

## Derecho a morir: un debate actual

Juan Pablo Beca I<sup>1</sup>, Armando Ortiz P<sup>1</sup>, Sebastián Solar P<sup>2</sup>.

### *The debate about the right to die*

*The Right to Die is a debatable issue and some basic notions need to be clarified to discuss it. Death needs to be recognized as part of human life. The goal of medicine is to avoid pain and alleviate suffering, to prevent premature death and when this is not possible, to let it occur peacefully. The concept of euthanasia is unclear, which increases the confusion on end-of-life topics. The term euthanasia should be used only when referring to medical acts performed to produce the patient's death, with the intention of terminating his/her suffering. It is what is usually called "active" euthanasia, which can be voluntary or involuntary. It is essential to understand the difference between producing and allowing death. This will permit timely decisions about limiting or withdrawing treatments, that can be disproportionate or that are only prolonging suffering. Limiting treatments does not mean to abandon the patient but rather to redefine his needs, such as pain treatment, prevention of complications, and relief of suffering. The ethic rationale for these decisions is the respect to the dignity of human life, and the estimation of proportionality or futility of each treatment. The physician's duty with the patient at the end of his life is to assist him in dying according to his values and to minimize his distress (Rev Méd Chile 2005; 133: 601-6).*

**(Key Words:** Ethics; Euthanasia, active; Euthanasia, passive; Right to die; Suicide, assisted)

Recibido el 30 de marzo, 2005. Aceptado el 5 de abril, 2005.

<sup>1</sup> Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile.

<sup>2</sup> Ayudante Alumno Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

El derecho a morir es un tema relevante en la sociedad moderna y reaparece cada cierto tiempo en las discusiones sobre enfermedad terminal, limitación o excesos de tratamiento, testamentos vitales, eutanasia o suicidio asistido. Sin embargo, la muerte ha tenido diferentes miradas a lo largo de la historia. Hasta el siglo 16 ó 17 la medicina no buscó derrotar la muerte y el énfasis cultural y religioso fue encontrar su significado

metafísico. Con los escritos de Francis Bacon y René Descartes se produjo un cambio cultural y la muerte comenzó a ser declarada la enemiga de la medicina. Y a partir de mediados del siglo 20 surgieron progresivamente nuevas visiones sobre los enfermos terminales, el movimiento "hospice" liderado por Cicely Saunders en Inglaterra y el desarrollo de la autonomía de los pacientes, todo lo cual generó, a su vez, importantes cambios en la enseñanza médica sobre el final de la vida. Sin embargo, persiste la confusión de conceptos y la falta de aceptación de la muerte como parte inherente a cada vida humana<sup>1</sup>.

Recientemente la Asamblea Nacional en Francia ha aprobado una nueva ley que reconoce el

**Correspondencia a:** Dr. Juan Pablo Beca. Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. Teléfono: 2197735. Fax: 2187749. E-mail: jpbeca@mi.cl

“derecho a morir”, lo que ha sido considerado como una vía diferente a la eutanasia o al suicidio asistido que otras legislaciones han aprobado<sup>2</sup>. Se reconoce legalmente en este proyecto de ley, pronto a ser promulgado, el derecho a dejar morir a los enfermos terminales e incurables que así lo soliciten, autorizando la suspensión de las medidas de soporte vital. Para evitar el encarnizamiento terapéutico se estipula que ante una persona en fase terminal se puede decidir la suspensión de todo tratamiento, así como utilizar medicamentos contra el dolor aunque con ello se pueda acelerar la muerte. La norma define tres pilares en los cuales se basa: respetar la voluntad del paciente, evitar la obstinación irracional en ciertos tratamientos médicos, y luchar contra el sufrimiento. Se especifica, además, que estas decisiones se limitan a pacientes graves e incurables, y que la voluntad del paciente se debe respetar después de haberle informado de las consecuencias de su decisión. Para los casos en los cuales los pacientes no hubiesen expresado su voluntad se considera una decisión colegiada entre médicos y familiares.

En otro escenario legislativo está Holanda, que ha legalizado la eutanasia activa voluntaria en casos calificados. Aun así, en ese país persisten las dudas o excesos entre médicos y familiares. Dos casos recientes han contribuido a clarificar, desde el punto de vista legal, la diferencia entre administrar drogas sedantes que pueden acortar la vida pero sin intentarlo, y el uso de drogas que buscan producir la muerte compasiva involuntaria, lo que se ha calificado como homicidio<sup>3</sup>.

