

El morir y la muerte

EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA PROBLEMAS MÉDICOS Y BIOÉTICOS*

Enrique Villamizar Rodríguez

Resumen

La muerte es un fenómeno común a todos los seres vivos, incluidos los humanos, pero ella y el proceso que en ello culmina son eventos muy variables en cada ser humano. Hasta hace algunas décadas, la muerte era casi exclusivamente un algo dictado por la naturaleza o las paupérrimas condiciones de vida de cada hombre. Con el paso del tiempo y el devenir epidemiológico y demográfico de la transición de salud, la ocurrencia de la muerte se modificó, pero también cambió la intervención que la ciencia médica podía realizar sobre ella. Esto dio origen al surgimiento de movimientos sociales en pos de una muerte alejada del sufrimiento y con un mayor protagonismo por parte del falleciente (lo que corresponde a la eutanasia y el suicidio asistido), pero también se permitió el desarrollo del cuidado paliativo como alternativa a lo anterior y como posibilidad para ejercer un derecho a la muerte digna y contrarrestar al encarnizamiento terapéutico.

Palabras clave: Muerte, morir, muerte asistida, eutanasia, cuidado paliativo, muerte digna, cuidado terminal

Abstract

Death is a common phenomenon among life beings, including humans, but death and dying are highly variable events in every human being. Until some years ago, death was something dictated by nature or by the poor conditions each man lived. With the time and the epidemiological and demographical facts implied in the health transitions, the way people died changed too, as well as the way the medical science could act upon it. Then, some social forces emerged fighting for a death far from suffering and for a major role played by the dying (which could mean the request of euthanasia or assisted suicide). As the same time, palliative care evolved as an alternative to assisted death and as a chance for the right to death with dignity and against medical therapeutic excesses.

Key words: Death, dying, assisted death, euthanasia, palliative care, death with dignity, end of life care



Introducción

La muerte es uno de los fenómenos más importantes en la vida, no sólo en la de los seres humanos sino de las especies vivas en general. Al estudio de la forma en que los seres humanos morimos nos dedicaremos en el presente trabajo, tratando de ver no sólo los aspectos que en lo ontológico (tanto en sus facetas biológicas como psicológicas, fundamentalmente) rodean al morir y a la muerte, sino también algunos de los importantes determinantes sociales que explican la ocurrencia de un gran número de muertes en edades tempranas de la vida. Abordaremos los aspectos vivenciales que caracterizan el acercamiento personal a la muerte, para finalizar con una revisión de las alternativas al final de la vida que hoy están en la arena. Todo ello con el fin de contextualizar a la muerte y el morir de los seres humanos en sus aspectos epidemiológicos, sanitarios y personales, como un marco necesario antes de iniciar la profundización del tema desde la bioética.

1. El morir y la muerte: de lo biológico a lo humano

La muerte para los seres humanos ha sido motivo para indagar no solo sobre ella sino también para aventurarnos a explorar lo que pudiese existir después de terminada la vida tal y como la conocemos. De hecho, el culto a los muertos entraña, entre sus múltiples posibilidades, un significado de inmortalidad, pues se apoya la convicción de que ese ser que ya no está en este mundo vive o está en otra dimensión. Desde Egipto con la construcción de las pirámides donde se mantenía y se preservaba el paso hacia la inmortalidad de los faraones, hasta nuestros días con los cultos de veneración y oración que se celebran en nuestros cementerios, pasando por múltiples culturas, otras épocas históricas y

otros momentos de la humanidad, en todos estos casos el culto a los muertos ocupa un lugar importante en la vida cotidiana de las sociedades humanas.

Pero ¿qué es la muerte? La muerte puede asumirse como la conclusión del proceso vital. En la escala de las especies biológicas, para muchas especies unicelulares ese proceso vital culmina con la división celular que da origen a células hijas: de esta forma, un organismo de esta categoría no deja de existir del todo, pues gran parte del material, procesos e información que permitían su vida son transmitidos a los organismos hijos. En especies más avanzadas, la muerte celular es la cesación de la existencia de la unidad celular por virtud de uno de dos mecanismos: la apoptosis o la lesión. La apoptosis es un mecanismo genéticamente mediado: una vez cumplido el tiempo de vida de una célula (el cual parece estar predeterminado de acuerdo con el tipo celular), la apoptosis es el mecanismo que permite explicar la aparición de ciertos cambios en su interior y el que la célula deje de ser viable por más tiempo; desencadenados estos cambios, el proceso culmina con la desaparición de la célula. El otro mecanismo que puede explicar la desaparición de una célula es la lesión: agentes químicos, físicos o biológicos se constituyen en un evento nocivo de origen externo que ataca la célula, y lo hace más allá de las posibilidades intrínsecas de reparación del daño por parte de la misma, con lo cual se da origen también a la desaparición de la célula. En los organismos superiores, la ocurrencia de muertes celulares sucesivas o concomitantes en un tejido u órgano, lleva al fallo de los sistemas fisiológicos que garantizan la vida de ese organismo, produciéndose de esta forma la interrupción o terminación de la vida en el ser vivo.

