

ALGUNAS ORIENTACIONES ETICAS SOBRE LA DISTANASIA Y ADISTANASIA

Dr. Pedro Naveillan F.

Comité de Etica

Hospital Clínico Universidad de Chile

1. Introducción

El Director del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. Luis Bahamonde, solicitó al Comité de Etica del mismo, en el curso del mes de octubre de 1996 la elaboración de algunas pautas debidamente fundamentadas que permitieran a los clínicos de nuestro hospital, en especial a los de los servicios de cuidados y tratamiento intensivo, orientarse éticamente en las resoluciones que pudieran tener que adoptar en relación con la mantención o suspensión de técnicas o procedimientos tendientes a mantener o prolongar la vida y que estimaran, con razones de peso, que debieran ser suspendidos.

Esta problemática no puede ser abordada sin considerarla en su relación con la eutanasia y temas afines, en particular con el llamado hoy día suicidio asistido.

El siguiente trabajo es fruto de la reflexión del Comité de Etica y contiene las orientaciones que éste quiere ofrecer a nuestra comunidad clínica y académica. Dentro de estos lineamientos generales, está dispuesto a ayudar a resolver las dudas que surjan en algunos casos clínicos que sean sometidos a su consideración.

2. Eutanasia y temas afines

Es conveniente delimitar, según lo hacen los moralistas y bioeticistas, los conceptos y términos de: eutanasia, distanasia, adistanasia, ortostanasia y, últimamente, suicidio asistido.

Frente a la eutanasia, Marciano Vidal¹ prefiere hablar de «situaciones eutanásicas» que son: «aquellas

situaciones en las que el valor de la vida humana parece encontrarse en una condición tal de oscurecimiento u ocaso, que una terapia de anticipación de la muerte aparece como una alternativa mejor». Etimológicamente,⁵ eutanasia significa «buena muerte» y proviene del griego eu thanatos -este fue su significado al menos hasta el siglo XVII- que apuntaba a una muerte sin dolores. Sólo a partir de Bacon (Mifsud) toma la acepción de la acción del médico sobre el enfermo incluyendo el anticipar su muerte. Es ya en el siglo presente donde adquiere la significación de la muerte dulce por acción del médico en beneficio aparente del paciente, apareciendo su relación con los términos señalados en el párrafo anterior y que iremos precisando.

Seguiremos a Mifsud² para las principales definiciones y clasificaciones.

«La eutanasia: es la práctica que procura la muerte o, mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente a petición del mismo, de sus familiares o sencillamente, por iniciativa de una tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo.

La distanasia es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya desahuciado, sin esperanzas humanas de recuperación y para ello utilizando no sólo los medios ordinarios, sino extraordinarios muy costosos en sí mismos o en relación a la situación económica del enfermo y de su familia.

Si por distanasia se entiende aquellas terapias extraordinarias de reanimación que procuran retrasar lo más posible la muerte inminente e inevitable en pacientes terminales sin esperanza alguna de recuperación, la adistanasia es prescindir de esta terapia dejando morir al enfermo.»

En la eutanasia hay que hacer distinciones o clasificaciones siguiendo la literatura moral:

- La eutanasia positiva (activa) es el acto de privar de vida a una persona humana por razones de dolor o sufrimiento.

- La eutanasia positiva directa es aquella en que se recurre a una acción cuyo efecto inmediato es privar de vida a una persona humana.

- La eutanasia positiva indirecta es aquella en que se practica una acción que tiene un efecto inmediato bueno, pero que comporta simultáneamente como efecto paralelo, divergente y no querido, la muerte de una persona humana (como la administración de medicamentos que alivian el dolor pero que también acortan la vida).

- La eutanasia negativa (pasiva) se refiere al mero acto de privar a un enfermo de aquellos medios médicos que podrían prolongar su vida.

- La eutanasia voluntaria es aquella en que la muerte procurada resulta de la petición libre y consciente del paciente.

- La eutanasia no voluntaria es aquella en que la muerte procurada no corresponde a una decisión del paciente sino de otras personas".

