

UNA MUERTE DIGNA PARA UNA VIDA DIGNA

María del Carmen Amaro Cano

Profesora Auxiliar de Historia de la Medicina.

Jefa de la Cátedra de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas "Gral. Calixto García".

INTRODUCCION

La mayor parte de las dificultades encontradas en medicina al utilizar conceptos relativos a la vida y la muerte en el organismo humano está relacionada con lo inapropiado de las definiciones fundamentales, ya que aun se están discutiendo las características determinantes y la evolución de los sistemas que garantizan la vida humana. Este propio II Simposio es una clara muestra de ello. Evidentemente, cualquier criterio que se adopte ahora con respecto a la muerte presupone un concepto anterior de muerte, y tal como lo han demostrado los historiadores, estas controversias acerca de los conceptos de vida y de muerte; pero especialmente los relacionados con los signos de la muerte, tienen una larga historia de existencia.

El problema de la muerte trasciende el campo de las interpretaciones de orden teórico-conceptual y se adentra en el mundo de las emociones y la espiritualidad del hombre común, quien -a pesar de reconocer que la muerte es el natural colofón de la vida- intenta evadir la confrontación racional de esta verdad. La llegada de la muerte supone, en muchos casos, enfrentarse al único fenómeno vital que, con independencia de la respuesta humana que se dé, se va a producir inexorablemente. De manera que al abordar los pro-

blemas relacionados con la muerte no resulta suficiente asumir las dificultades que en el orden intelectual ello trae aparejado, sino que deberían enfrentarse además las relativas a los aspectos psicológicos, sociales, culturales, morales, religiosos y legales.

Esta realidad obliga a respetar un **orden metodológico para el estudio del problema**, que parte del propio reconocimiento de su existencia, pasa por la fundamentación teórica acerca de la necesidad de investigar el tema y se adentra en la especificidad de los objetivos. Al llegar a este punto resulta también controvertido el hecho de relacionar la necesidad de definir la muerte humana con la de poder realizar trasplantes de órganos y tejidos que estarían disponibles para salvar otras vidas.

DESARROLLO:

El hombre, en el propio proceso de su evolución histórica, ha acometido la tarea de investigar y crear, de hacer ciencia, sólo cuando ha tenido una necesidad concreta que satisfacer. Luego entonces, no resulta nada raro el hecho de que hoy, ante la posibilidad de mantener artificialmente la vida se pregunte: ¿Hasta cuándo está moralmente permitido? ¿Puede considerarse un éxito terapéutico el prolongar durante años la vida de un paciente conectado a un respirador, sin posibilidades de recuperación? ¿Es justo que se utilicen los recursos materiales más caros, los recursos humanos más calificados, en la atención de pacientes con estados comatosos irreversibles, mientras otros pacientes, totalmente recuperables, mueren por la falta de trasplante de un órgano vital?

Pero al propio tiempo, tanto el médico que tiene que diagnosticar la muerte, como el

que está ansioso por utilizar un órgano para salvar la vida de su propio paciente, se preguntan si tienen o no derecho a decidir en estos casos. Otro tanto ocurre con el familiar más allegado, con quien se pretende llegar a una decisión compartida. Todo ello adquiere una connotación mayor cuando se relaciona el problema de las definiciones de muerte con la aceptación o no de la **eutanasia**.

Estas inquietudes filosóficas, algunas de las cuales invaden incluso el campo jurídico, llevan a profundas reflexiones y serios debates acerca de los **conceptos de calidad de vida**, por una parte, **dignidad de la vida y de la muerte**, por otra.

El ser humano es un ser esencialmente social y, en tanto que tal, su plena realización está vinculada a esta esfera. Es por ello que la **Organización Mundial de la Salud** incluyó este aspecto al pronunciarse por el estado de completo bienestar como sinónimo de salud.

Desde la **Declaración Universal de Derechos Humanos** -proclamada por la **Organización de las Naciones Unidas**, en 1948- quedó bien definido que "todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita a él mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluyan la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a seguridad en casos de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez, u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad". (Art. 1).

