

DERECHO A UNA MUERTE DIGNA

Guillermo Ochoa Millán

Centro de Estudios e Investigaciones de Bioética
CEIB - México

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

El acto médico, curar, aliviar, consolar, permanece inmutable durante la fase recuperable de la enfermedad, la enfermedad terminal y la fase de agonía. Mientras las acciones curativas constituyen el arsenal común del tratamiento de la enfermedad recuperable, la mayoría de las acciones durante la enfermedad terminal van destinadas a aliviar y sin perder de vista la naturaleza de ambas, el consuelo es posiblemente el acto médico primordial durante la agonía. El síndrome terminal de enfermedad, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo.

El diagnóstico del síndrome terminal de enfermedad, se basa en la existencia de los siguientes factores: a) enfermedad causal de evolución progresiva, b) pronóstico de supervivencia menor de un mes, c) ineficiencia comprobada a los tratamientos y d) pérdida de la esperanza de recuperación.

- a) La enfermedad causal ha cursado con períodos de mejoría, de estabilización y progresión. Es indispensable la presencia de enfermedad evolutiva, progresiva para establecer el diagnóstico de enfermedad terminal.
- b) Se ha podido comprobar que el 90 % de los enfermos terminales correctamente diagnosticados, la supervivencia es menor a un mes.
- c) Mientras no se han agotado los tratamientos disponibles, no se puede hacer diagnóstico de enfermedad terminal, porque no se cumple el requisito de irreversibilidad, es conveniente la consulta con los especialistas en el área, para comprobar este apartado.
- d) Habitualmente existe una correspondencia entre las expectativas del médico, del enfermo y de la familia.

TRATAMIENTO

Con frecuencia, los tratamientos o cuidados médicos y de enfermería están condicionados según las manifestaciones clínicas a menudo imprevisibles. La concep-

ción moderna del síndrome terminal de enfermedad, se orienta a tres áreas de actuación : a) aspecto psico-social, b) tratamientos y cuidados específicos y c) organización de cuidados especiales.

- a) *Aspecto psico-social* : es imprescindible entablar una relación interpersonal que favorezca la comunicación, respetando la intimidad. Una parte fundamental es la información, es decir la verdad, es no mentir, es averiguar lo que el paciente quiere saber, para evitar dar información no deseada y también, es eludir contestaciones a preguntas indirectas. Otro aspecto importante de la actuación del médico y de la enfermera, es proporcionar serenidad. Puede ser conveniente hablar de la muerte con el propio enfermo si es lo que desea; la experiencia suele ser fructífera y genera afecto.

No hay que olvidar que, aún en medio del peor drama existe una reserva de esperanza, optimismo y alegría en el ser humano, y despertar sentimientos de ese tipo, supone tal vez, el mejor remedio contra la tristeza y la depresión.

- b) *Tratamientos y cuidados específicos* : las manifestaciones clínicas que requieren tratamiento y cuidados específicos durante la enfermedad terminal, son muy variados ; muchas veces requieren de asistencia hospitalaria bajo atención calificada de especialistas.

La finalidad inmediata de estos cuidados y tratamientos es aumentar la calidad de vida en la fase terminal de la enfermedad. Los objetivos concretos se pueden desglosar en los siguientes : aumentar los períodos de descanso y sueño del enfermo y de la familia.

Aumentar la comunicación y la actividad física del paciente, disminuir los sentimientos de impotencia y culpa y procurar la atención en el propio domicilio si se considera conveniente.

Desde la perspectiva moral, puede administrarse todo cuanto sea necesario aunque la medicación administrada acorte la vida, si la intención es controlar el dolor, es muy frecuente que el control del dolor sea el principal problema del enfermo.

Los motivos del fracaso en el control del dolor a veces se debe al propio enfermo : no medicarse por creer que el dolor es incontrolable o inevitable, temor al hábito o a los efectos secundarios, falta de colaboración familiar por las mismas causas y falta de comunicación con el médico o con la enfermera.

Por parte del médico o de la enfermera también hay motivos de fracaso, cuando prescriben o administran analgésicos sin pauta, cuando no conocen bien los fármacos disponibles, cuando no efectúan un seguimiento cercano valorando la medicación prescrita y cuando no dan apoyo afectivo.