López Aspirtarte³ señala que algunos autores "prefieren una división más simple, que evite las confusiones y las resonancias afectivas de todo lo relacionado con la eutanasia. Esta se reduciría a la muerte intencionada del enfermo, mientras que designarían a las otras prácticas como ortotanasia o dejar morir en paz». Hay autores que distinguen entre la adistanasia (ver más adelante) y la ortotanasia, que es una dimensión más positiva, del morir correcto.

La distanasia también es conocida por algunos como encarnizamiento terapéutico. Higuera⁴ la define de este modo: «es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles,

desahuciados, sin esperanza humana de recuperación y para ellos utilizando no sólo los medios ordinarios, sino los extraordinarios muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y su familia»; Alcalá⁵ «Entendemos por distanasia terapéutica el conjunto de cuidados médicos que se administran a un enfermo desahuciado y en fase terminal, con el fin de retrasar lo más posible una muerte inminente e inevitable»; Ortiz Villajos: «La distanasia consiste, esencialmente, en alejar lo más posible, y por todos los medios, el momento de la muerte del enfermo». La realidad contraria es la adistanasia, esto es dejar morir en paz al enfermo «sin propiciarle los medios conducentes a retrasar la muerte inminente» (Vidal¹).

A esto se ha agregado en los últimos años el llamado suicidio asistido que no es otra cosa que la colaboración del médico, proporcionándole los elementos necesarios, al suicidio del paciente. Se distingue de la eutanasia por cuanto es el paciente mismo quien se quita la vida. Hay autores⁷ que no ven muy clara, desde el punto de vista moral y legal, la diferencia con la adistanasia que para nosotros estriba en que en la última el médico no realiza ninguna acción positiva para quitar la vida al paciente.

En el presente documento, las situaciones éticas que nos interesa esclarecer para señalar orientaciones al médico tratante están referidas en lo principal a la distanasia y adistanasia.

3. Principios en juego

Marciano Vidal¹ analiza las exigencias éticas del morir humano partiendo de la base de que la perspectiva metodológica que se utilice «condiciona radicalmente el planteamiento y la solución de los conflictos éticos relacionados con el morir» y así analiza diferentes perspectivas para cuyo análisis remitimos al lector al texto del autor. La suya está centrada en el conflicto de valores: valor de la vida humana y el valor del morir dignamente y otras realidades que puedan ser estimadas como valores. Sostiene que en estos casos hay que utilizar el principio moral de la razón proporcionada. Para Mc

Cormick⁸ «la categoría básica para las situaciones conflictivas es la del mal menor o la del mal evitable o inevitable, o la de la razón proporcionada» .

Vidal¹ estima que frente al valor de la vida humana del paciente cercano a la muerte el único valor que puede plantear un conflicto ético es el de morir con dignidad.*

Para él la afirmación del valor de la vida humana es neta y taxativa:

- la vida humana tiene valor por ella misma; posee una inviolabilidad axiológica de carácter apriorístico.
- la vida humana no adquiere ni pierde valor ético por situarse en condiciones de aparente 'descrédito': vejez, 'inutilidad' social; etc.
- El valor de la vida humana es el apoyo fundamental y al mismo tiempo el signo privilegiado de los valores éticos y de los derechos socio-políticos de la persona.
- la vida humana -lo mismo que la persona- no puede ser instrumentalizada en relación con otros fines distintos de ella misma. Concretamente: no puede constituirse auténtico conflicto ético entre el valor de la vida humana (también la vida del paciente cercano al desenlace final) y un valor social.
- la vida humana no puede ser instrumentalizada por el mismo individuo que goza de ella. Concretamente no puede constituirse auténtico conflicto ético entre el valor de la vida del paciente y otro bien del mismo paciente que no englobe la totalidad valorativa de la persona.»

Frente a esto se alza la afirmación del valor de la «muerte digna» como un derecho de la persona (ortostanasia: morir humanamente, derecho a la propia agonía, morir serenamente, morir a la antigua, muerte ideal, etc.). Esta más que un derecho sería

*La declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente (1981) establece: «e) El paciente tiene derecho a morir con dignidad' (En 9).

una exigencia ética y se refiere no al morir sino que a la forma del morir.