Sin embargo, para los seres humanos, la muerte es algo más que este evento de con-



notaciones biológicas: los seres humanos somos conscientes de nuestra finitud. De esta gran diferencia con el resto de los seres vivos nos deja constancia el escritor ruso León Tolstoi en su obra *La muerte de Ivan Ilitch* (1876, p. 28-30). Era este un próspero comerciante en la Rusia de fines del siglo XIX, quien desarrolla una enfermedad que lo llevará a la muerte.

Ivan Ilitch veía que se moría y estaba exasperado. En el fondo de su alma sabía muy bien que se moría; pero no solamente no llegaba a habituarse a ese pensamiento, sino que no lo comprendía siquiera, era incapaz de comprenderlo...

“Cayo es hombre, los hombres son mortales: por tanto Cayo es mortal” Ese razonamiento le parecía razonable si se trataba de Cayo, pero no de su propia persona...

Cayo es, en efecto, mortal y es justo que muera. Pero yo,..., Ivan Ilitch, con todos mis pensamientos, con todos mis sentimientos es muy distinto y es imposible que yo deba morir. Sería demasiado espantoso...

De esta forma, Tolstoi deja dibujado lo que para muchos mortales se constituye en la peor tragedia de su existencia: la propia muerte. Pero también, de esta forma nos deja en claro la existencia del miedo a la muerte como uno de los motores que pueden llegar a gobernar al ser humano en la vida.

2. Visión socioepidemiológica del fenómeno de la muerte en el hombre

¿Cómo han muerto los seres humanos a través de la historia de la humanidad? Con base en la teoría de la transición de la salud

(Bersh, sf; Yepes, 1990), es posible inferir algunos hechos:

- i) Desde la perspectiva de la transición epidemiológica, o sea del cambio de los perfiles de enfermedad de una sociedad, es posible ver que la muerte era, para las colectividades en etapas pretransicionales, un evento producido por la presencia de enfermedades infectocontagiosas. En la medida en que estas eran controladas, gracias a los adelantos en el mejoramiento de las condiciones materiales de vida de las personas y al desarrollo de la higiene pública en particular, se permitió un mejoramiento en la sobrevivencia y fue posible ver la aparición de las enfermedades crónicas. En las sociedades pretransicionales, la esperanza de vida al nacer es un tiempo de vida por debajo de los 50 años: es decir, que alguien que nazca en una sociedad de estas características tiene, como mejor tiempo probable de vida, una expectativa inferior a los 50 años. Tal era el caso de Colombia a principios del siglo XX y aún es posible ver este tipo de comunidades en algunas áreas, como el litoral pacífico o los cinturones de miseria de las grandes ciudades por ejemplo.

Con los cambios que se suceden en una sociedad de estas características, es posible entonces ver un desplazamiento de la mortalidad de las primeras etapas de la vida hacia etapas más avanzadas: de ser la muerte algo muy frecuente en los niños, es posible encontrar, una vez dada la transición epidemiológica, un panorama donde la mortalidad se hace presente preferencialmente en los mayores.

Indicadores tipo de una etapa pretransicional son, en lo epidemiológico, la presencia de una proporción de muertes debida a enfermedades infecciosas igual o mayor al 50% y la existencia de una mor-



talidad proporcional en población menor de 5 años de edad mayor al 50%. Ya en un período postransicional estos indicadores se atenúan para dar paso a la aparición de enfermedades crónicas y los estigmas del trauma y la violencia; se describe entonces una sociedad donde el medio ambiente natural es menos hostil pero el físico y los estilos de vida empiezan a ser más determinantes como explicativos de la carga de enfermedad.

Gracias a la visión epidemiológica es posible ver cómo las colectividades humanas parten de un punto en el cual las condiciones de vida imponen una lucha por la supervivencia, la cual una vez ha sido ganada permite luchar por mejores condiciones para la existencia de la vida humana. Y cuando las colectividades alcanzan una sobrevida alrededor de la mejor esperanza de vida posible, aparece el mejoramiento de la calidad de vida como el reto a superar: ya sabemos cuánto vamos a vivir, por tanto hagámoslo de la mejor manera posible.

- ii) Desde la perspectiva de la transición demográfica, las colectividades humanas recorren un camino desde épocas caracterizadas por la presencia de altas tasas de natalidad y mortalidad hacia mejores escenarios con bajas tasas de natalidad y mortalidad, que es lo que permite el crecimiento poblacional neto (sin tener en cuenta las migraciones). A ello se añan los cambios vistos en la composición etárea de la población, posible a su vez por los cambios epidemiológicos ya descritos. Este cambio en la composición por edades de una población evidencia una disminución del peso porcentual de los grupos de menor edad para dar paso a un incremento en el peso de los grupos de mayor edad. A la par, los cambios sucedidos en las sociedades por virtud de la industrialización y la urbanización

han permitido también un cambio en la distribución espacial de la población, la cual de ser predominantemente rural se convierte en urbana esencialmente. De esta forma, la muerte empieza a ser un fenómeno que se vive más en las edades adultas y las costumbres frente a ella, antaño imbuidas en la vida rural, son modificadas por la complejidad y diversidad de las condiciones y los estilos de vida urbanos.