Existen, sin embargo, muchas dudas en relación a los conceptos básicos y a los fundamentos éticos de las decisiones que se toman en base al llamado “derecho a morir”. Con el propósito de contribuir a la clarificación conceptual y a su necesario debate se presenta en este artículo un análisis del tema.

#### ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS

En la base del tema está la necesidad de comprender la muerte como un hecho ineludible al cual el hombre necesita encontrar su sentido y, de esa manera, intentar superarla y encararla con dignidad y coraje. Este significado se relaciona con las creencias y la fe de cada uno, hecho que como

médicos debemos aceptar y aprender a respetar<sup>4</sup>. Luego viene el hecho que de la medicina no se pueda esperar, ni mucho menos exigir, que logre impedir siempre la muerte. El fin de la medicina es aliviar el dolor y el sufrimiento, prevenir la muerte prematura y posibilitar una muerte en paz<sup>5</sup>. Se plantea un difícil dilema para la medicina moderna, que ha logrado prolongar la vida pero no es capaz de impedir la muerte. Se llega así a una tendencia a frecuentes excesos o ensañamientos terapéuticos sobre la base de la defensa ilimitada de la vida, y, por otro lado, a la aceptación de la eutanasia o del suicidio asistido como formas eficientes de terminar con el sufrimiento del paciente. En ambos extremos existen buenas intenciones, diferentes razones y circunstancias, además de las dificultades en la toma de decisión, pero en ambos se deja de respetar el tiempo del enfermo, y muchas veces también su voluntad<sup>6</sup>.

Relacionado a lo anterior, el concepto de morir con dignidad, o del derecho a una muerte digna, ha despertado extensas discusiones y existen visiones muy diferentes<sup>7</sup>. Para algunos es sinónimo del derecho a disponer de la propia vida basados en el principio de autonomía, mientras para otros se trata de la posibilidad de morir sin dolor, con serenidad, acompañado, dando gracias, y reconciliados consigo mismo y con los demás. En otras palabras morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo a la visión metafísica y religiosa de cada uno. Si se entiende de esta manera, la responsabilidad del médico y otros profesionales de la salud será entonces favorecer estas condiciones y respetar los valores de pacientes y familiares.

El concepto de eutanasia contiene, curiosamente, bastante ambigüedad y de ella se desprende mucho de la confusión existente en la discusión actual acerca del final de la vida. Intentaremos precisar el concepto y proponer que el debate se circunscriba a definiciones o distinciones previamente clarificadas. Sabemos que ya se ha dejado de lado el significado original griego de “*ευθανασία*” como buen morir y que a lo largo de la historia se ha diversificado el uso y el significado de la palabra<sup>8</sup>. Así desde los siglos 16 y 17 se comienza a distinguir entre eutanasia activa y pasiva, términos que hoy sólo aumentan la confusión semántica. Por este motivo se ha

propuesto restringir el término eutanasia sólo a la acción médica que tiene como consecuencia directa la supresión de la vida del enfermo, con la intención de terminar así con su sufrimiento<sup>9</sup>. Este acto podría ser a petición del paciente o su representante, pero también puede realizarse sin su voluntad: eutanasia voluntaria o involuntaria, respectivamente, lo que tendría evidentemente valoración moral o fundamentos diferentes. Este concepto se refiere a la eutanasia activa y deja de lado, como diversos autores lo han propuesto, el confuso término de eutanasia pasiva<sup>10,11</sup>.

De hecho el debate legal que se lleva a cabo en muchos países se circunscribe a la eutanasia activa voluntaria y a las condiciones en las cuales ésta podría ser o no aceptada por la sociedad. De este modo, si al hablar de eutanasia se incluyen actos que buscan producir la muerte, al margen de la voluntad del paciente o sus representantes, se estaría aceptando el homicidio como una forma de eutanasia. Si por otro lado, se considera eutanasia a acciones u omisiones que podrían acortar la vida, de manera secundaria y no intencionada, se incluiría como formas de eutanasia a un número ilimitado de decisiones médicas tomadas con otros fundamentos. La única manera de analizar el tema es entonces precisar el concepto y definir como eutanasia sólo a la conducta intencionadamente dirigida a producir la muerte de una persona que tiene una enfermedad incurable y terminal, por razones compasivas, y en un contexto médico.