Cita Vidal¹ el magisterio del Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal Alemana: «Al afrontar un problema tan fundamental es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el último acontecimiento importante de la vida, y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien debe ayudarlo en dicho momento. Esto significa, ante todo, aliviar los sufrimientos del enfermo, eventualmente incluso con el suministro de analgésicos, de forma tal que pueda superar humanamente la última fase de su vida. Ello significa que es necesario darle la mejor asistencia posible. Y ésta no consiste solamente en los cuidados médicos, sino, sobre todo, en prestar atención a los aspectos humanos de la asistencia, a fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y de calor humano en los que él sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su humana existencia. Forma parte de esta asistencia también el que al enfermo no se le deje solo en su necesidad de encontrar una respuesta al problema del origen y del fin de la vida, ya que estos son los últimos problemas religiosos que no se pueden eliminar ni rechazar. En tales momentos la fe constituye una ayuda eficaz para resistir y hasta para superar el temor a la muerte, ya que da la moribundo una sólida esperanza

Este derecho del hombre a morir dignamente supone, para Vidal¹, exigencias que debe realizar la sociedad, las principales de las cuales son:

- Atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica: para aliviar el dolor y prolongar su vida humana.
- No privar al moribundo de morir en cuanto «acción personal»: el morir es la suprema acción del hombre.
- Liberar a la muerte del ocultamiento a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad.

- Organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitaria.

- Favorecer la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte; la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial.

- Pertenece al contenido del «derecho a morir humanamente» el proporcionar al moribundo todos los remedios oportunos para calmar el dolor, aunque este tipo de terapia suponga una abreviación de la vida y sume al moribundo en un estado de inconsciencia. Sin embargo, no se le puede privar al moribundo de la posibilidad de asumir su propia muerte, de hacerse la pregunta radical de su existencia, de la libertad de optar para vivir lúcidamente aunque con dolores, etc.»

Mifsud² señala al respecto: «en las situaciones distanásicas, el afán desmesurado de prolongar la vida humana, (la vida vegetativa del organismo humano), requieren las siguientes precisiones:

- Nadie está obligado a recurrir a tratamientos extraordinarios para prolongar la vida de un enfermo terminal, sobre todo en una situación prácticamente desesperada.

- Existen situaciones en las que se puede dejar morir al paciente. La prolongación de la vida tiene un criterio claro de discernimiento en una evaluación ponderada entre la esperanza de prolongar la vida, y del sufrimiento que la vida prolongada así puede causar al paciente y a su familia. (Este «dejar morir» no tiene ninguna relación con el «hacer morir» eutanásico).

- No hay que hacer siempre y en todas las circunstancias el máximo por conservar la vida del enfermo, es preciso tomar en cuenta: la esperanza de vida; la voluntad del enfermo y sus familiares; las características de la terapia utilizada - posibles efectos secundarios o contraindicaciones -; el estado objetivo y subjetivo del paciente; los costos de la terapia

utilizada en relación con sus probabilidades de éxito, y el estado posterior del paciente (derecho a morir con dignidad). La existencia meramente biológica no significa una vida necesariamente humana».

El Colegio Médico de Chile⁹ señala en el N 28 del Código de Ética: «Ante la inminencia de una muerte inevitable, sin interrumpir los medios mínimos habituales para mantener la vida, es lícito al médico en conciencia, tomar la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia. Asimismo, ante la comprobación de muerte cerebral, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico.» Pensamos, sin embargo, que siempre debe consultarse, de ser posible, al paciente o, en su defecto a los familiares próximos.*