Desde el punto de vista demográfico una sociedad pretransicional es aquella caracterizada por indicadores tales como una tasa de mortalidad general por encima de 8/1000, una tasa de mortalidad infantil mayor a 150/1000, una tasa bruta de natalidad mayor a 50/1000, una tasa total de fecundidad mayor a ocho hijos por mujer en edad fértil, y una esperanza de vida al nacer inferior a los 50 años de edad; estas son comunidades que presentan una pirámide poblacional con base ancha. Al darse la transición demográfica, los anteriores indicadores se atenúan y es posible ver cómo se avanza hacia la mejor esperanza de vida al nacer conocida (85 años) y hacia una tasa de mortalidad infantil cercana al 5/1000, mostrando entonces una pirámide poblacional con una base angosta y una cúspide ancha.

- iii) Desde la perspectiva de la respuesta organizada de la sociedad a los problemas de salud, la transición de la atención en salud se presenta como un cambio en el enfoque de la asistencia sanitaria: del énfasis en la enfermedad se plantea ahora una atención centrada en un concepto positivo de salud, en una salud que se promueve y se construye a lo largo de toda la vida. Para la medicina, este cambio es uno que afecta de manera muy profunda su práctica, pues desde los comienzos de la medicina en Occidente se ha visto a la muerte como el enemigo



que hay que derrotar, y para hacerlo hay que centrarse en el conocimiento de la enfermedad y la manera de vencerla. En un sistema de salud, como el esperado en una sociedad desarrollada que mira hacia su futuro, basado en la promoción de la salud, se continúan los esfuerzos en contra de la enfermedad pero ahora el punto central de atención es el incremento del bienestar humano, lo cual involucra componentes que van más allá de la asistencia directa a la enfermedad. En estas sociedades es posible ver la aparición de servicios dedicados al cuidado de los enfermos con padecimientos graves, avanzados e incurables (lo que caracteriza a los enfermos terminales), no con el ánimo de controlar la enfermedad, sino de mejorar la calidad de vida de estas personas hasta que la muerte, evento natural y esperable, ocurra de la manera más apacible y libre de sufrimiento posible.

3. La muerte y la medicina del siglo XX

La medicina en el siglo XX, con sus grandes adelantos derivados del desarrollo de la tecnología biomédica y el descubrimiento y desarrollo de medicamentos ha permitido en mucho este cambio en la atención en salud. Algunos hitos a destacar en este aspecto son los avances obtenidos en la analgesia: los padecimientos dolorosos en el hombre han sido durante toda la historia de la humanidad un flagelo para su existencia. Las prácticas analgésicas han visto incrementada su eficacia con el advenimiento de nuevos fármacos y formas farmacéuticas, los cuales han cambiado la historia de los intensos, interminables e insoportables dolores que aún atacan a pacientes con enfermedades como el cáncer, dolores que hacen que estas personas empiecen a desear no vivir más si son víctimas de una existencia plena de dolor y sufrimiento.

De los servicios de salud, y en particular de los prestados por la medicina crítica y de urgencias, se espera que ante la presencia de riesgos o eventos amenazantes de la vida o la salud se interpongan acciones que hagan de nuevo posible la restauración de la vida o la salud y, por ende, la continuación del proceso vital humano. Desde este punto de vista, la muerte de un ser humano podría ser vista como un fracaso de los servicios de salud en alcanzar su misión para ese ser humano específico. Incluso, en la actualidad es frecuente escuchar en servicios de urgencias tras la muerte de una persona a quien se le han infringido lesiones esencialmente mortales (es decir, lesiones que obligatoriamente conducen a la muerte a quien las ha sufrido, y que son causadas de manera clara por un agente agresor), que *“el personal de salud no hizo lo suficiente para salvarle la vida a esta persona”*: he aquí la gran responsabilidad que le hemos asignado a los servicios de salud, pues es nada más y nada menos que, en situaciones como la que actualmente vive Colombia, resolver la problemática de la violencia y la accidentalidad a partir de la reparación o la evitación de sus consecuencias.

De lo anterior es posible ver que para la medicina existen dos tipos de muerte: una que ocurre tempranamente y otra que ocurre *a tiempo*, al final de la vida, en las cercanías de la esperanza de vida más probable para dicha sociedad en un momento histórico y en unas condiciones de vida específicas. En la primera es donde el quehacer médico ha de centrarse en el deber de luchar contra la muerte: es el cumplimiento de su misión antitántrica, su misión de salvar vidas. En la segunda, a la que con frecuencia se encuentran referencias como muerte *natural*, es la muerte que se sucede en las cercanías de la esperanza de vida como consecuencia de una enfermedad que lleva al deceso a quien la sufre. En este caso la medicina puede llegar a convertirse en un



esfuerzo por evitar su ocurrencia y de este modo se caería en lo que se conoce como distanasia, o bien podría reconocer su cercanía y su inevitabilidad y prepararse para permitir que ocurra en condiciones libres de sufrimiento y con el acompañamiento terapéutico por parte de su médico y de su equipo de salud correspondiente. O bien, podría tomarse el camino de que como no hay nada que hacer para modificar el curso natural de la enfermedad, entonces es lícito el retirarse de la atención y dejar al paciente sin cuidado médico porque no hay nada que pueda hacerse.

