



REFLEXIONES BIOÉTICAS

Filosofía, biotecnología
y antropología de la muerte

Sergio Lucio Torales
(Coordinador)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

REFLEXIONES BIOÉTICAS

Filosofía, biotecnología
y antropología de la muerte

REFLEXIONES BIOÉTICAS

Filosofía, biotecnología
y antropología de la muerte

Sergio Lucio Torales
(Coordinador)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

REFLEXIONES BIOÉTICAS

Filosofía, biotecnología
y antropología de la muerte

Primera edición 2023

Universidad Autónoma de Aguascalientes
Av. Universidad 940
Ciudad Universitaria
Aguascalientes, Ags., 20100
editorial.uaa.mx
libros.uaa.mx

Sergio Lucio Torales (Coordinador)
Patricia Patiño Bahena
Adriana Alfieri Casalegno
Jesús Alberto Islas Ramírez
Moisés Rodríguez Santillán
Sergio Lucio Torales
Eugenio Herrera Nuño
José Acevedo Acosta
Tomás Ramírez Herrera

ISBN 978-607-8909-80-3

Hecho en México / *Made in Mexico*



ÍNDICE

Presentación	9
1. La interdisciplinariedad de la bioética <i>Patricia Patiño Bahena</i>	15
2. Ciencia y bioética ante la desigualdad social <i>Adriana Alfieri Casalegno</i>	23
3. Dilemas bioéticos de la gerontología <i>Jesús Alberto Islas Ramírez</i>	35
4. <i>Living Will</i> o testamento de vida y la tutela autodesignada <i>Moisés Rodríguez Santillán</i>	47
5. Bioética y medicina intensiva <i>Sergio Lucio Torales</i>	55
6. La buena muerte <i>Eugenio Herrera Nuño</i>	71
7. La muerte, un fenómeno humano <i>José Acevedo Acosta</i>	83
8. Muerte digna y autonomía. ¿Es posible avanzar hacia una muerte digna? <i>Tomás Ramírez Herrera</i>	99

PRESENTACIÓN

La compilación de estos textos tiene por objeto difundir los trabajos que presentaron académicos de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA) y de otras instituciones de educación superior del país en el II Encuentro de Bioética celebrado del 16 al 17 de octubre de 2007 y en las II Jornadas de Bioética realizadas del 25 al 26 de noviembre de 2008, con el fin de dejar memoria de las reflexiones bioéticas presentadas en la UAA, así como motivar la reflexión de la comunidad universitaria y de la sociedad en general sobre estos temas tan importantes que tienen que ver con los avances y las aplicaciones tecnocientíficas en el ámbito de la vida humana, donde es muy necesario formar la autonomía de la persona para que tome con libertad y responsabilidad el cómo terminar con su vida, en caso de que la situación lo requiera.

Ciertamente, estos textos debieron haberse editado en tiempo y forma; sin embargo, por diversas razones se fue postergando su publicación. No obstante, este retraso en el tiempo no es óbice como para dejar en el tintero o en los cajones del olvido los esfuerzos realizados por cada uno de los articulistas. Al respecto, al menos dos razones se pueden expresar para su edición escrita. La primera es dejar constancia histórica de que la Universidad Autónoma de Aguascalientes está y ha estado a la vanguardia de los nuevos conocimientos

que van surgiendo en el mundo, tal es el caso de la Bioética, disciplina humanística que ha surgido en la segunda mitad del siglo xx, con fundamento en los grandes avances de las tecnociencias aplicadas a la vida en general y, en particular, a la vida humana. Las tecnociencias han modificado significativamente el mundo a tal grado que fue necesario crear un nuevo tipo de conocimiento, cuya función primordial sea, por un lado, establecer límites racionales a los espectaculares desarrollos de la ciencia y la tecnología y, por el otro, formar la conciencia ética de las personas para que tomen las mejores decisiones sobre su vida. La segunda razón es porque los temas que se tratan en los trabajos que integran estas memorias siguen siendo de gran actualidad, de tal manera que difícilmente dejarán de ser obsoletos por más de que pase el tiempo. Nadie consideraría anacrónicos, por ejemplo, todos los problemas que plantea el final de la vida humana. Todo mundo, si es el caso, desea morir con dignidad; dejar este mundo tan maravilloso, con la cabeza y el corazón en alto. Sin embargo, para que se cumpla este deseo, es necesario deliberar en cada situación concreta por la que pasa cada una de las personas y elegir el curso de acción más razonable. La deliberación requiere siempre conocimiento moral para tomar buenas decisiones, el cual es proporcionado por la bioética. Principalmente, estas dos razones fueron las que avivaron la inquietud de difundir estas memorias.

El encuentro centró la atención en algunos de los problemas que plantea la bioética a la filosofía y la relevancia que ésta tiene en este nuevo campo disciplinar; las cuestiones e interrogantes bioéticas que surgen de la invención y la aplicación de la ingeniería genética en los seres humanos; la responsabilidad de las personas de asumir conscientemente el proceso de morir, antes de perder la capacidad de tomar decisiones sobre los posibles problemas éticos que se presentan al final de la vida humana, con el fin de morir dignamente. Por su par-

te, las jornadas trataron el tema-problema de la desigualdad social que emerge y se profundiza con los nuevos productos derivados de las biotecnologías de lo humano, al beneficiar sólo a aquellas personas que tienen la capacidad económica de acceder a ellos y dejar al margen de estos bienes a millones de personas que están en situación de pobreza. El desarrollo de estas biotecnologías ha venido a agravar aún más las desigualdades sociales que existen en el mundo y evidenciar que sólo unos cuantos podrán gozar de estos productos por el hecho de contar con los recursos económicos para adquirirlos.

Todas estas reflexiones plasmadas en estos textos pueden dividirse en tres apartados: el primero, trata sobre las cuestiones bioéticas que plantea esta disciplina a la filosofía y la necesidad que tiene ésta de aclarar conceptos, como el estatuto moral de algunas entidades y las obligaciones morales que se tiene con ellas: embriones, fetos, sujetos discapacitados, animales de experimentación, órganos, células germinales, entre otros; replantear el concepto de persona y la interpretación de su identidad personal; esclarecer la distinción entre lo natural y lo artificial; precisar el término de dignidad humana y saber valorar la vida en todas sus etapas. También en este apartado se habla del carácter interdisciplinario de la bioética, el cual rompe con una visión positivista y neopositivista del conocimiento, visión que separa tajantemente el campo de las ciencias y las tecnologías de las humanidades. Esta perspectiva interdisciplinaria del conocimiento es la que debe fomentarse en todos los ámbitos de la educación superior, pues, sólo así podrá ser posible el diálogo que promueve la bioética entre las tecnociencias y las humanidades.

El segundo, habla de los beneficios que aportan la ingeniería genética y la biología molecular, así como los problemas éticos que plantean estas disciplinas, entre los que se encuentra el grave peligro que implica la manipulación de la vida, particularmente la humana. Es urgente que los poderes públi-

cos y privados orienten las investigaciones en tecnociencias procurando maximizar y extender los beneficios que resulten de sus hallazgos a la mayor parte de la población, minimizando los riesgos. Otra cuestión que se señala en este apartado es la desigualdad social que surge de los nuevos productos biotecnológicos, pues, sólo tienen acceso aquellas personas que cuentan con los suficientes recursos para poder obtenerlos o hacer uso de ellos. Los millones de pobres que hay en el mundo no podrán disfrutar de estos beneficios, precisamente por no contar con el dinero necesario para comprarlos. Estas desigualdades sociales profundizadas por las biotecnologías, han desmentido la ideología positivista que afirmaba que el desarrollo científico-tecnológico estaba encaminado a beneficiar a la humanidad, pues, en la realidad sólo se ve favorecida una parte de ella.

El tercero, examina los problemas morales que se presentan al final de la vida humana, causados por el surgimiento de las unidades de cuidados intensivos (UCIS), los trasplantes de órganos y tejidos, el nuevo concepto de muerte cerebral, las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) y las técnicas de soporte vital (svb), entre otros. En el centro de estas interrogantes se encuentra el tema de la autonomía de la persona, mediante la cual el ser humano puede decidir libre y conscientemente la manera más razonable de poner fin a su vida, en caso de que se le presenten enfermedades de carácter terminal. Las técnicas de soporte vital han puesto de manifiesto que pueden mantener la vida de manera indefinida, por lo que las personas tienen el derecho a decidir en qué momento deben suspenderse estas técnicas y dejar a la naturaleza que siga su curso. Estas nuevas técnicas vinieron a ampliar el campo de la responsabilidad humana, al considerar que el proceso de morir o de poner fin a la vida depende de nosotros mismos.

Espero que la lectura de estos textos promueva la meditación sobre ellos, como la necesidad de reformar aquellas

instituciones de educación superior que siguen promoviendo una educación positivista y neopositivista que no permite la interrelación entre las ciencias y las humanidades. Asimismo, promuevan la reflexión sobre el proceso de morir y ayuden a tomar nuestras propias decisiones sobre el mismo. No es la muerte la que nos debe preocupar, pues, con ella cesan todos los problemas humanos. Lo que realmente interesa es el proceso que conduce al final de nuestra existencia, proceso que puede ser muy doloroso y carente de sentido o puede vivirse con dignidad hasta el final de la vida.

Finalmente, es preciso decir que cada uno de los autores de estos artículos son responsables de sus contenidos.

1. LA INTERDISCIPLINARIEDAD DE LA BIOÉTICA

Patricia Patiño Bahena
Profesora-Investigadora, UAA

¿Cómo los seres humanos habrían de confrontar con sabiduría los problemas morales, las perplejidades y los retos que presenta la confluencia de los enormes cambios científicos y culturales, sin la bioética?

D. Callahan

1. El problema de la interdisciplinarietà



El desarrollo de la bioética ha transitado a través de distintos campos epistemológicos: filosofía, biología, ingeniería, antropología, medicina, psicología, sociología, tecnología y derecho, entre otros. Tratando con ello de poner en común distintos saberes ante las preguntas sobre la vida y la muerte, en esta época en la que la complejidad surgida por el desarrollo de la ciencia y la tecnología ha llegado a producir vida de muchas maneras.

La vida se produce, se prolonga y se amplía en sus posibilidades o sentidos, pero la incógnita ética subyace ante las opciones que técnicamente se ofrecen para interferirla, sea

en el tratamiento de la enfermedad, del dolor, del sufrimiento o de la muerte. Ante la incertidumbre, el riesgo y la falta de orientación se buscan respuestas transitando por caminos insospechados, más allá de los dogmas, tratando de resolver las nuevas problemáticas.

Los problemas de la vida y de la muerte, ante el incremento de sus posibilidades, han producido un panorama tan complejo para la sociedad, que se requiere de estudios multidisciplinarios para enfocar la pluralidad de sus repercusiones. En palabras de V. Camps, si “tenemos más opciones para escoger y somos más libres”, significa que la vida se ha vuelto mucho más compleja¹. Un ejemplo que ilustra esta situación la encontramos en el imperativo de modificar las condiciones de jubilación laboral, a nivel internacional, ante la prolongación del promedio de vida de los trabajadores.

Su misma problemática compleja y *trágica*, “porque cualquier respuesta que se le dé será insatisfactoria desde algún punto de vista”,² ha constituido a la bioética en un prototipo de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad. Sus problemas no pueden considerarse patrimonio de alguna disciplina en particular; de hecho, forma parte de los estudios académicos que se declaran insuficientes desde un solo enfoque profesional. Pero a pesar de ello, parece ser que su origen plural se expone a ser reducido cuando, desde alguna disciplina con tendencia positivista, se adjudica o apropia los contenidos, aludiendo discursos más de fuerza y poder político que de razón y de sentido, como bien menciona Camps, “los [viejos] anclajes corporativos de quienes administran la distribución del conocimiento, aun a la vista de las nuevas necesidades y de los errores cometidos, impiden tomar decisiones correctoras que den otro giro al desarrollo y a la transmisión del saber”.³

1 Camps, Victoria, *La voluntad de vivir*, Editorial Ariel, Barcelona, 2005, p. 13.

2 *Ibidem.*, p. 16

3 *Ibidem.*, p. 25.

En algunos momentos los primigenios deseos humanos de posesión y dominación se dejan sentir poniendo en riesgo el carácter epistemológico de la bioética; sin reconocer que, como disciplina contemporánea, su complejidad no responde a los paradigmas trabajados desde alguna ciencia en particular. Su estructura paradigmática, ampliada y multidimensional requiere de distintas perspectivas para su análisis y comprensión. Saberse partícipe de ella nos compromete a generar instancias institucionales y académicas que aborden las áreas interdisciplinarias o transdisciplinarias que competen a distintas facultades o departamentos.

Las instituciones requieren construir en sus estructuras académicas y administrativas espacios de reconocimiento de los estudios que abarcan distintas disciplinas, con la finalidad de fomentar y legitimar el trabajo colectivo, así como los conocimientos generados en forma grupal o de red.

Los estudios de la bioética son un acercamiento de distintos conocimientos, métodos, lenguajes y perspectivas que han relacionado a las ciencias tanto de la naturaleza como a las ciencias del espíritu. Dicotomía que, en su momento, Dilthey justificó distinguiendo a las ciencias según su método de trabajo: a las ciencias naturales como explicación causal – *erklären*– y a las ciencias del espíritu como comprensión del significado – *verstehen*–. La distinción epistemológica se expresa en el siglo xx como la especialización de las ciencias que aporta al saber de otros saberes y del servicio a la sociedad. Por ello, la interdisciplinariedad apunta a una ruptura epistemológica con esa modernidad de la individualidad, que nos ofreció una visión de dos culturas que existían en su propio espacio, con desconocimiento mutuo entre científicos y humanistas.

La falta de entendimiento recíproco creaba un abismo de vacío e incompreensión, con saberes desunidos, divididos y compartimentados ante problemas multidimensionales y globales. De ahí la paradoja del siglo xx, como lo plantea Edgar Morin:

con progresos gigantescos en todos los campos del conocimiento científico y tecnológico, y sin embargo, una “ceguera hacia los problemas globales, fundamentales y complejos, y esta ceguera ha generado innumerables errores e ilusiones, comenzando por los de los científicos, técnicos y especialistas”.⁴

El paradigma cientificista privilegiaba la objetividad y la sistematicidad aspirando a una neutralidad que lo distanciaba –y velaba–, de las inclinaciones y los intereses humanos, lo que atrofia la comprensión, la reflexión y la visión a largo plazo. Algunos pensadores que compartían esta visión, inconsciente o conscientemente, llegaron a proponer que las humanidades siguieran el camino certero de una ciencia; por ejemplo, M. Bunge proponía que si la filosofía aplicaba el método científico llegaría finalmente al estatus de ciencia, a través del quehacer de la filosofía de la ciencia.

El distanciamiento entre ciencias y humanidades ha tenido sus repercusiones en la visión de nuestros horizontes, negando la interdependencia de las disciplinas, así como su reciprocidad. Como caso ilustrativo, Amartya Sen analiza “el empobrecimiento de la economía del bienestar como resultado del distanciamiento que se ha producido entre la ética y la economía, y, en concreto, en la inadecuación de los criterios de evaluación empleados en la economía, especialmente en la moderna economía del bienestar.”⁵

Ante la visión de dos mundos que parecen no reconocerse mutuamente porque van por caminos distintos disminuyendo sus propias posibilidades, y ante la complejidad de los problemas globales, tenemos que sobreponer un horizonte común de interpretación, comprensión y explicación, ampliando y profundizando nuestra imagen del mundo para concebir el co-

4 Morín, Edgar, *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*, Correo de la UNESCO, México, 2001, p. 43.

5 Sen, Amartya, *Sobre ética y economía*, Editorial Conaculta-Alianza, México, 1989, p. 68.

nocimiento en su complejidad y multidimensionalidad, como un acercamiento dialógico entre el conocimiento cotidiano, el escolar, el científico y el humanista. Anteponiendo, finalmente, su génesis múltiple, como condición para la disposición al diálogo hermenéutico y a la transformación del imaginario colectivo.

En el ámbito filosófico, el distanciamiento también tiene sus consecuencias como fragmentación y abuso de la racionalidad, en la perspectiva del saber, desde la filosofía de la ciencia; reducción de la perspectiva antropológica y de la reflexibilidad, así como la pérdida del sentido ético ante los dilemas y el campo de la incertidumbre; lo que se vive cotidianamente como una fragmentación del individuo en su perspectiva cultural, ambiental y universal. Si no podemos aspirar, por la complejidad misma del conocimiento, a las visiones creativas de hombres del saber, como Leonardo da Vinci, Descartes o Galileo, sí podemos deconstruir esta dicotomía tradicional a través de un paradigma de la complejidad y la multidimensionalidad, desde un pensamiento policéntrico, en el que la interrelación de los distintos campos del saber se proyecte en la imagen holista del mundo.

II. Una epistemología interdisciplinar

Para comprender la tendencia o la constitución multidisciplinar necesitamos distinguir y clarificar algunos de sus conceptos básicos: por interdisciplina se entiende la confluencia e interacción de disciplinas diferentes, comprendiendo que una de ellas sirve de objeto a las otras; por ejemplo, la noción de valor tomada de la filosofía y utilizada por la pedagogía y la ecología.

En cambio, la transdisciplina representa la interrelación “que une orgánicamente aspectos de diversas disciplinas en relación con un objeto nuevo no abarcado por ninguna de ellas. Por ejemplo, el problema mente-cerebro, abarcado tanto

por la neurobiología, la psicología cognitiva y la filosofía de la mente”,⁶ según lo expone Rafael Aguilera.

Así, podemos decir que la multidisciplina es el resultado de las dos formas de relación posibles entre los distintos discursos académicos: interdisciplinar y transdisciplinar.

