre”. Por ello, son cada vez más frecuentes las unidades del dolor en los centros sanitarios.

Comúnmente, se concibe el proceso natural de la vida como un suceso progresivo, inalterable e improrrogable, que culmina con la muerte, ya sea de forma natural o accidental, del individuo; no podemos dejar de señalar que los avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina han contribuido a elevar la calidad de vida de millones de personas. Dichos avances han logrado crear nuevos tratamientos que prolongan la existencia de los pacientes que los reciben, permitiendo incluso, dilatar los efectos de las enfermedades, mitigando su curso natural.

59 El Testamento Vital: en www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3252&ReturnCatID=342-31k -.

No obstante las ventajas que ha traído consigo la evolución de la medicina, tenemos que las personas que se encuentran en fase terminal por algún padecimiento, llegan a sufrir severos dolores y malestares, que afectan física y emocionalmente no sólo a quien los padece sino a su familia y seres queridos, a tal grado que la propia persona enferma llega a solicitar la suspensión del tratamiento, porque en el mejor de los casos, sólo prolonga su sufrimiento y aprecia que quienes comparten su dolor, pasan por el terrible trauma de ver cómo disminuyen sus capacidades naturales, en detrimento de su estado de salud.

Ante esto es necesario considerar que cuando la vida ha dejado de tener las condiciones mínimas adecuadas y suficientes para considerarse como una vida digna, es necesario contemplar la posibilidad de que sea el propio individuo quien determine su conclusión en razón de su estado de salud. Es entonces cuando debemos, como individuos y como sociedad, respetar la decisión de quien opte por una “muerte digna”. Por ejemplo, Juan Pablo II, máxima autoridad de la Iglesia Católica pidió que no le dieran más asistencia hospitalaria para su larga enfermedad y que lo dejaran morir en paz.

Más que un dilema ético, gran parte de estos procesos presentan un problema económico. Tenemos ambos casos: uno, con los sujetos en estado vegetativo internados en las instituciones de salud pública, en donde la familia pide la prolongación del tratamiento, porque no presta atención al costo; en cambio, en los hospitales privados, las propias familias piden la terminación porque ya no pueden sostener los gastos médicos. En ambos casos la motivación parece más económica que ética cuando el objetivo principal es prevenir y aliviar el sufrimiento por medio del control y manejo especializado del dolor, además de ofrecer ayuda práctica y emocional.

Nuestro sistema de salud mexicano carece de áreas de tanatología que ayuden a la familia durante este periodo de trauma. En este punto es necesario diferenciar la llamada eutanasia,

del derecho a una muerte digna, para que posteriormente los expertos analicen su marco jurídico y las circunstancias que en específico deben ser objeto de regulación en nuestro país. En todo caso no debe faltar la alternativa de los cuidados paliativos, como un tratamiento terminal que, respetando la dignidad de la persona ya no admite el encarnizamiento terapéutico.

Encarnizamiento terapéutico u obstinación médica, son: “aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información”⁶⁰ sobre los reales beneficios que se puedan esperar. También es, por el extremo contrario a la eutanasia, una actitud contraria a la ética. El enfermo terminal tiene derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana.

Ocurre hoy día que la medicina dispone de medios con capacidad de retardar artificialmente la muerte, sin que el paciente reciba un real beneficio. Simplemente se le mantiene en vida prolongándola por algún tiempo, pero al precio de ulteriores y duros sufrimientos. A esto se le denomina “encarnizamiento u obstinación terapéutica”, pues intenta prolongar la vida a toda costa, usando medios particularmente extenuantes y gravosos para el enfermo, condenando de hecho al paciente a una agonía artificialmente prolongada. Por eso, ante la inminencia de una muerte que parece inevitable a pesar de los medios que se usen, es lícito renunciar a aquellos tratamientos que lograrían tan sólo la prolongación precaria y penosa de la vida, (de la muerte) sin que eso signifique interrumpir el tratamiento normal del enfermo en casos similares.

La alimentación y la hidratación, incluso artificialmente administradas, son parte de esos tratamientos normales que siempre se le han de proporcionar al enfermo mientras no

60 Esta definición ha sido aportada por el Dr. Damián Muñoz. En www.condignidad.org/Definiciones.html - 22k.

resulten inútiles y gravosos para él: su indebida suspensión significaría una verdadera y propia eutanasia.⁶¹ En el derecho internacional y en el campo de la medicina se distinguen dos posibilidades del derecho a una muerte digna: la pasiva y la activa.