También la muerte puede ser tipificada de acuerdo con el modo de ocurrencia como súbita o anunciada. Súbita, cuando ocurre un infarto, o se presenta un trauma (accidente automovilístico, laboral o lesión bélica). Anunciada cuando aparece una causa (enfermedad o trauma) que sabemos que llevará en un corto tiempo a la muerte de la persona: en este caso, los seres humanos confrontados ante el final de su propia vida pueden empezar a vivir una situación como la experimentada por Ivan Ilitch. Esta situación es el morir, el cual comprende el conjunto de cambios que comienzan a sucederse en lo orgánico, lo emocional y lo espiritual de un ser humano una vez este está ante la presencia cierta de su propia muerte. En el lenguaje común, la expresión moribundo es utilizada para hacer referencia a la condición que vive quien se encuentra en el proceso de morir. Es importante anotar que mucho de lo emocional característico de este proceso también se vive en quienes por condiciones no médicas hacen frente a una amenaza de muerte (como el caso de la pena capital o de las intimidaciones)

Otra forma de tipificar la muerte es por su causa. La muerte puede ser originada por una enfermedad (cáncer o enfermedad cerebrovascular, por ejemplo), por un acciden-

te (la colisión de un auto), un homicidio (lesión bélica o por delincuencia común, por ejemplo) o un suicidio. Cada una de estas formas tiene características particulares que afectarán la manera en que los seres conectados afectivamente a quienes han fallecido vivirán su duelo. Pero también esta causalidad permite definir las posibilidades de intervención médica al final de la vida.

¿Qué han podido hacer los médicos ante la posibilidad de la muerte de un ser humano? Hasta el siglo XIX, el tratar a un paciente era simplemente asumir que se podía cuidar de las personas, que se realizaba un diagnóstico presuntivo de lo que le estaba ocurriendo a alguien, se le definía un pronóstico y se le allegaban los medios para cuidar de dicha persona hasta su final. Ya en la primera mitad del siglo XX se observa un cambio gracias a los adelantos tecnocientíficos que permitieron un mejoramiento importante en la eficacia de la medicina: ya era posible reconocer la naturaleza de muchas enfermedades con precisión, explicar la causalidad de una forma científica alejada cada vez más de explicaciones mágicas, religiosas o especulativas y predecir el resultado más probable de acuerdo con la aplicación de las nuevas intervenciones médicas y sanitarias disponibles. Es en la segunda mitad del siglo XX cuando los grandes adelantos obtenidos en el curso de esta centuria permiten acercarnos a algo que durante mucho tiempo había sido una utopía: la prolongación de la vida en sus confines por acción de las intervenciones médicas. De esta forma se convertía al momento de ocurrencia de la muerte en el límite de la disponibilidad, el acceso y la eficacia de la técnica médica puesta al servicio de las funciones biológicas del ser humano.

Para fines del siglo XX, la mortalidad en una sociedad desarrollada tiene su origen en dos grandes fuentes:



- Las enfermedades, cada vez más de predominio crónico y degenerativo, con la esperanza de haber superado la alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas.
- los traumas productos de la accidentalidad de la vida urbana en sociedades industrializadas, la violencia callejera y los conflictos bélicos.

Sin embargo, los grandes cobradores de vidas en edades tempranas en muchas partes del mundo siguen siendo aún las carencias implícitas en la pobreza y la violencia (desde las grandes guerras mundiales, pasando por conflictos como la guerra de Vietnam, los conflictos interraciales, religiosos o políticos en diferentes partes del mundo, hasta la violencia vivida desde tiempos decimonónicos en Colombia hasta nuestros días). Aunado a ellas, las catástrofes naturales tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas también contribuyen a asolar de muertos a muchas latitudes.

En el caso colombiano (Londoño, 1994), se estimó que la mortalidad nacional está ocasionada en 22% por causas relacionadas con las enfermedades carenciales, en 39% por las denominadas enfermedades crónicas y degenerativas (ocupando el primer lugar las de tipo cardiovascular y en segundo lugar el cáncer, reflejando la misma tendencia observada en el resto del mundo) y en 39% restante por lesiones de agente externo (en lo cual se incluyen los homicidios, los atropellamientos, los choques, entre otros). En este último ítem, en el lapso comprendido entre 1994 y 1997 Colombia ocupó el primer lugar en homicidios entre los países de América Latina, con una cifra muy por encima del promedio de la región (INMLCF, 2000). En Colombia, 94 % de las muertes violentas ocurren en hombres, 29% de ellas entre personas entre los 18 y los 24 años y 32% entre personas entre los 25 y los 34

años. La muerte en sociedades como la nuestra al cruce del milenio, es una situación que desborda el marco de intervención médica al final de la vida y que compete a toda la sociedad para su abordaje, análisis y resolución.

4. Los médicos y el final de la vida

¿Cuáles serían entonces los problemas que se entrelazan con las posibilidades del quehacer médico al final de la vida?