Otro concepto básico que necesita ser precisado es la distinción entre producir y permitir la muerte. Se trata de una distinción básica sin la cual resulta imposible analizar el tema de los cuidados y tratamientos médicos al final de la vida. Resulta de toda lógica que dos actos iguales en su forma y en sus resultados, pero diferentes en sus intenciones, son actos diferentes. Así prever que una decisión conducirá a la muerte del paciente es moral y lógicamente diferente a una decisión que prevé y además intenta la muerte<sup>13</sup>. Si aceptamos que prever e intentar el resultado de una acción u omisión son conceptos diferentes, podremos asumir decisiones de tratamiento del dolor, o de suspensión de tratamientos ineficaces, a pesar de la probabilidad de que se esté acortando la vida del paciente. Es lo que la tradición católica acepta como la doctrina del

doble efecto. Cuando no se acepta la distinción entre producir y permitir la muerte se llega a consecuencias frecuentemente desastrosas y maleficientes para el paciente. Los médicos y familiares necesitan comprender con claridad la diferencia entre prever e intentar la muerte para poder tomar las decisiones necesarias para favorecer una muerte en paz. Lo que no puede moralmente aceptarse es tratar al enfermo con la intención de producir su muerte. La diferencia entre estos conceptos suele ser difícil y para algunos demasiado sutil, mientras para otros existe el riesgo o el temor de terminar aceptando la eutanasia si sólo se considera la intención en la determinación de la moralidad de las decisiones.

#### DISCUSIÓN

El tema del "derecho a morir" que se plantea en diferentes realidades necesita ser entendido de manera precisa. Por eso hemos presentado primero las debidas clarificaciones conceptuales acerca de la medicina ante la muerte, morir con dignidad, eutanasia, y la diferencia existente entre producir y permitir la muerte. Si estos términos se mantienen confusos o ambivalentes, toda discusión sobre el derecho a morir será inútil. La muerte es una realidad inevitable y no un derecho o una opción, de tal manera que el derecho a morir debe entenderse más bien como el derecho a morir con determinadas condiciones de cuidado. En otras palabras, no se trata estrictamente del derecho a morir, sino del derecho a morir con dignidad, y esto tiene que ver con los tratamientos que las personas reciben al final de su vida, los cuales pueden ser insuficientes, proporcionados, excesivos, o aun encaminados a producir la muerte. Por lo anterior, el derecho a morir con dignidad debería entenderse como el derecho a recibir cuidados adecuados y proporcionados<sup>14</sup>.

Morir en condiciones que todos aceptemos como dignas necesita a su vez ser definido y eso no es evidentemente un tema sólo médico sino un tema social y cultural. No puede haber en este sentido un concepto único de muerte digna y el que debe primar es el del paciente. La misión del médico debe entenderse entonces como su obligación de ayudarlo a morir de acuerdo a sus valores, incluyendo los esfuerzos por minimizar

sus padecimientos, asegurando su acompañamiento y favoreciendo el desarrollo o recuperación de su autonomía espiritual<sup>15</sup>. El rol del médico es decisivo en cuanto a iniciar, continuar o suspender tratamientos, y el médico está, a su vez, influenciado por sus percepciones, creencias, religiosidad y experiencias personales<sup>16</sup>. Parece importante que los médicos tengan conciencia de esto y que las decisiones se basen más en los valores de los pacientes que en los propios, sin que ello signifique renunciar a sus principios éticos. La muerte digna del enfermo es el objetivo a alcanzar y para eso es necesario comprender que la verdadera enemiga de la medicina no es la muerte sino el período de incapacidad, dolor y sufrimiento que le antecede, y es ese período el que debe ser aliviado y no prolongado artificialmente. La medicina no debe tener como su fin principal la erradicación de la muerte, sino el alivio del sufrimiento y la disminución de las muertes prematuras<sup>1,17</sup>.

