

Tanatoética: aportes de la filosofía ante la muerte

RESUMEN

Revisión reflexiva sobre una propuesta de ética centrada en el tema específico de la muerte, en la que se observa a ésta como parte integrante del proceso natural de la vida, haciendo notar las maneras en que una idea distinta puede causar sufrimiento innecesario en los pacientes, frustraciones gratuitas de los médicos e indignación injusta por parte de los familiares de los pacientes. Se cuestiona la forma tradicional de entender el derecho a la vida, anteponiendo el derecho a la calidad de vida, en el supuesto de que es más importante. La conclusión es una aportación crítica al concepto de eutanasia y las implicaciones que ello genera en la práctica cotidiana de los profesionales de la salud.

SUMMARY

The paper is a reflexive revision about an ethical proposal of death. Death is seen as a natural part in the process of life. There are different ideas focusing in the useless suffering in patients, physician's frustrations and unfair indignation from patients' families. It is also questioned the traditional way to understand the right to live versus the right to a life with quality, understanding the last as the most important. The article, concluded with a critical point of view about euthanasia and implications generated by health professionals in their daily practices.

Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, Jalisco, México

Comunicación con: Héctor Tiburcio Sevilla-Godínez. Correo electrónico: hectorsevilla@hotmail.com

Recibido: 31 de julio de 2008

Aceptado: 14 de agosto de 2008

El punto de partida de una ética sobre la muerte

A diferencia de la moral, la ética tiene en su base constitutiva un ejercicio de discernimiento honesto en búsqueda de la acción más conveniente para uno mismo sin dañar el bien común. En ese sentido, por lo general el hombre posmoderno de la actualidad vive desde parámetros morales introyectados, es decir, que conforman su visión axiológica sin que hayan sido decididos. Más común es el juicio moral que el ejercicio ético.

Por ello, la exigencia ética siempre ha estado en dramática minoría frente a la realidad histórica mayoritaria. No se ha constituido como protagonista demandante. Desde esta reflexión se podría abrir una propuesta, tortuosa sin duda, de reflexionar sobre la irremediable necesidad del ejercicio ético-filosófico en los médicos del siglo XXI, sobre todo en lo referente al fin de la vida, la muerte.

Ante un tema semejante, las respuestas han sido por lo general extremistas. Por un lado, las derivadas de parámetros pseudomnipotentes que promueven la imagen del médico como el dios encarnado dispuesto a toda costa y a cualquier precio —aunque no sea él mismo quien lo pague— a evitar la muerte. En otro extremo, la visión utilitarista en la que el médico es solamente un ente al servicio del sistema y del esquema financiero hospitalario o del sistema de salud. De ser dios se pasa a ser peón.

Ambas posturas tienen sus argumentos para explicar la perspectiva desde la que se manejan. Sin embargo, la ética jamás ha sido una gimnasia de la autojustificación; no se trata de argumentar a favor de lo que se piensa de manera inflexible sino, por el contrario, de abrir la puerta a la posibilidad de la equivocación, confrontando, revisando, volviendo atrás. Según Jean Paul Sartre, los humanos estamos en constante angustia por tratar de definir la más correcta de las decisiones, aun sin tener puntos de referencias cla-

Palabras clave

muerte
ética
valor de la vida
calidad de vida
eutanasia

Key words

death
ethics
value of life
quality of life
euthanasia

ros. Así, cuando buscamos bases sobre las que asentar nuestras decisiones en torno al final de la vida, nos encontramos a la forma sartreana: angustiados.

Cultura de salvación y negación versus naturalidad de la muerte

Si bien es cierto que en nuestro país existen muchas formas y representaciones de la muerte, algunas incluso personificándola en santidad, no existe, sin embargo, la costumbre de hablar sobre ella, al menos filosóficamente, entendiendo con ello la indagación sobre el sentido de la misma, la trascendencia o no que implica su inclusión o no en el ciclo natural de la vida, su aceptación o no como un derecho humano correspondiente a cada individuo. La muerte está tan apartada de nuestras vidas que es casi de mal gusto hablar de ella y de lo que le rodea.