De nuevo, fue en el siglo XX cuando la medicina y sus disciplinas aliadas encontraron la posibilidad técnica de prolongar la vida más allá de sus límites naturales, pero en este camino también generaron consecuencias que hoy pueden ser analizadas como males o perjuicios para las personas, razón por la cual se ha empezado a abogar por una cesación de tales intervenciones médicas o, de una manera más enfática, por terminar la vida por medio de intervenciones específicamente diseñadas para tal fin. En este contexto, se encuentran varias dificultades:

- i) La incertidumbre clínica que impone una sombra sobre la fiabilidad de los pronósticos clínicos: tan útiles y tan exactos en estudios poblacionales pero tan difíciles de manejar en los análisis de caso
- ii) Los límites entre el curar y el cuidar, pues aunque en teoría el curar una enfermedad depende de los alcances de la ciencia y de la tecnología disponibles, en la práctica es más difícil determinar el punto en el cual los esfuerzos curativos ya no son plausibles y es menester cambiar el enfoque con el cual se aborda el paciente para satisfacer ahora primordialmente sus necesidades de cuidado. Esto demanda, por parte de los integrantes del equipo de salud, un perfil profesional que aúne



destrezas necesarias para el cuidado como son la capacidad de diálogo, de escucha, de acompañamiento, de apoyo al otro. También hace parte de este perfil la tolerancia a la vulnerabilidad propia, a las crisis, el dolor, el sufrimiento y la muerte, lo cual es diferente a la insensibilidad pues aquí lo que se espera es poder afrontar estas situaciones impulsándose hacia su atención de una manera asertiva y no hacia el abandono.

- iii) A la par de la anterior dificultad, la cercanía de la muerte de un paciente trae también como consecuencia el preguntarse hasta dónde se han de privilegiar las intervenciones destinadas a mantener un tiempo de vida (o a prolongar la vida) en comparación con aquellas destinadas a mejorar la calidad presente en la vida sin importar tanto su duración y sin hacer algo orientado a prolongarla sin necesidad. Este problema surgido en la práctica de la asistencia a pacientes con enfermedad avanzada o en fase terminal impone también la necesidad de desarrollar criterios y consensos para privilegiar uno u otro curso de acción.
- iv) El morir y la muerte son fenómenos que escapan a la comprensión clásica que se ha tenido en la medicina sobre la vida, la salud y la enfermedad, y que exigen, a su vez, no solo un horizonte ampliado por parte de los actores que intervienen en el proceso sino una integración de saberes y disciplinas que a su vez imponen una dinámica para la cual con mucha frecuencia no se encuentran preparados quienes han de abordar el tema.
- v) Existen dilemas éticos que hacen más difícil la toma de decisiones al final de la vida y para los cuales ha de prepararse no solamente el médico, sino los equipos de salud, las instituciones, los pacientes, las familias y la sociedad en general.

5. Alternativas al final de la vida

Todos estos aspectos enmarcan la presencia de alternativas al final de la vida. Si se toma como punto de partida la ocurrencia de la muerte de una manera natural en un punto del tiempo, existe la posibilidad de mover ese punto en la línea de tiempo de tal forma que la muerte se adelante -y en ese caso se estaría hablando de la muerte asistida- o se atrase -en cuyo caso se hablaría de las alternativas que prolongan la vida o desarrollan un encarnizamiento terapéutico. En este último caso, se habla de distanasia, término que también comprende el morir acompañado de sufrimiento innecesario ya no por la práctica desproporcionada de intervenciones médicas sino por lo contrario, por la ausencia de éstas cuando se deja de asistir al paciente porque se considera que como no hay posibilidad de modificación de la enfermedad no se genera el espacio para alguna otra intervención médica.

Se considera como muerte asistida a la realización por parte de terceros de actos conducentes de manera deliberada a la muerte de otro que se encuentra ya en proceso de morir. Aquí están incluidos el suicidio asistido y la eutanasia. En el suicidio asistido, el que va a morir toma la determinación de poner fin a su vida por su propia mano, pero solicita la ayuda de un tercero para aclarar el cómo ha de hacerlo de una manera eficaz. Esta es la forma que ha hecho conocido en el mundo al patólogo norteamericano Jack Kevorkian (1993), a quien las autoridades norteamericanas acusan de practicar la eutanasia de manera ilegal.

En la eutanasia quien va a morir ha tomado también la determinación de acelerar el proceso pero solicita a otro que ponga fin a su vida. Esta postura es defendida, además, por los movimientos proeutanasia en los países de Europa Occidental y Norteamérica, en



contraposición a los defensores a ultranza de la santidad de la vida, entre los cuales se encuentran la mayoría de los movimientos religiosos. Tanto la eutanasia como el suicidio asistido, son en la actualidad alternativas técnicamente factibles para sus defensores y consumidores, quienes encuentran en textos como *Final Exit* (Humphry, 1990) los elementos técnicos y los procedimientos que las hacen posibles.

5.1 Pros y contras de la eutanasia

Estas salidas de la vida han desatado enardecidos debates en la sociedad contemporánea. Con relación a la eutanasia aquellos que se pronuncian a favor de ella se basan en posiciones como:

- La enfermedad y la muerte son una falla e implican la derrota del ser humano, luego por qué se ha de permitir una mayor pauperización del mismo? Ello puede ser evitado con la práctica de la eutanasia
- Dejar morir cuando se está en una situación con un sufrimiento incontrolable es un proceso que conlleva la pérdida de la dignidad del ser humano. Cuando esta situación sucede con un animal, una muestra del aprecio que se siente por esta forma de vida es la terminación de ese sufrimiento por medio de la realización de un procedimiento que acabe la vida, que acelera el morir. ¿Es entonces un proceder de esta naturaleza equiparable a matar? Desde este enfoque la eutanasia sería un acto de compasión y de cuidado
- Los ataques contra la eutanasia que provienen de fuentes de orden religioso deben ser tenidos en cuenta como una opinión más en el marco de una sociedad civil y pluralista y no como el dogma a seguir
- Cuando una persona solicita la eutanasia, la práctica de este procedimiento es

de manera definitiva una garantía solidaria de un buen morir, de un morir que permite el control de los eventos que favorecen un mal morir, de un morir que garantiza un alivio definitivo del sufrimiento