La relación o unión entre distintas disciplinas resulta siempre ambigua y problemática porque, como lo señala Aguilera, cada ciencia tiene su propio lenguaje y, por ello, sus lenguajes son mutuamente intraducibles y fuertemente diferenciales. Sin embargo, radicalizar esta posición nos llevaría a la incomunicación propia de un cientificismo especialista, que asume el privilegio o superioridad de ciertos saberes y niega la posibilidad de la multidisciplinariedad al simplificar los procesos multidimensionales.

La bioética, en tanto ciencia interdisciplinar, funciona epistemológicamente como símbolo y unión cultural, porque es un espacio de recíproca interacción que genera conocimientos y praxis para enfrentar problemas que implican a todas las especialidades porque son problemas que afectan los ciclos de la vida humana y su relación con la vida no humana y el medio ambiente, por lo que son, finalmente, problemas vitales.

Otros estudios ofrecen este espacio de coincidencia cultural, en el que no se renuncian o reducen a un tipo particular de conocimiento los estudios de género, que abordan el análisis de la estructura relacional entre mujeres y hombres en los diferentes ámbitos culturales. Por lo que sus contenidos competen a la filosofía, la antropología, la historia, la psicología, la política, la economía, la medicina y la sociología, entre otras muchas disciplinas. Plantear este tipo de estudios es dar paso a “un modo de conocimiento capaz de aprehender los

6 Aguilera P., Rafael, “El problema epistemológico de la interdisciplinariedad entre los distintos géneros de discurso” en Olvera, C. y Jiménez, M. (Comp. *La filosofía ex-puesta*, Ediciones Jayo, México, 2005, p. 37.

objetos en sus contextos, sus complejidades, sus conjuntos”,⁷ subrayando las relaciones e influencias recíprocas de la complejidad, lo que es vital para la lucidez humana.

Los estudios multidisciplinares no son la suma de disciplinas o perspectivas, sino la constitución de un horizonte de interacción para la generación de conocimientos en red. Por ello, es imperativo promover la interdisciplinariedad en los estudios académicos, generando instancias institucionales de reconocimiento del trabajo colectivo. No renunciando a ningún conocimiento teórico o práctico, sino integrando los distintos discursos para ofrecer soluciones mundiales a problemas globales. Como lo menciona Juliana González, constituir nuevas pautas de verdad y valor, cuestionando “las certidumbres básicas en que tradicionalmente se han afincado no sólo nuestros criterios morales, utilitaristas o no, sino nuestra idea de la naturaleza humana y de la propia naturaleza ética del hombre”.⁸

Las características epistemológicas de la interdisciplinariedad nos hablan de estudios plurales, abiertos, reflexivos, críticos, dialógicos y relativos. Características que representan teorías civilizadas y autocríticas que organizan conocimientos dispersos de las ciencias, abandonando con ello el paradigma moderno de la verdad, y dando lugar a la multidimensionalidad y a la controversia de los distintos fundamentos, esperando que cristalice el consenso y el consentimiento voluntario (no autoritario), desde un contexto que se vislumbra como democrático, laico, equitativo, de justicia social y desarrollo sustentable, en el que la participación colectiva presupone el cultivo personal de los valores de respeto, tolerancia y prudencia ante las discrepancias.

Abogamos por cubrir el vacío político en las instancias académicas para representar este tipo de teorías y contenidos.

7 Morín, *Op. cit.*, p. 14.

8 González Valenzuela, Juliana, *Genoma humano y dignidad humana*, Editorial Anthropos-UNAM, España, 2005, p. 49.

Haciendo evidente la necesidad de generar instancias interdisciplinarias que respondan a los trabajos de colaboración para evitar el riesgo de injusticia o empobrecimiento del conocimiento y de sus perspectivas, en un afán de apropiación y negación de los otros.

Referencias bibliográficas

- Aguilera P., Rafael, “El problema epistemológico de la interdisciplinaria entre los distintos géneros de discurso” en Olvera, C. y Jiménez, M. (Comp.), *La filosofía ex-puesta*, Ediciones Jayo, México, 2005.
- Camps, Victoria, *La voluntad de vivir*, Editorial Ariel, Barcelona, 2005.
- González Valenzuela, Juliana, *Genoma humano y dignidad humana*, Editorial Anthropos-UNAM, España, 2005.
- Morín, Edgar, *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*, Correo de la UNESCO, México, 2001.
- Sen, Amartya, *Sobre ética y economía*, Editorial CONACULTA-Alianza, México, 1989.

2. CIENCIA Y BIOÉTICA ANTE LA DESIGUALDAD SOCIAL

Adriana Alfieri Casalegno
Profesora Investigadora UAA

*Sólo la vida, en la cual yo estoy,
sabe por mí que existe.*
Manuel García Morente⁹

 Esta frase, leída hace ya varios años, fue como un relámpago que atravesara la noche de la conciencia. Inmediatamente surgió una duda, un cuestionamiento: ¿cómo?, ¿es posible que nosotros –seres a los que nos cuesta tanto ser conscientes de nosotros mismos y de nuestro entorno– seamos capaces de proporcionar a la vida la conciencia de su existencia? Según García Morente sí es posible, así es.

Más tarde, al discurso de ese autor se unió otro, una nueva frase, ahora de Fichte: “En una palabra, la naturaleza, en su totalidad, se hace consciente en mí...” Ante tal afirmación, la pregunta se concretó: ¿Será posible que, por un designio misterioso, los seres humanos seamos la conciencia de la vida? Si

9 M. García Morente, *Lecciones preliminares de Filosofía*, Porrúa, México, 1989, p. 285.

así fuera –a pesar de que la mayoría de las personas no tengan de ello la más mínima conciencia– ésta resultaría ser una de las tareas más importantes de todo ser humano, una misión cuya magnitud parece rebasarnos porque, entre otras cosas, no sabemos cómo hemos de realizarla, qué se espera de nosotros, cómo darle un apropiado cumplimiento.

Así las cosas, el tiempo transcurrió (y esas preguntas iban y venían) hasta que, en días pasados, fuera Schelling quien hiciera un nuevo llamamiento. En efecto, en *Metafísica y tragedia*, Crescenciano Grave expone algunas ideas de Schelling, uno de los grandes filósofos alemanes de la Modernidad, en las que vuelve a aparecer la misma idea, como se tratará de sintetizar en lo que sigue.

En la naturaleza –manifestación inmediata e inmanente de la actividad primordial que es el ser, principio consistente en pura voluntad que se objetiva– se identifican la producción y el producto. ¿Qué es lo que la naturaleza produce, es decir, cuáles son sus productos?, ¿cómo los produce? Respuestas que aparecen son: “Naturaleza” es el conjunto de formas inorgánicas y orgánicas, así como la propia actividad que las produce. “Naturaleza” fue, hasta el advenimiento del ser humano, incorporación de la libertad en la necesidad, lo mismo que producción ilimitada e inconsciente. Luego, con el paso del tiempo, la producción natural expulsó de su seno al hombre, el ser de la libertad, por mediación del cual la naturaleza toma conciencia de sí misma.

Pues bien, aun cuando resulte sumamente difícil explicar cómo es posible que el hombre sea la conciencia de la vida o de la naturaleza, y más todavía, explicar los supuestos metafísicos en los que se basa dicha afirmación, sí es posible mantener el hecho como una posibilidad, pues, hasta donde sabemos, nuestra conciencia es la más desarrollada –si la comparamos con la conciencia animal– y nuestra libertad,

aun cuando algunas veces nos pesa y otras veces se niega, es algo irrefutable.

Y aquí estamos: seres conscientes y libres producto de una ruptura que afanosamente tratamos de cerrar o de enmendar a través de la ciencia (nombre que da Schelling a la filosofía). Éste es el ser humano que aparece en Schelling y que no es tan difícil aceptar que sí nos describe: somos producto de una voluntad que nos trasciende, de una naturaleza que nos hizo libres y conscientes, traemos auestas alguna reminiscencia de esa voluntad, reflejamos parte de los instintos y pulsiones naturales, nos damos cuenta, recordamos, buscamos causas, hacemos ciencia y filosofamos, tenemos que encauzar nuestra libertad, actuamos, producimos... y entre más buscamos la reunificación de nuestra vida finita, fragmentada, escindida del ser y de la naturaleza, más conscientes somos (o estamos) de que nos vamos alejando de ellos, del hombre y de nosotros mismos. La vida humana resulta ser, así, una tragedia de la cual cada uno de nosotros somos actores.

La filosofía de Schelling y de varios otros autores retoma ese carácter dramático o trágico de la vida humana (que el arte expresa de manera incomparable en la poesía trágica) y logra profundizar en él a través de la reflexión sobre esta forma artística.

Pero, indudablemente, dejando de lado el arte se puede reflexionar también en el “drama”, en la “tragedia” humana: vital, real, patente, cotidiana, debida a lo que los humanos somos y lo que debemos o podemos ser, a nuestra conciencia e inconsciencia, a nuestra libertad y a la necesidad, a lo que hemos logrado saber y a todo lo que aún ignoramos, a lo que hacemos y producimos y a lo que dejamos de hacer y producir, a la forma como nos relacionamos con la naturaleza y con los demás seres humanos, al modo como concebimos el tiempo y el devenir –que nosotros alteramos inevitablemente– y a la responsabilidad que se deriva necesariamente de todo ello.

El pensamiento de la Modernidad trataba afanosamente de saber acerca del mundo y de comprender cómo era posible nuestro conocimiento; es decir, determinar si ese saber y ese conocimiento eran verdaderos. En los años posteriores, la filosofía ha seguido una dirección sumamente importante indagando en ese sentido. Sin embargo hoy, que no podemos dudar del inmenso incremento en el saber humano acerca de los fenómenos naturales (de las distintas objetivaciones que son los productos de la naturaleza) –aunque también somos conscientes de que nuestro saber está siempre sujeto al devenir y, por lo tanto, debe estarse revisando continuamente–, la preocupación y la ocupación humanas han tomado nuevos derroteros: se ha reconocido que nuestra condición tiene implicaciones éticas ineludibles, y que lo que hemos hecho y hacemos en la vida nos obliga a formular preguntas e intentar respuestas a la conducta que, como humanidad, mostramos en este momento histórico: para comprendernos mejor y encontrar algunas vías que nos permitan –si no una vuelta a la naturaleza y al ser– por lo menos una mejor forma de manifestar, en la actuación real y concreta, nuestro ser natural, espiritual, consciente y libre, y esa voluntad que es, según se ha dicho, el motor que ha iniciado todo el proceso del ser en el tiempo y que, presente todavía en nosotros, es nuestro impulso vital. Ya no se trata sólo de la conciencia que nos permite percatarnos de lo que acaece en el mundo y nos da cuenta de lo que ocurre en nuestro propio ser (la autoconciencia). La reflexión nos lleva al espíritu, y éste nos impele a desarrollar también la conciencia moral.

Pues bien, de acuerdo con las ideas expresadas antes, hoy tratamos el tema de la Ciencia y la Bioética ante la desigualdad social. Profundizar en ello nos llevaría muy lejos y ocuparía mucho tiempo y espacio, razón por la cual, en esta ocasión sólo se pretende apuntar algunas ideas.

Ante todo, el señalamiento de una cuestión terminológica y conceptual sobre la desigualdad. Este término indica variedad, diferenciación, distinción. Cada ser humano es único, distinto a cualquier otro que haya sido, sea hoy o venga a ser en la existencia; por lo tanto, cada ser humano es intransferible, incomparable, distinto, diferente, individuo, necesariamente desigual. A pesar de eso, o por encima de todas las pequeñas o grandes diferencias, se dice –y suele aceptarse de manera general– que los seres humanos somos todos iguales en dignidad. Siguiendo a Kant, se acepta que la estructura presente en todo ser racional (la subjetividad) es la misma en todos los seres humanos, de ahí que cualquiera de ellos, de nosotros, sea igualmente digno, valioso y, por ende, sujeto y objeto de los derechos o prerrogativas que, de manera breve, se compendian en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Estas prerrogativas, por lo menos en el documento y en el discurso, son las mismas para la totalidad de los seres humanos: nadie, por ningún motivo, puede ser privado de alguno de los derechos que los seres humanos hemos reconocido para nosotros. En la realidad, sin embargo, vemos que todos los días y por todas partes se producen violaciones a los derechos humanos, se olvida esa igual dignidad, se cometen o permiten distintos tipos de injusticias; se genera o tolera la injusticia social.

Síntoma de la flagrante injusticia social es la existencia de la tremenda pobreza económica, social y cultural que se manifiesta en, entre otros aspectos: el hambre y la desnutrición; la enfermedad y la muerte –que algunas veces serían evitables si no fuera porque muchos están constantemente expuestos a ellas debido a su vulnerabilidad–; la falta de equidad, es decir, la marginación, la segregación, la exclusión, etc., de la que tantos son objeto; la violencia en todas sus manifestaciones –sea cual sea el pretexto con el que trate de justificarse–; el que multitud de seres humanos estén sometidos a condi-

ciones de trabajo insalubres y agobiantes; la falta de acceso a la educación y, en general, al patrimonio cultural que nos une y humaniza; el despojo de bienes naturales que son patrimonio y responsabilidad de todos, por decir algo, de aire y agua no contaminados, de especies animales y vegetales que se extinguen por la alteración del medio ambiente, etc.; y, ciertamente, el que todos estemos expuestos a la visión económica que instrumentaliza al hombre: para que produzca sin cesar, y sin cesar compita, para que consuma y no piense, para que se mantenga ajeno a sí mismo y al otro, vea con naturalidad lo que ocurre y no debería suceder y, en pocas palabras, para que sea un enajenado objeto de los juegos de poder de unos cuantos.

La Ética –en sus diferentes ramas– y, particularmente, la Bioética, son los medios a través de los cuales algunas personas dan curso a su malestar: se rebelan, denuncian, anuncian, instruyen, sugieren cambios, alertan sobre posibles consecuencias, tratan, en fin, de frenar la inercia que envuelve la vida humana y no humana de estos tiempos. La desigualdad en este mundo es la constante, lo que hace falta es instaurar la justicia en medio de la realidad de la diferencia.

Esto representa la evolución de la conciencia que, del saber sobre el mundo y sobre sí –cosa que se ha hecho suficientemente y bien, aunque todavía puede ir más allá–, ahora busca vías de incidir en el desarrollo de la ciencia y en los productos de la inigualable capacidad productiva del hombre: la tecnología, respecto a la que lo mismo se vierten los más entusiastas encomios como se dirigen las acusaciones más graves. Porque, ciertamente, ante nuestra conciencia no todo aparece con igual valor: hay acciones y aplicaciones de la ciencia que consideramos buenas –positivas, correctas, constructivas; y hay otras acciones y aplicaciones que no podemos ver de otra manera que malas, negativas, destructivas o incorrectas–. Al valorar la vida o la naturaleza, difícilmente podemos predicar

lo anterior de la actividad natural que produce y de los productos en que se objetiva. Esto no impide que nosotros tratemos de adueñarnos de ellos por medio del conocimiento y, a través de nuestra actividad, de modificarlos, de suprimir algunos, y todo con el fin de lograr algún tipo de bienestar, de satisfacer nuestras necesidades o, simplemente, nuestro gusto y el deseo de cambio.

Pero no todos estos cambios han resultado benéficos –como lo muestra la historia– y, por lo mismo, nuestra conciencia ha tenido que ir desarrollando una cierta sensibilidad también hacia lo que, como humanos, podemos hacer y efectivamente hacemos. La incipiente conciencia moral de los productos naturales, libres y dotados de voluntad que somos los seres humanos, ha sido exigida por el devenir histórico, pero, sin duda, nunca tanto como ahora que, ante el enorme desarrollo científico tecnológico, muestra su precariedad.

En este sentido, y ante la multiplicidad de textos y foros donde se exponen y discuten los retos que se presentan a la conciencia moral de la humanidad para que haya más justicia, para que las sociedades, las relaciones y los propios humanos se humanicen, para que el supuesto o real desarrollo tecnológico no se revierta contra la vida, etc., hay cuestionamientos inevitables; dos, en particular: en primer lugar, es posible preguntarse si las reflexiones y los discursos no estarán teñidos de cierto angelismo (defecto que encontraba Maritain en Descartes), pues no debemos olvidar las pasiones humanas ni nuestros atavismos naturales y culturales: somos depredadores, luchamos por el territorio, defendemos lo nuestro, nos apegamos a los rasgos de nuestras tradiciones, las diferencias culturales no nos permiten determinar un patrón universal de progreso, riqueza, conducta, ética y, sin embargo, dondequiera aparecen intentos por imponerlo. La segunda cuestión, relacionada con la anterior, tiene que ver, precisamente, con la justicia y con la acción justa: se deben considerar las diferen-

cias sociales y culturales de los distintos grupos humanos, sus necesidades reales y sus necesidades sentidas y, en general, aquello que habría que poner a su alcance y que significaría un auténtico factor de progreso y un beneficio real.

Ahora que, si se habla de progreso, ¿cómo negar el que ha significado el desarrollo científico?, ¿cómo negar que la tecnología pudo contrarrestar los vaticinios de Malthus (1798) y del Club de Roma (1972)? Fernández Rañada asegura que, ante los problemas actuales del mundo y ante los que se vislumbran para el porvenir, no hacen falta menos sino más ciencia y tecnología, y sus argumentos son bastante convincentes. Hoy aparece un nuevo vaticinio (y tal vez sea acertado): que, en 2030, para sustentar las necesidades de la humanidad, harán falta los recursos de un planeta igual a la Tierra (aunque sin habitantes, claro). ¿Cómo enfrentarlo sin ciencia y sin tecnología?