El derecho a una muerte digna, de forma pasiva, es definida como el conjunto de acciones u omisiones, que, con el fin de suprimir cualquier dolor, causan la muerte al enfermo, no proporcionándole ningún agente para acabar con la vida, pero sí dejando que algunos procesos evolucionen espontánea o naturalmente. En este caso, se dejan de administrar al enfermo terminal los tratamientos respectivos, en vista de la imposibilidad de su recuperación.

La eutanasia ocurre cuando el paciente solicita ayuda a un tercero para morir de forma acelerada y sin dolor, así como la situación en que un tercero da muerte en caso de que el paciente presente muerte cerebral o incapacidad para decidir, recayendo la responsabilidad en familiares o cónyuge.

Aproximadamente siete de cada diez aguascalentenses contestaron “nunca” a pregunta expresa de si sería justificable la eutanasia, el doble de los estándares internacionales ubicados con un “nunca”, que es de 33.4%. Lo anterior para la Encuesta Nacional de Valores aplicada por Consulta Mitofsky a solicitud del Municipio de Aguascalientes en 2001. El 75% de las mujeres y 60% de los varones fijaron esa postura radical en

61 Eutanasia es “una acción o una omisión que, por su misma naturaleza, o en la intención de quien realiza, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”. La Asociación Médica Mundial, 1987, la definió brevemente como: “acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente”. Otra definición muy reciente, propuesta en enero de 2002 por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, dice: “conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”. Congreso de la Asociación Médica Mundial sobre la eutanasia, Madrid, España, octubre de 1987. www.wma.net/s/policy/e13b.htm.

contra de la muerte asistida. Los jóvenes la reprobaron menos que los adultos mayores de 60 años, dado que ocho de cada diez de los de la tercera edad la rechazaron con un “nunca”.

Por escolaridad llama la atención que quienes más se opusieron a la eutanasia fueran quienes tienen nivel de “primaria incompleta”; su rechazo es superior a 80 %, es decir, el doble de quienes cuentan con “preparatoria completa”, ya que éstos lo hacen en un 42 %. No necesariamente a mayor preparación mayor aceptación: los profesionistas titulados no son los más permisivos, seis de cada diez se manifestaron por el “nunca” y sólo 3.6 % por el “siempre”. El “siempre” tiene sus mayores adeptos entre los de “preparatoria completa” con 12.9 %.

Por estado civil, los “viudos” son los que más rechazan la eutanasia y los “separados” quienes más apertura le muestran; estos últimos acusan el valor más “alto” para el “siempre” con 18.8 %; así como el valor más bajo para el “nunca” lo tienen los que se encontraban estudiando con un reducido 50 %. Por ingreso, es alto el rechazo de quienes ganan hasta un salario mínimo, en oposición a quienes ganan entre siete y diez salarios mínimos, que se posicionaron como los menos resistentes a la eutanasia.

De doce países analizados, los más reticentes serían Chile 1990 y la Argentina de 1984, que para su segunda encuesta 1999, siendo aún muy renuente a aceptarla, ya había incrementado al doble su calificación aprobatoria. Aguascalientes en 2001 se encontraría en medio de estos países y es notable que a contraflujo, México, nuestro país, redujo en una década de 1990 a 2000 su permisividad ante esta cuestión apreciada como “moralmente incorrecta” pasando su media de 4.19 a 2.33.

Los países más proclives a la eutanasia son los orientales (Japón y China) con valores medios de 6.4 y 6.7, respectivamente. Por religión es más rechazada por los evangélicos y católicos que por los judíos y los budistas; y los que acuden con más regularidad a servicios religiosos presentan mayor

resistencia a la eutanasia, que aquellos que casi nunca asisten a éstos. Por año de aplicación de las encuestas destaca que, si bien subió la aceptación de la eutanasia en general hasta antes del año 2000, a partir del nuevo milenio ha venido perdiendo fuerza colocándose su rechazo en las últimas encuestas, a la altura que tuviera en los años ochenta.

A nivel internacional, la muerte digna ha sido objeto de regulación en diversos países, aunque en la mayoría aún se discute su viabilidad o la forma en que habrá de permitirse, pero en otros, se tiene una legislación completa en este tema.⁶²

Cada año mueren cincuenta millones de personas en el mundo, y muchas de estas muertes involucran sufrimiento intenso e innecesario debido a la falta de medicamentos para aliviar el dolor. Ésa es la conclusión de un informe internacional que muestra los resultados de una investigación llevada a cabo en 69 hospitales y centros de servicios de cuidados paliativos en Asia, África y América Latina.

