

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Derecho a morir dignamente

FRITZ EDUARDO GEMPELER RUEDA¹

Resumen

Morir con dignidad o el derecho a una muerte digna es un tema de coyuntura en la humanización de la medicina. Ha despertado extensas discusiones y existen perspectivas muy diferentes. Para algunos, por ejemplo, es el suicidio asistido o la eutanasia; para otros se trata de la posibilidad de morir sin dolor y reconciliado consigo mismo y con los demás. Morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo con la visión metafísica y religiosa de cada uno.

Palabras clave: derecho a morir, actitud frente a la muerte, eutanasia, bioética.

Title: The Right to Die with Dignity

Abstract

Dying with dignity, or the right to death with dignity is a topic related to humanization of medicine. There are extensive discussions and there are very different perspectives. For some ones, it's assisted suicide or euthanasia, while for others it is possible to die without pain and at peace with itself and with others. Dying with dignity is a human act, which is assumed according to the metaphysical and religious vision of each.

Key words: Right to die, attitude to death, euthanasia, bioethics.

1 Médico anestesiólogo. Magíster en Bioética. Profesor asociado, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Anestesiólogo del Hospital Universitario San Ignacio. Servicio de Ética Clínica.

Recibido: 06/04/2015

Revisado: 17/04/2015

Aceptado: 20/04/2015

Introducción

El *derecho a morir dignamente* es un tema que toma relevancia en la sociedad colombiana cada cierto tiempo, generalmente incitado por situaciones nacionales o internacionales difundidas en los medios de comunicación acerca de casos de suicidio asistido, eutanasia, excesos de tratamientos, entre otros.

A pesar de su discusión ocasional, la *muerte digna* o, más bien, la necesidad de “muerte digna” es una realidad que se vive todos los días en la práctica clínica hospitalaria; pero poco o casi nada se habla de ella.

En esencia, la eutanasia no es sinónimo de muerte digna. Se entiende por eutanasia el acto en sí de producir la muerte en un paciente que padece sufrimiento físico o psicológico insoportable, se encuentra en estado terminal, y que es solicitada por él mismo. Entre tanto, el morir con dignidad es el derecho que tienen todas las personas de decidir y manifestar su deseo de aceptar o rechazar procedimientos, ya sean médicos o quirúrgicos, cuando padece una enfermedad irreversible e incurable y que se encuentra en un estado de salud terminal [1].

Puesto en palabras más simples, el morir con dignidad es el derecho de cualquier persona a morir sin necesidad de ser sometido a procedimientos que invadan su cuerpo y aumenten el sufrimiento,

en un ambiente cálido, sin dolor y en compañía de sus familiares y amigos más cercanos, si así lo deseara.

Muerte digna

Los conceptos *morir con dignidad* o *derecho a una muerte digna* han despertado extensas discusiones y existen perspectivas muy diferentes. Para algunos es sinónimo del derecho a disponer de la propia vida, basados en el principio de autonomía —por ejemplo, el suicidio asistido o la eutanasia—; mientras que para otros se trata de la posibilidad de morir sin dolor, con serenidad, acompañado y reconciliado consigo mismo y con los demás. Morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo con la visión metafísica y religiosa de cada uno [2].

Para hablar de muerte digna es necesario precisar que la muerte, en sí, tiene un significado diferente en cada persona, dependiendo de la edad, las tradiciones, la cultura, la religión, entre otros; además, es una situación inevitable que cada persona enfrentará tarde o temprano, independientemente de su nivel socioeconómico, cultura, origen, educación, etc. Por desgracia, cada día la aceptación de la muerte como parte inherente de cada uno es menos frecuente.

La poca aceptación de la muerte en la sociedad actual está dada por múltiples factores. Uno de ellos es la “hospitaliza-

ción de la muerte”. Cada día la muerte se aleja más de la vida cotidiana y “se hospitaliza”, ya que la muerte sucede con mayor frecuencia en los hospitales. El patrón cultural de morir en casa perduró durante muchos años y aún persiste en algunas zonas rurales. Los enfermos agonizantes eran llevados a casa, donde morían en compañía de sus familiares y, la mayoría de las veces, con asistencia espiritual, lo que hacía que toda la familia experimentara qué era la muerte, la veían en su propia casa y eran conscientes de ella. La aparición de los hospitales con tratamientos médicos que auguraban curación y prolongación de la vida, llevó a los pacientes a hospitalizarse. La muerte y el morir cada vez más se fueron separando de la vida corriente.