El sistema ciencia-tecnología, dice también Fernández-Rañada, “es un sistema inmensamente poderoso; como ocurre con todo poder, debe usarse con madurez. Y para ello, no hay más remedio que alcanzar un nivel más alto de responsabilidad”.¹⁰

Para terminar estas reflexiones y no dejar el presente como uno más de los acostumbrados y bien o malintencionados discursos, a continuación se presentan algunas sugerencias, a manera de conclusión:

1. A Einstein se le atribuye una frase muy interesante: “Loco es aquel que pretende obtener resultados diferentes haciendo lo mismo”. Por lo tanto, una primera sugerencia sería buscar otros medios, nuevos caminos.
2. Uno de estos medios, insoslayable, es el establecimiento de un criterio de valoración que pudiera

10 Fernández Rañada, A., *Los muchos rostros de la ciencia*, FCE-SEP-CONACE-SEP-CONACYT, México, 2003, p. 132.

universalizarse y que, al mismo tiempo, respetara y hasta promoviera las diferencias. En este sentido, parece apropiado –aunque no exento de dificultades– un criterio que Fromm adjudica al carácter biófilo del doctor Albert Schwitzer: “Todo lo que alienta, nutre y embellece la vida es bueno, todo lo que la afea, mutila y apaga es malo”.

3. Para probar la validez de este criterio –o de uno semejante– habrá que ponerlo en relación con todo cuanto se hace en ciencia y tecnología; pero también en otros ámbitos y niveles: desde la familia y la escuela hasta el Estado, los gobiernos de las naciones y las relaciones internacionales.
4. Relacionada con lo anterior, la siguiente propuesta es mantener la objetividad cuanto sea posible: reconocer méritos y logros donde los haya, evitar la negatividad y el catastrofismo y, al mismo tiempo, aceptar con humildad que no todo puede hacerse y hacerse bien: los efectos colaterales negativos no son siempre evitables, algún deterioro o cierta destrucción son ineludibles... sea que lo queramos o no.
5. La última propuesta es un poco utópica, difícil, aunque no imposible de realizar. Se requiere emplear la imaginación, desarrollarla, dejar que sea consejera de la razón. Si cada día en el mundo hubiera un hambriento menos; una persona menos sola, menos triste o más acompañada y apoyada; una muerte humana evitable que de verdad se evitara; y la ignorancia de una persona transformada en conocimiento y comprensión, en saber, por sólo mencionar algunas de las situaciones más comunes en nuestro mundo, que urgen por una respuesta de parte de la conciencia humana, alguna diferencia –aunque imperceptible– se estaría haciendo. Ahora bien, si todo aquel que

podiera se ocupara del hambre, la salud, la educación y, en general, del bienestar de otro ser humano necesitado, la diferencia crecería exponencialmente: no se trataría de un solo ser humano sino de cientos, de miles.

¿Por qué no se hace, si se dice tan fácil? En primer lugar, tal vez sea que nos desanimamos ante la magnitud de las carencias: son tantos los necesitados de tantas cosas, que renunciamos a hacer el intento. Por otra parte, siempre tenemos a mano la frase que nos justifica: “para eso está el gobierno”, “la gente se aprovecha del que se muestra bondadoso”, “nadie reconoce ni agradece”, “no tengo tiempo”, “me debo a mi familia, pues ya se sabe que *la caridad empieza en casa*”, “las organizaciones religiosas y filantrópicas se encargan, ellos saben cómo hacerlo y quién realmente necesita” ... Y, al final, cada uno de nosotros terminamos haciendo poco o nada.

La ciencia y la tecnología pueden hacer cambios importantes, grandes aportaciones a la vida humana: mejores si están dirigidas por la ética y la bioética. Pero, claro, ni aquellas ni éstas pueden nada que no pase antes por la voluntad, la libertad y la conciencia del ser que libremente las produce y desarrolla.

Quién sabe si el ser humano sea la conciencia de la vida o de la naturaleza, aunque sí es el ser más consciente de la naturaleza. Con todo, hay que aceptar que todavía tiene una pobre conciencia y que es urgente desarrollarla mucho más. Sólo así encontrarán eco las siguientes palabras de Fernández-Rañada:

[...] el examen de los problemas del mundo indica bien a las claras que la ciencia sólo podrá resolverlos si se alía con otras acciones sociales, ya que la justicia y la solidaridad, que no se construyen con razonamientos científicos, son

condiciones necesarias para que las soluciones científicas funcionen.¹¹

Referencias bibliográficas

Fernández Rañada, A., *Los muchos rostros de la ciencia*, FCE-SEP-CONACE-SEP.CONACYT, México, 2003.

García Morente, M., *Lecciones preliminares de Filosofía*, Porrúa, México, 1989.

11 *Ibidem*, p. 141.

3. DILEMAS BIOÉTICOS DE LA GERONTOLOGÍA

Jesús Alberto Islas Ramírez
Academia Nacional Mexicana de Bioética,
“Capítulo Puebla, A.C.”



El proceso de envejecimiento de la población es una situación nueva provocada por los descubrimientos científicos y tecnológicos. El incremento en la esperanza de vida da lugar a nuevos parámetros sociales, políticos y económicos que plantean nuevas cuestiones y generan iniciativas que tienen como base la reflexión ética y antropológica.

El momento en que empieza la vejez y su definición varía según las épocas y los lugares. No es un hecho estadístico, entendámosla de inicio como la prolongación o la conclusión de un proceso; pero, ¿en qué consiste ese proceso?, ¿qué es envejecer? Para estas preguntas, la primera respuesta sería que la ley de la vida es cambiar y que lo que caracteriza al envejecimiento es cierto tipo de cambio progresivo, irreversible y desfavorable la mayoría de las veces; es decir, una declinación, que está ligada al paso del tiempo y que se vuelve perceptible después de la madurez y que termina invariablemente con la muerte. Pero antes de esta conclusión quisiera preguntar,

¿qué significa desfavorable?, ¿qué debemos entender por madurez?, ¿es la muerte el final? Sí, preguntas y más preguntas, cuyas respuestas generan nuevos cuestionamientos.¹²

La consecuencia inevitable del envejecimiento es el incremento de la población de ancianos, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y un grado mayor de discapacidad, que en conjunto se traduce en un importante aumento en el costo de la atención, tanto en el ámbito individual y familiar, pero principalmente social, ya que se considera que este proceso impacta sensiblemente sobre diversos factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades. Este fenómeno y sus consecuencias no es preocupación exclusiva de los países desarrollados, ya que las sociedades envejecidas están apareciendo gradualmente por todos los rincones del mundo.¹³

En nuestra sociedad, la atención de los ancianos ya representa y representará en los próximos años uno de los mayores retos para los servicios de salud y el sistema económico, ya que este grupo utiliza con una frecuencia cuatro veces más que el resto de la población los servicios de salud; se ha observado además un notable incremento en el porcentaje de egresos hospitalarios que corresponden a los mayores de 65 años, ya que pasó de 8.3 % en 1993 a 12 % en 1999, contribuyendo con el 43 % de la mortalidad intrahospitalaria.¹⁴

12 Simone de Beauvoir, *La Vejez*, Editorial Hermes, 1983, México.

13 Secretaría de Salud, "Programa de Acción: Atención al Envejecimiento", en Programa Nacional de Salud, México 2001-2006; y Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Adulto y Anciano. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Atención al Adulto y Anciano, 1999, México, pp. 1-36.

14 Aída Borges-Yáñez *et al.*, "Utilización de los servicios hospitalarios por la población anciana en la Ciudad de México", *Revista Salud Pública*, vol. 38, núm. 6, 1996, México, pp. 475-486, sitio web <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5960>.

¿Quiénes son los adultos mayores? Son seres humanos, a menudo muchas veces mayores de ochenta años, a los que se clasifica en un colectivo convertido en objetivo “de discriminación y exclusión”, los ancianos; sin embargo, son personas que desean que se escuche su voz y que se afronten sus problemas específicos; que no quieren ser consideradas únicamente seres que han llegado al ocaso de su vida, porque ser anciano implica haber vivido una prolongada existencia y encontrarse al final de un largo viaje, quizá demasiado difícil y cansado.¹⁵

La vejez, la longevidad, no se deben mirar como un problema, sino como una oportunidad y un desafío. Un desafío para todos: para la persona que envejece, para su familia y para la sociedad. No debemos preguntarnos solamente por los problemas y deficiencias del envejecimiento y de la vejez. El envejecimiento desde el nacimiento (exactamente desde la concepción) hasta el morir es desarrollo. Y debemos preocuparnos por abrir nuestros ojos e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas viejas, incluyendo capacidades y nuevas potencialidades. Seguramente encontraremos novedosas perspectivas, inclusive en el grupo de las personas más frágiles y discapacitadas.⁶

El concepto de calidad de vida parte de la necesidad de proteger al hombre, y para lograrlo se trata de establecer cuáles son las mejores condiciones para su vida. Esto lleva implícito protegerlo de todo cuanto pueda dañarlo: cuidar el medio ambiente donde vive, de los demás hombres y de él mismo, por desconocer o no priorizar todo lo que asegura su salud, bienestar y sobrevivencia.

La calidad de vida en este siglo equivale a la calidad de nuestro envejecimiento, el que es elegible en la medida en que

15 Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento*. 2001. Sitio web <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>.

elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos. Es el resultado de una combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potencialidades: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política) que interactúan con él; el aspecto subjetivo está dado por la mayor o menor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. Por lo tanto, la calidad de vida en el anciano, no sólo debe entenderse como un concepto físico y económico sino que debe tener en cuenta un proyecto de vida global.¹⁶

Punto de partida para entender la nueva moral médica es la genealogía de la bioética, en la cual se entrelazan tres principales hechos: la catástrofe ecológica, la revolución biológica y la medicalización de la vida.

La economización de la medicina no ha hecho sino crecer, y con ella se replantea el problema de la justicia distributiva en la política sanitaria. Las tres principales doctrinas de la justicia social –igualitaria, liberal y redistribucionista– compiten en la fundamentación moral de los sistemas alternativos de acceso a la salud: socializado, liberal y mixto. En cualquier caso, la justificación del derecho a la salud mediante el principio de justicia y equidad es otra conquista de la bioética, junto a la introducción del agente moral por el principio de autonomía, y la valoración de la vida humana con el principio de utilidad

16 Reyes Carmejo, Teresa, Eduardo Triana Álvarez, Neyda Matos Pérez, José Ramón Acosta, "Salud en la tercera edad y calidad de vida", Centro Gerontológico Colón. La Habana, Cuba, en *Silo Tips*, enero 28, 2017, <https://silo.tips/download/salud-en-la-tercera-edad-y-calidad-de-vida#>; y María Victoria Roqué Sánchez y Javier Pérez Guerrero, "Bioética geriátrica", en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 12, núm. 1, 2002, pp. 26-30, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=261112>.

o beneficio. Los tres megaproblemas de la medicina posmoderna: costos, responsabilidad y calidad en la atención de la salud, tienen así una respuesta, o al menos un planteamiento sistemático, desde el nuevo orden bioético.⁸

Efectivamente, el aumento en la esperanza de vida, unido al importante desarrollo tecnológico que lo hace posible, ha originado un incremento en la demanda de los servicios sanitarios y asistenciales de larga duración, contribuyendo a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y minusvalías. A este fenómeno se le ha llamado, no sin ironía, el fracaso del éxito.

Al médico, llevado por un optimismo prometeico, se le ha enseñado a curar, pero no se le ha enseñado a cuidar ni a practicar medidas preventivas, de rehabilitación y de asistencia primaria; las facultades no contemplan en sus proyectos curriculares la asignatura de geriatría, las plazas de médicos geriatras no se promocionan, tampoco existe un Plan Gerontológico que integre y racionalice los servicios sanitarios.¹⁷ El viejo es social y laboralmente no necesario, pero financieramente imprescindible. El anciano no es productor, se considera como un ser totalmente consumidor.¹⁸

Hay tres hechos relevantes en un planteamiento ético en torno a la vejez y el envejecimiento. El primero es de naturaleza demográfica. En todos los países del mundo, la proporción de adultos mayores, y especialmente de viejos, ha aumentado en los últimos decenios. Se espera, asimismo, que haya una convivencia intergeneracional de un tipo hasta ahora inédito: muy jóvenes convivirán con muy ancianos. El segundo, conexo con lo anterior, la longevidad se acompañará de una demanda de servicios en las edades finales de la vida de proporciones sin precedentes. La compresión de la morbilidad esperable hará

17 Margil Gómez, Miguel, "Bioética y ancianidad". <http://www.msc.es/insalud/hospitales/sanjorge/r3/bioetica>. (Acceso, 14 de mayo de 2002).

18 Beauvoir, Simone de, *Op. cit.*

necesarias decisiones sobre provisión de ayuda y sobre las formas que deberá asumir la organización social para proveer estas necesidades.

Finalmente, en un clima de progresiva conciencia de los derechos de grupos de opinión y de presión, se ha llegado a un “mosaicismo social”: cada minoría aboga por sus derechos, delimitándose de otras y logrando su nicho en el cuerpo social, a veces combativamente. La paradójica ambigüedad en que se encuentra la ancianidad es que su carácter más acusado es la dependencia y el desvalimiento, lo que lleva a plantear el tema del reconocimiento de sus derechos y después de la defensa de los mismos.¹⁹

Se ha producido una medicalización de la vejez por lo que la sociedad delega en la medicina la responsabilidad en la calidad de vida a la que se pueda acceder en los últimos años. Estamos reclamando una medicina de intervención sin darnos cuenta de la importancia que tiene a esta edad la calidad del cuidado y no tanto la cantidad de medios puestos al alcance del anciano. Es preciso una ética del cuidado y no de la curación, en la que se contemplen todos los aspectos de prevención, anticipación y previsión de los daños. Por ello, una ética del cuidado no se fundamenta tanto en una ética que apele al principio de no-maleficencia sino al de la beneficencia. Es decir, una ética del cuidado de máximos (beneficencia) y no de mínimos (no-maleficencia). Difícilmente podremos ser beneficiarios si ponemos todos los medios técnicos de la medicina al alcance del anciano, pero no utilizamos los medios humanos, es decir la cercanía y el cariño. Podemos ser maleficientes aun siendo eficientes.²⁰

19 Lolas Stpeke, Fernando, “Bioética y Vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico”, Universidad de Chile, Chile, 2000, https://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_02.pdf.

20 Marigil Gómez, *Op. cit.*

Los dilemas éticos fundamentales que se plantean con respecto a la atención al anciano son los siguientes:²¹

1. El respeto a su dignidad. La conciencia de la sociedad respecto a los derechos del anciano es muy limitada, existe la tendencia de discriminar a las personas, y en los ancianos es una amenaza constante, que generalmente es un factor determinante para no proporcionar todos los servicios a que tiene derecho un anciano.
2. La beneficencia y la no maleficencia. Debe fundamentarse en una actuación profesional buscando el bien del anciano, respondiendo a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, confrontando las exigencias sociales del momento; ante estos hechos, debemos considerar que la no maleficencia se fundamenta en la defensa al anciano del abuso y malos tratos, pero ante todo del actuar negligente, el que parece ser más frecuente cada día en los entornos familiares, residencias de ancianos, pero sobre todo en los integrantes del equipo de salud, porque la necesidad vital, fundamental del anciano demanda que se haga todo lo necesario para el mantenimiento de su autoestima y continúe o al menos no disminuya su vida de relación con los demás.
3. El respeto por su autonomía y su derecho a decidir. Hay una serie de situaciones vitales en relación con el anciano, que suscitan la pregunta con respecto a su capacidad para tomar decisiones. La pregunta es cómo estar seguros que los deseos del anciano competente son respetados, que los intereses de los

21 Roqué, *Op. cit.*; y Franca-Tarragó, Ómar, *Ética y asistencia al anciano*, Universidad Católica de Chile, Chile, 1996, p. 14.

- incompetentes son protegidos y que las determinaciones de incompetencia se hacen de forma responsable.
4. La verdad y la discreción. Al anciano con capacidad para tomar decisiones y a sus familiares se les debe proporcionar información verdadera, progresiva, sin contradicciones, accesible y, desde luego, oportuna, es decir en el momento idóneo, sin olvidar el respeto de silencio sobre aquellas confidencias hechas por el anciano.
 5. La distribución justa de recursos para atenderlo. No menos acuciantes desde el punto de vista ético, son los dilemas que tienen que ver con la escasez de recursos y la inutilidad que la aplicación de algunos tratamientos sofisticados tiene para determinadas condiciones de salud del anciano. Somos optimistas en el propósito de prevenir las enfermedades crónicas y las discapacidades correspondientes, que sobrevienen por la edad, pensamos que, con una adecuada atención preventiva con base en el deporte, vida y dieta sana, las enfermedades crónicas podrían limitarse; sin embargo, hemos encontrado que las claudicaciones sobrevienen rápidamente. Estos supuestos, aunque valgan para un cierto número de gente, no resuelven los problemas particulares de las enfermedades crónicas de los ancianos.
 6. La investigación. Debe tener los mismos requisitos éticos que la investigación clínica en general. Nos remitimos pues a lo dicho sobre esto en otras oportunidades. Quizá convenga repetir, sin embargo, que sólo se justifica una investigación hecha con ancianos si no existe ninguna otra posibilidad para conocer un hecho biológico o psicológico característico de la vejez, que observarlo en ellos mismos.

7. La ética del morir y la eutanasia. Este punto quiero dejarlo planteado sólo como un problema real y cuyo análisis nos llevaría por sí solo una revisión extensa, porque es indudable que el profesional de la salud tiene que interiorizarse muy profundamente en los enfoques bioéticos de estos dilemas tan cruciales en la etapa final de la vida del anciano.

El envejecimiento como fenómeno biológico, psicosocial e histórico tiene, sin duda, aspectos específicos en cuanto a los problemas morales que plantea, en tanto la actividad del individuo senescente expresa una búsqueda de su autoafirmación que puede o no corresponderse con lo que el grupo social al que pertenece espera de él, y que a su vez no siempre está bien definido, debido a que las normas morales que como conjunto están vigentes para una generación, a menudo no corresponden exactamente a las que prescribe en la siguiente. En la discusión sobre la vejez encuentran lugar tanto el hábito y la costumbre como el carácter moral debido a ello.