No siempre se le forma al médico con el criterio para separar su eficiencia profesional de la muerte de un paciente. Es decir, no suponer que el fallecimiento de alguien le supone poco profesionalismo. Es de entender que la nula separación entre estos aspectos propicie actitudes inflexibles ante la encrucijada de la calidad de vida del paciente o del recién nacido.

Se cuestiona al médico si acaso debe *hacer más* para permitir el transcurso natural de la vida, sin darse cuenta que tal obstinación está obstruyendo el transcurso natural de la muerte.

A favor del médico ha de mencionarse que la cultura de negación ante la muerte alimenta en los familiares del paciente la percepción de una supuesta negligencia médica del profesional de la salud si no ha agotado todas las medidas posibles para mantener la vida, aun a pesar del daño en la calidad de vida del paciente. Así, condicionado por la percepción de los involucrados, el médico puede actuar a favor de preservar la vida en contra de la naturaleza humana, lo cual implica una superioridad jerárquica en el plano ontológico.

Una de las consecuencias del divorcio afectivo ante la muerte es la utilización de la tecnología como medio para enfrentar la primera a toda costa, aun cuando la naturalidad de la misma es implícita y evidente. La obstinación de la medicina moderna para que la muerte no se “anide” en los cuerpos puede llevar a una experiencia deshumanizadora de la muerte. Elisabeth Kubler-Ross, médica psiquiatra y autora del libro *Sobre la muerte y los moribundos*, señala el gran riesgo de “mal morir” y el aislamiento que supone la muerte hospitalaria. Algo que Méndez¹ define como “modo tecnológico de morir”.

Si la única certeza es que hemos de morir, se pierde el sentido de idealizar la preservación de la vida más allá que una muerte digna y aceptada. A estas alturas tendría que haber coincidencia en que la medicina del siglo XXI debe tener entre sus objetivos ayudar a las personas a morir en paz, lo cual se entiende como fallecer dignamente.

El español Enrique Bonete² defiende la capacidad humana de aprender a morir frente al destino biológico, teológico y filosófico de perecer, sobre el cual no se puede ejercer la libertad.

Afortunadamente no todos han pensado que la muerte es un fracaso, tal como lo afirma Ariés Philippe,³ quien hace una revisión sobre las concepciones de la muerte en la cultura occidental y muestra los cambios graduales de la muerte, desde ser vista como algo familiar y domesticado en la Edad Media a ser un referente del que se pretende huir en el mundo moderno.

El alivio de morir

Actualmente existen diversas voces que se han levantado a favor de la naturalidad de la muerte e incluso a considerarla un alivio. Cruz Quintana⁴ se propone establecer una muerte digna y evitar a toda costa permitir que la muerte de las personas sea con sufrimiento. Para ello se implica el desarrollo de cuidados paliativos para todos, la capacidad para acoger y atender la voluntad del enfermo dentro de un cambio de mentalidad hacia esta etapa final del hombre. En ese sentido, la muerte podría ser un bien incurable,⁵ algo de lo que no es necesario escapar.

De ese modo, el trabajo de la medicina paliativa ha sido uno de los grandes alivios en el proceso de morir. Alejar la distansia de la cama del enfermo es uno de los grandes alicientes del profesional de la salud. Tal práctica se convierte, sin duda, en uno de los factores propios de la erradicación del “mal morir”. La necesidad de los equipos médicos paliativos es tan esencial, que hoy no podríamos entender una búsqueda en la dignidad del morir del ser humano sin ellos. Este enfoque paliativo significa: “ser cuidado cuando ya se tiene la absoluta certeza de que no se sirve para nada; es reconocer de modo excelso que la persona enferma y débil, que se está muriendo, es un fin en sí mismo y no un mero medio para otros fines sociales, económicos, médicos, familiares, etcétera. La concepción de la persona que subyace a la defensa de los cuidados paliativos como el modo más auténtico de muerte digna, es claramente incondicional y de carácter ontológico.”² Sin embargo, a estos cuida-

dos paliativos no acceden muchos enfermos por diversos motivos.