En el **Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos** se declara, por su parte que "el derecho a la vida es inherente a la persona humana" (Art. 6). Ambos artículos

no hacen más que declarar su humanismo, entendido como el conjunto de criterios que reconocen una alta vocación social del hombre. El humanismo coloca, en primer lugar, el desarrollo por el bien del hombre, el respeto de su dignidad y desarrollo integral de la personalidad. Y *dignidad, realmente, es la exigencia del respeto debido a la condición humana*.

Luego entonces, alguien que haya logrado una vida digna, es decir, una vida respetable y respetada, aspira igualmente a la dignidad de la muerte. Esta puede sobrevenir como consecuencia lógica de una larga vida y en estos casos el concepto de dignidad de la muerte estaría relacionado con el deseo, casi siempre presente en los ancianos, de no querer su internamiento en una institución hospitalaria, sino permanecer en su propio hogar, cerca de sus seres y objetos queridos. En Cuba, el **modelo del Médico y Enfermera de la Familia** permite -si éstos saben desarrollar sus capacidades, habilidades y valores morales profesionales- garantizar la atención al paciente hasta su muerte, para hacer ésta más humanizada.

Otra situación es la de las personas que se enfrentan con la muerte a causa de enfermedades incurables, en cuyo caso lo primero que hay que aliviar es el dolor físico crónico, seguido del alivio de la disnea y de la movilización periódica que las exima de las úlceras por presión. Con estos pacientes moribundos el problema debería radicar en **optar por la calidad y no por la duración de la vida, a partir del respeto de los deseos del paciente**. Cuando su estado se haga crítico, si así lo desea, podría recurrir al servicio hospitalario, en cuyo caso debería ser el mismo en

que se ha venido tratando su enfermedad, para que pueda estar junto a los médicos y enfermeras que ya conoce.

El hombre es un ser irrepetible, su vida también lo es. **Su muerte es absolutamente individual**, personal. De su propia posición filosófica se podría inferir la disposición y forma de enfrentar la verdad de la muerte. En muchos casos las necesidades espirituales se acrecientan, incluyendo las de tener junto a sí al representante de su culto religioso. La artificial organización hospitalaria no debería constituir un obstáculo insalvable para dar respuesta a esa necesidad. Tampoco se justificaría ninguna presión para realizar acciones de carácter religioso junto al moribundo ateo.

En el trascendental momento de la muerte resultaría **inmoral** el realizar un **"teatro" de resucitación cardiorrespiratoria** para "protegerse", los médicos y enfermeras, de las posibles opiniones adversas de los familiares. En realidad, para demostrar a la familia del moribundo que se ha actuado con profesionalismo bastaría que los allegados pudieran observar alguna vez al médico o la enfermera escuchando al paciente, sentados pacientemente junto a su cama, y estrechándole la mano para transmitirle la solidaridad en el momento de la muerte.

CONCLUSIONES

Finalmente, es preciso enfatizar que **morir con dignidad significa, entre otras cosas, morir su propia muerte** y para ello el hombre tiene el derecho de conocer, si así lo desea, cómo y cuándo lo desee, de la existencia de su proximidad, a los efectos de realizar todos los arreglos materiales y espirituales para garantizar el bienestar de los que quedan con vida, así como el suyo propio en el tiempo que le quede por vivir, y para los creyentes, poderse preparar para una vida más larga, más allá de la muerte terrenal.

En una sociedad como la cubana, en que dentro de su sistema de valores está explícito que se prefiere la muerte a quedarse sin Patria, que se está dispuesto a enfrentar la muerte antes que perder el socialismo, no se justificaría moralmente el dejar de brindar la información necesaria al paciente, si éste así lo desea, para poder enfrentar **el momento más trascendental de su vida, su propia muerte.**

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Abiven, Maurice. Morir dignamente. Foro Mundial de la Salud. O.M.S. Ginebra, 1991. Vol. 12 No. 4.
- 2.-Llano Escobar, Alfonso. "El morir humano ha cambiado". Boletín OPS Mayo-Junio, 1990. Vol. 108 Nos. 5 y 6.
- 3.-O.P.S. Cartas de derechos del paciente. Boletín OPS. Ibidem.