Como puntos de análisis para la atención del anciano pudieran considerarse los siguientes:

La relación anciano-anciano. En esta relación se generan conflictos que parten de la rigidez de criterios propia de este período de la existencia, ya sea que la posición del individuo en cuestión esté a favor o en contra de las costumbres vigentes.

La relación anciano-grupo social. Ésta ha variado a través de la historia, desde la reverencia propia de las culturas más antiguas en las que la tradición oral confería al anciano un papel de elemento indispensable para la conservación de la identidad del grupo humano, hasta la concepción del individuo mayor como consumidor no productivo al que es necesario eliminar, hecho característico en algunos grupos de esquimales.

La relación anciano-familia. Aparecen elementos que se introducen a partir de las diferencias intergeneracionales en las que se entremezclan elementos afectivos que, positivos o negativos, matizan la relación en cada caso y van desde la sobreprotección hasta el maltrato y la franca violencia que dan lugar a violaciones de la ética que puede tener influencia determinante en la salud del anciano.

La relación anciano-trabajadores de la salud. Se ha considerado al paciente adulto mayor como individuo débil, en ocasiones indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes que lo hacen dependiente de los demás; surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que ofrecen aristas particulares y colocan al trabajador de la salud que brinda sus servicios a personas de este grupo ante algunos problemas cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de la especialidad. Su carencia plantea para el médico nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud al anciano.²²

A manera de conclusiones, quisiera proponer las siguientes ideas:

1. La puesta en práctica de un abordaje médico equilibrado, donde se incluyan los fenómenos demográficos, el proceso de envejecimiento, los avances científicos y los aspectos éticos; esto debe resultar en el respeto a la integridad individual y social del anciano.²³
2. Que las sociedades que supra-valoran la eficiencia, la juventud y la cultura del cuerpo acaban por ser especialmente insensibles para ponderar los profundos

22 Couso-Seoane, Clemente, Maribel Zamora Anglada, Ileana Purón Iglesias, Inés Aurora del Pino Boytel, "La bioética y los problemas del adulto mayor". Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cuba. 2002, <https://acervo.portaldoenvelhecimento.com.br/artigos/maio2007/bioetica.pdf>.

23 Mercado R., Cristian, "Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas", en *Acta Bioética*, 2001, año VII, núm. 1, pp. 129-41.

valores de humanidad y de experiencia presentes en la ancianidad.

3. La comprensión que una sociedad muestra hacia el anciano es un indicador muy sensible, sobre el grado de mayoría de edad de esa sociedad, así como de su capacidad de *con-sentir* y de *com-padecer*.
4. Si nuestra sociedad no es generosa con sus ancianos, ¿con quién y por qué hay que ser generoso?

Referencias bibliográficas

Aída Borges-Yáñez *et al.*, “Utilización de los servicios hospitalarios por la población anciana en la Ciudad de México”, *Revista Salud Pública*, vol. 38, núm. 6, 1996, México, pp. 475-486, sitio web <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5960>.

Beauvoir Simone de, *La Vejez*, Editorial Hermes, 1983, México.
Couso-Seoane, Clemente, Maribel Zamora Anglada, Ileana Purón Iglesias, Inés Aurora del Pino Boytel, “La bioética y los problemas del adulto mayor”. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cuba. 2002, <https://acervo.portaldoenvelhecimento.com.br/artigos/maio2007/bioetica.pdf>.

Franca-Tarragó, Omar, *Ética y asistencia al anciano*, Universidad Católica de Chile, Chile, 1996.

Lolas Stpeke, Fernando, “Bioética y Vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico”, Universidad de Chile, Chile, 2000, https://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_02.pdf.

Margil Gómez, Miguel, “Bioética y ancianidad”. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital “San Jorge”, Madrid, 2000. <http://www.msc.es/insalud/hospitales/sanjorge/r3/bioetica>.

- Mercado R., Cristian, “Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas”, en *Acta Bioética*, 2001. Año VII, núm. 1, pp. 129-41.
- Reyes Carnejo, Teresa, Eduardo Triana Álvarez, Neyda Matos Pérez, José Ramón Acosta, “Salud en la tercera edad y calidad de vida”, Centro Gerontológico Colón. La Habana, Cuba, en Silo Tips, enero 28, 2017, <https://silo.tips/download/salud-en-la-tercera-edad-y-calidad-de-vida#>.
- Roqué Sánchez María Victoria y Javier Pérez Guerrero, “Bioética geriátrica”, en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 12, núm. 1, 2002, pp. 26-30.
- Secretaría de Salud, “Programa de Acción: Atención al Envejecimiento”, en Programa Nacional de Salud, México 2001-2006; y Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Adulto y Anciano. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Atención al Adulto y Anciano, 1999, México.
- Zamora Anglada, Maribel, Ileana Purón Iglesias, Inés Aurora del Pino Boytel, “La bioética y los problemas del adulto mayor”. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cuba. 2002, <https://acervo.portaldoenvelhecimento.com.br/artigos/maio2007/bioetica.pdf>.

4. *LIVING WILL* O TESTAMENTO DE VIDA Y LA TUTELA AUTODESIGNADA*

Moisés Rodríguez Santillán
Profesor-Investigador, UAA

 ara comentar un poco sobre el derecho y el proceso del final de la vida, me permití seleccionar como tema el *Living Will* o llamado “Testamento de Vida”, que se ha desarrollado en los Estados Unidos, pero que se relaciona con otras disposiciones de voluntad anticipadas, como pueden ser la autotutela o el poder otorgado por una persona capaz para cuando devenga incapaz, o la disposición para el tratamiento de una enfermedad terminal, o para la donación de órganos y tejidos. Me limitaré a la tutela autodesignada.

El Derecho, dentro de la Bioética, tiene por objeto al hombre; le concierne cuanto afecte a su vida y condición desde sus más íntimas y específicas funciones: reproducción artificial, madres de alquiler, manipulación de genes, embriones y fetos humanos, trasplante de órganos, entre otros. Le incumbe también la pertinencia de admitir normas que conculcan el derecho a la vida y producen la muerte, ya sea en su inicio con el tratamiento genético o con el aborto, pero también debe ocuparse de la calidad de vida del individuo y de las colectividades; establecer normas para la incapacidad de las personas

y para atender el final de su vida; el derecho a rechazar un tratamiento médico o admitir el derecho a la muerte, evitando ensañamientos terapéuticos. En una palabra, de cuantos fenómenos con trascendencia jurídica tienen que ver con la vida y con la calidad de vida en la salud del hombre, y en medio de todo esto, al Derecho, dentro de la Bioética, también le incumbe analizar el llamado Testamento de Vida, en relación con otras disposiciones para el supuesto en que sobrevenga la propia incapacidad.

De alguna manera el *Living Will* o Testamento de Vida es un antecedente para las disposiciones de voluntad anticipadas que ya se regulan en España, Alemania y en México se comenzaron a aprobar las primeras leyes de voluntades anticipadas, como en el Distrito Federal, actual Ciudad de México, que fue aprobada el 7 de enero de 2008.²⁴ En ese mismo año, julio de 2008, el estado de Coahuila aprobó su ley de voluntades anticipadas²⁵ y, a partir de esta fecha, comenzaron otras entidades federativas con sus respectivas legislaciones en esta materia.

El *Living Will* o Testamento Vital surgió con el derecho anglosajón de los Estados Unidos de América²⁶ como un instrumento de protección de médicos y hospitales para hacer frente a la gran cantidad de demandas promovidas en su contra por pacientes o familiares de éstos con motivo del empleo de tratamientos médicos o quirúrgicos que han generado trastornos físicos o la muerte del paciente. El *Living Will* es un instrumento jurídico que busca deslindar de responsabilidades al médico en el ejercicio de su profesión ante decisiones médicas que pueden dar motivo a una reclamación;

24 *Ley de voluntad anticipada del Distrito Federal*, publicada en la *Gaceta Oficial* el 7 de enero de 2008.

25 *Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila*, publicada en el *Diario Oficial* el 18 de julio de 2008.

26 *Patient Self-Determination Act* (Ley de Autodeterminación del Paciente). Esta ley la aprobó el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica en 1990 y entró en vigor el 1 de diciembre de 1991.

esta figura ya es regulada en cuarenta y ocho estados de la Unión Americana. Traducido al español, *Living Will* significa “testamento entre vivos”, lo que conforme a nuestra cultura jurídica, que es la romano-germánica, resulta ser un contra-sentido, pues es de esencia del testamento que sus efectos se desplieguen a partir de la muerte del testador, en tanto se ha definido desde el antiguo derecho romano como “una disposición de los bienes para después de la muerte”,²⁷ lo que no sucede con el también llamado “Testamento Biológico” en donde sus efectos se producen antes del fallecimiento, cuando el otorgante deviene enfermo y en estado terminal. No obstante, este término de testamento de vida también se ha popularizado en algunos países de Europa y América. En esa razón, algunos autores han propuesto no emplear ese término, sino el de “disposiciones vitales”, aunque el mismo no es realmente el apropiado. Por ejemplo, el alemán Christian Hertel propuso el de Disposiciones y Estipulaciones para la propia Incapacidad²⁸ y la jurista mexicana Ingrid Brena Sesma sugirió el de Manifestaciones Anticipadas de Voluntad.²⁹

En el Estado de Oregon, fue votada y aprobada en noviembre de 1997 una ley con el nombre de *Ley de Muerte con Dignidad* la cual establece características para los testamentos de vida, ordenamiento que establece lo siguiente: “Un adulto capaz, residente en el Estado de Oregon, cuya enfermedad haya sido determinada terminal por su médico y un consultan-

27 Ulpiano definió el testamento como *la justa decisión de nuestra mente y realizada solemnemente para que produzca efecto después de nuestra muerte*. Tituli ex corpore Ulpiani 4 y su discípulo Modestino lo definió como *la justa expresión de nuestra voluntad, respecto a lo que cada cual quiere que se haga después de su muerte*. *Digesto*, 28,1.1.

28 Hertel, Christian, “Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad: Derecho alemán”. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-colegio-notarios/article/view/21573/19228>. Consultado 4/enero/2007.

29 Brena Sesma, Ingrid, *Revista Eutanasia hacia una muerte digna*, México, Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, julio, 2008, p. 83.

te y exprese voluntariamente su deseo de morir, puede hacer un escrito requiriendo medicación para el propósito de poner fin a su vida conforme a lo que establece la ley”. Washington, en 2008, fue el segundo estado de la Unión Americana que legisló la ley de muerte asistida muy similar a la de Oregon.

La legislación es explícita y minuciosa respecto al procedimiento a seguir en la legalidad del *living will*; los presuntos ejecutores de la muerte del paciente deben llenar importantes requisitos como lo son la comprobación del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad terminal, consultando con todo aquel que pueda dar una opinión responsable; la capacidad del enfermo que hace la solicitud y comprobación de que es hecha por su libre voluntad; la obligación de informar al paciente en forma amplia y completa el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad y las consecuencias previsibles ante la ausencia de medicación, así como la alternativa de recibir cuidados apropiados y el control del dolor, etcétera; de tal manera que si lo desea, el requirente considere su petición o la retire.

Respecto a la forma, no hay solemnidad, basta la presencia de dos testigos. En el mismo *Living Will* pueden designarse personas que actuarán como apoderados del paciente autorizados para tomar decisiones por él en caso de devenir en incapacitado.

En México no existe la figura jurídica del “Testamento de Vida”. Si éstos se llegaren a realizar no tendrían ninguna validez legal. Pero tampoco existe ninguna figura jurídica para que, como en el *Living Will*, puedan designarse personas que actúen como apoderados del paciente para tomar decisiones por el paciente, no digamos en una enfermedad incurable y en estado terminal, ni siquiera para los casos de incapacidad mental, para que alguien de su confianza y a nombre de él se haga cargo de manejar patrimonio moral ni material. Al contrario, las leyes establecen como delito de homicidio doloso, con pena atenuada la causación de “la muerte por móviles de

piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo arreglo para salvar su vida”.

Lo que podemos rescatar del *Living Will* es esa idea de hacer constar en un documento, cuando la persona está en plenitud de su capacidad mental, las órdenes que deben ser ejecutadas en vida de la persona, siempre que devenga incapaz.

Existe un proyecto de Ley de Suspensión de Tratamientos Curativos en el Senado de la República³⁰ y otras iniciativas para reformar la Ley General de Salud en cuanto hace a los cuidados paliativos del enfermo terminal³¹ y otras modificaciones que en la Asamblea Legislativa se están proponiendo para modificar las leyes del Distrito Federal, incluyendo al mismo Código, para suprimir el llamado “homicidio por móviles de piedad”. Desde luego esas leyes están proponiendo las disposiciones de voluntad anticipadas. Esas iniciativas también proponen que, para mayor seguridad jurídica, deben ser otorgadas ante un notario público, por estar dotado de fe pública y no sólo ante el médico con la presencia de dos testigos como en el derecho anglosajón.

Ninguna iniciativa ha sido aprobada y desde mi perspectiva estoy convencido de que no se aprobará la eutanasia, como algunos suponen. Seguramente se regularán los derechos del paciente para tratamientos curativos y paliativos en caso de una enfermedad terminal, y evitar acortarle la vida, pero también evitar prolongarla con medidas extraordinarias. Mientras no sea resuelto ningún nuevo ordenamiento, el *Living Will* o testamento de vida, no tiene carta de naturalización en México, porque de alguna manera se admite la eutanasia, pero si, como ya lo dije, lo que puede rescatarse son

30 *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal y se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo.* Esta iniciativa la presentó el Partido de la Revolución Democrática (PRD) el jueves 12 de abril de 2007.

31 *Proyecto de Decreto que reforma y adiciona la Ley General de Salud, en materia de Cuidados Paliativos,* 25 de noviembre de 2008.

las órdenes que una persona capaz puede dar a otra para que las ejecute cuando devenga incapaz. Éstas son las bases del derecho romano germánico y se asemejan más a la tutela voluntaria o autotutela y en algo a un mandato o apoderamiento para la propia incapacidad y a las disposiciones para la donación de órganos y tejidos. Nos limitaremos, por ahora, como ya dije, a hablar de la tutela designada.

Para hablar de la tutela autodesignada, primero debemos hacer referencia a los derechos de la personalidad, a esa parte del patrimonio de la persona física que no es susceptible de apreciación pecuniaria que se llama: patrimonio moral o no patrimonial.

Los Derechos de la Personalidad son inherentes a todo ser humano. El derecho a la vida, la libertad, la seguridad de su persona, el reconocimiento de su personalidad jurídica, el trato digno, la protección de la ley bajo el principio de igualdad y sin distinción alguna, el derecho a la nacionalidad y a la convivencia, a la propiedad, a la libertad de pensamiento, conciencia, religión, opinión, expresión y asociación, entre otros.

El derecho más importante de todos los que constituyen la personalidad del ser humano lo es el de la vida. Los Derechos de la Personalidad son inalienables, imprescriptibles, irrenunciables y pueden oponerse a toda persona,0 sea autoridad o particular.

Volviendo a la tutela autodesignada o autotutela, podemos decir que éste es un Derecho de la Personalidad. Es el derecho que debe gozar toda persona física capaz para designar a su propio tutor para la eventualidad de que devenga incapaz, en aras de su propia protección jurídica. Esta figura se sustenta en el máximo respeto a la autonomía de la voluntad.

La autorregulación respecto de situaciones de pérdida de capacidad, en nuestros días es un tema de gran trascendencia práctica. Los avances científicos, médicos y sociales han permitido un incremento de vida de la población, pues

según la más reciente información proporcionada por el INEGI, la esperanza de vida de los mexicanos se ha incrementado, en las mujeres hasta 80 años y en los hombres a 75, cuando en la década de 1940 la esperanza de vida promedio de los mexicanos era de 41 años. Esto ha motivado que se presenten situaciones jurídicas especiales motivadas por enfermedades o acontecimientos que en el pasado eran poco frecuentes o desconocidos, de ahí que nuestros antepasados no hayan regulado figuras jurídicas que dieran solución a la problemática que nos ofrecen los tiempos que vivimos.

A medida que el hombre avanza en su edad y ésta se prolonga por muchos años, se presentan determinadas enfermedades que lastiman de manera gradual sus capacidades físicas e intelectuales, que hacen ver disminuida su capacidad natural; dados los avances tecnológicos de nuestra era se expone a accidentes que motivan la pérdida repentina de su capacidad.

Las demencias seniles, el alzheimer, las enfermedades motivadas por la ingestión de drogas, alcohol, anfetaminas, barbitúricos, alucinógenos, entre otras o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que en un estado avanzado priva parcial o totalmente de la razón a quienes lo padecen, son enfermedades de nuestros tiempos que disminuyen o hacen perder la capacidad racional de la persona.

El envejecimiento de la sociedad, la disminución de los índices de natalidad, la proliferación de las uniones *de hecho* en sus diferentes estilos, y la transformación de la estructura de la institución jurídica de la familia, nos obligan a reflexionar sobre una nueva legislación que conceda el derecho a toda persona capaz de prever y regular su futuro en la eventualidad de resultar incapaz, mucho más allá del *Living Will* o Testamento de Vida, nombrando previamente a su propio tutor, para la guarda y cuidado de su persona, sus tratamientos curativos y, ¿por qué no?, para administrar sus bienes materiales, todo ello con respeto de la autonomía de la voluntad para no quedar

sujeto, contra su voluntad, a un sistema tutelar impuesto por la ley (tutela legítima) que hoy presenta ciertos inconvenientes.