Los autores encontraron que 80 % de los pacientes con cáncer no tienen acceso a analgésicos, y en más de la mitad de los países del mundo no se cuenta con ningún tratamiento para aliviar el dolor. Roberto Wenk, fundador de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) y director del Programa Argentino de Medicina Paliativa afirmó: “En América Latina el acceso a estos tratamientos depende del lugar donde se vive, de la edad y de la enfermedad. En ciudades grandes el porcentaje de cobertura de pacientes que necesitan cuidado paliativo y lo tienen, sería de 10 o 12 %, pero si

62 Ver: Senador Lázaro Mazón Alonso, PRD. TEMA: Proyecto de decreto para reformar el Artículo 312 del Código Penal Federal y crear la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo. Abril del 2007 en www.senado.gob.mx/gace.php?sesion=2007/04/12/1&documento=1-51k -

9 Navas, María Elena: “Urge” mejorar cuidados paliativos, en BBC, *Ciencia*. Lunes, 8 de octubre de 2007, http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7033000/7033457.stm

nos alejamos a zonas interiores o rurales de América Latina el porcentaje cae a cero”.

El informe, publicado por una alianza de organizaciones dedicadas a cuidados paliativos en el mundo, comparó el acceso de los pacientes a los analgésicos incluidos en la Lista de Medicinas Esenciales de la Organización Mundial de Salud (OMS). Se encontró que 25 % de los centros de cuidados paliativos en Asia, 35 % en América Latina y 39 % en África no siempre cuentan con un opiáceo potente. Asimismo, no siempre está disponible la morfina oral en 41 % de los centros de África y 39 % de América Latina. Sólo 55 % de los trabajadores de salud que ofrecen cuidados paliativos en Asia, África y América Latina tienen “siempre disponible” un opiáceo ligero. Y 71 % de los trabajadores de cuidados paliativos en Asia y 83 % en América Latina han recibido entrenamiento profesional sobre alivio del dolor o uso de opiáceos. Los opiáceos son sustancias frecuentemente recetadas debido a sus propiedades analgésicas para aliviar el dolor. Entre los medicamentos que forman parte del grupo de opiáceos están la morfina, la codeína, y la heroína. La morfina se utiliza a menudo como analgésico para aliviar el dolor intenso tras una cirugía o el dolor intenso provocado por el cáncer.

Según el informe, la mitad de los 234 países del mundo no cuentan con servicios de cuidados paliativos para sus poblaciones, y entre las principales razones de la inaccesibilidad a cuidados paliativos están: la falta de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre el uso y los beneficios de los analgésicos opiáceos. En muchos países también se descubrió un temor infundado de adicciones, abusos, tolerancia o efectos secundarios de estos medicamentos. “Hay muchos médicos que no han adoptado el concepto del tratamiento según la OMS y no utilizan opiáceos, o tienen temor a utilizarlos”, afirmó el doctor Roberto Wenk. Los expertos recomiendan que los cuidados paliativos y el acceso a analgésicos sea parte

integral de los programas relacionados con cáncer, VIH y SIDA, y otras enfermedades crónicas. Agrega Wenk: “Se necesitan dos cosas que son bastante difíciles de lograr en nuestros países y en el mundo, lograr que el cuidado paliativo y que el control del dolor estén incorporados dentro de una política de salud, y para eso es necesaria la participación social, para generar demanda política sobre el cuidado paliativo y lograr incorporarlo como política de salud”.⁶³

La buena muerte es una acorde con los valores de las personas, lo que a su juicio es digno o no. La conservación de la dignidad es a su vez un postulado de su naturaleza, el individuo deberá entonces enfrentar a la muerte con la misma dignidad con la que enfrenta la vida. La **buena** muerte es en lo posible una muerte **natural** y sin dolor innecesario, por lo tanto, la buena muerte debería contar con los cuidados paliativos.

Referencias bibliográficas

- Czubaj, Fabiola, “Muerte digna”, LA NACIÓN, en *Bioética y Derecho*, en www.cachogros.bioetica.org/doc/nota4.htm - 12k -.
- Echegoyen Olleta, Javier, en *Historia de la Filosofía*. Vol. 1: Filosofía Griega. 1999. Editorial en papel Edinumen “Este término griego se puede traducir por ley, y más en particular en la ley de la ciudad”. www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/FilosofiaGriega/Presocraticos/Nomos.htm
- Muñoz, Damián. En www.condignidad.org/Definiciones.html - 22k.
- Navas, María Elena: “Urge” mejorar cuidados paliativos, en BBC, Ciencia. Lunes, 8 de octubre de 2007 <http://news.bbc.com>

63 Dr. Wenk is one of the pioneers of palliative care in Argentina and Latin America. www.hospicecare.com/Bio/wenk.htm.

co.uk/hi/spanish/science/newsid_7033000/7033457.stm

Toulmin, Stephen, "The tyranny of Principles", *The Hastings Center Report*, vol. 11, núm. 5, 1981, pp. 31-39.