

# Consideraciones sobre la Vida y la Muerte

## Muerte Digna<sup>1</sup>



**Prof Dr Elías Hurtado Hoyo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Conferencia. ADARBA. 2013

<sup>2</sup> Prof Consulto Cgía UBA; Doctor Honoris Causa Univ Nac Morón e Inst Univ H Barceló. Miembro de Acad Argent Cirugía; Cienc Méd Córdoba; Nac Medic Paraguay y Argent de Ética Médica. Presidente de la Asociación Médica Argentina.

Sra Presidenta de ADARBA, Silvia Marenda de Pujol; Sra Coordinadora del Comité, Susana Freund de Acel; Sras Socias. Un saludo especial para vuestra Secretaria General, Sra Graciela González de Chechtman, esperando su pronto restablecimiento.

La muerte ha sido para mí una rival tangible y constante desde mi juventud. Distintas circunstancias me llevaron a ser el que tomaba, y aún tomo, decisiones que son necesarias para controlar enfermedades de alto riesgo en las cuales está permanentemente acechando. Empecé a operar siendo practicante en 1957 en el hoy desaparecido Hospital Salaberry. Los anestesiólogos eran muy pocos, y en general se ocupaban de asistir a los jefes; los que nos inclinábamos por la cirugía debíamos aprender los distintos tipos de anestesia con los peligros que se originaban cuando las aplicábamos y por lo precario del equipamiento existente. Asimismo, por no haberse aún introducido las Terapias Intensivas, debíamos asumir la responsabilidad completa del posoperatorio. Por todas estas circunstancias, y por las generosas enseñanzas de mis maestros, desde temprano comprendí que “frente a un enfermo la

actitud del médico debe ser en primer lugar pretender curarlo [...]; si no puede hacerlo, debe pretender aliviarlo [...]; y si no se puede debe acompañarlo al buen morir respetando sus valores morales y religiosos [...]”.<sup>1</sup> Dejando de lado esas vivencias en ese accionar cotidiano, mencionaré someramente sólo tres episodios concretos relacionados a la “Muerte Digna” de los que fui partícipe.

El 7 de noviembre de 1975, daba una Conferencia en el Ateneo Literario y Científico de Madrid por la edición en España de mi libro *El Hombre Eterno. Teoría del Ser*,<sup>2</sup> expresando mi posición sobre lo que ocurriría con los constituyentes que conforman al hombre en el momento de la muerte. La segunda vivencia se produjo coincidentemente en ese mismo mes al estar presente, como becario del Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular de la Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid, durante la muerte de Francisco Franco. Fue el primer caso trascendente con repercusión periodística internacional que generó discusiones éticomorales sobre la distanasia por el factible “encarnizamiento terapéutico”. Años después, en 1985, ocurriría lo mismo con el presidente Tancredo Neves en Brasil. El tercero es la posición expresada por una añosa Institución Civil laica como es la Asociación Médica Argentina fundada en 1891 en su “Código de Ética para el Equipo de Salud” que tuve el honor de conducir.<sup>1</sup> En sus dos ediciones 2001 y 2011, cinco de sus Capítulos se refieren al tema, en especial los 33 y 34. Traducido a doce idiomas; es usado como material didáctico por facultades de medicina y abogacía, públicas y privadas.

La muerte para la Real Academia de Lengua Española significa “la cesación o término de la vida”. Se llega de distintas maneras. La Tanatología es una disciplina integral dedicada al fenómeno de la muerte en seres humanos y otros animales desde los distintos ámbitos del saber como son la medicina, la psicología, la antropología física, la religión y el derecho; y aplica el método científico con técnicas forenses. En el morir, la persona se enfrenta, sin entrar a analizar las causas, a la muerte del cuerpo; lo temporario es el hombre y no las energías que lo conforman. De ahí que aceptemos que el hombre sea una estación en el camino de sus constituyen-

tes.<sup>2</sup> Las distintas religiones y creencias tienen una posición definida sobre los otros componentes del hombre después de la muerte física.