Entonces, las disposiciones de la autotutela deben comprender tanto el patrimonio económico como moral de la persona física: El primero está integrado por los derechos de crédito o personales y por los derechos reales que son susceptibles de apreciación pecuniaria; el segundo está integrado por los derechos subjetivos que no son valorables en dinero, los cuales se conocen con el nombre de Derechos de la Personalidad. Las dos esferas gozan del reconocimiento del orden jurídico.

Referencias bibliográficas

- Brena Sesma, Ingrid, *Revista Eutanasia hacia una muerte digna*, México, Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, julio, 2008.
- Hertel, Christian, "Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad: Derecho alemán". <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-colegio-notarios/article/view/21573/19228>. Consultado 4/enero/2007.
- Ley de voluntad anticipada del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial el 7 de enero de 2008.
- Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila, publicada en el Diario Oficial el 18 de julio de 2008.
- Patient Self-Determination Act (Ley de Autodeterminación del Paciente). Esta ley la aprobó el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica en 1990 y entró en vigor el 1 de diciembre de 1991.

5. BIOÉTICA Y MEDICINA INTENSIVA

Sergio Lucio Torales
Profesor-investigador, UAA

En este trabajo me propongo hablar de dos aspectos fundamentales de la medicina intensiva: criterios de ingreso a estos servicios de salud y limitación del esfuerzo terapéutico. La razón por la cual abordo estos dos aspectos de la medicina crítica es porque en ellos se generan los problemas y conflictos éticos más relevantes del final de la vida humana, como el valor mismo de la vida humana; el iniciar o no iniciar un tratamiento; el retirar o continuar con las medidas de soporte vital; la confusión entre la limitación de estas medidas de soporte vital y la eutanasia pasiva; la dignidad de la persona; el derecho a una muerte digna; la justicia en la distribución de los recursos; los conflictos entre principios, etcétera. El objetivo que pretendemos alcanzar en esta pequeña investigación es esclarecer estas cuestiones y darles respuesta, en la medida de lo posible.

Para lograr esta meta, adoptaremos la orientación principialista, orientación que, a pesar de todas las críticas que ha recibido,³² sigue siendo un método adecuado para plantear y

32 Críticas amplias al principialismo se encuentran en: Toulmin, Stephen, "The tyranny of Principles", *The Hastings Center Report*, vol. 11, núm. 5, 1981, pp.

resolver las cuestiones que se presentan en las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, nuestra perspectiva no será la de los filósofos norteamericanos Beauchamp y Childress, creadores de esta corriente bioética, sino la de Diego Gracia, quien distingue dos niveles jerárquicos en estos principios: no maleficencia y justicia (nivel 1), y autonomía y beneficencia (nivel 2).³³ Esta distinción de niveles es importante porque nos proporciona un punto de partida sólido y un método para afrontar y dar respuesta a los conflictos bioéticos que se originan en la clínica.

La exposición de este tema consta de tres partes: la primera está dedicada a la clarificación del concepto de medicina intensiva, la segunda a la aplicación de los principios al tema seleccionado, y la tercera a conclusiones.

1. El concepto de medicina intensiva o crítica

La medicina intensiva o crítica surgió en un contexto de conflictos bélicos (la Guerra de Crimea,³⁴ la Segunda Guerra Mundial, la guerra de Corea³⁵ y la de Vietnam³⁶) y de grandes epidemias

31-39 y Peleegrino, Edmund, D. "La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años", en Couceiro, Azucena, *Bioética para clínicos*, Editorial Triacastela, Madrid, 1999, pp. 80-81.

33 Gracia Guillén, Diego, "Planteamiento general de la bioética", en Couceiro, Azucena (ed.), *Op. cit.*, p. 30.

34 La Guerra de Crimea fue un conflicto bélico entre el Imperio Ruso y la alianza del Reino Unido, Francia, el Imperio Otomano (hasta cierto punto) y el Reino de Piamonte y Cerdeña, que tuvo lugar entre los años 1854-1856. http://es.wikipedia.org/wiki/Guerra_de_Crimea

35 La Guerra de Corea ocurrió entre el 25 de junio de 1950 y el 27 de julio de 1953. El conflicto fue entre Corea del Norte (comunista) y Corea del Sur (capitalista). Al primer país lo apoyó China y al segundo E.U., Australia, Canadá y el Reino Unido http://es.wikipedia.org/wiki/Guerra_de_Corea.

36 La Guerra de Vietnam, llamada también Segunda Guerra de Indochina y Guerra de Estados Unidos, fue un enfrentamiento entre los estados de Vietnam del Sur y Vietnam del Norte entre 1958 y 1975.

de poliomielitis que azotaron a Europa y América en el siglo xx. En este contexto, fue como se crearon y consolidaron las unidades de cuidados intensivos (UCI) para atender a enfermos críticos con posibilidades de revertir su situación. La primera de estas unidades, tal como hoy se conocen, nació en Inglaterra en 1964 y se difundió, a partir de esa fecha, a todo el mundo occidental.³⁷

Diversos aspectos de carácter científico-tecnológico y social contribuyeron al desarrollo y consolidación de estos centros de salud. Como muestra de los primeros, podemos mencionar: la mejora en el conocimiento fisiológico de los estados de amenaza vital y la invención de medidas terapéuticas que hicieron posible revertir algunas enfermedades que hasta entonces se consideraban mortales; los avances en la biotecnología y la tecnología aplicados a la clínica, permitieron mantener las funciones vitales con procedimientos artificiales, como los respiradores mecánicos;³⁸ los sistemas de soporte circulatorio, como el masaje cardíaco; la estimulación eléctrica del corazón, la diálisis, etc., dejaron de ser sinónimo de muerte; la monitorización electrónica, trasladada de la aeronáutica a la medicina, permitió tomar de forma inmediata y fiable ciertas decisiones. Como ilustración del segundo, tenemos el llamado *estado de bienestar*, estado que demandaba mayores niveles de salud y calidad de vida para todos, pero, al entrar en crisis en los años setenta, obligó a los clínicos a racionalizar las indicaciones, establecer criterios de ingreso a estas unidades y a elaborar protocolos y guías de actuación ante las situaciones más conflictivas. Se trataba, en última instancia, de administrar de manera equitativa los escasos recursos.

37 Un desarrollo más amplio de la historia de la medicina intensiva se encuentra en: Gómez Rubí, J. A. y Caparros Fernández de Aguilar, T. "El paciente crítico y la medicina intensiva", en Gómez Rubí, J. A. y Abizanda Campos, R. (Coords.), *Bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico*, en *Medicina crítica práctica*, SEMICYUC-EDIKA MED, Barcelona, 1998, pp. 18-20.

38 El respirador mecánico puede mantener con vida a una persona.

Aunque de alguna manera ya se ha dicho en los párrafos anteriores en qué consiste la medicina intensiva, sin embargo, consideramos pertinente precisar el significado de este concepto. La Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (España) lo define como aquella actividad “que se ocupa de pacientes que sufren alteración en sus funciones vitales de tal gravedad, que representan una amenaza actual o potencial para la vida y que, al menos en principio, son susceptibles de recuperación”.³⁹ Tres características resaltan en esta definición: *alteraciones graves, amenaza actual o potencial y posibilidad de recuperación*. La primera característica no presenta dificultad alguna para su comprensión. De la segunda nota habría que decir que una amenaza actual es cuando el paciente tiene alterada alguna de sus funciones vitales y necesita medidas de soporte artificial de carácter mecánico, eléctrico o farmacológico; y es potencial cuando aparentemente el estado clínico del paciente es estable, pero hay probabilidad de que aparezcan alguno de los fracasos orgánicos vitales. La tercera característica nos indica que sólo es un paciente crítico aquél que tiene posibilidades de recuperación.⁴⁰ Estas tres notas son las que se han de tener en cuenta a la hora de seleccionar a los pacientes.

2. El principialismo y sus aplicaciones

2.1. Principio de no maleficencia

Este principio, presente en el *Juramento Hipocrático* y en el *Informe Belmont*, fue considerado independiente del de

39 Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Programa de formación para médicos especialistas en medicina intensiva, *Medicina intensiva*, 1993; 293-300.

40 Gómez Rubí, J.A. y Caparrós Fernández de Aguilar, T., *Op. cit.*, pp. 17-18.

beneficencia por Beauchamp y Childress. Estos autores lo formularon de la siguiente manera: “no se debe causar daño o mal”.⁴¹ Esto implica conocer la buena práctica médica, no actuar negligentemente, ni imprudentemente, minimizar los riesgos que toda actuación diagnóstica o terapéutica representa, evitando utilizar procedimientos cuya relación riesgo-beneficio no sea correcta.⁴²

Aplicación de este principio a los criterios de ingreso a las unidades de cuidados intensivos. En el mismo proceso de decidir quién ingresa o no a estos servicios de salud se puede ser maleficente, porque pueden quedar fuera pacientes críticos recuperables o ingresar a pacientes que no tienen ninguna posibilidad de recuperación. El daño que se causa en el primer caso es mortal, en el sentido de que se expone a la persona a una muerte segura; y, en el segundo, se prolonga el proceso de morir o, lo que es lo mismo, se incurre en el denominado “encarnizamiento terapéutico”. Es por eso que sólo se han de admitir a pacientes críticos con posibilidades de revertir el proceso de muerte. Cuando se obra de esta manera, los principios de no maleficencia y justicia se cumplen adecuadamente.

En el proceso de selección suelen presentarse situaciones de arbitrariedad y dificultades significativas para aplicar los llamados índices de gravedad. En el primer caso estamos ante instituciones de salud que no cuentan con criterios objetivos para decidir quién ingresa o se queda fuera de estos servicios. La decisión queda a merced de aspectos meramente subjetivos o circunstanciales (lugar donde se vive, hospital que le corresponde, el médico de guardia que esté aquel día, disponibilidad de camas, edad, etc.), provocando grandes daños a la dignidad de la persona. Esta situación merece ser

41 Beauchamp, Tom L. y Childress, Jaime F. *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 2002, p. 181.

42 Gómez Rubí, J. A. “Medicina y sociedad: la razón de la bioética actual”, en Gómez Rubí, J. A. y Abizanda Campos, R. (Coords.), *Op. cit.*, p. 11.

repudiada por completo y exigir el establecimiento de directrices objetivas que garanticen la igualdad de derechos de todas las personas en igualdad de situaciones.

En el segundo caso, los índices de gravedad (Apache III, el SAPS II, y el MPM) son de gran ayuda en la toma de decisiones en el *triage*,⁴³ por la ayuda que prestan para identificar pacientes con mejor pronóstico, pero son muy difíciles de aplicar en casos concretos, debido a su sensibilidad. Además, si a lo anterior agregamos que en estos índices no están contemplados los aspectos del paciente, como el deseo de vivir, la respuesta individual al tratamiento, la expresión variable de la enfermedad, la concepción de la calidad de vida que éste tiene, la toma de decisiones se vuelve sumamente compleja. Pero esta complejidad no justifica abrir la puerta a la arbitrariedad, sino se debe buscar la forma de conjugar estos dos elementos para tomar decisiones.

Por otra parte, la limitación del esfuerzo terapéutico también presenta serias dificultades. En principio, esta acción se ha de realizar cuando un paciente crítico ya no tiene ninguna expectativa de recuperación. Nunca hay que olvidar que ni la vida es un valor absoluto que tenga que perseguirse a toda costa, ni la medicina debe representar una lucha ciega contra la muerte, pues dicha muerte no es más que el final natural de todo ser vivo. Seguir aplicando estas medidas de soporte vital a estos pacientes es dañar su dignidad y obstaculizar una muerte digna.

Un conflicto ético que se presenta comúnmente entre los intensivistas es el referente a no iniciar o suspender el tratamiento. Para la gran mayoría de ellos es más fácil no iniciarlo que suspenderlo cuando se ha iniciado. La respuesta a este conflicto es que, desde el punto de vista moral, no hay ninguna

43 Palabra francesa que significa “clasificar”, “escoger” o “elegir”. Esta palabra se ha utilizado para clasificar diversos asuntos. En la medicina intensiva se emplea para admitir o dar de alta a los pacientes.

diferencia entre estas dos acciones. Esta idea la apoya Daniel Callahan cuando afirma que los médicos deben “aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada de manera eficaz y no iniciar medidas de soporte... En el caso de la retirada del respirador, es razonable decidir que, dado que la vida se mantiene artificialmente y que esta medida es necesaria debido a la existencia de una enfermedad incapacitante, dicha enfermedad es la responsable directa de la muerte del paciente”.⁴⁴

En el texto referido, Callahan no sólo resuelve la cuestión que venimos tratando, sino que también deja en claro que la limitación del esfuerzo terapéutico no es sinónimo de eutanasia. Es un error grave identificar estos conceptos, debido a la diferencia de sus propósitos. En efecto, lo que caracteriza a cualquier tipo de eutanasia es la intención de provocar la muerte, ya sea por acción u omisión; en cambio, el no iniciar el tratamiento tiene por objeto evitar una situación degradante para el enfermo que resulta incompatible con la dignidad humana. Si bien los resultados son coincidentes, la intención marca la diferencia.

Ahora bien, suspender las medidas de soporte vital a un paciente no quiere decir que se le deje de atender, ya que existe una obligación ética de acompañar al paciente durante el proceso de la muerte y garantizar que reciba las necesarias medidas de bienestar, cuidados, analgesia, sedación, asegurando la ausencia del dolor físico y psíquico.⁴⁵ En este punto es donde la medicina curativa toca sus límites y da paso a los

44 Callahan, D., *What Kind of Life*, Simon and Schuster, New York, 1990. Citado por Cabré, L. y Solana Durán, J. F. “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina Intensiva*, vol. 26, núm. 6, Barcelona, 2002, pp. 304-311.

45 Cabre Pericas, L. y Solana Durán, J. F. “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina intensiva*, *Op. cit.*

llamados cuidados paliativos, donde importa más el acompañamiento, la vida en familia, la atención psicológica, etcétera.

2.2. Principio de justicia

Aunque este principio también ya se encontraba en el Juramento Hipocrático y en la Declaración de Ginebra; sin embargo, fue el Informe Belmont el que lo definió con toda claridad. Tal informe define la justicia como el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

Este principio, en el ámbito de la toma de decisiones en medicina intensiva, se materializa en dos problemas básicos: uno de justicia distributiva y otro de equidad. En cuanto al primero, sabemos que las unidades de cuidados intensivos son las que más gastos erogan, por la tecnología y recursos humanos que consumen; sin embargo, a pesar de esto, dichos recursos no son suficientes para cubrir la demanda de estos servicios. Una muestra de ello es la limitación de camas. Este dato obliga a los intensivistas a ser muy cuidadosos en la selección de estos pacientes para no transgredir este principio.

Ciertamente, la limitación de recursos no es competencia de las instituciones hospitalarias, sino del Estado, pero éstas tienen el deber moral de exigirle mayores recursos para estas unidades. Lo que sí está en manos de estas instituciones es el no rechazar a pacientes en situaciones críticas y con posibilidades de recuperarse, pues el principio de justicia señala que ante la escasez de recursos (falta de camas) no se debe discriminar a nadie que cubra las características de paciente crítico.

Con respecto al segundo problema, el principio de justicia exige que la distribución de recursos sea equitativa. Ahora bien, si la salud se considera un derecho de toda la población, el trato debe de ser igualitario para todos. Esto implica que los criterios de ingreso han de ser muy claros en las unidades de

cuidados intensivos, de tal manera que pacientes en igualdad de condiciones deben ser aceptados o rechazados. Lo cierto es que los criterios no son tan claros, por lo que no se logra la equidad y, por tanto, estamos ante sistemas de salud injustos.

Otro problema de equidad es el relacionado con la limitación del esfuerzo terapéutico. La retirada o limitación de las medidas de soporte vital no sólo son actos en los que se impide hacer daño al paciente, sino que también son actos de justicia, ya que estas acciones traen como consecuencia que pacientes sin esperanza de recuperación o pacientes en estado vegetativo persistente sigan ocupando lugares que podrían ser de utilidad para otros con mayor grado de probabilidad de recuperación. Continuar manteniendo a estos pacientes en las unidades de cuidados intensivos es quebrantar el principio de equidad. Por eso, una vez que se ha diagnosticado la irreversibilidad de la enfermedad en un paciente ya no hay razones que justifiquen su estancia.

2.3. Principio de autonomía

Este principio aparece por primera vez en el Informe Belmont, el cual lo define de la siguiente manera: “Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación”⁴⁶. Este principio se materializa en el llamado consentimiento informado y en las decisiones de sustitución. Veamos cómo se expresan estos dos aspectos en la toma de decisiones de la medicina intensiva.

El consentimiento informado “es un proceso de información que debe de recibir un paciente antes de dar su consentimiento a cualquier intervención diagnóstica o terapéutica”.⁴⁷ Para que éste se produzca se requieren, según

46 Simón, Pablo, *El consentimiento informado*, Triacastela, Madrid, 2000, p. 121.

47 Gomez Rubi, J. A., *Op. cit.*, p. 11.

Simón Lorda, los siguientes requisitos: elementos iniciales (competencia para entender y decidir, y voluntariedad para decidir); elementos informativos (exposición de la información material, recomendación de un plan y comprensión de exposición y recomendación); y elementos de consentimiento (decisión a favor de un plan y autorización del plan elegido).⁴⁸

Comencemos por analizar la competencia para ver si tiene lugar en la medicina intensiva, ya que de esto depende que se den los demás elementos que conforman este proceso. Para Beauchamp y Childress, “un paciente o un individuo es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos ante sus cuidadores o investigadores”.⁴⁹ Si aplicamos esta idea a los pacientes que están en proceso de ser ingresados a las unidades de cuidados intensivos, podemos observar que la gran mayoría de ellos son incapaces de recibir y comprender la información que se les pudiera proporcionar, de poder realizar juicios sobre dicha información tomando en consideración sus propios deseos y valores personales, de pretender alcanzar un objetivo y de expresar sus deseos a los diferentes profesionales sanitarios que intervienen en su atención, debido a la presencia de factores biológicos y terapéuticos que pueden alterar la función cognitiva y la comunicación, como la confusión, la amnesia, la sedación, el delirio, la ansiedad, el dolor, la depresión del sueño, la medicación y la intubación traqueal.⁵⁰ Por lo tanto, la gran mayoría de estos pacientes carecen de capacidad para decidir ingresar o no a estos servicios médicos, por ser incapaces de entender el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de su enfermedad. Si esto es así,

48 Simón, Pablo, *Op. cit.*, p. 122.

49 Beauchamp, Tom L. y Childress, James F., *Op. cit.*, p. 125.

50 Cabre Pericas, L. y Solana Durán, J.F., *Op. cit.*, p. 306.

todos los demás elementos que conforman el consentimiento informado no tienen lugar en ellos.