Hoy en día, los pacientes críticos son llevados a los hospitales y allí son recluidos en las unidades de cuidado intensivo, donde hay pocas horas de visitas e, incluso, cuando un paciente está agonizando o muere, el acceso de la familia es limitado. Los pacientes terminales con poca o ninguna expectativa de vida son también aislados en el último cuarto de hospitalización y pocas veces son visitados o atendidos por el grupo tratante. El proceso de la muerte y el morir se ha convertido en un suceso escondido de la vida cotidiana, aun para muchos médicos. Este hecho lleva a que la mayoría de las personas no hayan experimentado la muerte de un familiar o amigo de forma cercana, lo cual hace más difícil la

interiorización de la muerte como parte del proceso normal de la vida diaria [3].

La medicina de hoy en día ha logrado prolongar la vida y combate multitud de enfermedades antes mortales; pero no puede evitar la muerte. En ocasiones, el intento de prolongar la vida falla y, paradójicamente, lo que consigue es prolongar la muerte o, más bien, la agonía, lo que aumenta el sufrimiento del paciente y sus familiares, con excesos terapéuticos sobre la falsa base de la defensa ilimitada de la vida [3]. En realidad, es sorprendente lo que la medicina moderna ha logrado. Si un paciente no puede respirar, se soluciona con un tubo endotraqueal y un ventilador; si tiene una infección en la sangre, se inician antibióticos potentes y se hacen seguimientos continuos; si tiene mucho líquido alrededor del pulmón, se pone un tubo en el tórax; si el corazón para su actividad, se inicia un masaje cardiaco y se dan medicamentos para mantener su actividad, y así se podrían enumerar millones de acciones que los médicos hacen a diario [4]. No obstante, una de las acciones más difíciles en la práctica clínica actual atomizada en especialidades es reconocer cuándo las intervenciones no cambian el panorama general y reconocer que la solución de problemas específicos no podrá mejorar el cuadro clínico global; en otras palabras, identificar cuándo no se está beneficiando integralmente al paciente. Si hacemos una analogía tradicional, esta es la adaptación de la medicina al refrán

“no poder ver el bosque porque los árboles nos lo impiden”.

Los médicos, con buena intención, buscan siempre qué es lo siguiente por hacer; pero es necesario identificar cuándo utilizar o no el amplio armamento terapéutico cada día más amplio. Aquí es donde toma importancia el principio de beneficencia y autonomía. La medicina actual tiene la capacidad de lograr una multitud de efectos, mas ninguno es, en principio, benéfico para el paciente, a menos que este lo aprecie como tal. Por desgracia, en ocasiones se olvida este asunto fundamental y el clínico se centra únicamente en mantener vivo al paciente a toda costa y se olvida muchas veces de los deseos y expectativas de este [5]. Si no se le pregunta al paciente si quiere que se le realicen los procedimientos, los médicos solo seguirán intentando más intervenciones desde la mirada obtusa de cada especialidad y el idealismo de “salvar vidas”.

Los pacientes y sus familias exigen al cuerpo médico “hacer todo” para prolongar su vida; pero, en muchas ocasiones, por desgracia, tienen poca idea de lo que significa “todo”. Esto es porque nadie se ha tomado el tiempo de explicarles cuál es la situación real con claridad. El problema radica en los médicos, pues se ha dejado de tener conversaciones específicas con los pacientes y sus familias sobre cómo vivir el final de su vida o, más bien, de cómo morir.

Las razones son múltiples. Los médicos no estamos capacitados para tener estas discusiones. Cuando tratamos de explicarles a los pacientes y sus familias la situación clínica terminal, somos ambiguos y abstractos, utilizamos un vocabulario técnico y frío, y así los dejamos confundidos y asustados, muchas veces pensando que no van a ser bien atendidos si suspendemos algún tratamiento. La mayoría sienten que los hemos abandonado. Con frecuencia, familiares y pacientes se sienten responsables de su propia confusión, sin darse cuenta de que refleja la incapacidad de los médicos para comunicarse de manera efectiva con sus pacientes.

El primer paso para lograr una muerte digna está en el retorno a la herramienta más efectiva y antigua de la medicina: *hablar y comunicarse* con los pacientes; hablar y oír sobre sus deseos de cómo quieren vivir su tiempo restante. Es responsabilidad de los médicos entender sus anhelos, creencias o preocupaciones, y explicar con claridad la situación única que están viviendo, las opciones de manejo y tratamiento, así como hacerles conocer las consecuencias posibles del camino que elijan [6].