Es oportuno señalar, antes de profundizar el tema, que existen regiones en la Tierra donde sus habitantes son longevos superando los cien años. Se destacan la Isla de Ikaria (Grecia), Isla Sardinia (Cerdeña), Isla de Okinawa (Japón), Península de Nicoya (Costa Rica), Loma Linda (California), Valle de Vilcabamba (Ecuador), Valle de Hunza (Pakistán), Montañas del Cáucaso y Georgia.<sup>5</sup> Aparte del clima, una de las características en común es que se alimentan de lo que ellos mismos producen.

En contraposición merece comentarse el síndrome de los "niños viejos". La *Progeria* es una enfermedad rara de origen desconocido, hereditaria, que inhibe la reproducción celular.<sup>10</sup> La mayoría de los casos son de raza blanca. Se caracteriza por la prematura aparición, entre los 6 meses y 2 años de edad, de los síntomas de la vejez. En el 90% tienen una mutación en el gen que codifica la proteína Lamin A provocando una inestabilidad de las células en todo el cuerpo, lo cual lleva al envejecimiento rápido y acelera su muerte. La velocidad del envejecimiento es entre 5 a 10 veces mayor que la de una persona normal. Su promedio de vida es alrededor de 14 años. Fallecen por afecciones relacionadas a los adultos mayores como son los accidentes cerebrovasculares, el infarto de miocardio, y otros.

En el llamado "reloj biológico" se plantea la existencia de un determinado genotipo que va produciendo la aparición de cambios programados fenotípicos por la edad. Los recientes aportes sobre los genes Sir, y sus proteínas (Sirtuinas), los vinculan con la longevidad al otorgar a las células mayor resistencia al daño inducido por apoptosis, en especial el Sir 2. Se sabe que actualmente la esperanza media de vida al nacer en la región excede los 70-75 años mientras hace un siglo era de 40-45 años. Esta expectativa ha aumentado 17 años sólo en los últimos 25 años. Es interesante recordar que el envejecer y el morir de las células de cada órgano o de cada sistema es muy variable desde horas (neutrófilos), días (glóbulos rojos), a años ("linfocitos de memoria"). Así como este tipo de células tienen la capacidad de reproducirse, otras no la tienen disminuyendo su número a través del tiempo como las nefronas, neuronocitos, etc.<sup>5</sup>

Estas situaciones extremas nos motivan a recordar una frase de Claude Bernard muchas veces cuestionada: "*la vida es la muerte*".<sup>2</sup> El perder, aunque sea mínimamente algunos de nuestros atributos, es acercarnos a nuestro fin. Tras los trabajos de Weismann, Metchnikoff, Woodruff, Carrel, Metanikow, y otros, "*la biología puede afirmar ya que lo que caracteriza a la mayoría de los organismos vivos es la inmortalidad, y no la muerte [...]*".<sup>2</sup> Dado que la muerte no es una necesidad imperativa de la vida orgánica, muchos autores hablan de amortabilidad que es la aptitud biológica

de vivir indefinidamente pero siempre expuesta al accidente fatal, separándola de la noción religiosa de inmortalidad que implicaría indestructibilidad. El unicelular se reproduce por bipartición hasta el infinito; la muerte le llega por cambios nocivos del medio exterior. Woodruff controló la reproducción de infusorios durante 7 años; se reprodujeron 44.473 veces siempre con las mismas características. "*Las células vivas son potencialmente amortales*". Esto se comprueba en numerosas especies animales o vegetales inferiores. "*Son, pues, amortales todos los unicelulares, gran número de plantas simples, e incluso invertebrados inferiores cuyas células somáticas han conservado la aptitud de la multiplicación asexual y la regeneración. Las plantas con rizomas, los celentéreos (esponjas, hidras, medusas, corales, etc), participan igualmente de la amortabilidad original*".<sup>2</sup> A esto se le contraponen en el ascenso en la escala de los organismos vivientes por las diferenciaciones celulares, la disminución o anulación de la posibilidad de regeneración biológica. Para Hertwing-Minot: "*La muerte aparece como el precio de la diferenciación, de la organización, y de la especialización*".<sup>2</sup> El hombre, al igual que las especies de alta especialización, es mortal. Estas especies en lucha con la muerte escapan de ella a través de la reproducción sexual. Las células de la reproducción de estructura elemental no diferenciada, portan en sus genes todas las virtualidades del soma especializado. Se crea así un círculo muerte-renacimiento-envejecimiento, es decir, muerte-reproducción sexual, con el que persiste la especie. No el individuo, sí la especie humana. Morin señalaba: "*no olvidemos que un ser viviente, uno sólo, aunque sea el único, ha logrado sobrevivir desde hace dos mil millones de años, demostrando así que podía escapar a todos los deterioros cuánticos. Y ese ser viviente, el primero, está presente en cada uno de nosotros, en todo ser viviente*".<sup>2</sup>