Ante tal incompetencia, los médicos hacen uso del llamado “privilegio terapéutico”, que los exime de la obligación de informar al paciente y a sus familiares de su situación, favoreciendo el paternalismo médico, muy generalizado, por cierto, en estos centros de salud. Esta situación merece ser revisada, porque no hay ninguna razón moral que justifique prescindir de las preferencias y deseos de los pacientes, pues, aunque éstos no sean aptos para expresarlas directamente, bien pueden hacerlo a través de sus familiares más cercanos⁵¹ o de documentos escritos.

Ciertamente, el paciente puede hacerse escuchar mediante estas dos alternativas, pero no hay que desconocer que ambos medios presentan ciertos inconvenientes. Con respecto a los familiares, cabe señalar que en muchas ocasiones no hay coincidencia entre las opiniones de los familiares y las del paciente, lo cual genera verdaderos conflictos éticos. Cuando esta situación tenga lugar, el médico está obligado a desconocer las opiniones de los familiares y procurar el bien del paciente. Si no lo puede hacer por la vía de la razón, puede echar mano de mecanismos judiciales. En cuanto a los documentos escritos, éstos tienen la desventaja de no ser legales y de no contemplar la complejidad que encierra un acto terapéutico, por lo que sería más adecuado hacerse escuchar a través de representantes legales.

Así pues, los pacientes tienen derecho de aceptar o rechazar las medidas de soporte vital; pero, si la decisión es negativa y el médico no está de acuerdo con ella, éste tiene derecho de negarse a participar y dejar que otro profesional se haga cargo de él. Ahora bien, siempre que un paciente haya expresado previamente sus deseos de rechazar algunos tratamientos de

51 Brussino, Silvia L. “Limitaciones de medidas de soporte vital en terapia intensiva. Consideraciones bioéticas, en www.cuadernos.bioetica.org/reseñas8.htm.

soporte vital, hay obligación ética de respetarlos; por el contrario, ningún médico está obligado moralmente a respetar la petición de un tratamiento si éste lo considera contraindicado. Cada vez que se presentan estos casos, los principios de autonomía y no maleficencia se enfrentan, teniendo primacía el segundo sobre el primero.

Otro aspecto muy controvertido en la medicina intensiva es el criterio de futilidad. Este problema aparece cuando no hay acuerdo entre el médico y el enfermo sobre el significado de este concepto. Para un sanitario, la futilidad “es aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado”.⁵² El enfermo, por el contrario, puede considerar que un tratamiento es beneficioso si prolonga su vida con un nivel de calidad aceptable (por ejemplo, ventilación domiciliaria), opinión que no comparte el profesional de la salud. Según el intensivista Solsona, este problema se puede resolver “con una información adecuada al paciente y a su familia de la relación coste/beneficio del procedimiento y en último caso recurriendo a comités institucionales de ética”.⁵³

2.4. Principio de beneficencia

Este principio representó durante siglos la ética médica. En este principio se hacía caso omiso de las opiniones de los pacientes, a tal grado que se imponía incluso en contra de éstos.

52 Iceta, M., “El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica”, Departamento de Bioética, Universidad de Navarra, Pamplona, 1995 (Tesis doctoral). Citado por Cabre Pericas, L. *et al.*, “Limitación del esfuerzo...”

53 Solosona, J. F., “Bioeticistas e intensivistas ¿Respuesta diferente a los problemas éticos de una UCI?”, *Medicina Intensiva*, vol. 20, núm. 1, Barcelona, 1996, p. 46.

Ahora, el respeto a la autonomía lo ha matizado significativamente. El Informe Belmont entiende la beneficencia no como un acto de bondad o caridad, sino como una obligación. De ahí que el profesional de la salud esté obligado moralmente a no hacer daño y a extremar los posibles beneficios y minimizar los riesgos.

Aplicado este principio a los criterios de ingreso, tiene lugar cuando sólo se admiten pacientes críticos recuperables y se rechazan los irrecuperables. Además, cuando la actitud del médico es la de restaurar, en la medida de lo posible, la salud de estos pacientes, maximizando su beneficio y minimizando los riesgos; para lo cual tiene que proporcionar al paciente una información detallada sobre el tratamiento, sus alternativas, los riesgos y los beneficios y tener en cuenta sus preferencias y valores. Es decir, todo lo anterior es imposible de alcanzar sin tener en cuenta el principio de autonomía, pues no se puede definir el bien del paciente sin contar con sus opiniones.

Por otra parte, este principio, aplicado a la limitación del soporte vital, se cumple cuando se suspenden estas medidas de soporte vital en el momento en que un paciente ya no es recuperable. Cabe señalar que el bien no sólo lo está determinan parámetros biológicos, sino también la integridad del paciente como persona, incluyendo, desde luego, su calidad de vida. Por lo que aplicar al máximo medidas de soporte vital a pacientes sin expectativas de recuperación y su relación con el mundo, en lugar de favorecer al paciente se estaría dañando su dignidad. En medicina intensiva donde la tecnología ha tenido y sigue teniendo grandes avances, no todo lo técnicamente posible resulta beneficioso para el enfermo.

Conclusión

La toma de decisiones en medicina intensiva, con todas las limitaciones que pudiera tener, no deben quedarse exclusivamente en manos de los profesionales de la salud, sino que han de contar con los deseos y valores de los pacientes (aspiraciones, temores, soledad, angustias, ansiedad, sufrimiento, consentimiento expreso o presunto, creencias religiosas y políticas, aspectos económicos, etc.), así como de los recursos que la sociedad a través del Estado destina a las unidades de cuidados intensivos. La decisión debe ser el resultado de un diálogo entre sanitarios, pacientes y sociedad. Si falta uno de estos elementos, la decisión no es propiamente bioética. La bioética aspira a que cada uno de los sujetos de la relación asuma el papel que le toca desempeñar. Nadie debe usurpar funciones que no le corresponden. Los profesionales de la salud, los pacientes y la sociedad en su conjunto han de emprender un proceso educativo, que les permita constituirse en verdaderos sujetos morales. Sólo así será posible hablar de responsabilidad moral. Ciertamente, los ideales de la bioética están muy alejados, salvo raras excepciones, de la realidad en que vivimos, pues las instituciones de salud siguen funcionando como si esta disciplina aún no hubiera nacido; los médicos continúan reproduciendo el modelo autoritario de medicina y ejerciendo papeles que no les corresponden, como el de sentirse amos y señores de los recursos que el Estado les asigna en lugar de asumir la función de meros administradores; y los pacientes muy inmaduros para asumir toda la gama de derechos que les corresponden, con sus respectivas responsabilidades.

Referencias bibliográficas

- Beauchamp, Tom L. y Childress, Jaime F., *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 2002.
- Brussino, Silvia L., “Limitaciones de medidas de soporte vital en terapia intensiva. Consideraciones bioéticas”, en www.cuadernos.bioetica.org/reseñas8.htm.
- Cabré, L. y Solana Durán, J. F. “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina Intensiva*, vol. 26, núm. 6, Barcelona, 2002, pp. 304-311.
- Cabre Pericas, L. y Solana Durán, J. F., “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”, en *Medicina intensiva*, vol. 26, núm. 6, Barcelona, 2002, pp. 304-311.
- Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Programa de formación para médicos especialistas en medicina intensiva, *Medicina intensiva*, 1993; 293-300.
- Couceiro, Azucena, *Bioética para clínicos*, Editorial Triacastela, Madrid, 1999, pp. 80-81.
- Gómez Rubí, J. A. y Abizanda Campos, R. (Coord.), *Bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico*, en *Medicina crítica práctica*, SEMICYUC-EDIKA MED, Barcelona, 1998.
- Peleeegrino, Edmund, D., “La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años”, en Couceiro, A., *Bioética para clínicos*, Editorial Triacastela, Madrid, 1999.
- Simón, Pablo, *El consentimiento informado*, Triacastela, Madrid, 2000.
- Solosona, J. F., “Bioeticistas e intensivistas. ¿Respuesta diferente a los problemas éticos de una UCI?”, *Medicina Intensiva*, vol. 20, núm. 1, Barcelona, 1996.
- Toulmin, Stephen, “The tyranny of Principles”, *The Hastings Center Report*, vol. 11, núm. 5, 1981.

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.

7. LA MUERTE, UN FENÓMENO HUMANO

José Acevedo Acosta
Profesor-Investigador, UAA

Introducción

*La muerte es una fase novedosa de la vida.
“Pero es ya hora de marcharnos, yo (Sócrates)
a morir y vosotros a vivir. Quién de nosotros
se dirige a una situación mejor es oculto
para todos, excepto para el dios”.*
(Platón, *Apología*)

 El tema de la muerte es tan humano y profundo como cuando disertamos sobre la vida. En la historia de la filosofía como entre los pensadores de este ámbito de la vida teórica, existen muchas, miles de referencias, directas, indirectas, cruzadas o circunstanciadas que reflejan las diversas posiciones que podemos encontrar e identificar con el tema que ahora nos ocupa. La muerte es algo cotidiano, algo nuestro, algo natural, es el pan de cada día, la culminación de la vida, el punto de llegada del nacer y la última fase de nuestro tránsito por este mundo. Sin vida no hay muerte, y la muerte es posible

porque tenemos la vida. Estas dos fases de la existencia son como el camino heraclitano que va hacia arriba y el camino que va hacia abajo, ambos son una y la misma cosa;⁶⁴ de ahí, una y la misma vida.

Sin embargo, es uno de los fenómenos humanos que más han ocupado la atención de los mortales, cultos o incultos, artistas gráficos y hombres de letras y de las ciencias, filósofos de todos los tiempos, sacerdotes, jóvenes, adultos, mujeres, niños, ricos y pobres. Todos hablamos, dialogamos y discutimos sobre ese acontecer cotidiano y ese ser humano que somos y llevamos dentro. También los personajes públicos y los funcionarios de primera línea se hallan acosados por este acontecimiento humano; los personajes, los científicos, los hombres y mujeres de todos los tiempos han pasado, y así ocurrirá, *per saecula saeculorum* por el trance vital de la muerte. Por ello, corre una afirmación común de alcance universal: la muerte es la única realidad pareja para todos los humanos.

A todos nos causa una consternación muy especial la presencia de la muerte, más cuando ella representa la ausencia de un ser muy querido. A pesar de que la muerte está con nosotros, la “vemos todos los días”, a pesar de la experiencia de vivirla en la muerte de los otros, seguimos esperando que alguien la defina, que alguien la describa o que nos la presente con elementos, datos o con metáforas novedosas, exquisitas y amenas; porque ese momento que vive con nosotros se revela como algo visible, comprensible, como algo normal, creíble, esperable, amable y amigable. No obstante, a veces parece como que rehuimos el fenómeno de la muerte y tendemos a escondernos de ella.

Para darle orden a la presentación, vamos a indagar en algunos pensadores griegos y latinos que han aportado ideas

64 García Bacca, Juan David, *Los presocráticos*, Fondo de Cultura Económica, México, 2009, p. 102.

para contemplar el fenómeno de la muerte, luego revisaremos unos textos más actuales y cerraremos con algunas reflexiones.

1. La muerte en pensadores antiguos

Heráclito es uno de esos pensadores de quienes se conserva un número significativo de *fragmentos*. Él es conocido como un escritor “oscuro”, por el uso metafórico, algunas veces muy profundo, y cuyos textos requieren una doble lectura reposada. De sus fragmentos conservados, recuperamos los siguientes. El número 76 dice: “Vive el fuego de la muerte de la Tierra y vive el Aire de la del Fuego; vive el Agua de la muerte del Aire, y de la muerte del Agua vive la Tierra”.⁶⁵ Todo cuanto es visible se halla en eterno movimiento, también sus componentes y los objetos; igualmente la vida y la muerte, que comparten la materialidad de la tierra, del aire y del fuego. Esto es, la vida está en perpetuo flujo, desde que es hasta que deja de ser. En el fragmento 88, Heráclito declara así: “Una y la misma cosa son: viviente y muerto, despierto y dormido, joven y viejo; sólo que, al invertirse unas cosas, resultan otras, y a su vez al invertirse es otras [sic] resultan las otras”.⁶⁶

Dos apuntes más, ahora de Demócrito: “El viejo fue en un tiempo joven; mas que el joven llegue a la vejez cosa es incierta; ahora que un bien terminado es mejor que otro bien futuro o incierto”.⁶⁷ “La vejez es la mutilación total y de toda suerte; tiene todo, mas a todo le falta algo” (la vida).⁶⁸

Resulta interesante y evidente que estos presocráticos poseían nociones claras del fenómeno de la muerte, de la vida y de

65 *Ibidem*, p. 103.

66 *Ibidem*, p. 104.

67 *Ibidem*, p. 180.

68 *Idem*.

la ausencia de vida en los seres vivientes, muy particularmente en las mujeres y hombres, y que, como no han evidencias científicas plenas de la ausencia de vida, se valieron de rodeos para explicar y comprender ese término de la existencia. Sus referencias y sus comparaciones son de los fenómenos sociales, históricos personales, en un sentido genérico: lo nuevo, lo viejo, lo joven y lo viejo, etc., que permiten afianzar ese concepto que deseamos estudiar en esta reflexión.

Tal vez, la mejor introspección entre los antiguos sobre la muerte y el fenómeno del morir la debemos a Sócrates y a Platón, y específicamente a los diálogos *Apología o Defensa de Sócrates* y *Fedón*, que retomaré a continuación. El contexto es la última conversación que el maestro Sócrates sostuvo con sus amigos y seguidores, y con sus enemigos y acusadores, y, ya estando en el entendido de que había sido condenado a beber la cicuta, esboza las siguientes ideas acerca de su mirada de la muerte, de su muerte, y del significado evidente que tenía para él ese acontecimiento. La disyuntiva socrática será parafraseada en dos textos que se escriben a continuación. Primera parte:

La muerte es una de estas dos cosas: o bien el que está muerto no es nada ni tiene sensación de nada, o bien, según se dice, la muerte es precisamente una transformación, un cambio de morada para el alma de este lugar de aquí a otro lugar... Si la muerte es vista como un sueño largo, profundo e ilimitado, yo afirmo que es una ganancia, pues en tal caso todo el tiempo no es, evidentemente, mayor en modo alguno que una sola noche⁶⁹.

Segunda parte de la disyunción:

69 Platón, *Diálogos I*, Introd. Emilio Lledó, Trad. y notas Julio Galonge, Emilio Lledó, Carlos García Gual, Editorial Gredos, Madrid, 2008, p. 184.

Si, en efecto, la muerte es algo así, digo que es una ganancia, pues la totalidad del tiempo no resulta ser más que una sola noche. Si, por otra parte, la muerte es como emigrar de aquí a otro lugar y es verdad, como se dice, que allí están todos los que han muerto, ¿qué bien habría mayor que éste, jueces?” Pues si, llegado al Hades, libre ya de éstos que dicen son jueces, va a encontrar a los verdaderos jueces, los que se dice que hacen justicia allí: Minos, Radamanto, Éaco y Triptólemo, y a cuantos semidioses fueron justos en sus vidas, “¿sería acaso malo el viaje? Además, ¿cuánto daría alguno de vosotros por estar junto a Orfeo, Museo, Hesíodo y Homero? Yo estoy dispuesto a morir muchas veces, si esto es verdad, y sería un entretenimiento maravilloso, sobre todo para mí, cuando me encuentre allí con Palamedes, con Ayante, el hijo de Telemón, y con algún otro de los antiguos que hayan muerto a causa de un juicio injusto, comparar mis sufrimientos con los de ellos; esto no sería desagradable, según creo, pues allí podría interrogarlos, sería el colmo de la felicidad...”⁷⁰

Estos fragmentos resultan obvios y elocuentes por sí solos, pues nos orientan a mirar la muerte o como un bien, o como una estancia mejor, como un punto de llegada en las mejores condiciones, sea que la muerte suceda como un sueño o como un viaje a otra geografía (humana/divina). Las metáforas las seguimos cultivando y repitiendo.

Las siguientes preguntas tienen un carácter antropológico, que son interrogantes que seguimos oyendo y analizando. ¿Qué es la muerte?, ¿qué significa la muerte?, ¿cómo la definimos?, ¿cuál es su alcance?, ¿por qué la muerte conlleva ausencia de vida?, ¿la muerte es algo real o imaginario?, ¿es algo bueno o malo?, ¿existe otra forma distinta de mirar y comprender la muerte?, ¿qué cosa es ella?, ¿por qué se le teme?,

70 *Ibidem*, pp. 184-185.