- La eutanasia es un acto de la autodeterminación del ser humano
- La práctica de la eutanasia obedeciendo a una política formal en una sociedad, evita los abusos que se permiten por la práctica secreta de la misma, a la vez que define fronteras y pone seguros en contra de ellos

Del lado de aquellos que se oponen a la práctica de la eutanasia, los argumentos apuntan a:

- La vida es sagrada y tiene una dignidad que no debe ser mancillada por el hombre. La vida y su valor son conceptos que escapan del dominio exclusivo de la medicina y de los médicos
- La práctica de la eutanasia y en especial su legalización son estímulos al descuido de los deberes médicos. En el caso de personas con enfermedad en fase avanzada y próximas a la muerte con gran sufrimiento, el deber fundamental del médico es procurar el alivio por medio del cuidado paliativo. Vista así, la eutanasia ocasionaría un daño a una esencia benefactora y cuidadora de la práctica médica, lo cual minaría la confianza que el público tiene en la relación con los médicos
- En realidad, la solicitud en torno a la eutanasia es de baja incidencia, luego se trata más de casos excepcionales que de una necesidad de primer orden en la agenda de los problemas de salud
- El hecho de que exista la autodeterminación de los pacientes es algo que no obliga a otros a proceder en concordancia,



en especial cuando de por medio está un acto relacionado con la terminación voluntaria de la vida o el acto de matar.

- Es absurdo abogar por la realización de un acto eutanásico como expresión plena de la autonomía de un ser humano si este acto lleva, precisamente, a la no vida, a la nada que es la muerte
- La eutanasia conlleva una culpabilidad intrínseca, asociada con una acción positiva que lleva a morir a un ser humano. Esto, además, puede influir de manera negativa en el proceso de duelo de los sobrevivientes
- El optar por una opción eutanásica guiados por el sufrimiento es algo que va en contra de una toma racional de decisiones. De igual modo, esta opción puede impedir el crecimiento espiritual y hallazgo del significado del sufrimiento a la luz del sentido de la vida y de la muerte
- La adopción de una política formal es un antecedente que ofrece más peligros que beneficios y seguridades. Ello puede estimular la aparición y desarrollo de prácticas nocivas tales como la criptanasia –o terminación de la vida en ausencia de voluntad–, la eutanasia estimulada –se lleva a cabo la eutanasia por medios coercitivos–, la eutanasia subrogada –los apoderados deciden la comisión de la eutanasia en sus poderdantes–, o la eutanasia discriminativa –la eutanasia es llevada a cabo en población vulnerable por sus condiciones minoritarias, de marginación o de exclusión social.

En Holanda, nación donde la eutanasia es legal, para proceder a realizarla debe cumplirse con una serie de requisitos, como: se haya constatado una solicitud voluntaria, se haya verificado la presencia de un sufrimiento intolerable, se hayan agotado todas las posibilidades del cuidado paliativo, se haya

observado un procedimiento de consentimiento informado y se haya documentado una segunda opinión médica.

5.2 Pros y contras del suicidio asistido

El suicidio asistido, a su vez, es una opción que se ha defendido como lo lícito cuando no es posible la eutanasia. Esta opción equilibra el balance de poder en la relación médico paciente, el cual favorece al médico en contra del paciente en el caso de la eutanasia, a la vez que evita el abandono por parte de los médicos de pacientes incurables y competentes. Es también una alternativa defendida con base en respaldos biográficos del paciente y de la historia de la relación de un médico con un paciente en particular (Quill, 1994). Argumentos en contra del suicidio asistido se basan en que el médico en lo fundamental se apartaría de sus deberes para con el paciente.

5.3 Pros y contras de la distansia

En el otro lado de la muerte asistida con relación al punto de la ortotanasia se encuentra la distansia. Esta es una muerte acompañada de sufrimiento innecesario, el cual puede ser producido por el intervencionismo médico o por el abandono médico al paciente. Se denomina encarnizamiento terapéutico a la práctica de intervenciones médicas que permiten el sostenimiento de algunas funciones vitales, pero que conllevan grandes perjuicios a los pacientes, sobre todo en términos de calidad de vida, y su uso se hace de manera desproporcionada con relación a los beneficios esperados y con relación al daño adicional que imponen en la calidad de vida.

Son estos pacientes convertidos en objetos del encarnizamiento terapéutico quienes más plantean la necesidad de discutir sobre



los aspectos inherentes a la toma de decisiones al final de la vida. Hoy se acepta que una decisión de prolongar la vida es algo que depende de factores tales como los deseos del paciente, el propósito terapéutico de cada intervención, los efectos no deseados de la intervención terapéutica, los efectos benéficos concretos de la intervención terapéutica para cada paciente y el reconocimiento del derecho a morir con dignidad, como una exigencia para el ser humano al final de la vida que llama a no retrasar la llegada de la muerte y a permitir que esta ocurra lo más libre posible de sufrimiento. Por eso a la hora de considerar una intervención que pueda llevar a prolongar la vida de un paciente es importante tener en cuenta los deseos de éste y un balance riesgo/beneficio de la intervención a aplicar. También es importante el reconocimiento de que, para efecto de la valoración del uso de este tipo de medidas al final de la vida, puede ser lo mismo no iniciarla que retirarla, pero en la práctica se ve que es más fácil no iniciar que tener que tomar la decisión de retirar una medida de soporte. Es en esta posibilidad de prolongar la vida donde se hace más necesario reconocer que la vida no es eterna, que ella no es siempre buena y que la muerte no es siempre mala.