Según el tiempo en que se desencadena la etapa de la muerte, se consideran dos grandes posibilidades o grupos: la "*muerte en crisis*" y la "*muerte en lisis*". La "*muerte en crisis*" es la que llega la mayoría de las veces en pleno estado de Salud en forma rápida, brusca, inmediata, y a veces súbita. De esta forma de morir podemos reconocer a su vez dos grandes subgrupos: la muerte voluntaria y la muerte no voluntaria. La "*muerte en crisis voluntaria*" es el clásico suicidio; la persona se la provoca a sí misma; sin analizar las causas, el hecho queda circunscripto sólo a esa persona. En la "*muerte en crisis no voluntaria*" no se tiene la posibilidad de elegir, es circunstancial, no se la desea, y no se la espera. Comprende a las acontecidas en las guerras, accidentes de tránsito, de trabajo, asesinatos, drogas, otras intoxicaciones, síncope, etc.

La otra forma de morir se denomina "*muerte en lisis*" pues la enfermedad progresa lentamente, es previsible, y se la espera. Los momentos previos son los últimos momentos trascendentes de la vida, por lo cual debe buscarse que superen el trance con lu-

cidez para mantener la capacidad de recibir y transmitir afectos. Es un tiempo de reflexión, analizando y descifrando el verdadero sentido de lo vivido frente a estar perdiendo todo su mundo, familia, vivienda, trabajo, logros, amistades, cuerpo, mente y espíritu. Como persona aún mantiene los atributos naturales del Principio de Autonomía con Libertad para poder decidir.<sup>8</sup> A la defensa de una “*Vida Digna*” corresponde una muerte digna. Dejar morir no es lo mismo que “hacer morir”.<sup>6</sup> Para las personas añosas la “*Muerte Digna*” es la muerte ideal que llega en el momento biológico adecuado, con un tratamiento instaurado razonablemente coherente con los estándares clínicos, culturales y éticos [...], y libre de angustia o sufrimiento para el paciente, la familia, y los cuidadores en general. El Derecho al “*bien morir*”, es decir, a morir con dignidad, debe contemplar como mínimo:

- a) conocer la cercanía de su muerte (información de la verdad);
- b) vivirla según sus propias convicciones morales y religiosas;
- c) mantener la conciencia ante su proximidad;
- d) estar y sentirse acompañado;
- e) recibir los cuidados apropiados; y
- f) alivio del dolor (sedación paliativa, terminal o en agonía).

Sin embargo, para niños y jóvenes, aún cumpliendo todos esos requisitos, el concepto de muerte digna choca con el por qué de la misma muerte.