Como se ha mencionado, la sociedad contemporánea ha fabricado una enorme coraza frente al dolor y la muerte. Nos hemos estancado en la imposibilidad de cruzar el umbral de la muerte con el enfermo en casa. En la inmensa mayoría de ocasiones, pacientes terminales han sido y son desviados a los servicios de urgencias de centros hospitalarios a la espera de que la tecnología resuelva situaciones insostenibles. Se ha aprendido que es moralmente inaceptable no hacer hasta lo imposible por salvar al enfermo, cuando lo lógico es hacer solo lo posible y si las condiciones así lo permiten.

La familia del enfermo suele confiar plenamente en la tecnología médica, que vende esperanzas, permitiendo que los individuos sientan la tranquilidad de haber “hecho lo correcto” mientras se liberan de su responsabilidad. Los familiares están dispuestos a pagar la cuenta hospitalaria siempre y cuando reditúe la sensación de ser inocentes de la muerte de quienes aman. Es eso, la sensación de culpa, una derivación del divorcio con la naturalidad de la muerte. Es también una introyección moral, nunca un ejercicio ético.

En muchas ocasiones, lo único que se está generando es una muerte indigna, entendida como la que se hace demorar sin garantías de ofrecer nada a cambio al paciente que no sea sufrimiento y humillación. Este tipo de actitudes nacen como resultado del avance de la medicina en los últimos 40 años, y que permite prolongar la vida a través de instrumentos que proporcionan a los pacientes un soporte vital que suple funciones biológicas perdidas o cuando menos suspendidas.

Pero prolongar la vida de forma innecesaria no solo perjudica a quienes se les priva del derecho a una muerte digna, sino se afectan los recursos públicos que se destinan al cuidado de la salud debido a que éstos suelen ser limitados. El uso irracional de estos recursos restringe aún más el acceso a estos servicios por parte de la población en general. Es imperativo iniciar una educación hacia la muerte, de tolerancia, de capacidad de respetar el proceso natural de la vida, aun la de los seres queridos. La usual cerrazón y obstinación redundan en sufrimiento de aquellos a quienes se busca a toda costa salvar y se les sustrae el alivio de morir.

De hecho, si la muerte es una característica inevitable y consustancial a la persona,⁶ es menos importante evitarla que promover una calidad de vida digna. Si lo más importante es una vida digna, morir es el ejercicio final de la misma⁷ y representa también un derecho que debe ser respetado.

Derecho a la vida y derecho a la calidad de vida

Cuando un individuo se refiere a la vida como concepto, probablemente pierde de vista el vasto y amplio universo que tal palabra representa. Hay desde muchos tipos de vida, según el organismo que la contiene, hasta modalidades de vida o niveles de vida en cuanto a su calidad. Si bien es cierto que un derecho fundamental de todo ser humano es el derecho a la vida, otro de mayor importancia es el derecho a la libertad para decidir sobre la propia vida.

Uno de los factores que pueden fundamentar esta decisión sobre vivir o no es el nivel potencial de calidad de vida que puede lograrse. El problema es mayor cuando el derecho a la calidad de vida disminuye precisamente por respetar el derecho a la vida.

La aparición de nuevos cuadros clínicos asociados al desarrollo de los métodos de soporte vital, debe generar un nuevo cuestionamiento sobre el sentido de conservar una vida sin calidad. Mantener en un paciente un estado vegetativo persistente, derivado de encefalopatías y disfunciones orgánicas múltiples resulta paradigmático en este sentido, porque asocia y confunde la terminación con la transitoriedad del estado crítico.

Junto al avance tecnocientífico en la práctica de la medicina asistencial de alta complejidad, hemos de incluir el criterio que propicie la desvinculación conceptual entre el soporte vital avanzado y el derecho a la vida, entre mantener a toda costa la vida de un individuo y el derecho a su propia muerte.

El médico ha aprendido a domesticar la muerte puesto que así se lo ha exigido la sociedad. Cuando comenzaron a aparecer los métodos de soporte vital, principalmente el respirador, los médicos se encontraron con que tenían pacientes que eran ventilados artificialmente pero que sufrían cuadros neurológicos absolutamente irreversibles.