López Aspirtarte³ subraya el derecho a morir al señalar: « Hay que aprender a dejar morir en paz, sin que este momento se dificulte aún más con métodos y actuaciones que no tienen ya ningún sentido terapéutico. El derecho a morir con dignidad se defiende hoy como uno más de los que el hombre puede exigir», «el que deja de utilizar los medios que ya no son obligatorios o el que actúa para conseguir un bien y defender un valor importante, aunque se produzca un adelantamiento de la muerte, no se hace culpable de ella.» Prefiere hablar hoy en día de medios desproporcionados a hacerlo de extraordinarios. Concluye afirmando: «En una palabra, cuando los beneficios que se pueden obtener en todos los órdenes no compensan los esfuerzos realizados, abandonarse en manos de lo inevitable, con una resignación humana o religiosa, no constituye ninguna despreocupación o indiferencia culpable, sino una gesto de madurez y sentido común».**

* La Declaración de Venecia sobre enfermedad terminal (1983) establece en el punto N 3.2: «El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente» (En 9).

** Finalmente hay que recordar la declaración de Sydney sobre la Muerte (1968) que estatuye en el N° 4: "Ningún criterio tecnológico es totalmente satisfactorio en el estado actual de la medicina, como tampoco ningún procedimiento tecnológico puede reemplazar al juicio general del médico" (En 9).

Conclusiones

- Los valores en juego son el valor de la vida humana y el derecho a morir con dignidad, los que en determinadas circunstancias pueden entrar en conflicto.

- En situaciones normales debe primar el valor de la vida humana y sólo cuando su término es inevitable entra a primar el derecho a morir con dignidad.

- En la decisión adistanásica están envueltos el juicio médico sobre las posibilidades terapéuticas, la voluntad del paciente y, en su defecto, la de sus familiares próximos. En la decisión de suspender los medios desproporcionados para la mantención de la vida, deben conciliarse todos éstos. Pero la decisión final será siempre del médico tratante ya que es quién tiene la mayor responsabilidad en el tratamiento y es su juicio el que sostiene la inevitabilidad del morir que legitima la suspensión del tratamiento.

- Las consideraciones exclusivamente económicas nunca serán suficientes para justificar el dejar morir.

4. Adistanasia y suicidio asistido

Con la aparición en los Estados Unidos del suicidio asistido, han aparecido quienes pretenden homologarlo con la adistanasia. El suicidio asistido ha sido aceptado en algunos estados en el caso de pacientes terminales que no desean prolongar su vida mediante tratamiento y en estos casos se ha estimado que los médicos deben proporcionarles los medios necesarios para llevarlo a cabo. Piensan algunos⁷ que esto no establece mucha diferencia en lo que respecta al dejar morir con la suspensión de los medios desproporcionados para la mantención de la vida. No caen en cuenta de que hay una diferencia sustancial entre el permitir la muerte cuando no puede hacerse nada realmente eficaz como terapia y el ayudar a la

activa autoeliminación. En un caso se trata de dejar que se complete un proceso natural y en el otro de poner término activa y artificialmente a la vida.

Es nuestra opinión de que bajo ninguna circunstancia el médico debe cooperar con el suicidio de un paciente: va contra la esencia de la medicina.

REFERENCIAS

1. Vidal, Marciano: *Moral de la Persona (Moral de Actitudes II)*. 5 PS Editorial, Madrid, España, 1985.
2. Mifsud, Tony: *Moral de Discernimiento. tomo II: El Respeto por la Vida Humana (Bioética)*. C.I.D.E., Santiago de Chile, 1985.
3. López Azpitarte, Eduardo: *Ética y Vida (desafíos actuales)*. Ediciones Paulinas. Madrid, España, 1990.
4. Higuera, G.: *Distanasia y Moral: Experimentos con el Hombre (Santander, 1973)*. Cit. por 1.-
5. Alcalá. Cit. por 1.
6. Ortiz-Villajos. Cit. por 1.
7. Baron, C.H. et al.: *A Model State Act to Authorize and Regulate Physician-Assisted Suicide*. 33 Harv. J. on Leg. 1. 1996.
8. McCormick, R.: *Notes on Moral Technology through 1980*. University Press of America, Washington, USA, 1981. Cit. por 2.
9. Colegio Médico de Chile: *Normas y Documentos de Ética Médica*. Editorial Antártica. Santiago de Chile. 1986.