Antes, el “*paciente terminal por lisis*” esperaba la muerte en su casa rodeado de los afectos de la familia y amigos. A mitad del siglo pasado surgen las Terapias Intensivas reuniendo en un área definida los pacientes de alto riesgo. Permiten concentrar recursos humanos y técnicas de asistencia compleja. Desde un inicio generaron conflictos; tienen una imagen relacionada al aislamiento, la despersonalización, el vaciamiento espiritual-religioso, y al ocultamiento. Se suele decir que allí por la alta tecnificación se genera la “*medicalización de la muerte*” pues se muere más lento, con menos dolor pero más solos, mejor asistidos pero menos acompañados. Frente a la muerte inevitable la medicina tiene límites y hay que aceptarlo. Es inútil un tratamiento para mantener la funcionalidad de un órgano sin mantener el sentido de un organismo como un todo; su implementación radica en los beneficios que se esperan. Se denomina “*encarnizamiento o ensañamiento terapéutico*” a los tratamientos desproporcionados que prolongan la vida de enfermos desahuciados. Estas actuaciones son en general de mala práctica médica. Cuando no es razonable seguir esperando

un beneficio, el tratamiento pierde su justificación y debe ser retirado. Esta valoración le corresponde al médico (Junta Médica) y deben participar el paciente, si está lúcido, y su familia.

Los conflictos, si bien no son muchos cuando se desencadenan, pueden llegar a ser graves. Se producen entre los Miembros del Equipo de Salud y/o los familiares por la diferencia de conocimientos y su interpretación; el paciente está muerto según los Protocolos Médicos establecidos (*muerte cerebral*), pero los órganos vitales siguen funcionando. Se habla de “*estado vegetativo permanente*” en el cual las medidas asistenciales pueden tener repercusiones éticomorales y legales. A esta situación llegan tanto casos de “*muerte en lisis*” como de “*muerte en crisis*” cuando ésta no es inmediata. Lo que da origen a la polémica es la presencia de diversos movimientos de tipo involuntario y ser interpretados como señales de vida; pueden mover los ojos, miran pero no ven, oyen pero no escuchan, tosen, no pueden pensar que la luz se prende, porque está dañada la corteza cerebral. En general son pacientes asistidos en Terapias Intensivas con apoyo de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM).

Cuando el momento final se va postergando, a pesar de las mínimas medidas de sostén instaladas, se dice subjetivamente que “el paciente no se quiere ir”. A la inversa, cuando se imponen medidas desproporcionadas al estado del paciente, se puede decir que “la familia o el Equipo de Salud no lo deja ir”. Estas discrepancias jerarquizan la importancia del compromiso activo de un Equipo de Salud con una sólida formación técnica, psicológica, ética y espiritual, para acompañar al moribundo en esos momentos, como en el futuro enfrentar la propia.

El caso de Karen Ann Quinlan se convirtió en el símbolo del Derecho Legal a la Muerte Digna. En abril de 1975 entra en coma por lo que se le coloca un respirador; la familia pide retirárselo; en junio de 1976 la Corte Suprema de New Jersey (EE. UU.) autoriza retirarlo. Se mantiene en estado vegetativo, deteniéndose sus órganos recién en 1985. A partir de allí se imponen los Comités de Asesoramiento Ético Hospitalarios. El caso argentino que genera la Ley es el de Camila Selva Hebrón, quien el 27 de abril del 2009, por falta de oxígeno cerebral durante el parto, nace en coma necesitando un respirador; queda en estado vegetativo permanente; en 2012 se aprueba la Ley y se le retira el respirador; sus órganos dejan de funcionar. La abogada patrocinante fue Dinah Magnante;<sup>8</sup> por el Comité de Ética del Centro Gallego actuaron Jorge Yansenson y Horacio Dolcini, miembros de la AMA y co-Directores de su Código.<sup>1</sup>

La Ley 2.6742/12 sobre “*Muerte Digna*” modifica en parte la Ley 26529/09 que estableció los Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de Salud.<sup>7</sup> Esta nueva ley no obliga a nadie; ampara a los pacientes, a los familiares y a los médicos. Otorga a la familia el derecho de tomar

la decisión sobre “la abstención y/o retiro de medidas de soporte vital, como hidratación y alimentación, en pacientes con una enfermedad irreversible, incurable o en estado terminal cuando su único efecto sea la prolongación de ese estado terminal, irreversible o incurable”. La limitación del esfuerzo terapéutico para retirar (*withdraw*) o no iniciar (*withhold*) las medidas terapéuticas deben siempre discutirse en forma horizontal y tomarse por consenso evitando la judicialización de las mismas. Pueden requerirse varias entrevistas entre las partes involucradas y comprometidas. Sus puntos relevantes son:

- a) la *humanización* de la medicina;
- b) *elimina la obligación* de los médicos de mantener con vida de manera artificial a pacientes en “estado irreversible o incurable o en estado vegetal”;
- c) *autonomía* de la voluntad del paciente (familiar habilitado o representante legal);
- d) la obligatoriedad del *Consentimiento Informado* (información fehaciente) para aceptar o rechazar los procedimientos y/o tratamientos;
- e) las directivas anticipadas sobre su salud -*Testamento Vital*- deben formalizarse ante Escribano Público o Juzgados de Primera Instancia con la presencia de dos testigos;
- f) la *revocabilidad* de las directivas anticipadas en todo momento por el paciente (familiar habilitado o representante legal);
- g) considerado el estado vegetativo definitivo las decisiones a tomar se registrarán en un *Acta firmada* por todos los intervinientes;
- h) el grado de parentesco para la toma de decisiones se rige por la Ley de Trasplantes;
- i) *liberación* de los profesionales intervinientes de la Responsabilidad Civil, Penal y Administrativa.

Uno de los grandes cambios en las conductas asistenciales, siguiendo lineamientos de los Derechos Humanos y de la Bioética,<sup>9</sup> ha sido la “*humanización de la muerte*”. Reconocido el estado terminal por el Equipo Médico, se los concentra en Salas Especiales de Cuidados Paliativos de atención básica. Asumen gran responsabilidad para acompañar al enfermo y contener a los familiares las áreas de Enfermería, Psicología, Kinesiología y Asistencia Social. En los casos en que una persona sana llega a la muerte estando asistida en Terapia Intensiva con órganos viables según los protocolos, como son la mayoría de las “muertes en crisis”, las medidas diagnósticas deben determinar si está o no en condiciones de ser candidato de donar órganos, e indagar si ha o no

realizado un Testamento Vital. En la situación de ser candidato, la atención médica está dirigida a mantener la viabilidad de los órganos, notificar a las organizaciones pertinentes y a dialogar e informar del tema con los familiares y/o responsables legales.

El desafío actual es la controversia que genera el Derecho de una persona (Principio de Autonomía) a escoger libremente el momento y la forma de morir. Existen dos formas de lograrlo: por sí mismo (suicidio) o por terceros (eutanasia). Esta palabra genera confusión ya que si bien etimológicamente significa buena muerte, está más relacionada a las actitudes en busca de acortar el período de sufrimiento del moribundo acelerando la muerte. Este Principio de Beneficiencia se contradice al provocar la muerte (hacer morir). La discusión mayor se genera cuando se busca llegar a la muerte con la ayuda de terceras personas. Las legislaciones de algunas naciones, Holanda, Bélgica, Luxemburgo, y como del Estado de Oregon, aceptan la Eutanasia (eutanasia voluntaria); suicidio medianamente asistido; muerte intervenida) donde el requisito imprescindible es la petición expresa y reiterada del paciente con el *Consentimiento Informado* correspondiente (permiso para morir). En Suiza está prohibido pero es tolerado. Holanda acepta la muerte asistida a partir de los 12 años, Bélgica sin límites de edad. En el caso de menores se debe contar, además, con una autorización escrita de los padres y una evaluación psicológica. Su análisis desencadena en forma automática conflictos de intereses en los valores éticomorales de las personas comprometidas en su asistencia, como son “*la objeción de la conciencia*”, los jurídicos (penales) y los civiles (administrativos, laborales, económicos), de quien o quienes participen (Miembros del Equipo de Salud o no, Instituciones). En nuestro país está totalmente prohibida, es más, se lo considera un homicidio.