El período del final de la vida es una etapa compleja en la cual es necesario, para médicos y pacientes o familiares, tomar una serie de decisiones. Se trata de decisiones que precisen los cuidados y tratamientos que el paciente terminal requiere estableciendo con claridad sus objetivos y plazos. Pueden referirse a limitar tratamientos desproporcionados o fútiles de soporte vital, de accesos vasculares, monitorización de parámetros biológicos, inicio de nuevos tratamientos, suspensión de algunos de ellos, o de técnicas para confirmar detalles diagnósticos de dudosa necesidad. En su conjunto se trata de lo que hoy se conoce como limitación de esfuerzos terapéuticos (LET). Cada una de estas decisiones es compleja y en ella participan diversos agentes. Sin embargo, es frecuente que por diversos temores, negaciones o confusiones estas decisiones no se tomen de manera oportuna y se posterguen excesivamente. Se trata de decisiones imprescindibles para el mejor cuidado del paciente y el hecho de no decidir pasa a ser una conducta que puede constituir una prolongación del sufrimiento, lo cual desde el punto de vista ético impide la muerte digna y constituye así una violación del principio bioético de No Maleficencia. La LET no es una decisión única que se toma o se rechaza en bloque, sino un conjunto de decisiones dinámicas y evolutivas que se deben tomar para lograr una

muerte digna, cada una de las cuales debe fundamentarse razonablemente<sup>18</sup>. Es evidente que en este conjunto hay decisiones de menor o de mayor complejidad, y que ante ellas puede haber toda una gama de posiciones, tanto entre pacientes o familiares como entre médicos y otros profesionales que participan en el cuidado del enfermo. En otras palabras no todo es blanco o negro ni pueden encasillarse las decisiones en los clásicos pero ambiguos conceptos de medidas ordinarias o extraordinarias. Para mayor claridad se ha propuesto una clasificación o guía de medidas que se pueden limitar las que incluyen: todo tipo de soporte, reanimación cardiopulmonar, medidas invasivas, no instauración de nuevas medidas terapéuticas, suspensión de todas las medidas no consideradas cuidado básico, y retiro de la ventilación mecánica<sup>19</sup>. Caso diferente es el de pacientes en los cuales se ha establecido el diagnóstico de muerte cerebral, los que deben ser mantenidos con todas las medidas sólo si son donantes de órganos.

La limitación de tratamientos no puede jamás ser considerada como una forma de abandono del paciente sino como una redefinición de sus necesidades y de las estrategias de cuidado. Se relaciona por lo tanto de manera directa con la medicina paliativa que permitirá establecer, no cuidados mínimos sino en verdad cuidados de excelencia, pero ahora orientados a tratar el dolor, prevenir complicaciones, paliar el sufrimiento de todo orden, otorgar apoyo psicológico y espiritual, y asegurar el acompañamiento del enfermo<sup>20</sup>. Los profesionales que mejor cumplen estos cuidados no suelen ser los médicos intensivistas pero son ellos quienes deben decidir las limitaciones de tratamientos y organizar oportunamente el traslado de los enfermos a los grupos profesionales que mejor otorguen los cuidados paliativos.

El fundamento ético de las decisiones de limitación de tratamientos incluyen, en primer lugar, el respeto a la dignidad de la vida humana, santidad de la vida si se expresa en un concepto religioso, pero al mismo tiempo juicios que precisen la real utilidad y efectividad de cada uno de los tratamientos. Son los criterios de futilidad y de proporcionalidad, a los cuales se unen las expresiones de voluntad del enfermo o sus familiares, y problemas relacionados con el financiamiento y la justicia en la distribución de recursos<sup>21,22</sup>.

Las decisiones varían en cada contexto cultural y en los diferentes países, pero la realidad actual demuestra que sólo un tercio de las muertes ocurren de manera súbita o inesperada y que en los dos tercios de los casos será necesario tomar decisiones al final de la vida<sup>23</sup>. Como ya se ha expresado, las decisiones o no decisiones de limitación de tratamientos suelen conducir a la prolongación de la vida y del sufrimiento, llegando a un verdadero conflicto entre cantidad y calidad de vida. Si sólo se orientan las decisiones a evitar la muerte y prolongar la vida se llega a situaciones de encarnizamiento terapéutico con el respectivo aumento del sufrimiento, y si sólo se busca evitar una mala calidad de vida se llega a justificar medidas de eutanasia activa. Las decisiones prudentes, como siempre, se encuentran en el justo medio que para este caso será la limitación oportuna y sólidamente justificada de los tratamientos que se consideran desproporcionados para cada caso en particular<sup>17,18</sup>.