- c) *Organización de cuidados especiales* : existen tres modalidades de asistencia al enfermo terminal : en el domicilio, en centros especiales y en hospitales donde han sido tratados anteriormente.

LA AGONÍA

La ética médica aporta tres principios en relación a la muerte : a) muerte personal, b) muerte natural y c) bien morir.

La muerte personal, es decir de la persona en su totalidad, como un ser inteligente y libre, espiritual y corporal, y no como un mecanismo biológico compuesto solo de tejidos, órganos y sistemas. La muerte personal exige la autorrealización ; el hombre debe ser consciente de su fin, para dictar sus últimas voluntades, cancelar sus compromisos y prepararse social, familiar y espiritualmente. La muerte debe llegar naturalmente ; no puede ser preparada mediante la participación activa del médico o de la enfermera.

Para el médico ayudar a morir con dignidad, tiene un mensaje básico y claro : asistir durante el proceso de la muerte del enfermo y a los familiares con honestidad y compasión, además de administrar los cuidados físicos y psíquicos necesarios, ha de esmerarse en evitar el sufrimiento y la inseguridad.

Cuando se cumplen los criterios del síndrome de enfermedad terminal, previamente enunciados, no se debe ni se puede indicar tratamientos quirúrgicos, de reanimación, etc., ya que son ineficaces e impracticables.

Aunque habitualmente no se hace mención, también es importante la atención después de la muerte, preparación del cadáver, gestiones, etc.

La asistencia del médico y de la enfermera a las exequias constituyen el colofón final.

El conflicto de eutanasia, cuyo debate se circunscribió hace una década a los círculos especializados del campo filosófico, ha interrumpido con toda su fuerza el criterio público en general. Entre las muchas razones que explican este cambio de actitud, podríamos destacar por su importancia estas tres :

1. La ética tradicional, especialmente todo lo relacionado con el valor trascendente de la vida humana ha sufrido un grave deterioro siendo substituida en parte por una ética secular, donde la vida no tiene ese valor eterno, y los valores morales de los actos del hombre se juzgan únicamente por sus resultados visibles.
2. Ha crecido la expectativa de vida gracias a los espectaculares avances de la medicina.
3. La influencia de la publicidad sobre el público y sobre los científicos es incisiva alentando el debate público de todo tipo de temas.

El uso de eufemismos más o menos intencionalmente ocultan la verdad ; podemos leer derecho a morir, cuando lo que se pretende decir es derecho a que te maten y numerosos vocablos para evitar la palabra matar, la única honrada para describir lo que se intenta hacer.

Se pretende demostrar que es moralmente indeseable y éticamente malo intentar legislar sobre la supresión de vidas humanas. Toda ley que autorice lo anterior estará sujeta a abusos impredecibles. Actualmente hay un número creciente de personas que son partidarios de aplicar la eutanasia a aquellos que consideran que su vida, por razones más sociales que sanitarias, tienen muy pocas compensaciones.

Etimológicamente, eutanasia, significa buena muerte, actualmente la palabra eutanasia, significa que existe la intención de que sobrevenga la muerte por acción u omisión, siendo esto aparentemente por compasión.

Podemos llamar eutanasia activa, llamada también directa o voluntaria, a enfermos con lucidez mental que solicitan que se les mate para liberarse del sufrimiento físico o moral que padecen, podría definirse como homicidio por requerimiento. Enfermos que por cualquier razón no pueden dar su consentimiento como : ancianos mentalmente incapacitados, recién nacidos con alguna tara ; estos serán ejemplos de homicidio por acuerdo de las partes, sin intervención del sujeto, suicidio o llamada pasiva.

Inducir deliberadamente la muerte mediante la suspensión del tratamiento necesario para mantener la vida ; este tipo de actuaciones son moralmente equivalentes a la eutanasia activa por omisión.

No puede llamarse eutanasia, a la suspensión de un tratamiento que resulta demasiado costoso e inútil, bien sea a petición del enfermo o a juicio del médico o por decisión de ambos, siempre que no haya la intención de quitar la vida. No debe llamarse eutanasia en los siguientes casos : a) la decisión de interrumpir un tratamiento que no sirve para que el enfermo mejore o se cure y que puede incluso aumentar sus problemas, b) la decisión de no iniciar un tratamiento que se supone no va a mejorar o curar al enfermo, c) la utilización de medios agresivos, en casos extremos para aliviar el dolor y los sufrimientos, aunque puedan acortar la vida. Los partidarios de la eutanasia fundamentan sus teorías en aspectos de la filosofía utilitarista.