Actualmente la terminología aceptada según las actitudes que se pueden tomar frente a la factible muerte, gira sobre tres decisiones:

- 1) *Ortotanasia*: permitir morir (Muerte Digna);
- 2) *Distanasia*: retardar el morir;
- 3) *Eutanasia*: producir la muerte por terceros.<sup>6</sup>

Por el rápido avance generado por las ciencias en el marco de “las sociedades del conocimiento” se prevén modificaciones de las nociones preestablecidas de tiempo, espacio, vida, longevidad, formas de vivir, el concepto mismo de muerte, lo espiritual, y como siempre, la noción de creación.<sup>3</sup> Estamos en la era llamada “*Plushumanismo*” con un hombre que vive más y con mejor calidad de vida.<sup>4</sup> Para valorar los nuevos desafíos nos referiremos a uno de ellos. Rememorando a Claude Bernard, y desde una perspectiva dialéctica, diremos que “*la muerte es la vida*”. En las últimas décadas el congelamiento ha permitido mantener órganos en estado de latencia. Para los trasplantes de órganos se utiliza la criopreservación

por períodos cortos para su traslado. No sólo se conservan los constituyentes físicos en lo estático, sino que lo primordial es su integración en lo funcional con el resto del nuevo ser. El órgano trasplantado vive en condiciones similares a su nuevo cuerpo. La nueva "criónica" se dedica a la criopreservación de seres humanos y mascotas para revivirlos en el futuro, sin tiempo definido. Es un procedimiento experimental. Los cuerpos después de su muerte se preservan con nitrógeno líquido a 196° bajo cero, previo reemplazo de la sangre con sustancias criopreservantes para disminuir la formación de cristales de hielo y el daño celular. En la actualidad hay tres organizaciones en el mundo que mantienen a 250 cuerpos criopreservados. Para finalizar, y seguir recordando a Claude Bernard, también podemos decir que en toda circunstancia "la vida es la vida". Hoy asistimos a la posibilidad de renacer. Los embriones destinados a la fertilización asistida pueden almacenarse congelados por períodos prolongados, para luego ser usados exitosamente y dar origen a un niño normal. Ratifica un nuevo camino en la concepción biológica del círculo de la vida: nacer-envejecer-morir-nacer.<sup>5</sup>

Muchas gracias

### Bibliografía

1. Hurtado Hoyo E; Dolcini H; Yansenson J y col: "Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina". EDIAMA. 2001. Traducido al griego, inglés, francés, portugués, ruso, árabe, hebreo, holandés, italiano, japonés, alemán y checo. 2011, Segunda Edición. [www.ama-med.org.ar](http://www.ama-med.org.ar).
2. Hurtado Hoyo E: "La Eternidad del Ser". EDIAMA. Ed Polemos. Buenos Aires. 2009: 64-75.
3. Hurtado Hoyo E: "Avances de la medicina en los últimos 75 años (1933-2008)". *RevAsocMedArgent*. 2010.123.1 24-32.
4. Hurtado Hoyo E: "La Humanización de la vida". *RevAsocMédArgent*. 2012.125:1-5.
5. Hurtado Hoyo E y Falasco M: "Envejecimiento y Salud". *RevAsocMédArgent* 2012.128.
6. Lorda PS; Barrio Cantalejo JM; Alarcos Martínez J y col: "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras". *Rev Calidad Asistencial*. España. 2008;23(6):271-285.
7. "Ley 26.742: Muerte Digna. Derechos del Paciente". [www.foroabogadossanjuan.org.ar](http://www.foroabogadossanjuan.org.ar)
8. Magnante Dinah: "Tratamientos Proporcionados y Desproporcionados en el Estado Vegetativo Permanente". Tesis Doctorado. 2009. UnivCatolArgent.
9. Potter VR: "Bioethics the Science of Survival". *Perspectives in Biology and Medicina*. 1970.14:127.
10. "Progeria": [roble.pntic.mec.es/~jagueso/relatos.html](http://roble.pntic.mec.es/~jagueso/relatos.html).