Cuando el final de la vida se acerca, se debe permitir el suficiente tiempo para conversar y explicar a los pacientes gravemente enfermos las opciones de atención médica, incluida la opción de renunciar a un sinnúmero de intervenciones. Solo

así los pacientes pueden realmente elegir cómo pasar sus últimos días. El éxito de esta conversación está en la participación activa y plenamente informada de los pacientes y sus familiares.

Entre las preguntas que se deben considerar y discutir con el paciente y su familia están: ¿qué es importante para usted en su vida? Si no fuera capaz de hacer las actividades que le gustan, ¿existen tratamientos médicos que serían excesivos? ¿Tiene alguna creencia espiritual, religiosa, filosófica o cultural que lo guía para tomar decisiones? Las respuestas a estas preguntas quedan plasmadas en un documento conocido como *voluntad anticipada* o *testamento vital*, donde se registran con anterioridad los deseos para cuando llegue el final de la vida.

Algunas personas elegirán todas las terapias, no importa qué tan extremas, dolorosas o experimentales sean, con el único objetivo de evitar la muerte y aferrarse a la vida; otras dejarán las decisiones al final de su vida a sus médicos de cabecera, sin cuestionarlas. Otros optarán por el cuidado general de síntomas para garantizar la comodidad, y poder pasar los últimos días con sus familiares más cercanos. Otros preferirán terminar con todo sufrimiento de manera voluntaria y rápida, como es el caso de la eutanasia y el suicidio asistido.

Al hablar de eutanasia, se diferencia entre eutanasia activa y pasiva, lo cual

aumenta la confusión semántica y restringe las decisiones médicas. Muchos autores han propuesto utilizar el término *eutanasia* referido únicamente a la eutanasia activa, o sea, exclusivamente a la acción médica que tiene como consecuencia directa la muerte del paciente, con la intención de terminar así con su sufrimiento [6-8]. Este concepto deja de lado el concepto *eutanasia pasiva*, por lo cual se recomienda no usarlo más, pues se incluiría como formas de eutanasia un número ilimitado de decisiones médicas tomadas con otros fundamentos. Esto trae evidentemente una valoración ética y moral diferente [6]. En resumen, la diferencia está entre producir y permitir la muerte [6].

La actitud médica de permitir la muerte, en vez de prolongar la agonía, se denomina *limitación del esfuerzo terapéutico*, *reorientación terapéutica* o *proporcionalidad terapéutica*, no como todavía algunos erradamente entienden eutanasia pasiva. El no instaurar o suspender los tratamientos fútiles es un acto ético, por cuanto constituye una práctica médica correcta, especialmente humana.

Habitualmente, la decisión de no iniciar o retirar un tratamiento médico resulta de la desproporción de los procedimientos en relación con la perspectiva de mejora y el daño causado al paciente, sobre todo dolor y padecimiento; hecho frecuente en la medicina de hoy, superespecializada y segmentada, donde al enfrentarse a en-

fermedades catastróficas y terminales, se pasa muy fácil de tratamientos habituales a excesos de tratamiento y la mayoría de los pacientes simplemente pierden la posibilidad de decir “no más”.

Lo que más necesitan los pacientes cuando se enfrentan a una enfermedad catastrófica, o terminal, no es el ofrecimiento de una nueva terapia, sino una guía que los ayude a tomar decisiones. Las personas requieren médicos lo suficientemente honestos y capaces de explicar las posibilidades terapéuticas e intervenciones posibles, con los riesgos y beneficios que las acompañan, y discutir si esas actuaciones serían beneficiosas para su bienestar general. En estas situaciones, los médicos deben apartarse de la concepción convencional de que lo importante es salvar una vida a toda costa. Solo cuando el médico conoce y entiende esta variabilidad interindividual en el concepto, en la actitud y en la aceptación de la enfermedad y la muerte, y cuando decide respetarla, se puede dar el gran paso hacia la humanización de la medicina y la muerte digna de sus pacientes [9].

Por otra parte, también es nocivo para el paciente la aceptación de la eutanasia o del suicidio asistido como única forma de muerte digna. En ambos extremos —el exceso terapéutico ya expuesto y la eutanasia como único método (aunque existan buenas intenciones, diferentes razones y circunstancias)— se

deja de respetar la voluntad individual del paciente y muchas veces también su autonomía [10].