5.4 El morir en el momento que corresponde

Entre el prolongar y el adelantar el final de la vida se encuentra el punto de ortotanasia. En este punto se admite que la muerte del ser humano ha de ocurrir cuando la enfermedad naturalmente lo mande, de una manera libre de sufrimiento (antidistanasia) y respetando la dignidad humana, por lo cual se encuentra en la literatura la referencia a este modo de morir como el característico de una muerte digna.

el mantenimiento de la capacidad de actuar del ser humano, la preservación de su mundo relacional y ocupacional y la confrontación conciente de este ser humano al final de su vida con la realidad de su propia muerte y el significado de ésta para sí mismo.

Es en estos pacientes -conocidos en la literatura como enfermos terminales o personas con enfermedad en fase avanzada- donde se ha podido estudiar y describir mejor el acercamiento que un ser humano hace a su propia muerte. En ellos se han identificado diferentes tipos de necesidades, a partir de cuya satisfacción es posible hoy día atenderles y mitigarles el sufrimiento o las molestias que deterioran su diario vivir. Estas necesidades son:

- Físicas, y comprenden la presencia de dolor y síntomas por el avance de la enfermedad o los tratamientos instaurados, la evolución de la enfermedad y sus efectos sobre el organismo, y el deterioro funcional que incrementa la dependencia de otros
- Emocionales, en lo cual se incluye la comprensión que tanto el enfermo como el entorno humano han de tener del proceso que vive la persona al final de su vida, proceso que incluye el duelo anticipatorio sobre la pérdida de la propia vida, el cumplimiento de tareas significativas y resolución de asuntos pendientes antes de fallecer y, por último, el retiro o desprendimiento de la carga vital presente en el ser humano (decatización)
- Sociofamiliares, pues se altera el cumplimiento de los roles del individuo y por tanto se daña todo aquello que depende de su efectivo desempeño, incluso la supervivencia de aquellos que dependen de él; además, el sufrimiento de otros empieza a hacer parte del sufrimiento total que puede acompañar el final de la vida



- Espirituales, pues adquiere una inusitada importancia el hallarle sentido a la vida, al sufrimiento, lo cual es desencadenado por la conciencia intensificada acerca de la finitud de la vida y de la cercanía de su final.

Estas necesidades han sido mejor entendidas gracias a múltiples adelantos posibles también en el siglo XX. Destaca Elisabeth Kübler-Ross (1967), una siquiatra suizo-norteamericana quien estudió en pacientes terminales su acercamiento a la propia muerte y describió las fases del duelo como reacciones emocionales presentes de una manera más o menos típica en personas que evidencian una pérdida: en el caso que nos ocupa, la pérdida de la propia vida. Tales reacciones son una manifestación de la manera como el ser humano, en su interior, se aproxima hacia la aceptación de su propio final.

6. El morir bien atendido: la emergencia del cuidado paliativo

Pero adicionalmente, los avances alcanzados por la medicina en materia de analgesia y control de síntomas (Doyle *et. al.*, 1993), así como en la organización del cuidado de los pacientes en diferentes escenarios, desde la casa y la comunidad hasta instituciones totales como los hospicios o los hospitales, permitieron en muchos lugares el desarrollo de programas de atención integral a las necesidades de estos enfermos, población cada vez más creciente.

Este tipo de respuestas a las necesidades de cuidado, integran alternativas tendientes a satisfacer al enfermo y su entorno en aspectos como:

- Lo físico, proveyendo un adecuado alivio del dolor y los síntomas presentes, asumiendo el manejo anticipado de eventos

críticos y el desarrollo de medidas que mejoren la parte práctica del cuidado del paciente, sobre todo cuando éste se encuentra en un ambiente diferente al de la institución hospitalaria

- Lo emocional, brindando soporte a partir del desarrollo de relaciones terapéuticas y de acompañamiento con los diferentes proveedores de cuidado, mejorando la comunicación entre paciente y cuidadores y favoreciendo una toma de decisiones plena de comprensión y libre de culpas
- Lo sociofamiliar, donde los seres queridos y los cuidadores son tomados en cuenta y son atendidos de manera similar a como se asisten las necesidades emocionales del paciente, tratando de mitigar también su carga en su atención y de anticipar problemas que se generan por la enfermedad y por la muerte de su ser querido. El núcleo relacional también ha de ser atendido en sus necesidades de comunicación por parte del equipo de cuidado, ha de ser acompañado antes y después del fallecimiento de su ser querido y ha de ser guiado también en el proceso de toma de decisiones al final de la vida
- Lo espiritual, pues el proceso de búsqueda y encuentro del sentido a la vida, al sufrimiento, a las pérdidas y a la muerte necesita también de apoyo, comunicación y acompañamiento, a la vez que hay aspectos de los procesos de toma de decisiones al final de la vida que tocan esta parte y que necesitan ser valorados desde esta perspectiva.