¿qué hay detrás de ese fenómeno humano?, ¿acaso es posible que haya muerte sin que ello signifique o un sueño eterno o un viaje a otro lugar?, ¿es la muerte un proceso natural?, ¿es un desarrollo natural evitable?, ¿tendría sentido que no hubiese muerte?, ¿qué significaría que sólo tuviésemos la primicia de la vida sin que se cumpliese el ocaso de ella?, ¿acaso somos naturaleza viviente, creada y mortal?, ¿acaso es posible siquiera imaginar que los vivientes sean eternos e inmortales?, ¿dónde se localiza la esencia y el sentido profundo de la muerte? No es éste el momento de atender o revisar una a una estas cuestiones, pero, al menos debemos admitir que en algún momento de nuestra vida debemos detenernos para repasar y atender a algunas de ellas si queremos vivir, disfrutar nuestra muerte, valorar, reconocer y disponernos para ese momento terminal. Es un tema existencial, vivencial, colectivo, tal vez poca gente se detenga a pensar qué es y qué significa el ocaso de la muerte, nuestra muerte, la muerte y el ocaso de las y los otros iguales que nosotros. Todo viviente lleva en su ser el nacer y el morir, el nacimiento y el ocaso, el principio y el fin.

Vayamos a la siguiente etapa de la filosofía antigua. Siendo Séneca uno de los filósofos latinos que más han trascendido en la historia de la filosofía, por sus obras literarias, de filosofía moral y por el interés permanente sobre el tema de la muerte, nos ha dejado un conjunto de ideas que vienen a colación, de las cuales citaremos únicamente algunas. Recuperando una idea de Zenón de Citio, fundador del estoicismo, reflexiona así: “Ningún mal es glorioso; pero la muerte es gloriosa; luego la muerte no es un mal”. Idea sencilla que amerita cuidado y tiempo de meditación. “Morimos cada día; cada día, en efecto, se nos arrebató una parte de la vida y aun en su mismo periodo de crecimiento decrece la vida. Perdimos la infancia, luego la puericia, después la adolescencia. Todo el tiempo que ha transcurrido hasta ayer, se nos fue; este mismo día, en que

vivimos, lo repartimos con la muerte”.⁷¹ Luego retomando lecciones de sus maestros añade: “Epicuro reprende no menos a quienes desean la muerte que a quienes la temen, diciendo: ‘Es ridículo que te apresures a la muerte por hastío de la vida, siendo así que ha sido tu clase de vida la que ha determinado tu carrera hacia la muerte’”.⁷² Asimismo, nos advierte, igual que la Sagrada Escritura: “Es incierto el lugar en que te aguarda la muerte, por ello aguardala tú a ella en todo lugar”. Del mismo filósofo la siguiente perla literaria. “Todo la muerte exige. Ley es, no pena, morir. Este mundo algún día no existirá ya más”.⁷³ “Cuitas, labores, premios, honores por deberes cobrados, idos, inquietad desde ahora otras almas. Lejos un dios de vosotros me llama. Cumplidos por fin los negocios terrenos, ¡adiós, oh, huésped tierra! Mas recibe mi cuerpo, ávida, en tus piedras solemnes: pues al cielo el alma devuelvo, a ti los huesos”.⁷⁴

También Demócrito amplía la visión sobre esa dualidad humana, la vida y la ausencia de ésta; las describe con elegancia y precisión, y distingue las cualidades diversas entre la vida, como esa parte presente, terrenal y pasajera, y de la muerte material, corporal para conducirnos a la vida del espíritu, del alma, que es la muerte; por ello, la última referencia aquí incluida lo formula diáfananamente. Renunciemos a las glorias de este mundo material y dejémonos guiar por los principios y valores del alma, que encontraremos allá en la eterna muerte.

Aristóteles es otro de los ilustres antiguos que miraron e investigaron qué sea la vida y qué sea el alma. Varias son las obras donde aborda el tema, en su *Física*, *Metafísica* y en su *Tratado del Alma*. Únicamente nos detendremos en la lectura

71 Séneca, *Consolaciones. Diálogos. Epístolas morales a Lucilio*, Estudio introductorio Juan Manuel Díaz Torres, Editorial Gredos, Madrid, 2014, p. 354.

72 *Ibidem*, p. 355.

73 Séneca, *Epigramas 1*, versión de Roberto Heredia Correa, UNAM, México, 2001, p. 1.

74 *Ibidem*, p. 71.

y contemplación del espíritu en su libro *De anima*, título de la obra central aristotélica sobre este punto; en ella se extiende ampliamente para contemplar y asentar su teoría de la vida, de los seres vivos, de su diversidad, de sus grados y de las diferencias esenciales.

Es el libro I, capítulo quinto,⁷⁵ donde asienta que hay tres maneras de definir el alma: unos la concibieron como el motor por antonomasia, precisamente por moverse a sí misma; otros, como el cuerpo más sutil o más incorpóreo; y la tercera versión sostiene que el alma se constituye a partir de los elementos que la integran. Según el estagirita, el alma es así, la entelequia primera de un cuerpo natural que posee la vida en potencia, que se desarrolla según condiciones y hechos que la rodean. Es también un cuerpo natural organizado, un cuerpo vivo que posee en sí mismo un principio de movimiento y reposo. Y es evidente que, en cuanto entelequia, “el alma no es separable del cuerpo”, a menos que ciertas partes del alma puedan no ser “entelequia de cuerpo alguno”.

Como bien se puede colegir, las aportaciones aristotélicas se identifican con los rasgos que las ciencias básicas aportan para describir y separar a un ente vivo de un ente no-vivo. De aquí se deslizan las descripciones y definiciones que las ciencias biológicas, las físicas, las químicas, las ciencias médicas y la bioética, entre otras, han resaltado cuando intentan referirse a esos fenómenos biológicos del principio y el fin de la vida, por tanto, también aplicables a la vida humana. Algunas veces, cuando en el aula algún alumno osa preguntar lo obvio, acerca de qué es la vida y qué es la muerte para el profesor interpelado, luego de revisar rápidamente una posible respuesta, acabamos comentando algo así como que es la presencia o ausencia de signos vitales, es la certeza del desarrollo vivo de esa potencia que nos fue entregada el mismo día de nues-

75 Aristóteles, *De anima*, Biblioteca Clásica Gredos, L. I, cap. 5º, Madrid, 2003, pp. 112 -114.

tro nacimiento y que deja de ser tal para dar paso a su ausencia definitiva, a lo que conocemos y llamamos una muerte.

Hasta aquí hemos revisado únicamente unos cuantos autores, y tal vez ya pudiéramos precisar algunas consideraciones acerca de qué sea la muerte; también es conveniente señalar que más que la definición o descripción del concepto, resulta más útil y necesario mirar a la muerte como algo natural, sencillo, no fácil de explicar o de fundamentar, pero hemos de admitir que se trata de un fenómeno humano, un acontecer diario, como algo que se nos ha hecho rutina porque la hemos visto de cerca, siempre en los otros, como objetos, como entidades externas, separadas del yo histórico, biológico, psicológico y moral que somos.

2. La muerte en pensadores contemporáneos

El filósofo alemán Arthur Schopenhauer, en su ensayo *La muerte*, escribe un conjunto de nociones en torno al concepto que nos ocupa. “La muerte es el genio inspirado, el Musagetas⁷⁶ de la filosofía... Sin ella difícilmente se hubiera filosofado”. Enseguida afirma que “nacimiento y muerte pertenecen igualmente a la vida y se contrapesan. El uno es la condición de la otra. Forman los dos extremos, los dos polos de todas las manifestaciones de la vida”.⁷⁷ Siguiendo en este recorrido el pensamiento de la India, nos conduce a entender que:

76 Schopenhauer, Arthur, *La sabiduría de la vida. En torno a la Filosofía. El amor, las mujeres, la muerte y otros temas*, Editorial Porrúa, México, 1998, p. 287.
Musagetas: el que conduce las musas, las ideas, el que hace posible los discursos sobre temas que interesan.

77 *Idem*.

“El amor es la compensación de la muerte, su correlativo esencial; se neutralizan, se suprimen el uno al otro. Por eso los griegos y romanos adornaban esos preciosos sarcófagos que aún vemos hoy con bajorrelieves figurando fiestas, danzas, bodas, cazas, combates de animales, bacanales, en una palabra, imágenes de la vida más alegre, más animada, más intensa, hasta grupos voluptuosos y hasta sátiros ayudados con cabras”.⁷⁸

A continuación el contraste que buscamos exponer. “Su objeto era evidentemente llamar la atención al espíritu de la manera más sensible, por el contraste entre la muerte del hombre, a quien se llora encerrado en la tumba, y la vida inmortal de la naturaleza. [...] La muerte es el desate doloroso del nudo formado por la generación con voluptuosidad. Es la destrucción violenta del error fundamental de nuestro ser, el gran desengaño... Exigir la inmortalidad del individuo es querer perpetuar un error hasta el infinito”.⁷⁹

Algo que es común en los textos aquí seleccionados es que coinciden en que la muerte es natural, connatural a la vida, sólo existe aquélla porque los seres vivos poseen y emprenden un mundo de actividades que llamamos vida, que encontramos e identificamos en cada persona, independientemente de edad, condición social y económica, religión, culturas y cualquiera otra de las variedades existentes en las y los seres humanos. Todavía más, como lo asienta Schopenhauer, esa doble entidad individual, social y universal, llamada vida-muerte, es la cosa más natural, común e inseparable de la esencia humana; representa esa dualidad conceptual que identificamos como principio y fin, como amor y discordia de la vida natural, de la vida humana y de la intercomunicación

78 *Idem.*

79 *Idem.*

entre esos dos polos, extremos, que constituyen la unidad y la identidad humana en cada ente individual, tal como lo conocemos, tal como lo desarrollamos y lo comprendemos.

Por su parte, Louis Vincent Thomas, antropólogo contemporáneo, sostiene que aunque la muerte es un fenómeno individual y se vive sin transferencia, pues la hacemos-vivimos uno a uno, cada persona su muerte, ésta debe reconocerse como un hecho social. Por su historia individual/colectiva, una tradición en torno a ella, el recuerdo singular que evoca un mundo, un conjunto de acciones y actividades, lugares comunes asociados a esa muerte que a veces contemplamos más próxima; la sociedad está compuesta más con muertos que de vivos, con más referencias de la muerte que de deseos de ella; con historias de otros que nos inquietan y nos cuestionan. La muerte es algo natural, pero nos resistimos a mirarla y admitirla como algo nuestro. Con frecuencia hablamos del ocaso y deceso de los otros, como ajenos, lejanos e indiferentes; nos lamentamos que algún día también a nosotros nos alcance.⁸⁰

Cada vez es más frecuente encontrar pensamientos, autores e investigaciones profundas en torno a la muerte y todo su entorno, social, cultural, antropológico, religioso, económico, moral, comercial, porque el hecho de morir se constituye en una realidad sociocultural. En este mismo discurso hemos generado sistemas de creencias o valores, símbolos indelebles, ritos funerarios, encuentros de familiares y de la comunidad; el tratamiento y embalsamamiento de los cadáveres, las conductas espontáneas, las profesiones y tareas vinculadas con la muerte, los servicios tanatológicos, la sublimación de ciertos difuntos, el toque religioso, el abordaje antropológico, todo ello nos conduce a ratificar la expresión de Thomas en el sentido de que la muerte es un fenómeno social y cultural que

80 Cfr. Louis Vincent Thomas, *Antropología de la muerte*, Fondo de Cultura Económica, México, 2013.

inevitablemente nos cimbra, nos renueva y nos aproxima a nuestra propia ocasión de muerte.

Ese carácter social e histórico lo constatamos de diversos modos y circunstancias adicionales: la dimensión social de la muerte individual, y por el de la muerte de los hechos sociales; la dimensión cultural, dependiente de formas variadas de mirarla, asimilarla, cuidarla, transmitirla. En el primer caso son los sujetos, las personas individuales, las que trastocan e invaden con su muerte singular todo su entorno sociocultural: familiar, vecinal, laboral, social y cultural ya señalado; el segundo aspecto lo evidenciamos por el marco de influencia social, política, económica, intercultural e internacional, derivado de la muerte de dirigentes, líderes, autoridades, personalidades, representantes populares o nacionales, pues esas muertes, además, marcan, determinan, cierran ciclos y agilizan el nacimiento de nuevos entornos populares, políticos, laborales, culturales, nacionales en una comunidad, de una nación o una generación entera. Además, los efectos y lecciones de las muertes de personalidades representativas, como las honras fúnebres de gigantes políticos (Mao Tse Tung, Fidel Castro, Reina Isabel de Inglaterra, Pablo González Casanova, así como de familiares próximos, mamá, papá, hermanos, hermanas) se acomodan, se intercambian y se analizan como fenómenos singulares, que facilitan expresiones de voces diversas, recuerdos sin fin, manifestaciones solidarias, memorias especiales, referencias sin límite, llamados a la memoria, el recuerdo, la esperanza, cálidas despedidas, o, en ocasiones, con versiones menos memoriosas y más duras. Todo ello en torno al fenómeno más humano, más nuestro, como es nuestra muerte, en la salida de este mundo de todos cuantos comparten el ayer, el hoy y el futuro.

Eduardo Susbirat,⁸¹ filósofo español contemporáneo, destaca que plantear el tema de la muerte no obedece a la intención

81 Subirats, Eduardo, *Revista Andamios*, vol. 8, núm. 16, mayo-agosto, 2011, pp. 113-120.

pesimista de asumir su pesar como condición absoluta de la existencia humana, sino que tiene el sentido crítico de ponerla de manifiesto como aquel principio que nuestra cultura oculta como experiencia vital del individuo, pero al mismo tiempo impone como fundamento metafísico de la dominación. La muerte es lo más terrible y difícil, como diría Hegel.

Javier Gafo,⁸² bioeticista español para más señas, hace un recorrido por diversas experiencias y textos que han sido escritos como resultado de experiencias, tristes algunas, alentadoras otras, sobre el fenómeno del buen morir. Su inclinación bioética y su conclusión personal encaminan su preocupación por una educación y un acompañamiento en el morir, con una nueva y renovada mirada que nos guíe hacia una humanización y sensibilización hacia la muerte. El texto al que aquí se alude concluye con una magnífica síntesis de los derechos del enfermo terminal, de los que recuperamos los siguientes: 1. Tengo derecho a ser tratado como una persona hasta el fin de mi vida. 2. Tengo derecho a mantener un sentimiento de esperanza, cualquiera que sea el cambio que me pueda sobrevenir. 3. Tengo derecho a no morir solo. 4. Tengo derecho a no sufrir dolor. 5. A que se me responda honestamente a mis preguntas. 6. Tengo derecho a ser cuidado por personas compasivas y sensibles, competentes en su profesión, que se esfuercen por comprender mis necesidades y que encuentren satisfacción personal al prestarme ayuda cuando sea confrontado con mi muerte.

El doctor mexicano Ruy Pérez Tamayo, en su ponencia titulada “El médico y la muerte”, presentada en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2011, resaltó algo obvio para todos: “La muerte es, finalmente inevitable. Todos los seres

82 Cfr. Gafo, Javier (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2000 (Dilemas éticos de la medicina actual, 13); Gafo, Javier, en J. Gafo et al., *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1984.

humanos somos mortales y, a partir de cierta edad, todos lo sabemos, aunque muchos prefieren ignorarlo”.

En un auditorio Pedro de Alba, repleto de impacientes alumnas, estudiantes y profesores, Ruy nos entregó la siguiente idea: “La muerte individual aparece en el mundo biológico al mismo tiempo que la reproducción sexual y desde un punto de vista evolutivo parece ser consecuencia de ella, porque cuando un ser vivo pierde la capacidad de dejar descendencia también cesa de tener relevancia en el proceso de la evolución”.

Aquí se resalta la identificación de la muerte con el reloj biológico universal, dentro del cual se halla el ser humano, y ello sucede no sólo en la mirada del médico, sino a los ojos de la bioética y de la contemplación humana. Es decir, ese fenómeno humano que es la muerte se desliza y se afianza alrededor del mundo biológico y evolutivo, de donde toma sus primeros impulsos y, cuando éstos se han separado, su vida se reduce a la muerte, a ese momento que tanto rehuimos y del que quisiéramos escapar. Cerramos este apartado re-citando a Pérez Tamayo: “La muerte es, finalmente inevitable”.⁸³

Conclusiones

Se ha venido haciendo una exposición de diversas versiones, juicios y opiniones sobre la muerte. Hemos empleado autores representativos como Heráclito, Demócrito, Sócrates y Platón, Aristóteles, Séneca, Arthur Schopenhauer, Louis Vincent Thomas, Eduardo Subirats, Javier Gafo y Ruy Pérez Tamayo, que lo expresan directamente, pero jamás debemos decir que son los únicos, más bien, los hemos incluido porque estuvieron a nuestro alcance en este ejercicio que nos propusimos para cumplir con el propósito de indagar, observar y cavilar sobre el ser de la muerte.

83 Notas del autor.

Entre todos ellos existen afirmaciones propias, ideas compartidas entre éstos y otros muchos escritores sobre el tema, que permiten enterarnos que el tema de la muerte ha estado en la mente de todas las culturas, de todos los pensadores y de las y los humanos que vagamos y vivimos por este universo. Los primeros enfatizan la contradicción entre la vida y la muerte, entre nacimiento y ocaso de los vivientes; luego se vincula ese fenómeno humano con la noción que tenemos del Hades, de ese lugar particular a donde van, iremos, todos los mortales, donde se hallan todos, pero, especialmente Sócrates destaca la presencia de los prohombres griegos antiguos, con quienes buscaría, desearía dialogar y compartir las historias, si para eso nos sirve la muerte. Aristóteles reafirma la variedad de formas de vida viviente con su triple clasificación, y las condiciones mínimas del alma-entelequia para una vida armónica y el momento de la separación y conclusión de esa vida a la que conocemos como muerte.