Esto generó que las unidades de cuidado intensivo en los hospitales comenzaran a poblarse de pacientes que jamás recuperarían la conciencia, pero que podían ser mantenidos con vida artificialmente durante décadas. El concepto de muerte solía ser asociado con la terminación de la actividad respiratoria y cardíaca.

Mantener la vida a estos pacientes representa una prolongación injustificada del sufrimiento de los familiares que se enfrentan a una continua y eterna agonía del ser querido.

Si contra todo diagnóstico y pronóstico se continúa una serie de intervenciones médicas para perpe-

**Héctor Tiburcio
Sevilla-Godínez.
Muerte y ética**

tuar la respiración, el latido cardíaco, la tensión arterial o la función renal de un paciente, es por la inercia o el temor de los médicos y del sistema sanitario a ser enjuiciados judicialmente por haber retirado el tratamiento, aun cuando ellos mismos podrían estar de acuerdo con lo imperativo de evitar el tratamiento.

De este modo, el médico se encuentra solo ante una encrucijada que le trasciende y angustia. Más problemático es si se presenta una marcada oposición de la familia del moribundo por su percepción errónea de la muerte.

Reivindicación de la “buena muerte”

Los problemas de entendimiento de la palabra eutanasia son, por lo general, el origen de las discusiones sobre lo apropiado o no de la misma. Si bien desde la etimología eutanasia significa “buena muerte” o “bien morir”, se le asocia tendenciosamente con el asesinato o con actos productos de negligencia médica. La reivindicación de la eutanasia no es otra cosa más que la defensa de la muerte digna y, por ello, tal dignidad implica abrir la puerta a esa posibilidad, de ser necesario.

No hay motivos para anteponer la bioética a la tanatoética, pues ambas son consecuencias lógicas de las mismas. Es decir, una bioética integral implica la tipificación de la tanatoética, puesto que no hay mejor forma de respetar la vida que dejarle ir cuando así se impone la realidad. Si la dignidad es un valor reconocido y solo se concreta individualmente, no tiene sentido impedir la voluntad de cualquier ser humano.

Es cierto que la implicación familiar coadyuva a que el proceso de muerte sea menos traumático, pero esto debe permitir la opción de aceptar la realidad del moribundo. Al final, la opción es del mismo individuo. Se tergiversa la aceptación de la

muerte con la cobardía de no luchar por la vida. Ni el Estado, ni instituciones, ni grupos mediáticos ni los propios familiares, pueden o deben cerrar las puertas a la voluntad del verdadero actor, es decir, de quien se sabe que está muriendo.

La medicina no solo tiene entre sus objetivos luchar por la vida sino ayudar a morir en paz y con la mayor dignidad a todos los seres humanos. La elección de cómo finalizar la vida debe ser respetada, en ella subyace la dignidad del morir humano. El ser humano tiene también el derecho a morir^{8,9} y la eutanasia es una alternativa.

Referencias

1. Méndez-Bailes V. Sobre morir: Eutanasias, derechos, razones. Madrid: Trota; 2002.
2. Bonete-Perales E. ¿Libres para morir? En torno a la tánato-ética. Bilbao, España: Desclee de Brouwer; 2004.
3. Ariés P. Morir en Occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días. Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2007.
4. Cruz-Quintana F, García-Caro MP. SOS. Dejarme morir: ayudando a aceptar la muerte. Madrid: Pirámide; 2007.
5. Macellari G. La muerte: un bien incurable. Desde el arte de morir hasta la eutanasia. Madrid: Cooperación Editorial; 2002.
6. Cabodevilla-Eraso I. Vivir y morir conscientemente. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2002.
7. Escobar-Triana J. El morir como ejercicio final del derecho a una vida digna. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque; 2000.
8. Baudouin JL. La ética ante la muerte y el derecho a morir. Barcelona, España: Herder; 1996.
9. Humphry D. El derecho a morir: Comprender la eutanasia. Barcelona, España: Tusquets; 1989.