Por ello es que los miembros del equipo de cuidado del paciente con enfermedad en fase avanzada han de tener una formación que les permita no sólo ser competentes en su área disciplinar sino integrar conocimientos, habilidades y destrezas que les permi-



tan ser comunicadores eficaces y sensibles, a la vez que guías éticos abiertos al diálogo y a la comprensión del otro.

7. ¿Y quién quiere morir?

En este terreno de los seres humanos al final de su propia vida es frecuente escuchar expresiones que podrían ser interpretadas como solicitud de eutanasia, cuando en realidad tienen otro sentido:

- *Déjeme morir*, puede significar una solicitud para impedir la continuación de medidas que sostienen funciones vitales o que se hacen con una ínfima posibilidad de alterar el curso de la enfermedad; también es la solicitud de quien siente que necesita un permiso de alguien para partir
- *Quiero morir*, puede ser la expresión de aceptación plena de la finitud humana, o la expresión que denota cumplimiento de una cierta misión en la vida y, por tanto, también permite comprender que la persona está lista para dejar este mundo
- *Máteme*, expresión de súplica que para muchos es el dictado del sufrimiento insoportable y que implica un deseo vehementemente de no vivir más, de acabar de manera rápida con la existencia.

Por lo anterior comprender el mundo que viven los seres humanos al final de su vida es una tarea que exige el abordaje de problemas clínicos, emocionales, espirituales, éticos, legales, entre otros, pasados por la perspectiva de los diferentes actores que participan de la atención del final de la vida: el ser humano enfermo a la espera de su fin, sus seres queridos, y sus proveedores de cuidado.

Conclusión

Poder comprender el mundo que vive un ser humano al final de su vida es un reto que exige mirar de frente a aquel para quien ya hay más certidumbre acerca de su mortalidad, es un reto que exige penetrar en el interior de ese ser y desarrollar una empatía que nos permita asumir las necesidades presentes en esta situación y acompañar, satisfacer, escuchar, guiar.

Para el ser humano, la muerte es uno de los hechos básicos de la vida, pero por su propia naturaleza llega a ser tanto misteriosa como inevitable. Ella tiene muchas caras, pero de las más duras de aceptar es la existencia de muertes absurdas, carentes de sentido, atiborradas de sufrimiento innecesario, tanto para quienes fallecen como para quienes les sobreviven. Y si bien es cierto que al nacer tal vez el único evento que se puede dar por seguro es que vamos a morir, más cierto aún es que el temor a morir y, por tanto, nuestra propia muerte es uno de los faros que ilumina nuestra vida.

A la par de estas consideraciones tan importantes cuando el médico se enfrenta ante pacientes con una enfermedad avanzada, a las puertas de su muerte y sin sus necesidades satisfechas, se encuentra con aquellos que, presas de un sufrimiento innecesario, interminable e insoportable, claman por la pronta muerte y exigen de sus proveedores de cuidado una mano bondadosa que ponga fin a tal indignidad. Tales solicitudes han puesto en cuestión a las éticas de la vida, entre las cuales se encuentra la médica hipocrática. Una razón aducida con frecuencia es su obsolescencia, pues la ética de Hipócrates es la ética del médico de la antigüedad, no la del médico moderno y mucho menos la del médico de la era del conocimiento, la informática, la biotecnología y de la aten-



ción en salud de tipo corporativo y guiada por factores de índole económico. De manera paralela, hay quienes plantean que en estas circunstancias, el derecho a decidir la propia muerte y su forma se han de constituir en un derecho civil, como parece esbozarse en algunas iniciativas del occidente de Europa.

En el tarot, uno de los arcanos mayores, el arcano 13, es el arcano de la muerte. Para muchos significa un signo trágico en el destino, para otros es simplemente una señal que denota cambio o una llamada al cambio, a dejar de ser algo para ser otra cosa. He aquí otra de las múltiples posibilidades que abre el estudio del morir y la muerte como fenómenos arraigados en la vida humana.

Referencias bibliográficas

- Bersh, D., (sf). "El fenómeno de la salud", Bogotá, Icfes, 35 pp.
- Doyle, D.; Hanks, G.; MacDonald, N., 1993. *The Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford, Oxford University Press, p. 103-493.
- Humphry, D., 1990. *Final Exit: The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*, New York, DTP.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, INMLCF, y Cooperación Alemana para el Desarrollo, GTZ, Forensis, 1999. "Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento", INML, Bogotá, 2000, 200 pp.
- Kevorkian, J., 1993. *La buena muerte. Los médicos y la eutanasia*, Grijalbo, Barcelona, 300 pp.
- Kübler-Ross, E., 1997. *Sobre la muerte y los moribundos*, Madrid, Grijalbo, 360 pp.
- Londoño, Juan Luis, y col., 1994. "La carga de la enfermedad en Colombia", Bogotá, Minsalud, 150 pp.
- Quill, T., 1994. *Death and Dignity. Making choices and taking charge*, New York, W.W. Norton and Co., 255 pp.
- Tolstoi, L., 1996. *La muerte de Ivan Ilitch*, Ed. Juventud, Barcelona, p 28-30.
- Yepes, Francisco (comp y ed), 1990. "La situación de salud", en: *La salud en Colombia*, Bogotá, Ministerio de Salud, p. 219-475.