Después viene el estoico Séneca, con ideas antiguas y su nueva visión de cuerpo-alma y muerte, que se incorporará a la cultura occidental cristiana. Schopenhauer destacará ese encuentro entre dos mundos, entre dos lugares distintos, y sus dos formas de muerte: la del sueño y las del paso a otro lugar distinto al mundo familiar que compartimos todas y todos los humanos. En ese mismo camino encontraremos a dos españoles contemporáneos que dialogan y profundizan sobre las condiciones de la vida y de la muerte, según los entornos individuales y comunes de las y los humanos. Lugar especial le corresponde a Gafo y a Pérez Tamayo, el primero porque conecta esas reflexiones en la cultura reciente de la bioética y los temas de la eutanasia asistida, y el segundo, con una participación destacada en la UAA, se permite observar que todos somos mortales, vamos a morir, aunque no sea algo que buscamos ni deseamos, ya que todos los seres humanos somos

mortales. Terminamos con una tesis universal presentada por Séneca: “Toda la muerte exige. Ley es, no pena, morir”.

Referencias bibliográficas

- Aristóteles, *De anima*, Biblioteca Clásica Gredos, L. I, cap. 5º, Madrid, 2003, pp. 112 -114.
- Gafo, Javier (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2000 (Dilemas éticos de la medicina actual, 13).
- Gafo et al., *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1984.
- García Bacca, Juan David, *Los presocráticos*, Fondo de Cultura Económica, México, 2009.
- Séneca, Consolaciones. *Diálogos. Epístolas morales a Lucilio*, Estudio introductorio Juan Manuel Díaz Torres, Editorial Gredos, Madrid, 2014.
- Séneca, *Epigramas 1*, versión de Roberto Heredia Correa, UNAM, México, 2001.
- Schopenhauer, Arthur, *La sabiduría de la vida. En torno a la Filosofía. El amor, las mujeres, la muerte y otros temas*, Editorial Porrúa, México, 1998.
- Subirats, Eduardo, *Revista Andamios*, vol. 8, núm. 16, mayo-agosto, 2011, pp. 113-120.
- Vincent Thomas, Louis, *Antropología de la muerte*, Fondo de Cultura Económica, México, 2013.

8. MUERTE DIGNA Y AUTONOMÍA. ¿ES POSIBLE AVANZAR HACIA UNA MUERTE DIGNA?

Tomás Ramírez Herrera
Departamento de Filosofía, UAA

Introducción

La eutanasia siempre es y será un tema obligado y polémico. Los debates sobre la eutanasia se han abierto desde hace más de tres décadas, pero lo extraño en nuestro ámbito es que los medios de comunicación masiva no publican lo que sucede en Holanda y Bélgica, donde la eutanasia activa es legal; ni lo que sucede en Suiza, donde el suicidio asistido es una opción válida. Lo que salta a la vista es que a partir del escenario holandés no existe ni existirá consenso, con respecto a la legalidad de la eutanasia activa.

Legislaciones diferentes

De entrada, es fundamental distinguir entre suicidio asistido y eutanasia activa. En el suicidio asistido es el paciente quien decide dónde, cuándo y con quién quitarse la vida. Usualmente

lo hace por medio de una combinación de fármacos suministrados por un médico, de preferencia un *médico amigo*.

En la eutanasia activa, es un doctor el que suministra una combinación de medicamentos para finalizar con la vida de pacientes terminales. Sólo que, para llevar a cabo el acto es preciso seguir una serie de pasos bien definidos en donde el enfermo estipule su voluntad para terminar con su vida.

En Holanda, las discusiones para legalizar la eutanasia fueron lentas y complejas. Iniciadas en 1973, dichas discusiones no finalizaron hasta 2001. Fue en febrero de 1993, cuando se convirtió en el primer país en aprobar una ley de eutanasia, la cual entró en vigor en 1994. Dicha ley permite la práctica de la eutanasia a condición de que previamente se cumpla rigurosamente con veintiocho reglas establecidas. Si éstas no llegan a cumplirse, la eutanasia se considera como un delito que amerita una pena máxima de doce años de cárcel. Según la ley, el médico debe tomar en cuenta la personalidad, la inteligencia y el sufrimiento (que debe ser “insoportable”) del enfermo, obtener de éste una “petición explícita, reiterada y formulada con pleno conocimiento de causa”, consultar al menos a un colega independiente y entregar por escrito un informe detallado de interrupción de vida, que permita, posteriormente, el control por parte de un médico legista y, eventualmente, por parte de un juez, quien debe decidir caso por caso, si corresponde un procedimiento judicial. De cumplirse satisfactoriamente con todos los requisitos, el médico que accede a practicar la eutanasia cuenta con la protección de la ley.⁸⁴

Pero, a pesar de que Holanda (primero) y Bélgica (después, 2002) son los paladines de la eutanasia activa, y a pesar de que la ética médica holandesa es de admirarse, en el sentido de que cuando ahí se ejecuta la eutanasia, es un supuesto implícito que tanto médicos como pacientes cumplieron es-

84 “Aprueba el parlamento holandés la ley de eutanasia”, *La Jornada*, 10 / 02 / 1993, p. 46.

trictamente con los puntos estipulados por las leyes, a pesar de ello, reitero, se sabe que no todos los médicos reportan los casos, por la posibilidad de no haber cumplido con todos los requerimientos. Por lo demás, los holandeses no han tratado ni tratan de convencer a nadie acerca de la validez de la eutanasia.

En México, está prohibida la eutanasia en cualquiera de sus modalidades; más aún, está prohibida la sola instigación o inducción al suicidio. El Derecho Penal en su artículo 132 determina que “la instigación o la inducción y el auxilio o ayuda al suicidio constituyen delitos en sí mismos”. Ésta es la situación de dos disposiciones jurídicas totalmente contrastantes de dos países.

Preguntas y testimonios

Las preguntas en la discusión actual se pueden formular como sigue: ¿Existe o no el derecho a morir con dignidad? ¿Es autónomo o no, el ser humano, en su determinación? Con el propósito de aportar elementos que puedan coadyuvar a la reflexión escuchemos las voces y voluntades individuales de personas que han solicitado ayuda a bien morir.

“La vida es un derecho, no una obligación”, escribió Ramón Sampredo, español y marinero de profesión. En 1968 sufrió una fractura de la séptima vértebra cervical, mientras nadaba en el mar. Como consecuencia de ese trauma quedó parapléjico. En repetidas ocasiones solicitó se le ayudara a bien morir, petición que le fue denegada en varias instancias. Quería morir, expresó, para acabar “con veintinueve años y cuatro meses de vida en el infierno”. Murió en enero de 1998, después de haber ingerido un raticida –cianuro– que le proporcionó una amiga. Seguramente murió de hemorragias internas, provocadas por el cianuro. Su caso marca un hito,

porque antes y después de su fallecimiento, las discusiones sobre la posibilidad de adueñarse del momento de la muerte se incrementaron y alcanzaron diversos ámbitos. La pregunta de fondo, que despertó en muchos, era si de verdad es autónomo el ser humano.⁸⁵

Al igual que la enfermedad que nunca es igual, cada muerte es distinta. “Escapar de su propio infierno” era el deseo de Jorge León Escudero. Español, enfermero, escultor e iconoclasta. A los 53 años quedó parapléjico debido a una mala caída mientras hacía gimnasia. Sin posibilidad alguna de movimiento y conectado a un respirador artificial los últimos seis años de su vida, murió después de haber ingerido medicamentos suministrados por manos anónimas. Esas manos “compasivas” aparentemente provenían de algún lector de una página web que él había abierto, donde solicitaba que alguien “dispuesto a implicarse” le ayudara a perecer. Alcanzó la muerte en 2006. Sus familiares explicaron que “escapar de su propio infierno” era su más profundo deseo. Este caso nos indica que la sociedad civil suele evolucionar con mayor celeridad que las leyes. La ley no debería ignorar la realidad.⁸⁶

“Mi libertad es morir con dignidad. Yo no vivo, quiero dejar de no vivir. La muerte es mía, me pertenece” Fueron las palabras de Madelaine Z. de 69 años, francesa de origen, y residente en España. Afectada por esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad que preserva el intelecto, pero que confina al paciente a la inmovilidad total y daño muscular, e incluso a la necesidad de respirar mediante un respirador mecánico, se suicidó en enero de 2007 con una pócima preparada *ad hoc*. A diferencia de los dos anteriores tuvo la suerte de decidir

85 *El País*, 12 /01/1998. Anteriormente, en septiembre de 1987, el caso de una joven alemana, Ingrid Frank, conmovió al mundo, al suicidarse frente a una videocámara, ayudada por una mano “misericordiosa”. Cfr. “The Dramatic Death of Ingrid Frank”, *Newsweek*, March, 14, 1988. p. 14.

86 *El País*, 12/05/2006.

por propia iniciativa el momento adecuado para finalizar con su vida. Lo hizo en su casa, acompañada de una amiga y dos voluntarios de la asociación Derecho a una Muerte Digna. Libertad y dignidad. Dos conceptos y dos realidades: ¿estarán estrechamente relacionadas o sólo se encuentran aquí relacionadas de manera circunstancial y artificial?⁸⁷

Vincent Humbert, un joven francés de 23 años, quedó inmovilizado, ciego y mudo después de un accidente automovilístico. Sólo podía escuchar y mover el pulgar de su mano derecha. Con ese dedo le hizo saber a su madre que deseaba morir. En 2003, con la ayuda de un médico, su madre le precipitó la muerte. Madre y doctor fueron acusados de homicidio, pero la juez consideró que en la decisión había pesado la idea de “preservar la dignidad del paciente”.⁸⁸ A partir del caso Humbert, la legislación francesa promulgó una nueva ley que establece las directrices para dejar morir a enfermos graves e incurables. Cuando el caso se hizo público, tanto médicos como la sociedad civil fomentaron la discusión y mostraron, mayoritariamente, su apoyo a la eutanasia.

Piergiorgio Welby, italiano de 62 años. Enfermo de distrofia muscular progresiva desde los 18 años. Falleció en 2006 después de que un médico le desconectó el ventilador. Solicitó no una muerte digna, sino una muerte oportuna. En los últimos nueve años, la enfermedad lo condenó a un respirador artificial. La iglesia le negó un funeral católico, por lo que la ceremonia se llevó a cabo en la calle, frente a la iglesia.⁸⁹ ¿No lleva a confrontar, este caso, la doble moral de la mayoría de las religiones?

Jossiane Chevrier pianista suizo de 68 años. Previo a morir había comentado que deseaba suicidarse “antes que la enfermedad avanzara tanto que le impidiera ingerir la poción”.

87 *Ibidem.* 16/01/ 2007

88 *Ibidem.* 27/09/2003

89 *Ibidem.* 21/12/2006

Ingirió medicamentos acompañado por dos miembros de Exit, agrupación suiza que apoya el suicidio asistido. Quienes solicitan la compañía de esta organización (existe otra: Dignitas, en Zurich) deben ser pacientes terminales, cuyos sufrimientos físicos y psíquicos sean incontrolables.⁹⁰ De acuerdo con algunas leyes, el paciente debe ser capaz de tomar por sí solo el medicamento. ¿No nos remite esta situación, a pensar en la dignidad y a valorar la validez de organizaciones como Exit y Dignitas? ¿Qué significan y hacia dónde nos llevan estas reflexiones y voluntades de los propios afectados?

Más preguntas

En los casos citados se requerían de “manos amigas” para morir, ya sea porque la incapacidad física de los afectados les impedía suicidarse o porque no eran pacientes terminales en los cuales hubiera sido válido, de acuerdo con el criterio de los médicos, retirar el apoyo para precipitar la muerte. Los seis casos sirven como punto de referencia para la discusión actual sobre el derecho a morir con dignidad. Las edades y enfermedades por las que solicitaron se les apoyara para morir por medio del suicidio asistido, difieren. En cambio, los motivos son idénticos: recuperar la autonomía, gracias a la muerte. Hacer de la dignidad un acto de libertad y dar por terminada la prolongación de la muerte (que no de la vida).

Autonomía y dignidad reclamada por voces y voluntades individuales frente a una sociedad y una religión momificadas, podría ser un resumen de los casos referidos. Aunque dignidad y libertad no son sinónimos, ambos valores tienen múltiples interconexiones. El derecho de decidir acerca de lo que se desea hacer con la propia vida, ¿no es el ejercicio más contundente de libertad?; actuar conforme con los dictados de

90 *Ibidem.* 11/03/2006

la visión personal del mundo y de uno mismo ¿no es ejercer la dignidad?

Por otra parte, ¿qué decir del papel del médico? Así como no hay médicos abortistas, tampoco hay doctores eutanatistas. Es falsa la idea que sostiene que dentro de la profesión médica existen profesionales que consideran que el aborto es una práctica adecuada para controlar la natalidad. Es, de igual manera, falaz la noción de que hay galenos que ven con buenos ojos la eutanasia como vía para terminar con las vidas de enfermos cuyas demandas de atención rebasen la capacidad de los médicos para encargarse de ellos.

Más aún, no deja de haber conflictos o dilemas éticos a los que tiene que enfrentarse el profesional de la salud. Por ejemplo, acceder a una petición de eutanasia, ¿no significa actuar contra la esencia o la meta misma de la medicina, a saber: sanar o curar? Acceder a provocar una muerte, ¿no es traicionar la esencia misma de la profesión médica, dado que su misión es “no hacer daño sino ayudar”, es decir, tener la salud del paciente como su más noble meta? Sin embargo, situándose en la posición contraria, también se pregunta, ¿es válido conservar a toda costa la vida del paciente cuando ya no hay condiciones biológicas para lograr una vida digna? El paciente al percibir psicológicamente su situación biológica, logra un estado total de bienestar o malestar que tendrá una repercusión directa en la percepción de su calidad de vida. Bajo esta perspectiva, ¿no cumple mejor con su misión el médico que ayuda a su paciente a morir con dignidad y que le evita el terrible daño de un remedo de vida humana que nadie desearía, si se encontrara en el lugar del paciente? No hay que confundir salud y vida, no son sinónimos. Se puede vivir con muchas enfermedades o con una terrible enfermedad, y en ambos casos llegar a percibir la vida como insostenible, o se puede estar “sano” pero sin capacidad de llevar a cabo actividades de au-

torrealización, por lo cual se puede desear la muerte, porque esa “vida” no es vida.

Otro conflicto es el que surge entre el principio del valor de la vida y el principio de autonomía. Según el principio del valor de la vida, ésta tiene un valor absoluto o “sagrado”. Sin embargo, un momento de reflexión nos puede revelar que tiene que haber ciertas excepciones provenientes de conflictos con otros derechos como, por ejemplo, el derecho a defendernos, el derecho a alimentarnos o el derecho a decidir arriesgar la propia vida por una noble causa. Según el principio de autonomía, el sujeto tiene derecho a decidir libremente sobre todo aquello que está relacionado con su propio bien. Tiene, por ejemplo, no sólo el derecho a la vida, sino también el derecho a la muerte cuando ésta, comparada con la vida, resulta ser un bien. No obstante, no hay que olvidar que la propia autonomía está limitada por la autonomía de los otros.

Finalmente, en la eutanasia, tal como ha mostrado la experiencia holandesa, es infundada la idea, pregonada hasta la saciedad por los grupos que denuestan esta práctica, que aseguraba que las peticiones para optar por la buena muerte, se incrementarían en caso de que ésta se legalizara. (Lo mismo se llegó a decir con ocasión de la despenalización del aborto en el D.F., Abril, 2007). El tiempo ha demostrado lo contrario. Las solicitudes en busca de la eutanasia activa (Holanda) o de suicidio asistido (Suiza) no han aumentado conforme pasan los años.

Conclusión

Cuando se habla de temas tan enormemente polémicos, como la eutanasia, el aborto u otros relacionados con el cuidado y la conservación de la vida, es evidente que la opinión pública se mueve con mayor celeridad e inteligencia que las leyes de la sociedad. Las razones que posiblemente influyen en la

modificación de los juicios son diversas: la observación atenta de la realidad, un razonamiento no rígido, un ideario que se construye y se modifica en función de la lectura que se hace de la vida y de la realidad. En cambio, modificar lo establecido es más complicado y lento: las leyes dependen de los intereses del poder –políticos, religiosos, económicos, mediáticos– de paradigmas enmohecidos y de la sabiduría (o de su ausencia) de los encargados de rectificar algunas normas.

La eutanasia y el aborto ejemplifican bien este desfase. Cuando la ley es sorda e ignora la realidad, la sociedad busca caminos diferentes para expresarse y viola, con razón, las leyes. Volviendo a nuestra realidad, las discusiones acerca de la eutanasia en México, apenas se han iniciado.

No se ha dicho, aquí, que hay que promover la eutanasia, sino fomentar la discusión sobre la misma para su legalización. Los médicos nunca deben sugerir la eutanasia, sólo deben ser guías y contar con la capacidad de escuchar lo que desean los enfermos y sus familiares. En la actualidad, cuando la medicina ha sufrido los embates de la tecnología, de las aseguradoras, de los abogados y de tantas otras instancias, el arte de la escucha y de la empatía deben renovarse. Escuchar es un arte complejo, pero obligado cuando se habla de la posibilidad de decidir el momento de la muerte, cuando se trata de pacientes terminales o enfermos con padecimientos neurológicos degenerativos. Para los profesionales del cuidado de la salud, sigue siendo válido este aforismo: “El secreto de cuidar al paciente radica en el arte de encargarse del paciente”. (Francis Peabody, 1881-1927).⁹¹

91 Peabody, Francis W., “The care of the patient”, en *Journal of the American Medical Association*, vol. 88, núm. 12, pp. 877-882.

Referencias

- “Aprueba el parlamento holandés la ley de eutanasia”, *La Jornada*, 10 / 02 / 1993, p. 46
- El País*, 12 /01/1998
- El País*, 12/05/2006.
- Peabody, Francis W., “The care of the patient”, en *Journal of the American Medical Association*, vol. 88, núm. 12, pp. 877-882.

REFLEXIONES BIOÉTICAS
Filosofía, biotecnología
y antropología de la muerte

Primera edición 2023

El cuidado de la edición estuvo a cargo del Departamento Editorial
de la Dirección General de Difusión y Vinculación
de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.