El utilitarismo, es una doctrina filosófica, que con acentos diferentes se fundamenta en una premisa común : la moralidad de un acto se determina por el valor de sus resultados, es decir, si el resultado es satisfactorio, la acción es buena. Para el utilitarismo, el hombre mide la moralidad de sus actos por sus resultados y no porque estén conformados a unas normas, cuya elaboración no ha participado ; el hombre tiene la libertad de decidir lo que es moral, con lo que se consigue un abanico de opiniones casi infinito. Los códigos legales y éticos de la filosofía médica, sostiene que nadie tiene el derecho ni la facultad de quitar la vida a un moribundo y por lo tanto la eutanasia no es ética.

La Asociación Médica Mundial y Colegio de Médicos Británicos han vuelto a examinar estos principios a la luz de los tratamientos de la medicina moderna y se han reafirmado en su declaración : puede suprimirse el tratamiento gravoso, que solo

prolonga la agonía y se debe proporcionar al enfermo toda la asistencia y cuidados necesarios para disminuir o eliminar el sufrimiento en lo que queda de la vida.

EL PAPEL DEL SUFRIMIENTO

Es difícil valorar el papel del sufrimiento y llegar a conclusiones válidas para todos ; una minoría pondrá énfasis en que el sufrimiento es parte de la vida y debe por lo tanto aceptarse, la mayoría considera que se debe usar los talentos humanos para mitigar el dolor lo más posible; existe una posición intermedia, que sostiene que el sufrimiento aceptado tiene un papel positivo como medio para desarrollar la autodisciplina, siendo útil para consolidar la personalidad humana y espiritual, es decir : que algunos sufrimientos pueden ser beneficiosos. Si el dolor puede mitigarse y el enfermo lo solicita, se debe tratar de aliviar con todos los recursos al alcance de la medicina.

Los que apoyan la eutanasia paliativamente deben conocer el riquísimo potencial existente de la moderna asistencia paliativa y encaminar a aliviar los sufrimientos de la mayoría de los enfermos terminales. ¿ Por qué entonces se considera que es mejor matar, para complacer a unos pocos, que luchan para que se eleven los niveles de asistencia a todos estos enfermos?.

Matar ilegalmente a una persona es una forma de homicidio y la eutanasia rectamente entendida es homicidio. El artículo sexto del convenio internacional sobre derechos civiles y diciembre de 1956, declara: "el derecho a la vida es inherente a la persona humana, nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente". La declaración de las Naciones Unidas (ONU), sobre los derechos de la infancia establece, esto en noviembre de 1959: " El niño tendrá derecho a la adecuada alimentación, vivienda, descanso y asistencia médica. El niño física, mental o socialmente disminuido, deberá recibir la atención y asistencias sanitarias que requiere su condición especial. Las personas con minusvalía disfrutarán de todos los derechos establecidos en nuestra declaración".

DERECHO COMÚN

Es también de derecho común, que la persona es libre para admitir o rechazar un tratamiento que no sirve para curarlo, incluso cuando éste resulte imprescindible

para mantenerlo con vida, ya que se considera que son tratamientos para retardar la muerte. Este derecho fue incluido en la ley sobre tratamientos médicos de 1988, aprobado y ratificado por el parlamento de Victoria en Australia. Dicha ley, establece que, para el ejercicio de este derecho, es necesario que el paciente conozca su estado y posibles tratamientos, y que el médico respete su decisión. La eutanasia es un problema más ético que legal.

Es necesario tener en cuenta por su valor instructivo, las causas de los intentos fracasados para reformar la ley, aunque ello no garantiza su validez futura de bases. Las cuestiones más difíciles de resolver han sido las siguientes:

- a) La intencionalidad del acto: sería muy difícil, casi imposible determinarlo con exactitud, si se alega muerte por compasión, no existe forma de comprobarlo con objetividad.
- b) Posibles errores en el diagnóstico o pronóstico: esto es ampliamente conocido por todos nosotros.
- c) La descripción de sufrimientos intolerables: se podrían presentar sufrimientos de todo tipo, que darían como resultado miles de interpretaciones legales.
- d) La mayor dificultad estriba en el posible consentimiento o negativa del enfermo. La ley no ha podido definir claramente si el enfermo tiene libertad y competencia absoluta para hacer una elección sin ambigüedades y sin influencias externas. En el contexto emocional que rodea a la muerte, puede darse miedo, ansiedad, confusión mental, paranoia, depresión, coacción o sentimiento de inutilidad, que la ley no puede detectar y mucho menos evaluar.