Definir la muerte digna no es un tema solo médico, sino un tema social y cultural. No puede haber un concepto único de muerte digna y lo que debe primar es el deseo y las necesidades básicas del paciente.

Como se puede vislumbrar, en el proceso de la muerte digna, el papel del médico es crucial, pues debe iniciar, continuar o suspender tratamientos acorde con los deseos y estado del paciente. Dicho papel está influenciado por sus propias percepciones, creencias, religiosidad y experiencias personales. Por esta razón, el médico debe tener conciencia de cuál es su propia relación con estos conceptos, de manera que pueda ponerlos a un lado al tomar las decisiones, con base en los valores de los pacientes, más que en los propios, sin que ello signifique renunciar a sus principios éticos [11].

Vale la pena hacer hincapié en que el periodo del final de la vida es un momento difícil, para médicos, pacientes y familiares, en que se deben tomar decisiones que establezcan los cuidados y tratamientos que el paciente terminal requiere, a fin de fijar con claridad sus objetivos. Estas pueden referirse a limitar tratamientos desproporcionados o fútiles de soporte vital, de accesos vasculares, monitorización de parámetros biológi-

cos, inicio de nuevos tratamientos, suspensión de algunos de ellos o de técnicas diagnósticas innecesarias.

En conjunto, se trata de lo que hoy se conoce como limitación de esfuerzos terapéuticos, reorientación terapéutica o proporcionalidad terapéutica. El hecho de no tomar este tipo de decisiones puede llevar a una prolongación del sufrimiento y la agonía, lo cual, desde el punto de vista ético, impide la muerte digna y constituye una violación del principio bioético de no maleficencia.

La muerte es una realidad ineludible y no un derecho o una opción. El derecho a morir debe entenderse, de este modo, como el derecho a morir en determinadas condiciones de cuidado, lo cual tiene que ver con los manejos y tratamientos que las personas reciben al final de su vida, que pueden ser insuficientes, proporcionados, excesivos o, aun, encaminados a producir la muerte, según el deseo de cada paciente [12].

Si se entiende de esta manera, la responsabilidad del médico y otros profesionales de la salud, en cuanto a la humanización de la medicina hacia una muerte digna, favorecerá y respetará las decisiones y valores de cada paciente y sus familiares, previa información y conversación adecuadas. Así mismo, las instituciones de salud tienen la responsabilidad de crear espacios apropiados para el buen morir, donde con la atención mé-

dica necesaria para su situación terminal los pacientes están en un ambiente tranquilo, cálido, sin dolor y en compañía de sus familiares y amigos más cercanos, si así lo desearan en los últimos momentos de sus vidas. El alcanzar un escenario adecuado para la muerte digna no es más que un gran paso hacia la humanización de la medicina, en que se respeta la autonomía de cada paciente.

Referencias

1. Spurgeon B. France passes "right to die" law. *BMJ*. 2004;329:1307.
2. Taboada P, Rodríguez A, Vercellino M. Dimensión ética del morir. *Ars Medica*. 2000;2:31-44.
3. Rothman DJ. Where we die. *NEJM*. 2014;370(26):2457-60.
4. Volandes A. Prescribing the end-of-life conversation: Is saving the life of a terminal patient always the best medicine? *The Boston Globe* [internet]. 2015 Jan 11. Disponible en: <http://www.bostonglobe.com/opinion/2015/01/11/prescribing-end-life-conversation/Gf-hqbsYR8KjaD3ePWIK6JI/story.html>
5. Schneiderman LJ. Defining medical futility and improving medical care. *J Bioeth Inq*. 2011;8(2):123-31.
6. Beca JP, Ortiz A, Solar S. Derecho a morir: un debate actual. *Rev Méd Chile*. 2005;133:601-6.
7. Rodríguez E. La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica. *Ars Médica*. 2000;2:45-57
8. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med*. 2003;17:97-101.

9. Piñera B. El médico y la muerte. *Ars Medica*. 2000;2:59-63.
10. Bouesseau MCH. La muerte como frontera de sentido: fundamentos para la elaboración de una ética de la medicina paliativa. *Ars Medica*. 2000;2:65-72
11. Wenger NS. Physicians' religiosity and end of life care attitudes and behaviors. *Mount Sinai J Med*. 2004;71:335-43.
12. Francis LP. Legal rights to health care at the end of life. *JAMA*. 1999;282:2079.

Correspondencia

Fritz Eduardo Gempeler Rueda
gempeler@javeriana.edu.co