Un tema importante en el proceso de toma de decisiones destinadas a favorecer una muerte digna se relaciona con el conflicto entre el tradicional paternalismo médico y el progresivo autonomismo de la relación clínica. No es posible en este espacio entrar en el tema, pero es necesario insistir en que en nuestra realidad debemos avanzar hacia decisiones compartidas entre médicos y pacientes o familiares. Los médi-

cos tenemos la responsabilidad de la indicación y de la contraindicación de las medidas terapéuticas, mientras los pacientes o sus representantes tienen la responsabilidad de manifestar sus preferencias, expresar sus valores y expectativas, y otorgar su consentimiento a las alternativas de su preferencia. Cuando no hay acuerdo, la solución debería seguir el camino del diálogo, la deliberación conjunta y en algunos casos la asesoría de expertos o de comités de ética clínica. En otras realidades la expresión previa de voluntades, o los diferentes tipos de documentos de testamentos vitales han tomado progresiva relevancia para las decisiones del final de la vida<sup>24,25</sup>.

Es importante que en nuestro medio el tema sea debatido entre médicos y profesionales de la salud, pero no sólo entre ellos sino por toda la sociedad. La discusión debe partir del hecho aparentemente simple de asumir la finitud de la vida humana, entendiendo que el rol del médico, cuando la muerte es inevitable, no es impedir la sino lograr que ella ocurra en paz. Los cuidados del paciente terminal hacen necesario, en la mayoría de los casos, tomar decisiones de limitación de tratamientos. Este tipo de decisiones son difíciles y complejas y por lo tanto deben ser tomadas de manera prudente y bien fundamentada, pero además oportuna y con el respeto debido a la voluntad del paciente y de sus familiares o representantes.

#### REFERENCIAS

1. CALLAHAN D. Death and the research imperative. *N Engl J Med* 2002; 342: 654-6.
2. News. France passes "right to die" law. *BMJ* 2004; 329: 1307.
3. SHELDON T. Two test cases in Holland clarify law on murder and palliative care. *BMJ* 2004; 329: 12506-120Ee.
4. PIÑERA B. El médico y la muerte. *Ars Medica* 2000; 2: 59-63.
5. HANSON J, CALLAHAN D. *The Goals of Medicine. The forgotten issues in health care reform*. Georgetown University Press, Washington DC, 1999.
6. 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.
7. TABOADA P, RODRÍGUEZ A, VERCELLINO M. Dimensión ética del morir. *Ars Medica* 2000; 2: 31-44.
8. VIDAL M. *Bioética. Estudios de bioética racional*. Tecnos, Madrid, 1989.
9. GAFO J. *10 Palabras claves en bioética*. Editorial Verbo Divino, Navarra, 1994.
10. RODRÍGUEZ E. La eutanasia y sus argumentos. Reflexión crítica. *Ars Medica* 2000; 2: 45-57.
11. MATERSTVEDT LJ, CLARK D, ELLERSHAW J, FORDE R, GRAVGAARD AM, MULLER-BUSCH HC ET AL. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003; 17: 97-101.
12. GILLON R. When doctors might kill their patients. *BMJ* 1999; 318: 1431-2.
13. DOYAL L. The moral character of clinicians or the best interest of patients? *BMJ* 1999; 318: 1432-3.

14. FRANCIS LP. Legal Rights to health Care at the End of Life. *JAMA* 1999; 282: 2079.
15. ROSSO P. Morir en forma digna. *Ars Medica* 2000; 2: 19-21.
16. WENGER NS. Physicians' Religiosity and End of life Care Attitudes and Behaviors. *Mount Sinai J Med* 2004; 71: 335-43.
17. GATES EA. Understanding the goals of care in end of life decision making: a committee opinion at the bedside. *Women's Health Issues* 1996; 6: 302-3.
18. CABRÉ PERICAS L, SOLSONA DURÁN JF. Grupo de trabajo de Bioética de SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva* 2002; 26: 304-11.
19. GÓMEZ RUBÍ JA. *Ética en Medicina Crítica*. Triacastela. Madrid 2002.
20. COUCEIRO A. *Ética en cuidados paliativos*. Triacastela. Madrid 2004.
21. WEISS SC. Economics, Ethics and End of Life Care. *JAMA* 1999; 282: 2076-81.
22. BASTA L, TAUTH J. High technology near the end of life: setting limits (editorial). *J Am Coll Cardiol* 1996; 28: 1623-30.
23. VAN DER HEIDE A. End of life decision making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362: 345-50.
24. PATRICK DL, PEARLMAN RA, STARKS HE, CAIN KC, COLE WG, UHLMANN RF. Validation of preferences for life sustaining treatment implications for advance care planning. *Ann Intern Med* 1997; 127: 509-17.
25. SIMON P, BARRIO IM. *¿Quién decidirá por mí?* Triacastela. Madrid 2004.