Además las posibilidades de abuso; una vez que se establezca el principio de que se puede matar, alegando que los sufrimientos son imposibles de soportar, sin necesidad de pruebas objetivas, sería difícil, por no decir imposible, negársela a otra persona con sufrimientos similares aunque no sean de tipo médico. Actualmente nadie considera que la eutanasia sea una conquista social; no obstante sus partidarios no ocultan que una vez que la opinión pública haya aceptado que matar es una modalidad válida de tratar el problema social, intentarán extender sus peticiones más allá de los enfermos terminales.

¿Cuánta gente desea la eutanasia? Personas que durante muchos años se han dedicado exclusivamente a proporcionar atención médica a los pacientes a punto de morir, casi todos ellos de cáncer, declaran: "no hubo ningún enfermo que pidiera la eutanasia, algunos pacientes hablaron de la eutanasia en alguna fase de la enfermedad, pero siempre para llegar a la conclusión de que en su estado no era la solución idónea, aunque podría serlo si los sufrimientos llegaran a extremos intolerables. En todo momento fueron advertidos que, si querían, podrían solicitarla y serían atendidos, pero ninguno de ellos la solicitó. Lo que les preocupaba era que, se les prolongara la vida mediante técnicas artificiales. Los únicos que de verdad pensaron en la eutanasia y la solicitaron fueron los familiares o los amigos. ¿Porqué poner énfasis en matar en vez de aceptar el reto, a veces difícil, de proporcionar una buena asistencia? Siempre habrá alguien que lo piense de vez en cuando, por el descontento que le produce su enfermedad, más si se analizan sus deseos, se observaría que no tiene consistencia alguna.

LOS GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA

Los partidarios de la eutanasia suelen pronosticar que cada vez la sociedad tendrá mayores dificultades para sostener los gastos de ancianos, retrasados mentales, accidentados con problemas irreversibles, gente con graves malformaciones y enfermos terminales. Se comprende que es necesario tratar los aspectos económicos de estas vidas, pero sin que ello prevalezca por encima de la razón, para que no se cualifique el valor de la vida humana.

¿Quién se encargará de matar?, pregunta ineludible, que parece no quererse discutir abiertamente, porque, aunque no existe un acuerdo, lo lógico es que los médicos sean los encargados de aplicar la eutanasia.

¿Deberán los médicos encargarse de matar? Se considera que son los más idóneos, ya que son los que han dictaminado la incurabilidad. Tienen que hacer el certificado de defunción, conocer el modo de pensar del enfermo y conocer los medios para lograrlo. Proponer que los médicos sean asesinos se contrapone al papel que la sociedad tradicionalmente les ha encomendado, velar por la vida y la salud. El código deontológico prohíbe matar a quien no se puede curar. Todos aquellos que han estudiado este problema con rigor han llegado a la conclusión de que la

profesión médica en conjunto tendrá que luchar para no verse involucrada en el proceso de matar.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo expresado, hemos llegado a la conclusión de que la eutanasia descansa sobre premisas que no respetan la vida, descansa éticamente en afirmaciones carentes de bases, suele presentarse con términos equivocados; no está fundamentada en análisis legales, está en contra de la mejora de los sistemas de cuidados médicos actuales, está en contra de los intereses de los enfermos y está en contra de los mejores intereses de la sociedad.

Es un fracaso en la identificación, en el autoconocimiento de uno mismo como persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Pollard, Brian. *Eutanasia*, Rialp, 1991.
Comité Episcopal para la Defensa de la Vida. *La Eutanasia*. Octubre, 1992.
Pérez Valena, Víctor M. *Eutanasia: piedad o delito?*. JUS, 1989.
Polaino - Llorente, Aquilino. *Manual de Bioética General* Rialp, 1994.
Sandrin, L., Brusco A., Policante G., *Comprender y Ayudar al Enfermo*, CENECAPAS-SELARE 1991
Basterra, Elizari, *Bioética*, Paulinas, 1991.